

Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil

Diplôme de Cadre de Santé



**Le cadre humaniste,
un magnétiseur à la
conquête de l'efficience.**

Damien DESMASURES

2011-2012

DCS 11-12



*« L'homme est le terme unique d'où il faut
partir et auquel il faut tout ramener »*

Denis DIDEROT

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement à :

Monsieur Patrick FARNAULT,

Pour son accompagnement et la qualité de ses remarques,

Monsieur Gilles DESSERPRIT,

Pour son écoute et son soutien dans les moments de doutes,

Madame Sophie BECU,

Pour la richesse de ses conseils et ses encouragements,

Les professionnels ayant participé à mon enquête,

Pour leur disponibilité et le partage de leur expérience,

Aurélie, Laly et Boris,

Pour leur patience et leur compréhension.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION	4
1 LE CHEMINEMENT DE MA REFLEXION	5
1.1 Le choix de l'humain	5
1.2 Vers une prise de conscience de la réalité... ..	5
1.3 Un état de tension désagréable.....	6
1.4 Prise de recul et autocritique.....	7
1.5 Une antinomie à vérifier	8
2 CADRE THEORIQUE	9
2.1 Un système hospitalier en pleine mutation	9
2.1.1 Historique de l'hôpital public.....	9
2.1.2 Vers une rationalisation du fonctionnement de l'hôpital	11
2.1.3 Les instruments de régulation économique.....	14
2.1.4 L'efficience	15
2.1.5 La qualité.....	16
2.1.6 Une exigence croissante des patients	17
2.2 Le cadre de santé dans l'organisation hospitalière	18
2.2.1 Du surveillant au cadre de santé.....	18
2.2.2 Evolution des missions.....	19
2.2.3 Les valeurs du cadre de santé.....	21
2.3 Le management humaniste	23
2.3.1 Le management	23
2.3.2 L'école des relations humaines	24
2.3.3 La philosophie humaniste	25
2.3.4 Humanisme et management	25

2.3.5	Le management situationnel	27
2.3.6	Bénéfices du management humaniste	28
2.3.7	Obstacles et limites du management humaniste.....	29
2.4	Problématique et hypothèse	30
3	L'ENQUETE DE TERRAIN	32
3.1	Méthodologie de l'enquête	32
3.1.1	Choix de la méthode d'enquête.....	32
3.1.2	Technique d'entretien.....	32
3.1.3	Choix du terrain d'enquête.....	33
3.1.4	La population étudiée	34
3.1.5	Les limites de l'enquête	35
3.1.6	Les points forts de l'enquête	35
3.2	Analyse des entretiens.....	35
3.2.1	Méthodologie de l'analyse	35
3.2.2	A la recherche du leader transformationnel	36
3.2.3	L'efficience mais pas à n'importe quel prix	39
3.2.4	Lutter contre le nomadisme des professionnels de santé pour tendre vers l'efficience.....	42
3.2.5	Manager dans un esprit humaniste ne s'improvise pas.....	46
3.2.6	L'oasis des professionnels de santé.....	49
3.3	Synthèse de l'analyse	54
4	ANALYSE CRITIQUE ET PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE	55
4.1	Analyse critique	55
4.2	Perspective professionnelle.....	56
	CONCLUSION	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	60
	TABLE DES ANNEXES	66

GLOSSAIRE

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AS	Aide soignant(e)
CDS	Cadre de santé
DIM	Département d'Information Médicale
GHM	Groupes Homogènes de Malades
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e)
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifification à l'Activité

INTRODUCTION

La culture de l'efficacité s'est aujourd'hui imposée dans les établissements de soins. Le contexte économique actuel et la croissance des dépenses de santé donnent lieu à des réformes modifiant les règles de fonctionnement des organisations. Les professionnels de santé se retrouvent impactés par ces nouvelles mesures et doivent désormais intégrer la dimension économique à leur pratique. Ainsi des tensions peuvent survenir entre les valeurs soignantes, le bien-être au travail et la recherche de performance des institutions. L'hôpital se métamorphose, les métiers évoluent et le management se transforme. La mission d'écoute et de soutien des collaborateurs tendrait à s'effacer pour laisser place à une gestion comptable.

Jeune faisant fonction cadre de santé, mes valeurs se sont rapidement heurtées aux outils du Nouveau Management Public. Je réalise par la suite que la maîtrise des coûts est une nécessité. Aussi, l'humanisme qui me caractérise sera-t-il compatible avec la recherche d'efficacité qui obsède les institutions hospitalières ? Le défi du cadre de proximité que je souhaite devenir ne serait-il pas de parvenir à concilier management humaniste et efficacité ? Mais est-ce naïf de penser que le facteur humain puisse être à la base de la réussite des organisations ? L'homme ne devient-il pas simplement un exécutant au sein de « l'entreprise » hospitalière ?

Je reste opiniâtre et je décide de choisir la voie de l'humanisme pour exercer ma future fonction. Et si prendre soin des soignants était la solution ? Et si le fait de leur faciliter la vie les inciter à rester ? Ainsi, n'auraient-ils pas envie de s'investir et de contribuer à la performance de l'établissement ?

Une approche théorique enrichira ce questionnement et permettra de mettre en évidence des éléments de réponse. A l'issue du cadre de référence, je formulerai une hypothèse en lien avec ma problématique. Afin de valider ou d'infirmer celle-ci, une enquête auprès des professionnels de santé sera menée. Une fois l'analyse des données effectuée, j'aborderai le réinvestissement professionnel.

1 LE CHEMINEMENT DE MA REFLEXION

1.1 Le choix de l'humain

Pourquoi voulez-vous devenir infirmier ? A cette question qui m'a été posée pour la première fois en 1999, j'ai répondu : « pour travailler au contact de l'humain ».

Si aujourd'hui je souhaite évoluer vers des fonctions d'encadrement, l'essentiel de mes motivations réside toujours dans l'importance accordée à l'autre, que ce soit le patient, ses proches, les étudiants ou mes futurs collaborateurs. Aussi, le terme collaborateur revêt à mes yeux un très grand intérêt. Celui-ci peut être défini comme une « *personne qui travaille avec d'autres à une œuvre commune* »¹. En effet, il me paraît primordial pour l'encadrement de considérer la parole de l'équipe afin de prendre ses décisions de façon éclairée. De plus, je pense qu'une construction commune du « prendre soin » constitue la base d'un travail de qualité.

1.2 Vers une prise de conscience de la réalité...

Suite à la nomination de l'une des deux cadres du service à la tête d'un pôle d'activité et mon intérêt pour la fonction cadre clairement exprimé, j'accède en octobre 2008 à un poste d'infirmier référent synonyme pour moi d'une nouvelle aventure professionnelle. A ce moment précis, j'ai de nombreux projets en tête, l'envie de faire avancer les choses et de me sentir véritablement acteur du système de santé. Aussi, je m'imagine au plus près de l'équipe, un cadre dans la proximité qui donne du sens aux pratiques en véhiculant des valeurs humanistes telles que le respect, l'écoute, la confiance, la liberté, la créativité, l'authenticité, l'équité ... Cela me demande donc d'exploiter mes compétences en matière humaine en vue « *d'avoir cette proximité relationnelle et émotionnelle permettant de motiver et communiquer, d'être intègre et courageux* »². La présence physique du cadre auprès de l'équipe est selon moi indispensable pour s'assurer du bon fonctionnement de celle-ci et éviter le sentiment d'abandon.

Certes, le type de management décrit ci-dessus peut vous paraître trop idéaliste. Cependant, il s'agit là de ma conception du métier de cadre. Toutefois, les années que j'ai

¹ - Larousse de Poche - Paris : Editions Larousse, 2005. - p 157.

² THEVENET Maurice - **Management : Une affaire de proximité** - Paris : Editions d'Organisation, 2003. - p 15.

passées au poste de faisant fonction cadre de santé m'ont amené à évoluer dans un environnement professionnel en pleine mutation. J'ai réalisé que le paysage hospitalier se modifiait profondément de part les réformes médico-économiques s'inscrivant dans une quête de l'efficacité.

Dans un premier temps, cette notion d'efficacité que j'associais simplement à «faire des économies» a généré chez moi un certain mal-être.

1.3 Un état de tension désagréable

Je vais désormais tenter de mettre en exergue, via plusieurs situations vécues, la dissonance cognitive à laquelle j'ai dû faire face.

Le premier bureau de pôle auquel j'ai participé m'a interpellé en plusieurs points. En effet, j'ai dû rapidement me familiariser avec de nouveaux vocables tels que tableau de bord, Durée Moyenne de Séjour (DMS), indicateurs, qualité/coût, performance... Je découvrais alors la fonction gestionnaire du cadre au sein de l'hôpital. Aussi, je garde un souvenir désagréable de cet instant car à aucun moment les mots « patient » et « soignant » n'ont été prononcés. Je crois que rester fixé sur un indicateur et son évolution ne doit pas être une fin en soi. Est-ce possible d'oublier le patient à l'hôpital ?

Par ailleurs, j'ai en mémoire une autre situation que je qualifierais de déplaisante. Il s'agit d'une réunion de l'équipe d'encadrement à laquelle été convié le responsable du service financier. Ce directeur-adjoint nous a exposé les chiffres de l'établissement tout en comparant la performance économique des différentes unités de soins. Je me rappelle avoir pensé que cette intervention n'avait pas vraiment sa place devant une assemblée de soignants. En fait, je ne parvenais tout simplement pas à associer cadre de santé avec efficacité médico-économique.

Ces deux exemples illustrent parfaitement le conflit entre ma vision du cadre et l'environnement dans lequel celui-ci devait évoluer. Je me trouvais exactement dans cet « *état de tension intérieure résultant d'une coexistence discordante entre des idées [...] acquises antérieurement et [...] des faits nouveaux* »³ correspondant à la définition de la dissonance cognitive. **Ne mettais-je pas tromper de direction ? Allais-je réussir à faire vivre mes valeurs humanistes à travers ces exigences économiques ? Quelle place**

³ FISCHER Gustave-Nicolas - **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale** - Paris : Dunod, 3^{ème} édition, 2010. - p71.

pour le « prendre soin » des soignants et in fine celui des patients ? Comment, dans ces conditions, assurer des soins de qualité et en toute sécurité ?

J'ai réalisé par le biais de quelques lectures que je n'étais pas le seul à rencontrer cette difficulté. La crise identitaire des cadres de santé et plus globalement celle des soignants est à l'origine de nombreux écrits. D'ailleurs, F. DANET, dans son ouvrage intitulé « *Où va l'hôpital ?* », souligne « *l'angoisse qui envahit les personnels* »⁴ provenant « *du sentiment de voir disparaître l'essentiel des raisons fondamentales pour lesquelles ils avaient choisi de travailler dans le champ sanitaire [...]* »⁵. I. SAINSAULIEU insiste quant à lui sur la notion de « *pression productiviste* » à l'origine de la souffrance des soignants dans « *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital* »⁶.

Toutefois, la suite de mon parcours professionnel va me permettre de faire évoluer ce regard plutôt négatif et de le traduire davantage comme un défi à relever pour le cadre de santé que je souhaite devenir.

1.4 Prise de recul et autocritique

Afin de me présenter dans les meilleures conditions au concours d'entrée à l'école des cadres, j'ai bénéficié d'une formation préparatoire. J'ai eu l'occasion durant une année d'acquérir un maximum de connaissances sur le monde de la santé et sur l'incidence des multiples réformes hospitalières. De plus, cela m'a donné la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels et de réaliser que l'ensemble des hôpitaux était soumis à des contraintes budgétaires.

Grâce à cela, je constate aujourd'hui que cette recherche d'efficacité, qui pour moi avait une connotation négative, s'avère au final être indispensable en vue d'assurer la pérennité de notre système de santé. L'efficacité des hôpitaux apparaît comme une priorité pour les années à venir.

Désormais, la notion du bon soin au juste coût est inscrite dans la pratique du cadre de proximité. Ce dernier recherche donc une optimisation des ressources tout en préservant la qualité et la sécurité des soins. Cette logique induit une évolution de sa fonction et de

⁴ DANET François - **Où va l'hôpital ?** - Paris : Editions Desclée de Brower, 2008. - p 202.

⁵ Ibid.

⁶ SAINSAULIEU Ivan - **Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital** - Paris : Editions L'harmattan, 2003.- p 78.

son identité professionnelle plus ou moins bien vécue selon les individus et leurs capacités d'adaptation.

J'observe maintenant que le conflit cognitif évoqué précédemment s'est considérablement réduit chez moi grâce à une meilleure compréhension des mutations s'opérant au sein des institutions. D'ailleurs, ne serait-ce pas ce manque d'information qui serait à l'origine des nombreux maux des soignants ?

1.5 Une antinomie à vérifier

Finalement, je ne peux qu'acquiescer le fait que la santé n'a pas de prix mais a effectivement un coût que nous devons contrôler. Cela oblige l'ensemble des acteurs de santé dont le cadre à accorder qualité des soins et rigueur économique.

A l'issue de ce cheminement, je pose ma question de départ ainsi:

La quête de l'efficacité et les valeurs humanistes du cadre de santé sont-elles antinomiques ?

Suite à la formulation de cette question, j'ai orienté mes lectures sur le management et plus précisément sur la place à accorder à l'humain dans la manière de manager. Je me suis également attardé sur plusieurs articles relatant la complexité du positionnement du cadre de santé dans un environnement en pleine turbulence.

De ce fait, ma réflexion a progressé et mon questionnement s'est enrichi. Dois-je considérer que ces transformations de l'hôpital constituent un obstacle à l'approche humaine que je prône ? Le challenge du cadre que j'aspire à devenir ne serait-il pas de réussir à concilier efficacité et humanisme ? Ou au contraire, le management humaniste, dans le contexte actuel de recherche de performance économique, n'est-il pas synonyme d'utopie ?

Au final, je suis parvenu à préciser l'objet de ma recherche que j'exprime ainsi :

"Comment le cadre de santé peut-il assurer un management humaniste, source de bien-être et de fidélisation des soignants, tout en répondant à cette exigence d'efficacité?"

Je souhaite désormais poursuivre ce travail en orientant mes recherches selon trois axes. Tout d'abord, le contexte dans lequel évolue aujourd'hui l'hôpital doit être précisé. Il me paraît ensuite nécessaire d'explorer le positionnement et les missions du cadre de proximité dans l'organisation hospitalière actuelle. Le management humaniste sera évoqué en dernière partie de mon cadre de référence.

2 CADRE THEORIQUE

2.1 Un système hospitalier en pleine mutation

Il est selon moi primordial de comprendre comment l'hôpital est passé « *de l'hébergement sans soins aux soins sans hébergement* »⁷.

2.1.1 Historique de l'hôpital public

Si nous associons aujourd'hui l'hôpital à un lieu destiné aux personnes malades, il est important de rappeler qu'il n'en n'a pas toujours été ainsi.

Etymologiquement, le mot « hôpital » vient du latin « *hostis* », l'étranger, qu'il soit ami ou ennemi.⁸

En France, c'est au Moyen Age que les premiers hôpitaux apparaissent. Il s'agit des « hôtels-Dieu » organisés et gérés par l'Eglise et ayant pour vocation d'accueillir les indigents. La mission de ces hospices n'était pas de faire des soins mais « *de tenir à distance du reste de la population les personnes les plus pauvres et marginalisées, malades et mourantes* »⁹.

C'est à la Révolution française qu'un profond changement s'opère avec le passage de la charité à l'assistance. L'hôpital est alors considéré comme un lieu de soins. Nous assistons également à la nationalisation des hôpitaux dont l'administration est transmise

⁷ DANET François, op. cit. - p 91.

⁸ MOLINIE Eric - **L'hôpital public en France : Bilan et perspectives** - Avis et rapports du Conseil Economique et Social, 2005. - p 5.

⁹ PALIER Bruno - **La réforme des systèmes de santé** - Paris : Editions PUF, 2004. - p 9.

aux municipalités. Suite à leur laïcisation, ces derniers vont être confiés au corps médical et vont devenir des lieux de formation et de recherche. Les médecins vont occuper une place plus importante et la médecine devient une science dont l'objectif est de rétablir et de conserver la santé.

Au XIX^{ème} siècle, les lois d'assistance permettent pour les plus démunis la création d'hospices et de centres de soins gratuits. En France, la III^{ème} République garantit aux plus pauvres un accès aux soins avec la loi d'assistance médicale gratuite promulguée en 1893. Une vraie politique de protection sociale est désormais menée.

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics dite « Charte hospitalière » va entraîner une modification importante de la conception de l'hôpital public. Ce dernier qui était jusqu'ici réservé aux indigents et aux fous devient accessible à toutes les classes de la société. Les notions de droit aux soins et d'accès pour tous aux structures sanitaires apparaissent.

Cette ouverture des lieux de soins à l'ensemble de la société va entraîner progressivement une humanisation des institutions. De nombreux hôpitaux se construisent et sont rénovés en tenant compte des progrès médicaux et scientifiques. Nous assistons à la disparition des salles communes au profit des chambres à un ou deux lits.

L'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 dite « réforme Debré »¹⁰, relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale, va engendrer une modernisation de l'hôpital. Nous assistons à une augmentation du nombre de médecins hospitaliers, les techniques médicales se complexifient et la spécialisation de la médecine s'amplifie.

La multiplication des spécialités médicales et chirurgicales va entraîner un développement de plateaux techniques de plus en plus performants et sophistiqués nécessitant la présence de personnels médicaux et paramédicaux. Cette accélération dans la modernité du système de santé provoque une augmentation importante des dépenses.

¹⁰ MOLINIE Eric, op. cit.- p 11.

A partir des années quatre-vingt, de nombreuses réformes vont se succéder visant à maîtriser et à réguler les coûts du système de santé. C'est « *le modèle de l'hôpital-entreprise* »¹¹ qui s'impose alors avec « *une logique gestionnaire* »¹² ne prenant en compte que les actes techniques quantifiables au détriment de la dimension relationnelle.

2.1.2 Vers une rationalisation du fonctionnement de l'hôpital

Les prémices de la maîtrise des dépenses en santé apparaissent en 1970 avec la loi n°70-1318 du 31 décembre portant réforme hospitalière. Elle définit un système hospitalier prenant en compte les structures d'hospitalisation publiques et privées. Cette loi instaure une carte sanitaire hospitalière afin de contrôler le développement des établissements et de leurs activités. L'Etat, par le biais de cette loi, souhaite proposer un service public hospitalier sans doublon en favorisant le regroupement des structures publiques et privées.

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale présente une mesure majeure du financement de l'hôpital avec la création d'un budget global d'exploitation ainsi qu'un forfait journalier hospitalier. Le but est de maîtriser et de contrôler les dépenses hospitalières. Le système de financement au prix de journée, jugé trop inflationniste, est remplacé.

La conception gestionnaire à l'hôpital évoquée précédemment sera renforcée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Cette dernière oblige les établissements de santé à s'orienter vers une gestion par objectifs avec un projet d'établissement respectant les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Cette loi est synonyme de rationalisation de la prise en charge des patients. D'ailleurs, l'article L. 710-4. nous indique que : « *Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.* »¹³

¹¹BOURGEON Dominique (dir.).-**Du soin à l'encadrement : Trajectoire de vie et motivations professionnelles.**- Paris : Editions Lamarre, 2010.- p 42.

¹² Ibid.

¹³< <http://www.legifrance.gouv.fr/> > [consulté le 3 décembre 2011]

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, impose une régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Nous assistons à travers cette ordonnance à la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Le but de cette réforme est « *de réduire les inégalités entre régions et entre établissements. Les moyens pour y parvenir sont : la responsabilisation et la contractualisation, la coordination entre établissements publics et la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation.* »¹⁴

Le plan Hôpital 2007, annoncé fin 2002 par Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, a pour objectif la modernisation des hôpitaux publics.

Ce plan se décline en 4 grands axes :

- Une relance de l'investissement avec une allocation de crédits permettant de moderniser les hôpitaux vétustes ;
- Une simplification de la planification sanitaire et de la coopération entre les établissements avec la suppression de la carte sanitaire (ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003¹⁵), le SROS devient l'outil unique de planification ;
- La réforme du financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A) ;
- La réforme de la gouvernance hospitalière dont la mesure majeure est l'organisation des établissements de santé en pôles d'activités (ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005¹⁶). Ce système de découpage permet de mutualiser les moyens et de limiter les dépenses.

Le plan Hôpital 2012 est initié en vue de poursuivre les changements engendrés par le plan Hôpital 2007.

Il est composé de 3 axes :

- La mise aux normes de sécurité des hôpitaux,
- L'informatisation des systèmes hospitaliers,

¹⁴ <<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf> > [consulté le 4 décembre 2011]

¹⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

¹⁶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

- L'accompagnement des SROS.

Le principe de ce plan est d'associer la modernisation et l'efficacité.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « loi HPST » réorganise et modernise l'ensemble du système de santé. La notion de service public est remplacée par des missions de service public pouvant être réalisées par des établissements privés et publics. Une mise en concurrence entre le secteur privé et public s'installe. Nous assistons également à une réorganisation du pilotage des hôpitaux. Le directoire remplace le conseil exécutif et le conseil de surveillance se substitue au conseil d'administration. De plus, le rôle du directeur est renforcé et ce dernier devient le réel « patron » de l'hôpital. « Directoire », « conseil de surveillance », « patron » : l'hôpital doit-il être géré comme n'importe quelle entreprise ? Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont mises en place et ont pour mission de coordonner l'ensemble de la politique de santé à l'échelle d'un territoire.

Cette loi, dans le cadre du volet sur la modernisation des établissements de santé, crée une agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Cette structure correspond à la fusion de la Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) avec la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH). L'agence doit permettre aux établissements de santé de mieux utiliser leurs ressources et d'améliorer leur efficacité.

Cette description de l'évolution du monde de la santé nous apporte une meilleure compréhension de la phase de rationalisation dans laquelle est entrée l'hôpital. Cela constitue un grand changement car « [...] on passe d'un régime qui affichait pour finalité la recherche de la meilleure qualité possible des soins en tant qu'accomplissement d'une mission de service public [...] vers une situation où il s'agit d'accomplir au meilleur rapport qualité/coût des tâches ou « actes », faisant l'objet d'une tarification de plus en plus précise [...] »¹⁷.

La politique hospitalière en France semble s'inscrire dans la lignée du nouveau management public consistant à importer les méthodes de management du privé au sein

¹⁷ DIVAY Sophie et GADEA Charles, **Les cadres de santé face à la logique managériale**, *Revue française d'administration publique*, 2008-4 n° 128, p 678.

des services publics. Aussi, des outils tels que le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ainsi que la T2A sont utilisés par les établissements de santé afin de maîtriser les dépenses de santé.

2.1.3 Les instruments de régulation économique

Le PMSI est un outil permettant de classer les patients en tenant compte de leurs pathologies et des coûts des séjours hospitaliers. Sa mise en place s'est faite en 1982 avec la création des Départements d'Informations Médicales (DIM) au sein des établissements de santé. Le DIM est responsable de la production et de la mise en forme de l'information médicale et doit recueillir les éléments nécessaires pour le classement en Groupe Homogène de Malades (GHM). Le PMSI et les GHM permettent donc de mesurer l'activité hospitalière. *« Débuté en 1982, le PMSI se concrétise [...] par plusieurs plans initiés par le « plan Hôpital 2007 », dont l'un des deux axes structurants est d'attribuer à chaque patient hospitalier un « tarif » [...] »*¹⁸.

La T2A, introduite en 2005, génère un bouleversement dans la gestion hospitalière. Le budget d'un hôpital était auparavant reconduit d'une année sur l'autre mais désormais ce système de financement est fonction de l'activité réelle. Les ressources sont maintenant calculées à partir de l'estimation de l'activité et des recettes. La T2A présente certains avantages comme le fait de rendre plus équitable et plus transparent le financement des hôpitaux. Elle vise également à améliorer l'efficacité des établissements. Toutefois, certains effets pervers peuvent être relevés comme la sélection des patients « rentables », le risque de dégradation de la qualité des soins (durées de séjours réduites) et le coût réel des soins relationnels négligé.

Je désire maintenant m'intéresser d'un peu plus près à la notion d'efficacité et tenter de comprendre pourquoi ce terme est parfois si mal considéré.

¹⁸ DANET François, op. cit. - p 128.

2.1.4 L'efficience

L'efficience peut être définie comme « *Capacité de rendement, performance. L'efficience d'une technique, d'une entreprise.* »¹⁹. Pour H. MINTZBERG, l'efficience dans la pratique « [...] signifie le plus grand bénéfice mesurable pour un coût donné mesurable »²⁰. Cela correspond donc à « [...] une efficience démontrée, une efficience prouvée et surtout une efficience calculée »²¹. De ce fait, l'efficience se retrouve liée à des critères quantifiables.

Précédemment, je décris un mal être ressenti lors d'une réunion de pôle où le discours était centré sur la quantification, « *l'introduction de l'évaluation quantifiée* » marquant « *le passage de l'hôpital à l'hôpital entreprise* »²². Toutefois, la recherche d'efficience s'avère nécessaire à la survie de « l'entreprise hospitalière ». Néanmoins, le risque de cette logique comptable est de s'éloigner des missions de l'hôpital public. Par ailleurs, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), dans son avis n°101 portant sur les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé, nous rappelle que « *Une pratique d'évaluation qui ne retiendrait que des critères paramétrables quantitativement [...] ferait courir à l'hôpital un risque grave de déshumanisation [...]* »²³.

La performance consiste à tendre vers un résultat optimal. L'efficience à l'hôpital serait « le bon soin » au « juste coût ». La Haute Autorité de Santé (HAS) nous indique que « *La recherche d'efficience est celle du meilleur niveau de qualité au moindre coût.* »²⁴ Effectivement, la qualité doit rester au centre de cette réflexion économique car l'Humain est l'objet de travail.

¹⁹ Le Petit Larousse illustré - Paris : Editions Larousse, 1991. - p 363.

²⁰ MINTZBERG Henry. - **Le management : Voyage au centre des organisations** - Paris : Editions d'Organisation, 2001. - p 480.

²¹ Ibid.

²² POPIELSKI Jean-François, **Comment donner du sens au travail des cadres de santé dans un contexte incertain et complexe**, *Soins Cadres*, n°77, février 2011, p25.

²³ **Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. - Avis n° 101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier** - 2007, p 25.

²⁴ HAS, **Manuel de certification des établissements de santé V2010**, avril 2011, p26.

2.1.5 La qualité

Comment dans le contexte médico-économique actuel assurer la qualité et la sécurité des soins ? Voici une des interrogations émanant de mon constat de départ. Je souhaite dans cette partie définir la notion de qualité pour ensuite m'intéresser à la qualité des soins et aux mesures mises en œuvre par les réformes en vue de garantir celle-ci.

En 1982, la norme ISO 9000 (International Standard Organisation) définit la qualité comme « *L'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire, au moindre coût et dans les moindres délais les besoins des utilisateurs* »²⁵. En 2000, la définition a évolué vers « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* »²⁶. La qualité doit donc permettre à une entreprise de développer sa compétitivité en générant la satisfaction du client.

Au sein des établissements de santé, quelle place occupe la sécurité et la qualité des soins ? Que signifie « soins de qualité » ?

La qualité des soins pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) correspond au fait « *de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction [...]* ».²⁷ A. DONABEDIAN présente les soins de haute qualité comme des « *soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins* ».²⁸

Depuis les années quatre-vingt dix, les hôpitaux sont dans l'obligation d'afficher davantage de transparence concernant les moyens mis en œuvre afin de prévenir les risques et assurer la qualité des soins.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière met l'accent sur la qualité des soins avec l'article L. 710-3. qui nous précise que « *Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens*

²⁵ BALIN Savas, GIARD Vincent, **La qualité des services et leurs processus de production**, juin 2007.

< http://www.lamsade.dauphine.fr/~giard/Balin_Giard_3-Rivieres.pdf > [consulté le 21 décembre 2011]

²⁶ Ibid.

²⁷ CCECQA /ANAES - **Le coût de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions** - Rapport de juillet 2004.- p 23.

²⁸ Ibid.

*adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité ».*²⁹ L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) est créée afin de favoriser la mise en œuvre d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles en vue d'assurer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, charge l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de mettre en place une procédure d'évaluation externes des établissements de santé appelée accréditation. Un contrôle réalisé au sein même des structures permet d'améliorer la qualité du service rendu aux patients.

Depuis 2005, l'ANAES est intégrée dans l'HAS et l'accréditation laisse sa place à la certification.

Aussi, suite à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le président de la Commission Médicale d'Etablissement occupe un rôle majeur dans la gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins.

Nous constatons que ces démarches d'amélioration des soins sont au centre des préoccupations des établissements de santé. D'ailleurs, nous assistons grâce à cette dynamique à l'apparition de certains outils comme les chemins cliniques permettant la réalisation de soins efficaces au moindre coût.

Cette qualité et sécurité des soins sont désormais revendiquées par les patients. Ces derniers ne se contentent plus d'une obligation de moyens mais exigent des résultats.

2.1.6 Une exigence croissante des patients

*« Les patients aspirent [...] à bénéficier d'une prise en charge précoce à la fois rassurante et efficace [...] et que les professionnels de santé soient compétents et en nombre suffisant pour être à leur écoute et performants dans les soins dispensés. »*³⁰

Grâce à la loi n°2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient obtient une réelle place d'acteur. Cette loi renforce

²⁹ <<http://www.legifrance.gouv.fr/>> [consulté le 23 décembre 2011]

³⁰ YAHIEL Michel, TOUPILLIER Dominique. - **Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé** - 2011, p 3.

les droits des malades et insiste sur les devoirs des professionnels. Elle permet un libre accès au dossier médical, crée la personne de confiance, rend obligatoire le consentement aux soins et met en place la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Les patients sont de plus en plus impliqués dans le système de santé et peuvent exiger légitimement qualité, sécurité et transparence vis-à-vis des pratiques. Cela oblige les différents acteurs de santé à poursuivre leurs efforts et à se montrer encore plus performants. Aussi, dans le contexte actuel de pénurie de moyens, parvenir à « faire mieux » avec « moins » représente un véritable défi pour l'ensemble des professionnels de santé et en particulier pour le cadre de proximité se retrouvant en première ligne.

2.2 Le cadre de santé dans l'organisation hospitalière

Quelles fonctions occupent aujourd'hui les cadres de santé ? Comment celles-ci ont-elles évolué ?

2.2.1 Du surveillant au cadre de santé

« Les cadres de santé, sous des appellations différentes -surveillante, infirmière major, infirmière chef-, ont toujours travaillé dans les hôpitaux. »³¹ L'encadrement était tout d'abord réalisé par les religieuses puis celui-ci s'est laïcisé au cours du XX^{ème} siècle.

C'est en 1938 qu'apparaît le premier diplôme supérieur d'infirmière. Malheureusement, le contexte politique du moment empêchera sa mise en place. Il faut attendre le décret de 1943³² pour que la fonction de surveillante soit officialisée.

La première école de cadres est celle de la Croix-Rouge qui s'ouvre en 1951 et qui sera suivie de celle de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris en 1956. Le décret de

³¹ BOURRET Paule -**Les cadres de santé à l'hôpital**- Paris : Editions Séli Arslan, 2006. - p 11.

³² Décret n°831 du 17 avril 1943 portant réglementation de l'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

1958³³ permet la création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Surveillante (CAFIS) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Monitrice (CAFIM). En 1975, le décret du 9 octobre³⁴ institue le Certificat Cadre Infirmier (CCI). Les modalités d'accès à la formation, la durée des études et le programme sont fixés par arrêté.

La réforme hospitalière de juillet quatre-vingt onze met l'accent sur la régulation des coûts de santé. Cette dernière « [...] suppose une rationalisation de la prise en charge des malades qui reconfigure le travail des médecins et de l'ensemble du personnels »³⁵. Cela justifie la nouvelle réforme de la formation des cadres intervenant en 1995³⁶. Le contenu du programme de 1995 favorise l'apprentissage de la gestion et de l'économie de la santé au détriment de la clinique. Désormais, les professionnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation justifiant de cinq ans d'exercice professionnel peuvent avoir accès à la formation de cadre de santé et « [...] ce nouveau programme de formation viserait à dépasser les logiques de métier pour intégrer les exigences de gestion. »³⁷. Il faut attendre le décret du 31 décembre 2001³⁸ pour que le grade de « *surveillant des services médicaux* » soit remplacé par celui de cadre de santé.

Je souhaite aborder maintenant l'évolution des missions du cadre qui est liée aux transformations que connaît l'hôpital et comprendre comment celui-ci se retrouve aujourd'hui entraîné dans « *le sillage de la rationalisation managériale* »³⁹.

2.2.2 Evolution des missions

Le décret de 1943 précédemment cité nous rappelle que la mission principale de la surveillante était de « *surveiller* ». Sa fonction consistait « à contrôler le travail de soins, assurer l'intendance, surveiller le personnel et le respect des règlements. »⁴⁰

³³ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et infirmier moniteur et d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.

³⁴ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier.

³⁵ BOURRET Paule - op. cit.- p 37.

³⁶ Décret du 18 aout 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

³⁷ BOURRET Paule - op. cit.- p 38.

³⁸ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

³⁹ DIVAY Sophie et GADEA Charles - op. cit - p 679.

⁴⁰ BOURRET Paule - op. cit.- p 30.

La circulaire du 20 février 1990⁴¹ nous présente les missions principales du surveillant hospitalier. Ce dernier collabore avec l'équipe médicale dans la définition des objectifs et du projet de l'unité. Il est responsable de la gestion (y compris administrative) du service ainsi que de l'organisation de la prise en soin globale des patients. Il assure un rôle d'encadrement et d'animation des personnels. Il représente une référence pour le soin spécifique et est responsable, dans son domaine de compétences, de l'organisation et de la mise en œuvre des prescriptions médicales. Cette circulaire comporte un axe intitulé « Contribution économique » du surveillant. Il y est précisé qu'il doit garantir la qualité des soins et qu'il est responsable de l'utilisation optimale des ressources du service. Aussi, des vocables tels que tableaux de bord et indicateurs apparaissent avec « *Tableaux de bord : des indicateurs doivent être dégagés au niveau de chaque unité, par exemple rupture et excès des stocks, nombre de demandes de remplacement, questionnaires de sortie, durée moyenne d'hospitalisation, nombre de pannes...* »⁴².

Le décret du 31 décembre 2001, cité précédemment, précise que les cadres de santé assurent « *Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements.* »

La fiche métier de la Fonction Publique Hospitalière nous informe que le cadre responsable d'unité de soins est chargé d'« *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.* »⁴³

Aujourd'hui, la logique gestionnaire présente dans les établissements de santé induit une redéfinition des missions des différents professionnels dont le cadre de santé. « *Des fonctions de gestion comptables sont de plus en plus attribuées à des personnels médicaux et paramédicaux de terrain.* »⁴⁴ Le cadre possède davantage de responsabilité concernant la gestion économique de l'établissement et doit garantir

⁴¹ Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant missions et fonctions principales des surveillants

⁴² CARRE Stéphane, **Missions et fonctions principales des surveillants**, novembre 2002.
<<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article74>> [consulté le 11 décembre 2011]

⁴³ Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière - **Cadre responsable d'unité de soins** - <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>> [consulté le 26 décembre 2011]

⁴⁴ DIVAY Sophie et GADEA Charles - op. cit - p 682.

l'efficacité des prises en charges dans le service. La réelle difficulté est, au sein de l'unité, de « *fonctionner au moindre coût et atteindre dans le même temps des objectifs qualitatifs de plus en plus ambitieux* ». ⁴⁵ Aussi, de part la succession des nombreuses réformes, l'accompagnement des équipes par le cadre constitue un point essentiel en vue de maintenir de la cohérence au sein des pratiques. Au-delà des missions inhérentes à l'unité, le cadre de santé s'investit également dans des missions transversales en lien avec son pôle d'activité. C. DE SINGLY souligne dans son rapport le fait que « *Les cadres hospitaliers ont un rôle central dans la mesure où ils se situent comme intermédiaire entre la direction ou les médecins responsables d'unité et les personnels « de base » et dans la mesure où cette position est décisive pour les succès des réformes en cours [...]* » ⁴⁶. De plus, elle rappelle que « *Nous ne gagnerons le pari de l'efficacité dans les établissements publics de santé qu'en y associant pleinement les cadres [...]* » ⁴⁷.

Le cadre de santé occupe désormais un rôle clé au sein de l'organisation hospitalière. Les nombreuses évolutions que rencontre l'hôpital accentuent ses responsabilités et l'oblige à modifier ses pratiques. C. DE SINGLY traduit dans son rapport un certain « malaise » concernant les cadres : « *Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent de plus en plus de difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle.* » ⁴⁸ Il est primordial que le cadre parvienne à faire vivre ses valeurs au côté de cette logique de performance. Son cœur de métier doit être préservé.

2.2.3 Les valeurs du cadre de santé

Le Larousse propose de multiples définitions du terme valeur et je retiendrais pour mon étude : « *Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, selon des critères personnels ou sociaux, et sert de référence, de principe moral* » ⁴⁹.

⁴⁵ DELPLANQUE Régine, **Allier rigueur économique et valeurs humanistes, le défi des cadres**, *Soins Cadres*, n°63, août 2007, p41.

⁴⁶ DE SINGLY Chantal, **Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers**, Tome 1, Septembre 2009, p 28

⁴⁷ Ibid. p 2.

⁴⁸ Ibid. p 28.

⁴⁹ Le Petit Larousse illustré - Paris : Editions Larousse, 1991. - p 1023.

F. VENAUT nous précise que « *Les valeurs déterminent notre façon d'aborder la vie au quotidien. Elles conditionnent nos actes et nos pensées.* »⁵⁰ Ce sont les valeurs qui donnent un sens à notre action. Elles nous permettent d'évoluer dans un cadre de référence. Aussi, le concept de valeur reste selon F. VENAUT difficile à définir dans la mesure où celui-ci est lié à la subjectivité.

L'HAS souligne l'importance des valeurs au sein des établissements de santé en les définissant « [...] *comme des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes.* »⁵¹

L'identité du cadre de santé étant conditionnée par sa profession d'origine, il est de ce fait animé par des valeurs soignantes humanistes telles que l'égalité, l'autonomie, la dignité... C. DURAND nous explique que, concernant le monde soignant, « [...] *la valeur existe surtout en fonction d'une intervention sur autrui. La valeur s'exprime dès lors qu'il existe une interaction entre humains. Elle naît dans le rapport à l'autre.* »⁵²

W. HESBEEN, dans « *Prendre soin à l'hôpital* », indique que la personne infirmière a « *la capacité d'aller à l'encontre de l'autre, de tisser des liens de confiance avec lui [...]. Cette rencontre et ce cheminement nécessitent d'écouter, d'être chaleureux, disponible, humble, authentique, compatissant et de faire preuve d'humour.* »⁵³ Ces valeurs, attribuées à l'infirmière, sont partagées par l'ensemble des métiers du soin. Le cadre de santé, attaché à son identité soignante, les utilise dans l'accompagnement de l'équipe, dans la pratique du « prendre soin » signifiant « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne* »⁵⁴.

Dans le contexte actuel, « *le management hospitalier doit davantage prendre soin des soignants* »⁵⁵. M. THEVENET rappelle l'importance des managers de proximité et

⁵⁰ VENAUT Frédéric, **Donner du sens aux valeurs soignantes**, juillet 2003.

< <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142> > [consulté le 24 décembre 2011]

⁵¹ Haute Autorité de Santé, **Manuel de certification des établissements de santé V2010**, avril 2011, p 15.

⁵² DURAND Charlaïne, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, octobre 2007.

< <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332> > [consulté le 25 décembre 2011]

⁵³ HESBEEN Walter - **Prendre soin à l'hôpital** - Paris : InterEditions, Masson, 1997. - p 110.

⁵⁴ Ibid. p 8.

⁵⁵ CAPUANO Alexandra, **Etablissements de santé : vingt dirigeants s'engagent sur un code de déontologie managériale**, *Soins Cadres*, n°78, mai 2011, p 9.

précise que l' « *On a besoin de gens qui [...] s'occupent des autres* »⁵⁶. Le cadre, attentif à chaque membre de l'équipe, s'appuie sur ses valeurs humanistes pour « *traiter Autrui comme une fin et jamais comme un moyen* »⁵⁷. Il est indispensable pour le cadre d'« *affirmer par ses actions la valeur de la personne humaine et contribuer à son épanouissement.* »⁵⁸

2.3 Le management humaniste

« [...] dans cette période troublante de changement annoncé, [...] il nous revient d'élaborer ensemble de nouveaux modes de relation, moins centrés sur les tensions et plus sur l'attention (à l'autre). »⁵⁹

2.3.1 Le management

Une multitude de définitions du management figure dans la littérature. Aussi, celle que je retiendrais vis-à-vis du thème de mon travail est « *Le management est le métier qui consiste à conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance.* »⁶⁰ Seul, le cadre ne peut rien faire. L'atteinte des objectifs institutionnels est le fruit d'un travail de collaboration entre le cadre et les différents membres de l'équipe. Cette définition met en exergue l'importance d'un management axé sur les relations humaines favorisant la réussite de l'organisation.

⁵⁶ THEVENET Maurice. - **Quand les petits chefs deviendront grands** - Paris : Editions d'Organisation, 2004.- p 10.

⁵⁷ ARNAUD Stéphanie, **Le management humaniste : Enjeux, outils et obstacles**, *Revue internationale de Psychosociologie*, 2008/34 Vol. XIV, p 210

⁵⁸ MASSON Philippe. - **Manager humaniste** - Paris : Editions d'Organisation, 2004.- p 31.

⁵⁹ COUDRAY Marie-Ange, BARTHES Richard, **Le management hospitalier à la croisée des chemins**, *Gestions Hospitalières*, janvier 2006, p 23.

⁶⁰ ALECIAN Serge, FOUCHER Dominique. - **Le management dans le service public** - Paris : Editions d'Organisation, 2002.- p 10.

2.3.2 L'école des relations humaines

Dès le XIX^{ème} siècle, de nombreux auteurs mettent en avant l'intérêt d'un management fondé sur la gestion des ressources humaines.

R. OWEN insiste sur le fait que « [...] le bien-être des employés peut se révéler extrêmement profitable en terme de management [...] »⁶¹. Selon M. PARKER FOLLETT « Le travail du manager consiste à harmoniser et à coordonner l'effort collectif - à exercer le pouvoir avec les employés [...] »⁶². C. BARNARD précise l'importance du lien social dans le fonctionnement des organisations et déclare que « La principale fonction du manager consiste à communiquer avec ses subordonnés et à les stimuler, afin d'obtenir de leur part un effort plus important. »⁶³. E. MAYO nous démontre quant à lui l'incidence des relations humaines au sein d'un groupe vis-à-vis de son efficacité au travail.

D'autres spécialistes de ce mouvement mettent l'accent sur le lien entre le bien-être de l'employé et son implication au travail. D. CARNEGIE retient mon attention. Il écrit que « [...] pour réussir, il faut faire en sorte que les autres se sentent importants, en leur témoignant une sincère reconnaissance de leurs efforts [...] »⁶⁴. A.MASLOW et D. MCGREGOR soulignent également la nécessité d'humaniser les méthodes de management.

Ces différents auteurs mettent en évidence le rôle majeur de l'Humain dans le succès de l'entreprise. En nous resituant dans le contexte de l'hôpital, un cadre de santé véhiculant des valeurs humanistes devrait favoriser l'expression des qualités des soignants et contribuer à la performance de l'établissement. Mais où ces valeurs trouvent-elles leur origine?

⁶¹ ROBBINS Stephen, DECENZO David. - **Management : L'essentiel des concepts et des pratiques** - Paris : Editions Pearson Education, 2008. - p 10.

⁶² Ibid. p11.

⁶³ Ibid p11

⁶⁴ Ibid p13.

2.3.3 La philosophie humaniste⁶⁵

« *L'Homme ne naît pas Homme, il le devient* » (Erasme)

L'humanisme peut être défini comme « *Une position philosophique qui place la personne humaine et ses valeurs au dessus de tout autre valeur* »⁶⁶. Il désigne « [...] *tout mouvement de pensée idéaliste et optimiste qui place l'homme au-dessus de tout, qui a pour objectif son épanouissement et qui a confiance dans sa capacité à évoluer de manière positive.* »⁶⁷

Ce courant se développe à la Renaissance porté par des humanistes tels que Rabelais, Erasme, Pétrarque, ... Il sera mis en valeur durant le Siècle des Lumières par des auteurs tels que Kant. La pensée humaniste se poursuit au XX^{ème} siècle sous l'appellation de philosophie personnaliste. La personne humaniste refuse de considérer l'individu comme un objet. De ce fait, ce dernier dispose d'un espace d'autonomie et de liberté favorisant l'expression de ses qualités. La notion d'autodétermination est primordiale dans la vision humaniste : « *modeleur et sculpteur de toi-même, imprime-toi la forme que tu préfères* » (Pic de la Mirandole).

Comment, dans sa pratique managériale, le cadre de santé peut-il permettre que le travail ne soit pas déshumanisant ? Quels comportements adopter pour être en adéquation avec cette philosophie humaniste ?

2.3.4 Humanisme et management

« *La pratique de l'humanisme n'est pas toujours le chemin le plus facile pour réussir, mais elle peut apporter l'épanouissement le plus complet. A chacun de choisir sa voie.* »⁶⁸

⁶⁵ ARNAUD Stéphanie - op. cit - pp 208-211

⁶⁶ Larousse de Poche - Paris : Editions Larousse, 2005. - p 401.

⁶⁷ La Toupie Dictionnaire : Humanisme < <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Humanisme.htm> > [consulté le 17 janvier 2012]

⁶⁸ MASSON Philippe - op. cit - p33.

Etablir une relation de confiance constitue la base du management humaniste. Selon P. MASSON « *Vous obtiendrez plus de vos collaborateurs [...] si vous leur faites confiance et si vous leur inspirez confiance.* »⁶⁹

En faisant confiance à l'équipe, le cadre de santé laisse aux soignants une zone d'autonomie permettant la prise d'initiatives. Ces derniers se sentent davantage responsables, auteurs de leurs actions et se réalisent dans leur travail.

Confier des responsabilités aux soignants, c'est leur permettre de se sentir reconnus. « *La reconnaissance s'exprime dans les rapports humains et elle se pratique sur une base quotidienne, régulière ou ponctuelle.* »⁷⁰ Elle est essentielle pour le professionnel car elle lui permet d'exister. "*La reconnaissance est une façon de démontrer aux gens qu'ils sont précieux [...]. C'est aussi une façon de rendre nos milieux de travail plus humains, de motiver les gens.*"⁷¹ La reconnaissance est synonyme de valorisation pour les soignants. Elle procure selon C.DEJOURS « *[...] un sentiment de soulagement, de plaisir, de légèreté d'être, d'élation même.* »⁷² La qualité de l'écoute entre les professionnels et le cadre constitue également un élément de reconnaissance. « L'écoute active », correspondant à une approche centrée sur l'individu, permet à la personne de se sentir entendue et comprise.

De plus, le cadre favorise l'affirmation et le développement des compétences des soignants en les intégrant dans des projets stimulants et en leur proposant des tâches diversifiées. « *Le travail doit offrir la possibilité au salarié d'exprimer les talents et qualités qu'il sent détenir en lui [...]* »⁷³.

Enfin, en lien avec le principe d'autodétermination cité précédemment, la diversité de chaque individu doit être respectée.

Le cadre humaniste inspire confiance. Pour cela, le sens des responsabilités, l'honnêteté, l'exemplarité, la crédibilité, le courage, la tolérance,... sont autant de valeurs qui teintent son management. L'exemplarité du cadre de santé se traduit par le respect qu'il témoigne aux soignants, par sa disponibilité, sa ponctualité et sa rigueur professionnelle. Afin d'asseoir sa crédibilité, le cadre adopte une attitude en adéquation avec le discours

⁶⁹ MASSON Philippe - op. cit - p30.

⁷⁰ Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail - **La reconnaissance au travail** - <<http://www.cgsst.com/fra/definition/la-reconnaissance-en-milieu-de-travail.asp>>[consulté le 4 janvier 2012]

⁷¹ Ibid.

⁷² DEJOURS Christophe. - **Souffrance en France** - Paris : Editions du Seuil, 2009. - p 41.

⁷³ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 212.

qu'il tient. Il fait preuve de courage managérial en recadrant les professionnels et en prenant des décisions parfois difficiles.

Le management humaniste décrit ci-dessus est très proche de la posture professionnelle de bientraitance définie par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médicaux-sociaux (ANESM), « [...] *la posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. [...] Cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes.* »⁷⁴

Les principes d'autonomie, de reconnaissance, de compétences, de diversité,... sont associés au management humaniste. De ce fait, le management pratiqué part le cadre de santé doit tenir compte des situations et des personnes.

2.3.5 Le management situationnel

Selon D. TISSIER, il s'agit d'« *un ensemble d'outils efficaces pour aider le manager à adapter son mode de management aux situations qu'il rencontre en utilisant comme indicateur de base l'autonomie des individus et des équipes avec lesquels il est en relation.* »⁷⁵

Le cadre humaniste fait le choix de respecter et de développer le capital humain. Aussi, la personnalisation de sa relation avec le professionnel est nécessaire. C'est pourquoi il adapte son mode de management en fonction de chaque soignant et du contexte. Il se montre tour à tour persuasif, directif, participatif et déléguatif.

De plus, les dernières réformes hospitalières mises en place sont centrées sur la performance et la compétitivité. L'hôpital n'est désormais plus épargné par la concurrence. D. TISSIER souligne le fait que « *Les entreprises vivent actuellement des temps de recherche de compétitivité et de performances. C'est en suscitant et en développant une*

⁷⁴ANESM - **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre** - p15

⁷⁵ TISSIER Dominique. - **Management situationnel** - Paris : Editions Insep Consulting, 2001.- p 18.

*grande autonomie dans le travail qu'elles pourront mieux mobiliser les énergies disponibles [...]. »*⁷⁶

Le cadre de santé « humaniste-situationnel » s'adapte à l'autonomie des soignants et la fait progresser « *vers les niveaux les plus élevés compatibles avec les contraintes de l'environnement de travail.* »⁷⁷

Manager au plus près de l'humain semble procurer des avantages...

2.3.6 Bénéfices du management humaniste

Une gestion humaine des ressources favorise l'autodétermination de l'être humain en lui permettant de « *satisfaire le besoin de compétence [...], d'autonomie [...] et de relations sociales basées sur le respect mutuel et la confiance réciproque.* »⁷⁸ L'expression de cette autodétermination va se traduire par une motivation accrue au travail des individus favorisant l'implication de ces derniers.

Le manager humaniste prend en considération la singularité et la spécificité de chaque personne. Il encourage « *la fidélité des salariés à l'égard de leur organisation.* »⁷⁹ Aussi, la fidélisation ainsi que l'attractivité des professionnels paramédicaux est actuellement une problématique majeure. « *Dans un contexte sanitaire en forte mutation, pour des raisons sociétales et économiques, les questions de gestion des emplois et des compétences deviennent prépondérantes. Toutes les problématiques, en relation avec la gestion des ressources humaines, invoquées sont traversées par les questions d'attractivité et de fidélisation des professionnels de la santé.* »⁸⁰ Le type de management que je prêche génère le bien-être des soignants de part la satisfaction des besoins énoncés précédemment. Cela peut entraîner une limitation du turn-over des professionnels assurant le maintien des compétences au sein de l'équipe. L'exemple des « magnet hospitals », proposant des conditions de travail de grande qualité, met en évidence « *le faible taux d'absentéisme et*

⁷⁶ Ibid p 21.

⁷⁷ Ibid p 71.

⁷⁸ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 216.

⁷⁹ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 218.

⁸⁰ Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France - **Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales** - Juin 2008 < http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/attractivite_fidelisation_pro_paramed-9.pdf > [consulté le 8 janvier 2012]

de rotation du personnel, sans oublier la qualité des soins des prodigués. »⁸¹ La stabilité des soignants limite les dysfonctionnements et entraîne la réduction de coûts divers. Le management humaniste ne pourrait-il pas permettre cela ?

Toutefois, je reste conscient que le mode de management exposé dans ce travail peut paraître trop idéaliste. De plus, P. MASSON nous met en garde en rappelant que « *bien que l'humanisme domine dans le discours, la population des managers comporte [...] autant de mégalomanes, de technocrates ou de mercenaires que d'hommes justes.* »⁸²

2.3.7 Obstacles et limites du management humaniste

Le cadre de santé humaniste, qui est en proximité avec les soignants, ne doit pas jouer le rôle du « gentil cadre ». M. THEVENET insiste sur le fait que « *Faire du management de proximité, ce n'est pas être gentil [...].* »⁸³ Le cadre de proximité ne se contente pas d'appliquer « *des codes relationnels superficiels* »⁸⁴ mais démontre « *un engagement pertinent dans la vie sociale d'une équipe [...]* »⁸⁵. Faire le choix de l'humanisme, c'est s'inscrire dans un management de proximité nécessitant un réel investissement, l'envie de se tourner vers les autres et d'être convaincu des vertus de cette pratique managériale.

Les cadres de santé souhaitent-ils s'impliquer autant dans la gestion des Hommes ?

La pratique du management humaniste nécessite également du temps. « *Ecouter chaque personne, chercher à comprendre au mieux et s'adapter ensuite : un tel management prend du temps !* »⁸⁶ Aussi, le cadre de santé met aujourd'hui en œuvre ses compétences managériales à différents niveaux : le service, le pôle d'activité et l'établissement. Il se retrouve investi de nombreuses missions ne lui permettant pas toujours d'être disponible pour les soignants.

Les cadres de santé ont-ils le temps de s'impliquer autant dans la gestion des Hommes ?

⁸¹ STORDEUR Sabine, d'HOORE William. - **Attractivité, fidélisation et qualité des soins** - Paris : Editions Lamarre, 2009. - p 132.

⁸² MASSON Philippe - op. cit - p 33.

⁸³ THEVENET Maurice. - **Quand les petits chefs deviendront grands** - op. cit - p 130.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid p131.

⁸⁶ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 220.

Le cadre humaniste fait confiance aux professionnels mais « *la confiance sans vigilance dégénère en laxisme* »⁸⁷. Il est nécessaire que la cadre fasse la distinction entre responsabiliser les soignants et les laisser-faire. Le management humaniste induit une prise de risque.

Les cadres de santé osent-ils s'impliquer autant dans la gestion des Hommes ?

La pratique d'un management humaniste suppose que le cadre ait suffisamment confiance en lui et d'estime pour lui en vue d'apporter à chaque professionnel « *la considération et le respect nécessaires pour qu'il se sente reconnu, écouté et compris [...].* »⁸⁸

Les cadres de santé ont-ils une assez forte considération d'eux-mêmes pour s'impliquer autant dans la gestion des Hommes ?

2.4 Problématique et hypothèse

Depuis les années soixante-dix, l'hôpital est au cœur des réformes du système de santé. Celui-ci doit parvenir à concilier qualité des soins et maîtrise des dépenses. Aussi, les réformes hospitalières se sont inspirées du nouveau management public caractérisé par un souci d'efficience. En m'attardant sur ce concept, j'ai compris que l'efficience dans le milieu de la santé intégrait la notion de meilleure qualité et n'était pas uniquement centrée sur le contrôle des coûts. D'ailleurs, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins demeurent une priorité pour les établissements de santé.

D'autre part, le rôle du cadre de santé se modifie. L'évolution de l'hôpital accentue sa responsabilité dans la gestion des moyens. Il est désormais garant de l'efficience des prises en charges. La fonction d'encadrement dans les établissements de santé se complexifie. Le cadre reste au service de la qualité des soins mais il est de plus en plus accaparé par ses activités de gestionnaire.

Lors de mon constat de départ, je m'interrogeais sur la place des valeurs humanistes, véhiculées par le cadre de proximité, dans ce contexte de performance

⁸⁷ MASSON Philippe - op. cit - p 63.

⁸⁸ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 221.

économique. En m'intéressant à l'école des relations humaines, j'ai réalisé que l'Homme représentait l'élément clé de la réussite des organisations. De ce fait, valoriser l'humain dans « l'entreprise hospitalière » m'est apparu comme une évidence et l'antinomie évoquée dans ma question de départ n'avait plus lieu d'être.

Le management humaniste, basé sur une relation de confiance, favorise l'autodétermination des soignants et permet l'épanouissement ainsi que l'implication au travail de ces derniers. La pratique de l'humanisme n'est pas toujours évidente mais peut se révéler bénéfique à tous.

Dans ce cadre théorique, j'ai orienté mes recherches autour de cet objet :

"Comment le cadre de santé peut-il assurer un management humaniste, source de bien-être et de fidélisation des soignants, tout en répondant à cette exigence d'efficience?"

J'ai découvert que le management humaniste permettait finalement « [...] de concilier l'amélioration du bien-être des générations présentes et les enjeux économiques [...] »⁸⁹.

Au regard de l'ensemble des éléments évoqués ci-dessus, mon hypothèse est la suivante :

Le management humaniste induit une fidélisation des professionnels de santé qui contribue à l'efficience par la réduction des coûts des activités de soins.

⁸⁹ MITTA de BODO Olivier. - **Théorie du management humaniste** - Paris : Editions Edilivre, 2010. - p 15. <<http://www.edilivre.com/theorie-du-management-humaniste.html>> [consulté le 21 janvier 2011]

3 L'ENQUETE DE TERRAIN

3.1 Méthodologie de l'enquête

3.1.1 Choix de la méthode d'enquête

Afin de vérifier notre hypothèse, l'instrument d'investigation retenu est l'entretien semi-directif. Selon A.BLANCHET et A.GOTMAN, « *La caractéristique principale de l'entretien est qu'il constitue un fait de parole.* »⁹⁰. Il favorise les interactions entre deux individus et ne consiste pas simplement en un recueil d'informations. « *L'entretien [...] est en quelque sorte une improvisation réglée.* »⁹¹

L'entretien semi-directif se distingue par la liberté laissée à l'interviewé. En effet, le chercheur « *[...] laissera venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient.* »⁹². Cette méthode d'enquête ne se résume pas à un simple interrogatoire, l'écoute de la personne occupe une place importante.

L'entretien guidé me semble être la technique indiquée pour une étude sur les représentations des professionnels tout en tenant compte de leur vécu. Aussi, il demande de l'expérience car il faut rester concentré sur le discours de l'interviewé afin d'être en capacité de rebondir et d'effectuer des relances pertinentes. Il est également nécessaire de recentrer le discours lorsque l'individu s'éloigne du sujet.

3.1.2 Technique d'entretien

A l'occasion de chaque entretien, j'ai expliqué ma démarche ainsi que la méthodologie utilisée. L'anonymat des interviewés a été assuré en vue d'instaurer un climat de confiance. Afin de privilégier l'écoute et d'éviter toute perte d'informations, j'ai demandé l'autorisation d'enregistrer les entretiens. Celle-ci m'a été accordée par

⁹⁰BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - **L'enquête et ses méthodes : L'entretien** - Paris :Edition Nathan, 1992. - p 19.

⁹¹ Ibid p 22.

⁹² QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. - **Manuel de recherché en sciences sociales** - Paris : Editions Dunod, 2^{ième} édition, 1995. - p 195.

l'ensemble des personnes. J'ai précisé qu'après retranscription de l'entretien, celui-ci serait effacé.

D'autre part, l'interviewer doit tenir compte des paramètres de l'environnement. Il s'agit de « [...] *la programmation temporelle (unité de temps), la scène (unité de lieu) et la distribution des acteurs (unité d'action).* »⁹³ Les guides d'entretien⁹⁴ ont été testés et réajustés la semaine précédant les interviews. Une demande d'autorisation écrite a été formulée au directeur des soins de chaque établissement qui a ensuite informé les professionnels concernés. La durée des entretiens a été précisée aux interviewés avant nos rencontres. Les échanges se sont déroulés au sein des différents services de soins dans des bureaux ou des salles de réunion.

En vue d'obtenir une meilleure objectivité, j'ai retranscrit fidèlement et en totalité les douze entretiens réalisés.

3.1.3 Choix du terrain d'enquête

Je me suis orienté vers deux hôpitaux publics de taille équivalente sur le territoire de la Picardie. Six entretiens se sont déroulés dans l'hôpital d'une ville d'environ 40 000 habitants. Il s'agit d'un établissement où j'ai exercé durant dix ans. Les services de soins concernés ont été la réanimation médico-chirurgicale et les soins de suites à orientation gériatrique. Le reste des interviews ont eu lieu dans le centre hospitalier d'une commune de 55 000 habitants, dans une unité de chirurgie orthopédique et viscérale ainsi que dans une unité de cardiologie-pneumologie. J'ai volontairement choisi des services de spécialités différentes afin que mon analyse ne soit pas dépendante d'un même secteur d'activité.

⁹³ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - op. cit - p 69.

⁹⁴ Cf. Annexe 1 : Guide d'entretien cadre de santé et Annexe 2 : Guide d'entretien infirmiers et aides-soignants

3.1.4 La population étudiée

Au regard de mon travail d'écriture imprégné d'humanisme, j'ai souhaité m'adresser aux différents professionnels constituant une équipe de soins. Il m'a semblé pertinent d'interviewer des aides-soignants, des infirmiers et des cadres de santé. Chacun revêt un rôle essentiel au sein de l'unité. De plus, j'ai pu mettre en évidence dans mon cadre théorique qu' « *Il existe un respect mutuel basé sur le postulat affirmant que chaque membre de l'équipe soignante offre une contribution essentielle et significative dans l'accomplissement des résultats cliniques.* »⁹⁵

Le tableau ci-dessous rassemble différentes informations concernant les personnes ayant répondu à mon enquête.

Interviews	Service Centre hospitalier	Sexe	Tranche d'âge	Diplôme	Date du diplôme	Ancienneté dans le service	Choix de l'affectation
AS 1	CH N°1 Réanimation	F	[40-50[	AS	1990	3 ans	oui
IDE 1	CH N°1 Réanimation	M	[30-40[	IDE	2001	3 ans	oui
CDS 1	CH N°1 Réanimation	F	[40-50[	CDS	2002	2 mois	oui
AS 2	CH N°1 Gériatrie	F	[50-60[	AS	1992	16 ans	non
IDE 2	CH N°1 Gériatrie	F	[20-30[	IDE	2009	2 ans	oui
CDS 2	CH N°1 Gériatrie	F	[40-50[	CDS	1995	5 ans	oui
AS 3	CH N°2 Chirurgie	F	[50-60[	AS	1977	6 ans	oui
IDE 3	CH N°2 Chirurgie	F	[30-40[	IDE	2001	11 ans	oui
CDS 3	CH N°2 Chirurgie	F	[50-60[	CDS	1982	16 ans	oui
AS 4	CH N°2 Médecine	F	[40-50[	AS	1984	20 ans	oui
IDE 4	CH N°2 Médecine	F	[30-40[	IDE	2004	7 ans	oui
CDS 4	CH N°2 Médecine	F	[40-50[	CDS	2000	5 ans	oui

⁹⁵ COLMONT David, *Magnet hospital ou le concept « d'hôpital attractif »*, *Objectif Soins*, n°197, juin 2011.

L'échantillon ici présent est composé de quatre aides-soignantes, quatre infirmières et quatre cadres de santé. Dans la mesure où j'aborde dans mes entretiens les bénéfices de la fidélisation au sein des unités de soins j'ai choisi de m'adresser à des personnes possédant déjà une ancienneté de deux-trois ans minimum dans leur service.

3.1.5 Les limites de l'enquête

Le nombre de professionnels interviewés reste peu important et de ce fait les conclusions de mon travail méritent d'être vérifiées. Cette enquête reste donc exploratoire. Par ailleurs, il aurait été pertinent d'interviewer des cadres de pôles ainsi que des médecins mais le délai imparti pour réaliser ces enquêtes est très court. Cet exercice est également très chronophage (1h d'entretien nécessitant jusqu'à 6h de retranscription). Aussi, j'ai rencontré à l'occasion de certains entretiens des difficultés à trouver le juste équilibre entre l'écoute active et le recentrage des propos de l'interviewé sur le sujet de travail.

3.1.6 Les points forts de l'enquête

Certains éléments ont été facilitateurs pour ce travail exploratoire. En effet, mes interlocuteurs ont manifesté un intérêt certain concernant le thème de ma recherche. Les échanges très riches se sont déroulés dans un climat de confiance. Les professionnels ont fait preuve d'une grande disponibilité à mon égard.

Il est important de rappeler que « *L'entretien ne constitue pas une fin en soi. Il faut, avant de parvenir aux résultats de la recherche, effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse du discours.* »⁹⁶

3.2 Analyse des entretiens

3.2.1 Méthodologie de l'analyse

L'analyse des entretiens s'effectue à partir des propos des individus. Le contenu des interviews a été retranscrit de façon littérale. A.BLANCHET et A.GOTMAN précisent

⁹⁶ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - op. cit - p 91.

qu'« *Après avoir fait parlé l'interviewé, l'enquêteur fait parler le texte par l'analyse des discours.* »⁹⁷

La première étape de cette analyse nécessite de réaliser une lecture de chaque entretien. Ensuite, je pourrais identifier les différents thèmes et sous-thèmes qui représenteront « [...] *le cadre stable de l'analyse de tous les entretiens.* »⁹⁸ J'utilise ici l'analyse thématique qui permet de comparer « *les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentations véhiculés par ces discours.* »⁹⁹ Ce procédé me donne la possibilité d'analyser les entretiens de manière qualitative.

Qu'évoque l'humanisme pour les professionnels de santé ? Quel type de manager veulent les agents ? Comment perçoivent-ils l'efficacité ? Quels atouts cache pour eux la fidélisation ? Est-ce simple de pratiquer l'humanisme ? Existe-t-il un paradis des soignants ?

Les hommes et les femmes que j'ai interrogés se sont livrés, m'ont exprimé leurs souhaits, leurs craintes ainsi que leurs satisfactions...

3.2.2 A la recherche du leader transformationnel

L'ensemble des soignants interviewés recherche de la part du cadre un soutien, des encouragements, de la considération... Les cadres de santé quant à eux souhaitent davantage motiver et assurer le développement de leurs collaborateurs que de se contenter de contrôler et de superviser. Derrière le discours des professionnels se dessine « [...] *un motivateur, un mobilisateur [...], un leader transformationnel.* »¹⁰⁰ Grâce à lui, les agents restent dans l'institution car ils le veulent.

- **Des valeurs fondées sur la raison**

L'écoute, la disponibilité et le respect sont des valeurs soulignées par les douze personnes interrogées. Les valeurs sont source de lien entre les collaborateurs et donnent un sens à l'action de l'équipe.

⁹⁷ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - op. cit - p 92.

⁹⁸ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - op. cit - p 98.

⁹⁹ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - op. cit - p 92.

¹⁰⁰ STORDEUR Sabine, d'HOORE William. -op. cit - p 23.

« On a de la chance d'avoir quelqu'un qui est à l'écoute et qui est disponible. On a une relation assez étroite [...] » (IDE n° 3) ;

« Qu'elle soit disponible, qu'elle soit à l'écoute. » (AS n°1) ;

« [...] elle trouve toujours une oreille pour répondre à nos questions [...] une personne qui nous respecte. » (AS n°3) ;

« Pour moi c'est important de respecter le soignant. [...] Mais je suis l'oreille attentive. On ne peut pas être humaniste sans tenir compte de l'autre. » (CDS n°2) ;

« [...] l'humain, le respect de toute la valeur qu'il peut avoir [...] L'importance de l'écoute, l'écoute de l'autre [...] » (CDS n°4).

Il peut sembler banal d'insister sur le fait de devoir écouter car chacun sait que cela est indispensable. Toutefois, M. THEVENET précise que « [...] l'on a des difficultés à le faire, à la pratiquer. L'écoute est un art difficile ; on n'a jamais fini de l'apprendre, de l'améliorer. »¹⁰¹ **L'écoute constitue un pré-requis évident dans la relation et les cadres interrogés semblent en avoir conscience.**

Sept personnes insistent sur une valeur fondamentale longuement évoquée dans le cadre théorique : **la confiance, faire confiance et inspirer confiance...**

« Elle a confiance en nous et nous avons confiance en elle. » (AS n° 2) ;

« [...] les cadres me font confiance car je me donne pour elles [...] je leurs fais confiance. » (IDE n°4) ;

« C'est surtout une relation de confiance, je priorise la confiance dans l'équipe. » (CDS n° 3).

« [...] elle n'est pas toujours derrière nous, elle a confiance, la confiance s'est installée. » (IDE n°3).

Il est nécessaire pour les managers humanistes d'utiliser le pouvoir de la confiance car « Nous avons tous besoin d'être mis en confiance pour exprimer notre potentiel »¹⁰².

- **L'humanisme en action**

Les quatre cadres de proximité mettent l'accent sur **la reconnaissance**. Il s'agit de **reconnaitre l'individu, ses compétences et le fruit de son travail.**

¹⁰¹ THEVENET Maurice - **Management : Une affaire de proximité** - op. cit - p 108.

¹⁰² MASSON Philippe - op. cit - p 53.

« [...] ce qu'ils proposent est entendu et pris en compte, ça veut dire qu'ils ont une place dans l'équipe. » (CDS n° 1) ;

« Le management humaniste pour moi c'est l'homme au centre [...] il n'y pas de bon ou de mauvais, il y a un potentiel. » (CDS n°4) ;

« C'est important d'utiliser leurs compétences [...] du coup, ils s'épanouiront dans leur travail. » (CDS n°2) ;

« C'est d'abord se sentir reconnu, ne pas être considéré comme un simple individu mais comme une personne [...] » (CDS n°3).

La considération individuelle domine ici. Le cadre humaniste, leader transformationnel « [...] n'hésite pas [...] à exprimer sa confiance dans les capacités et les compétences de ses subordonnés en leur envoyant régulièrement des échos positifs. »¹⁰³

Les conditions de la motivation générées par le cadre occupent une place prépondérante dans les propos de huit professionnels.

« Les cadres vont me convaincre par rapport aux formations [...] elles cherchent à me faire progresser. » (IDE n°4) ;

« [...] elle est avec nous, elle dynamise notre équipe. » (AS n°3) ;

« Elle nous a mis dans son travail de réflexion. [...] elle nous propose des choses, nous donne envie d'avancer. » (IDE n°1) ;

D'autre part, les interviewés soulignent à travers leurs discours **la nécessité de pratiquer une politique managériale favorisant la bientraitance.**

« On a de l'autonomie, on gère pas mal de choses et c'est bien. » (IDE n° 3) ;

« La cadre nous apporte un bien-être pour que l'on se sente bien. Vous voyez, il y a quelque chose de chaud. » (AS n° 3) ;

« C'est pas que prendre soin des patients, c'est aussi prendre soin du personnel, je pense que c'est important. » (CDS n°2).

Ces réponses sont en adéquation avec les recommandations de l'ANESM sur la bientraitance à l'hôpital. « Il est recommandé que les professionnels fassent l'objet d'un encadrement cohérent [...]. Ceci induit que l'encadrement soit en premier lieu respectueux

¹⁰³ STORDEUR Sabine, **De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité**, *Revue Hospitals.be*, n°2, octobre-novembre-décembre 2003. < <http://www.hospitals.be/francais/revue/hospitals2/article2.html> > [consulté le 12 avril 2012]

des personnes et soucieux de réserver aux équipes une possibilité de pensée, de parole et d'autonomie [...] »¹⁰⁴

- **Des valeurs qui fidélisent**

Les professionnels reconnaissent que manager au plus près de l'Humain évite un renouvellement des personnels trop important.

« Quand on se sent bien au travail ou qu'il y a un épanouissement, on a envie de rester [...] » (CDS n°4) ;

« Les gens s'investissent beaucoup plus et forcément ils n'ont pas envie de partir malgré les difficultés. » (CDS n°1) ;

« Nous sommes une équipe stable, il y a peu de changements de service. » (IDE n°3) ;

« Avoir des valeurs professionnelles, c'est ça qui fidélise le soignant. » (CDS n°3).

Les propos énoncés ci-dessus confirment les bénéfices du management humaniste relevés dans la première partie de ce mémoire. **L'humanisme engendre un niveau élevé de satisfaction professionnelle se traduisant par un faible turn-over des soignants.**

Le leader transformationnel adopte donc des valeurs incitant son équipe à déployer plus d'effort. Ainsi, *« [...] le leadership transformationnel est positivement associé à la performance de l'unité de soins [...] »¹⁰⁵.*

3.2.3 L'efficacité mais pas à n'importe quel prix

« On y pense, on a dans la tête qu'il ne faut pas gaspiller » (IDE n°2) ; « Très à la mode l'efficacité » (CDS n°4). Ce terme est désormais omniprésent dans l'entreprise hospitalière. Aussi, les professionnels de santé le manient avec précaution pour ne pas heurter les valeurs soignantes.

¹⁰⁴ ANESM - **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre** - Juillet 2008, p 36.

¹⁰⁵ STORDEUR Sabine, d'HOORE William. - op. cit - p 24.

- **Une prise de conscience générale**

- ✓ **Efficiences...**

De l'aide-soignante au cadre de santé, cette notion résonne chez les douze interviewés. **Les soignants admettent qu'il faut limiter les coûts mais le patient ne doit pas en subir les conséquences.**

« [...] c'est le meilleur rendement, meilleur optimisation des moyens engagés, ça me gêne un peu. » (IDE n° 1) ;

« Oui, on fait attention, on prend le matériel adapté mais on garde la qualité. On a conscience des difficultés. On pense au patient avant tout. » (AS n° 4) ;

« Je fais des soins de qualité et j'essaie de ne pas prendre plus de matériel qu'il ne faut. » (IDE n° 3) ;

« [...] il n'y a plus d'argent, il faut faire avec ça mais il faut toujours être dans la qualité. Il y a trop de rendement [...] » (IDE n°4).

L'efficacité se résume principalement chez les interviewés par faire des économies, réduire les dépenses de santé. Toutefois, J-P MOATTI signale qu' « [...] il peut arriver que l'évaluation économique justifie une augmentation des dépenses comme parfaitement efficace [...] dès lors que ce que rapporte cet investissement en bénéfices sanitaires [...] est plus que suffisant pour compenser ses coûts. »¹⁰⁶

- ✓ **Un cadre de santé moteur de la rationalisation des activités soignantes**

Comme le souligne Chantal de Singly dans son rapport « les cadres [...] ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour [...] repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité [...] »¹⁰⁷

« Obtenir quelque chose en optimisant les moyens. Il faut essayer d'obtenir le mieux avec tout ça, en équilibrant tout ça. » (CDS n°1) ;

« Essayer d'offrir une qualité optimale en fonction des moyens [...] on peut toujours progresser. » (CDS n° 3) ;

¹⁰⁶ MOATTI Jean-Paul, **Efficiences vous avez dit efficacité ?**, *Sciences sociales et santé*, vol 10, n°1, 1992. pp 125-133.

¹⁰⁷ DE SINGLY Chantal. - op. cit - p 5.

« *En tant que cadre, il faut être vigilant. Il est nécessaire de rebooster les équipes.* » (CDS n°2) ;

« *Nous, on va être centré sur la qualité et l'économie [...]. A chaque fois dans la tête on a le coût, la finance, on le vit tous les jours.* » (CDS n°4).

Ces propos témoignent du rôle de maillon central occupé par les cadres de proximité évoqué dans le cadre théorique. Ce sont des acteurs clés de la performance hospitalière.

- **Une quête d'efficience à tous les niveaux**

- ✓ **Une traduction à travers les pratiques managériales**

La recherche d'efficience demande au cadre de santé d'affiner ses pratiques managériales. **La cohésion d'équipe, le développement des compétences et la responsabilisation des collaborateurs sont essentiels.** Aussi, il est nécessaire que le cadre identifie les forces et les faiblesses de chaque membre de l'équipe pour adapter son management.

« *Il faut essayer d'optimiser toutes les ressources que l'agent peut donner. On met en place des groupes de travail pour améliorer les pratiques, pour faire bien sans que ça coûte trop cher.* » (CDS n°1) ;

« *On tient compte de l'individu. Je pense que grâce à cela on aura un niveau de performance qui sera meilleur. Ma politique c'est d'essayer que les gens se sentent bien au travail. Quand il y a un arrêt, les gens répondent.* » (CDS n° 3) ;

« *On va faire le tour et on va se dire qu'est-ce que l'on peut faire au moindre coût et en qualité et ne pas perdre en satisfaction. On a un groupe de travail sur l'organisation des soins, on optimise, on rééquilibre. Contenter tout le monde, convenir à l'équipe [...]* » (CDS n°4).

Les managers comprennent qu'ils doivent traiter leurs collaborateurs « *comme des hommes et des femmes et non comme des variables abstraites dans des modèles d'optimisation.* »¹⁰⁸ Ainsi, ils obtiendront davantage de leurs équipes et n'auront pas besoin de recourir aux infirmiers intérimaires.

¹⁰⁸ MASSON Philippe - op. cit - p 14.

✓ Une participation active des soignants

Certes il est difficile de concilier culture soignante et culture économique. J'évoque d'ailleurs dans mon constat un malaise des soignants lié au travail sous pression dans les établissements de santé. Cependant, **les professionnels démontrent au quotidien une certaine efficience dont ils n'ont pas toujours conscience.**

« *Que les personnes ressortent avec des soins de qualité, saines, pas d'infection. [...] Au niveau de l'alimentation, pourquoi commander des yaourts, des compotes si la personne n'en veut pas ?* » (AS n° 3) ;

« *On va en profiter pour réadapter les protocoles, parce que les protocoles c'est bien mais ça se renouvelle.* » (IDE n°1) ;

« *Je pense qu'il faut s'adapter tout en respectant les protocoles, l'hygiène. Il faut respecter l'hygiène mais on est parfois en système D.* » (AS n°2).

Nombreux sont les soignants qui seraient tentés d'emprunter à MINTZBERG son expression de « *bien vilain mot* »¹⁰⁹ pour désigner l'efficience. Toutefois, sous l'impulsion du cadre de proximité, ils questionnent leur manière de travailler et développent leur pensée critique. D'ailleurs, cette posture croît avec l'ancienneté des professionnels dans leurs unités.

3.2.4 Lutter contre le nomadisme des professionnels de santé pour tendre vers l'efficience

Si la majorité des établissements de santé cherche à optimiser sa stratégie d'attractivité et de fidélisation des soignants, c'est parce que **la stabilité des équipes de soins rime avec implication, solidarité, qualité, efficacité, compétence et sûrement efficience...** M. THEVENET souligne que le thème de la fidélité « *[...] revient régulièrement au premier rang des problèmes des gestionnaires du personnel qui cherchent à conserver et fidéliser les « talents » [...]* »¹¹⁰

¹⁰⁹ MINTZBERG Henry - op. cit - p 479.

¹¹⁰ THEVENET Maurice - **Management : Une affaire de proximité** - op. cit - p 69.

- **La compétence, une gestion efficiente des situations de soins**

L'ancienneté des professionnels au sein des équipes met en lumière la relation compétences/efficience. **La rapidité, l'efficacité et la sûreté sont des critères évoqués par les interviewés qui nous renvoient à la notion d'efficience.** Au final, « *La compétence se traduit essentiellement par la capacité de gérer avec efficience une situation [...] »¹¹¹*

« *Les compétences se développent au fil des années, il y a des évolutions. Obligatoirement vous avez un rendu dans tous les domaines.* » (CDS n°3) ;

« *L'ancienneté ça aide à gérer certaines situations [...]. On sait anticiper, on connaît, on sait ce qui peut arriver : c'est rapidité, efficacité pour le patient.* » (IDE n°1) ;

« *Au niveau du malade quand on est habitué, quand il ya quelque chose qui ne va pas au niveau du patient, on le voit tout de suite. J'observe, ça va très vite [...]* » (AS n°1) ;

L'expérience permet aux soignants de mobiliser des ressources pertinentes devant chaque situation. Aussi, le développement des compétences va de pair avec l'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

- **La qualité et la sécurité des soins**

Au sein d'une équipe stable, les professionnels partagent tous le sentiment de donner des soins de haute qualité. Un environnement de travail positif permet aux soignants de « *[...] se concentrer sur leurs patients qui redeviennent les principaux bénéficiaires de l'énergie mis en œuvre par l'équipe.* »¹¹²

« *On a envie de participer à des groupes de travail pour la qualité des soins [...]. En ce moment il y a la certification.* » (IDE n°3) ;

« *On a l'habitude d'exercer, [...] plus à l'aise pour les fins de vie [...] la prise en charge, la qualité des soins, la sécurité du patient.* » (IDE n°2) ;

¹¹¹ Compétence < <http://www.cafoc.ac-nantes.fr/ressources/CCCafof/Competences.pdf> > [consulté le 10 avril 2012]

¹¹² Société de médecine complexe, L'hôpital magnétique. <<http://www.someplexe.org/lhopital-magnetique/>> [consulté le 17 avril 2102]

« Il y a eu IGEQSI¹¹³, toutes les évaluations des pratiques, tous les professionnels sont associés [...] » (CDS n°3) ;

« Plus j'ai d'ancienneté et moins je suis stressé. Parce que au début, on est focalisé sur les soins et on shunte tout le volet communication, éducation, et ça on le développe avec le temps. » (IDE n°1).

Ces propos me confortent dans l'idée que **l'efficience est inséparable de la qualité et de la sécurité des soins**. La recherche d'une meilleure qualité va se traduire par une durée de séjour plus courte, moins d'infections nosocomiales et de réadmissions hospitalières ainsi qu'une survenue d'événements graves moins fréquente pour le patient. Tout cela est rendu possible car les individus sont fiables et les relations avec les pairs sont positives.

- **Vivre la même histoire**

Le sentiment de famille et de solidarité est exprimé par la majorité des collaborateurs. **L'esprit d'équipe est synonyme de réussite collective**. De plus, « *savoir que les autres comptent sur vous est un puissant moteur de recherche de responsabilisation et de l'efficience* »¹¹⁴

« C'est-à-dire que l'on fait une équipe, une association entre ASH, aides-soignantes, infirmières, on fait un tout. Le matin, notre cadre déjeune avec nous. Notre équipe c'est comme un arbre, il y a un tronc c'est notre cadre. » (AS n°3) ;

« Si tu es dans l'esprit famille, ça roule. Même si tu as un soignant en difficulté, le cadre est là et le problème va être vu. » (AS n°2) ;

« C'est aussi une dynamique d'équipe, une entente, une philosophie. On vit des choses quand-même, on se soutient. » (IDE n°2) ;

« Ce n'est pas j'exige, il faut... La fidélisation fait que la personne se sent bien dans l'équipe, se sent dans l'âme, elle fait partie de la boîte. Elle est là pour que la boîte fonctionne. » (CDS n° 4) ;

« On n'est pas dans la sanction [...] On est là tous pour faire fonctionner l'hôpital [...] les gens s'impliquent, les décisions sont collégiales. » (CDS n°1)

¹¹³ Instrument Global d'Évaluation de la Qualité des Soins Infirmiers

¹¹⁴ Société de médecine complexe, L'hôpital magnétique. <<http://www.someplexe.org/lhopital-magnetique/>> [consulté le 17 avril 2102]

Les soignants se sentent impliqués dans leur service et dans leur établissement et éprouvent de ce fait une importante satisfaction intrinsèque. Ils manifestent un investissement professionnel conséquent. D'ailleurs « *l'implication affective des infirmières prédit la perception de l'efficacité de l'unité puisque les infirmières émotionnellement attachées à l'institution dirigent leur attention sur les aspects de la performance qui sont valorisés par l'organisation.* »¹¹⁵

- **La motivation intrinsèque**

La notion d'autodétermination ainsi que **le principe de compétences** développés dans le cadre théorique ont un rôle majeur dans la motivation intrinsèque. Le cadre humaniste va ainsi avoir un **effet positif sur l'implication de ses collaborateurs**. Les réponses des interviewés en sont une parfaite illustration.

« *Je reste car j'ai une cadre qui a envie d'avancer, qui nous propose des choses [...]* » (IDE n°1) ;

« *La cadre sait qu'elle peut me demander n'importe quoi. [...] La formation, j'ai besoin de savoir, je vais prendre des informations que je vais ramener ici.* » (AS n°2) ;

« *Les gens se sentent bien dans leur boulot, ils sont force de propositions. Ils ont envie que les choses s'améliorent, c'est un vrai investissement.* » (CDS n°1) ;

« *Une satisfaction, on a envie, c'est une profession qui n'arrête pas d'évoluer. On est toujours dans la recherche.* » (IDE n°3) ;

« *J'adore apprendre mon métier à quelqu'un qui arrive.* » (IDE n°4).

Bien qu'ils effectuent un travail difficile, les professionnels s'investissent et s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration de leurs pratiques. Une équipe magnétisée favorise le développement de la performance de l'unité. Le fonctionnement est plus fluide et les coûts diminuent. Aussi, chacun doit rester vigilant et ne pas perdre de vue cet objectif.

¹¹⁵ STORDEUR Sabine, d'HOORE William. - op. cit - p 26.

- **Gare à la routine**

De toute évidence, la stabilité des professionnels est déterminante pour la qualité des soins. Toutefois, les soignants sont conscients qu'ils doivent rester mobilisés. Effectivement, « **une compétence n'est pas jamais atteinte d'une manière définitive, elle l'est à un moment donné, dans un contexte donné, elle doit par contre être entretenue et adaptée pour durer.** »¹¹⁶

« Une équipe stable sur du long terme c'est bien mais il ne faut surtout pas tomber dans la routine où l'on s'auto-satisfait de ce que l'on a fait [...] car une force peut devenir un handicap. » (CDS n° 3) ;

« Toujours être dans la qualité, donner un petit peu plus. Faut pas rester sur ses lauriers, il faut s'auto-évaluer. » (AS n°3) ;

« C'est peut-être pas toujours bien, il y a une routine. » (IDE n°2) ;

« Même si ça fait dix ans que je suis ici, je ne dois pas m'arrêter à mes acquis. [...] acquérir des connaissances pour améliorer la prise en charge des personnes que l'on reçoit. » (IDE n°3).

L'expérience acquise permet aux soignants d'être plus performants. L'encadrement veille à ce que les professionnels agissent toujours avec compétence et ne régressent pas. Cela nécessite que le cadre soit à proximité de l'équipe et favorise la mobilisation de celle-ci. Mais le leadership transformationnel requiert certaines conditions, des capacités relationnelles particulières et ne peut être l'attribut d'une seule personne pour se montrer efficace.

3.2.5 Manager dans un esprit humaniste ne s'improvise pas

Dans la première partie de ce travail de recherche, Ph. MASSON précise que **faire le choix de l'humanisme n'est pas toujours le plus simple pour réussir**. Certains obstacles ou limites peuvent venir contrecarrer les plans de « *Justus, l'honnête homme [...] attaché à la réussite de son entreprise.* »¹¹⁷

¹¹⁶ Approche du concept de compétence < http://formatice.org/en_ligne/socle/concept_compétences.pdf> [consulté le 17 avril 2012]

¹¹⁷ MASSON Philippe - op. cit - p 14

- **Le facteur humain demande du temps**

La notion de temps est soulignée par trois des quatre cadres interrogés. **Tout va trop vite**, l'immédiateté a pris le pouvoir. **Mais le management humaniste prend du temps** et créer des conditions de travail humanisantes s'avère parfois complexe.

« Il faut y passer du temps, être à l'écoute des personnes et tenir compte des personnes ça prend du temps. Cela demande de l'investissement, ça demande d'expliquer les choses. Ça peut prendre du temps, même si on finit plus tard que prévu, c'est important de prendre du temps. » (CDS n°3) ;

« La notion de temps que l'on n'a plus... comment faire du management humaniste avec les moyens que l'on a ? » (CDS n°4) ;

« C'est pas facile d'être humaniste, ça prend du temps. Etre près de l'équipe c'est chronophage. » (CDS n°1).

Manager au plus près des Hommes nécessite du temps. **Du temps pour écouter, pour communiquer et pour chercher à comprendre.** De plus, cela demande au cadre d'avoir une parfaite connaissance de soi et une maîtrise de la gestion de ses émotions. Le facteur humain semble la clé de la réussite mais un excès d'implication du cadre peut être synonyme de souffrance.

- **Une santé mentale et physique**

Le cadre humaniste *« devine, comprend et sait s'adapter [...] bref **notre manager humaniste semble être un superman.** »*¹¹⁸ Il fait preuve d'intelligence émotionnelle et doit être capable de se remettre en cause. Il a suffisamment confiance en lui pour accueillir les critiques de ses collaborateurs. Deux des cadres interviewés reconnaissent l'investissement psychologique et physique nécessaire à la pratique de l'humanisme.

« Il faut être bien psychologiquement, il faut être solide. Ce type de management nécessite qu'on soit prêt à tout entendre. Le cadre doit accepter d'entendre qu'il a tort. C'est vrai que ce management est plus fatiguant qu'un management directif. » (CDS n°3) ;

« Etre en bonne santé, être équilibré psychologiquement et physiquement [...] » (CDS n°4).

¹¹⁸ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 221.

Le cadre de proximité reste un être humain et n'est pas infailible. De plus, il ne faut pas être seul pour instaurer ce type de management. Le soutien de la direction et des équipes médicales est indispensable.

- **Une implication nécessaire de la hiérarchie et du corps médical**

S. ARNAUD rappelle que « [...] *le top management est « porteur de sens » et c'est à lui à diffuser ces valeurs humanistes. [...] c'est l'entreprise et son organisation toute entière qui doivent supporter une éthique humaniste [...] »*¹¹⁹ La totalité des cadres enquêtés souligne ce nécessaire investissement humaniste de la part des directeurs mais aussi des médecins. La participation de l'ensemble des acteurs est recommandée.

« Je pense que les médecins ici sont un peu durs mais il y en a partout des personnages comme ça. Il faut essayer de faire un lien, ne pas aller toujours dans l'affrontement. [...] il faudrait des directions dans cet optique là, ce n'est pas notre philosophie en France. » (CDS n° 1) ;

« La seule barrière dans le service serait que le médecin et le cadre ne soit pas sur la même ligne de conduite. Il faut à la base que le cadre et le médecin aient une entente parce que dans un service le médecin et le cadre on est la tête. » (CDS n°2) ;

« Les conditions idéales ce serait quand même que tout le monde soit dans le même sens, c'est-à-dire l'hôpital entier. Si la direction n'a pas votre façon de penser dès la première page, n'essayez même pas de faire les cents autres. » (CDS n°4) ;

« C'est important de préciser qu'on a la chance d'avoir le cadre sup du secteur qui fonctionne comme ça donc le cadre et le cadre sup sont en symbiose. Si le cadre veut avoir ce type de management mais le cadre de pôle est autrement c'est difficile. » (CDS n°3).

Cadres, médecins, haute direction, **tous doivent se préoccuper de la qualité de vie au travail.** En effet, « [...] *un climat organisationnel qui favorise le bien-être psychologique de ses employés facilite la dispensation d'un service de qualité [...]. »*¹²⁰ La direction des soins occupe un rôle majeur dans la mise en avant d'une telle philosophie et doit formuler des valeurs humanistes. D'ailleurs, certains hôpitaux présentent des

¹¹⁹ ARNAUD Stéphanie - op. cit - p 221.

¹²⁰ STORDEUR Sabine, **De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité**, *Revue Hospitals.be*, n°2, octobre-novembre-décembre 2003. < <http://www.hospitals.be/francais/revue/hospitals2/article2.html>> [consulté le 18 avril 2012]

caractéristiques organisationnelles favorables à la satisfaction des professionnels. Ces conditions de travail particulières favorisent la qualité et l'efficacité des soins.

3.2.6 L'oasis des professionnels de santé

Un hôpital où il fait bon travailler et se faire soigner. Un hôpital qui propose un environnement de travail de qualité. Un hôpital que le professionnel ne veut plus quitter. Le magnet-hospital existe depuis presque trente ans mais ce concept reste peu développé en Europe. Et pourtant, « [...] à l'heure des restructurations hospitalières, il pourrait peut-être faire des émules du côté des gestionnaires européens. »¹²¹ Les cadres et les soignants interrogés s'enthousiasment à l'idée d'évoluer dans une telle structure. « *Je vais travailler tout de suite dans un service comme ça !* » (AS n°1) ; « *S'il y en avait en France, on y serait tous !* » (CDS n°1).

- **Magnet hospitals, un concept peu connu**

Sur les douze personnes interviewées, seules deux possèdent des notions sur les hôpitaux attractifs. « *Et on a ces hôpitaux là qui apparemment s'en sortent mieux que les autres.* » (CDS n°4) ; « *Les hôpitaux attractifs... c'est tout un état d'esprit.* » (CDS n°1).

Les magnet-hospitals sont identifiés aux Etats-Unis dans les années quatre-vingt. Dans un contexte de forte pénurie infirmière, ils parviennent à recruter des soignants et connaissent un faible turn-over. Comme cela est souligné dans la partie théorique de cet écrit, ce sont les conditions de travail proposées qui sont à l'origine de ce phénomène.

En Europe, ce concept se met en place en Suisse et en Belgique. Concernant la France, l'HAS a proposé en 2005 un guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé. En effet, le management a un impact important « [...] sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients [...] »¹²² Cette évaluation porte notamment sur les capacités de l'encadrement à négocier, à responsabiliser ainsi qu'à motiver. D'autre

¹²¹ STORDEUR Sabine, **Les magnet hospitals, du soutien organisationnel à la qualité des soins**, *Soins Cadres*, Hors série spécial emploi n°2, octobre 2005, p2.

¹²² Haute Autorité de Santé, **Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé**, janvier 2005.

<http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06__10_04_53_9_49.pdf> [consulté le 19 avril 2012]

part, l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France crée en 2008 une grille d'auto-évaluation¹²³ pour les hôpitaux souhaitant initier une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels. Des efforts sont donc réalisés pour développer l'attractivité des établissements de santé français en s'inspirant des points essentiels des magnet-hospitals.

Même si la majorité des professionnels interrogés ignorait l'existence de ces « hôpitaux aimants », les éléments les caractérisant ont pu être mis en évidence à l'occasion des entretiens.

- **Des caractéristiques bien identifiées**

Bien qu'ils n'exercent pas au sein d'un établissement labélisé hôpital magnétique, cadres et soignants mettent en exergue à travers leurs réponses les conditions nécessaires à l'épanouissement professionnel et à la qualité des soins. La présence de ces caractéristiques au sein de l'organisation favorise la cohésion. Certains principes de l'école des relations humaines développés précédemment sont énoncés par les interviewés. En effet, les soignants se sentant valorisés sont davantage productifs et la vie de l'équipe occupe une place primordiale dans le travail.

- ✓ **L'autonomie**

« Et puis j'ai oublié l'autonomie. L'autonomie d'une équipe c'est important. Elles gèrent, elles n'ont pas peur du gendarme. » (CDS n°3) ;

« Elle nous laisse de l'autonomie, on travaille bien comme ça. » (IDE n°3) ;

« Non, ici pas assez d'autonomie, on ne fait pas ce que l'on veut. » (AS n°1).

- ✓ **Une collaboration médecins-paramédicaux nécessaire**

« Je trouve que s'il y avait des staffs avec le cadre et les médecins on pourrait plus discuter. » (AS n°1) ;

« La connaissance des médecins et de leurs habitudes est un bénéfice pour le service. » (IDE n°4) ;

¹²³ Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France - **Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales** - Juin 2008 < http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/attractivite_fidelisation_pro_paramed-9.pdf > [consulté le 19 avril 2012]

« *La cadre sait se positionner avec les médecins pour réajuster avec nous.* »
(IDE n°3).

✓ **La valorisation professionnelle**

« *Je dis qu'on a une cadre admirable, il faut la respecter. Elle reconnaît notre travail* » (AS n°3) ;

« *Franchement on est écouté en tant qu'aide-soignant. On est appelé pour les transmissions et la cadre préserve ça.* » (AS n°2) ;

« *La cadre fait appel à toutes les compétences de tout le monde. Elle respecte les professionnels [...]* » (IDE n°2) ;

« *Un cadre de santé doit savoir valoriser son équipe.* » (IDE n°1).

✓ **Des relations positives entre pairs**

« *Il y a du positif dans l'équipe. On fait une super équipe.* » (AS n°3) ;

« *Je suis une ressource pour les infirmières, j'observe, j'ai des connaissances, l'équipe me fait confiance.* » (AS n°1) ;

« *J'aime bien quand l'équipe est expérimentée. On sait comment travailler l'autre, on anticipe, on a nos habitudes.* » (IDE n°4).

✓ **Un patient au centre des préoccupations**

« *On est là tous à tous niveaux pour le patient.* » (CDS n°1) ;

« *Au final ce que l'on recherche c'est la qualité des soins.* » (IDE n°2) ;

« *On est à l'écoute du patient, lui parler, le détendre. On est moins concentré sur la technique des soins.* » (AS n°4).

✓ **L'importance de la qualité du quotidien**

« *Si ils ont un souci personnel, on essaie de le résoudre. C'est important, ça encourage les gens à rester.* » (CDS n°1) ;

« *La cadre fait attention à notre vie personnelle. Si il y a un problème, on va essayer de s'arranger [...]* » (IDE n°3) ;

« *Si ça se passe bien dans le service, on se sent bien. [...] que la cadre prenne en compte nos soucis [...]* » (AS n°4).

✓ **Un support souhaité**

« Il y a des hôpitaux qui logent leur personnel, faire en sorte que le travailleur soit dans les meilleures conditions possible, la présence d'une crèche [...] » (IDE n°1) ;

« Le temps que l'on passe au travail est important. Il faut donner mais c'est bien aussi quand c'est « donnant-donnant » avec la direction. » (IDE n°2)

✓ **Un leadership infirmier**

« La cadre est une personne qui est très humaine. [...] qu'elle dynamise notre équipe, qu'elle soit avec nous. » (AS n°3) ;

« Elle est experte dans ce domaine, elle m'aide. [...] On peut discuter mais elle sait dire les choses quand il faut. » (IDE n°2) ;

« Accessible, proche de nous [...]. Beaucoup de pression, [...] elle arrive à défendre le métier de soignantes avant tout [...] elle reste toujours dans le service. Je me dis que c'est balaise. » (IDE n°4)

Les professionnels reconnaissent chez leurs cadres des capacités de leadership permettant d'optimiser leur plaisir au travail. L'autonomie dont ils disposent et la confiance qui leur est témoignée favorisent leur implication dans le service et donc la réussite de l'établissement. Le management humaniste s'inscrit dans un modèle d'organisation où les relations humaines dominent. Ainsi, « la performance est définie en termes de climat, de cohésion et de développement personnel. »¹²⁴

• **Mais c'est ce que je fais sans le savoir !**

Trois cadres interrogés sur quatre prennent conscience au cours des entretiens qu'ils possèdent un leadership fort et que leur philosophie est comparable à celle des magnét-hospitals. Ces magnétiseurs valorisent, communiquent, collaborent et font en sorte que le bien-être au travail puisse rimer avec efficacité. Un climat de travail exceptionnel est synonyme de soins de haute qualité.

¹²⁴ STORDEUR Sabine, d'HOORE William. - op. cit - p 4.

✓ **L'encadrement réalise qu'il magnétise...**

« C'est exactement ce que j'essaie de mettre en application. » (CDS n°3) ;

« On retrouve dans leur manière de fonctionner un petit peu ce que je défends. » (CDS n°4) ;

« Par moment honnêtement, on ressent cette notion de famille. » (CDS n°2).

✓ **Et les soignants confirment**

« C'est un peu comme ça ici par rapport à ce que l'on peut organiser. » (AS n°3) ;

« Cela ressemble à ce que l'on vit dans le service. » (IDE n°3) ;

« Ca me plait, les hôpitaux familiaux j'adore ! » (IDE n°2).

Est-ce que l'hôpital va mal car les soignants y vivent mal? Ce qui est certain, c'est qu'un **cadre de proximité bientraitant obtiendra davantage de ses collaborateurs**. Et au final, « [...] le concept d'hôpital attractif [...] est la mise en pratique d'une évidence : le souci de l'autre, qui fonde les soins infirmiers [...] »¹²⁵

Le style managérial mis en valeur dans ce travail semble faire l'unanimité chez les personnes enquêtées. Toutefois, une des cadres de santé se pose une bonne question.

• **Que veulent les gens avec qui nous travaillons ?**

Ce qui me semble être une évidence ne l'est peut-être pas pour tous. Effectivement, certains professionnels vont préférer suivre les directives du « chef » et rester dans le travail prescrit. C'est ce que tente de nous expliquer un des cadres interviewés.

« En tant que manager on met des choses en place, avec nos valeurs et parfois « stop ». Il faut savoir ce que les gens avec qui je travaille pensent de moi [...] la confiance entre les collaborateurs. Quelle image (représentation) les personnes ont du cadre ? Certains soignants sont réfractaires à ce type de management. Que veulent les gens avec qui on travaille ? » (CDS n°4)

Le cadre humaniste peut parfois être taxé d'adopter la « gentille attitude », de permettre un certain laisser-aller, d'être trop pacifique voire faible. Aussi, je pense que les

¹²⁵CANNASSE Serge, **Comment rendre un hôpital attractif**, octobre 2008
<<http://www.carnetsdesante.fr/Comment-rendre-un-hopital>> [consulté le 19 avril 2012]

nombreuses pages que vous venez de parcourir mettent en évidence l'impact positif du management humaniste en terme d'efficience parfois désignée comme « l'efficacité de l'efficacité ».

3.3 Synthèse de l'analyse

Le but de cette enquête menée au sein de l'univers hospitalier était de vérifier l'hypothèse suivante :

Le management humaniste induit une fidélisation des professionnels de santé qui contribue à l'efficience par la réduction des coûts des activités de soins.

L'analyse des entretiens met en lumière divers éléments. Les soignants reconnaissent qu'un cadre à proximité de l'équipe qui pratique la considération individuelle et qui les stimule intellectuellement engendrera leur fidélisation au service. Les cadres de santé sont conscients qu'un management fondé sur une relation de confiance réciproque impliquera un climat social positif et une satisfaction des professionnels au travail.

Les personnes interrogées confirment que l'expérience au sein d'un service se traduit par des soins de haute qualité, une implication dans les projets, un souhait d'améliorer les pratiques et une attention portée sur la composante économique. L'encadrement humaniste précise qu'une équipe stable permet un fonctionnement du service plus fluide, l'absentéisme est plus faible et les patients mieux soignés.

Les résultats de cette enquête me permettent donc de valider mon hypothèse. En effet, le manager humaniste est un leader infirmier que l'on retrouve dans les hôpitaux attractifs. D'ailleurs, « *Des recherches montrent que les magnet-hospitals obtiennent de meilleurs résultats, à la fois en termes de satisfaction au travail pour les infirmières, en termes de qualité des soins au patient, et en termes financiers.* »¹²⁶ Afficher un

¹²⁶ STORDEUR Sabine, d'HOORE William. - op. cit - p 120.

management qui valorise l'humain est caractéristique des hôpitaux magnétiques et facteur d'efficience.

4 ANALYSE CRITIQUE ET PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE

4.1 Analyse critique

Le choix du thème de ce travail m'est apparu comme une évidence. J'ai eu la chance de pouvoir concentrer mes efforts durant presque dix mois sur un sujet qui me tient à cœur. Toutefois, certaines périodes se sont avérées difficiles, le doute m'envahissant et me pénalisant en termes de productivité. Mais ce fut également des moments de joie, de soulagement et de satisfaction au vue des pages que je noircissais en comprenant que ma pensée était partagée. C'est donc serein que je rédige ces derniers paragraphes pour achever mon travail d'écriture.

Décrire la situation ayant mené à ma question de départ ne m'a pas mis en difficulté dans la mesure où il s'agissait uniquement de relater mon quotidien de faisant fonction cadre. C'est adopter la posture de chercheur qui m'a demandé le plus d'efforts. En effet, faire table rase de mon expérience professionnelle pour porter un regard neuf et objectif sur l'univers de la santé n'a pas été un exercice facile.

Puis vint le temps de la théorie et des concepts. Quel plan choisir ? Quels auteurs privilégiés ? Voici des questions qui ont occupé mes pensées un certain temps... Et à force de lectures, de réflexions et d'échanges avec mon directeur de mémoire tout s'est éclairci, le fil conducteur s'est dévoilé et depuis il guide ma réflexion.

Echanger avec les professionnels sur le thème de mon travail a été pour moi une expérience très positive. Je me suis retrouvé face à des hommes et des femmes passionnés et mobilisés autour du patient.

Retranscrire fidèlement les propos des interviewés a signifié pour moi de longues heures de concentration afin de ne pas laisser échapper le précieux contenu de mes échanges. L'analyse des données m'a captivé puisque celle-ci m'a permis de confirmer les idées que j'avançais.

Au final, je suis fier de ce travail car il me ressemble. Il transpire mes valeurs, il est honnête et sérieux. Quant à sa qualité, je vous laisse le soin d'y répondre.

4.2 Perspective professionnelle

Ce travail d'écriture s'inscrit dans une formation riche en apports de tous genres me permettant une prise de recul bénéfique sur le monde de la santé auquel j'appartiens.

Psychologiquement éprouvante, cette année m'a enseigné que pour être capable de prendre les bonnes décisions et de garder la bonne distance en toutes circonstances il fallait savoir se préserver, prendre soin de soi tout simplement. Cela est primordial car « *Aujourd'hui le manager est à la fois plus sollicité et plus exposé que dans le passé.* »¹²⁷ Je décris dans mon mémoire un cadre proche d'un superman mais même les super héros ont le droit au repos.

A travers la réalisation des entretiens, j'ai pris conscience du rôle crucial qu'occupe l'encadrement auprès des professionnels. Le cadre de proximité possède des valeurs fortes et « *[...] sait faire entendre [...] sa voix d'une façon telle qu'elle soit entendue et « impliquante » pour les autres.* »¹²⁸ Son style managérial conditionne la réussite du service.

Par ailleurs, je réalise que le défi du cadre de santé que je serai prochainement est de satisfaire le patient et les soignants tout en s'inscrivant dans une logique d'efficacité et d'efficience. Il participe à la performance de l'établissement. Aussi, « *[...] les cadres de santé doivent certes s'engager dans l'analyse des indicateurs médico-économiques, mais également dans la défense des valeurs fondamentales du soin.* »¹²⁹

Par le biais de mes différentes lectures et recherches, j'ai saisi l'importance de la gestion des hommes. Il est nécessaire de tenir compte de l'unicité de chacun et de ne pas considérer les professionnels comme un ensemble de moyens. Je veux être un cadre

¹²⁷ LELARGE Gérard - **Confucius : 18 leçons pour réconcilier éthique et performance** - Paris : Editions Maxima, 2011- p 107.

¹²⁸ THEVENET Maurice - **Management : Une affaire de proximité** - op. cit - p 154.

¹²⁹ DELPLANQUE Régine - op. cit - p 42.

reconnaissant, à proximité des hommes qui constituent la richesse de l'hôpital. Gérer les soignants signifie pour moi s'investir dans les rapports humains.

CONCLUSION

Le management humaniste, dans le contexte actuel de recherche de performance économique, n'est-il pas synonyme d'utopie ? Lorsque je me pose cette question à la page sept du mémoire, je ne sais pas encore que de nombreux auteurs affirment que les hommes doivent être au centre des organisations pour assurer le succès et le développement de celles-ci. Je ne sais pas que des cadres de santé se démènent tant pour prendre soin de leurs collaborateurs afin qu'ils s'épanouissent auprès des patients. Je ne sais pas qu'il existe des hôpitaux magnétiques où le style de management que je prône est la vedette.

Mais à l'instant où je rédige cette conclusion, je suis rassuré. Grâce à ce travail, je suis désormais convaincu de l'importance du management de proximité au sein des établissements de santé. Le cadre considère ses collaborateurs comme des ressources clé qu'il cherche à développer et à fidéliser. La mission fondamentale du cadre de proximité est bien de s'occuper des autres. C'est d'un management au quotidien dont il s'agit, basé sur les relations humaines. Le leader transformationnel est un régulateur des émotions.

L'ambiance et les conditions de travail conditionnent l'implication du soignant. C'est à partir de ces points que le professionnel va décider de rester ou de quitter le service. Si le collaborateur parvient à se réaliser, il sera d'autant plus coopératif et productif. Le défi du cadre humaniste est donc de préserver une équipe valorisée et motivée malgré le contexte actuel. Il pourra ainsi combiner qualité et efficacité.

Il est essentiel que l'établissement de santé crée un environnement professionnel favorisant la satisfaction des soignants. Les valeurs humanistes doivent être ancrées dans l'institution et partagées par tous les acteurs. Les directions ont un rôle de soutien du cadre de santé dans cette démarche managériale vitale pour le fonctionnement de la structure. Il est primordial que l'humanisme ne reste pas au stade du discours, chacun doit s'interroger sur ses actes et sur ses conséquences. Chacun doit « *se (re)tourner vers les hommes et les*

femmes qui composent les équipes soignantes.»¹³⁰. Au final, tout cela n'est qu'une question d'Hommes et c'est ensemble que nous pourrons avancer sur le chemin de l'efficience.

"Si vous voulez construire un bateau, il est inutile de réunir des hommes, de leur donner des ordres et de répartir les tâches. Donnez-leur simplement l'envie de partir à la découverte des mers lointaines"

- Anonyme

¹³⁰ COLMONT David, *Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes*, *Objectif soins*, n°200, novembre 011, p 35.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. - **L'enquête et ses méthodes : L'entretien** - Paris : Editions Nathan, 1992. - 125p.
- BOURGEON Dominique (dir.). - **Du soin à l'encadrement : Trajectoire de vie et motivations professionnelles.** - Paris : Editions Lamarre, 2010. - 314p.
- BOURRET Paule - **Les cadres de santé à l'hôpital** - Paris : Editions Séli Arslan, 2006. - 288p.
- DANET François - **Où va l'hôpital ?** - Paris : Editions Desclée de Brower, 2008. - 222p.
- DEJOURS Christophe. - **Souffrance en France** - Paris : Editions du Seuil, 2009. - 239p.
- ALECIAN Serge, FOUCHER Dominique. - **Le management dans le service public** - Paris : Editions d'Organisation, 2002.- 446p.
- FISCHER Gustave-Nicolas - **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale** - Paris : Dunod, 3^{ième} édition, 2010. - 278p.
- HESBEEN Walter - **Prendre soin à l'hôpital** - Paris : InterEditions, Masson, 1997. - 195p.
- LELARGE Gérard - **Confucius : 18 leçons pour réconcilier éthique et performance** - Paris : Editions Maxima, 2011. - 224p.
- MASSON Philippe. - **Manager humaniste** - Paris : Editions d'Organisation, 2004.- 255p.
- MINTZBERG Henry. - **Le management : Voyage au centre des organisations** - Paris : Editions d'Organisation, 2001. - 570p.
- PALIER Bruno - **La réforme des systèmes de santé** - Paris : Editions PUF, 2004. - 127p.

- QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. - **Manuel de recherché en sciences sociales** - Paris : Editions Dunod, 2^{ième} édition, 1995. - 287p.
- ROBBINS Stephen, DECENZO David. - **Management : L'essentiel des concepts et des pratiques** - Paris : Editions Pearson Education, 2008. - 523p.
- SAINSAULIEU Ivan - **Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital** - Paris : Editions L'harmattan, 2003. - 239p.
- STORDEUR Sabine, d'HOORE William. - **Attractivité, fidélisation et qualité des soins** - Paris : Editions Lamarre, 2009. - 243p.
- THEVENET Maurice - **Management : Une affaire de proximité** - Paris : Editions d'Organisation, 2003. - 184p.
- THEVENET Maurice. - **Quand les petits chefs deviendront grands** - Paris : Editions d'Organisation, 2004. - 179p.
- TISSIER Dominique. - **Management situationnel** - Paris : Editions Insep Consulting, 2001. - 151p.

ARTICLES

- ARNAUD Stéphanie, **Le management humaniste : Enjeux, outils et obstacles**, *Revue internationale de Psychosociologie*, 2008/34 Vol. XIV, pp 207-224.
- CAPUANO Alexandra, **Etablissements de santé : vingt dirigeants s'engagent sur un code de déontologie managériale**, *Soins Cadres*, n°78, mai 2011, p 9.
- COUDRAY Marie-Ange, BARTHES Richard, **Le management hospitalier à la croisée des chemins**, *Gestions Hospitalières*, janvier 2006, pp 18- 23.
- COLMONT David, **Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes**, *Objectif soins*, n°200, novembre 011, pp 35-37.
- COLMONT David, **Magnet hospital ou le concept « d'hôpital attractif »**, *Objectif Soins*, n°197, juin 2011.
- DELPLANQUE Régine, **Allier rigueur économique et valeurs humanistes, le défi des cadres**, *Soins Cadres*, n°63, août 2007, pp 39- 42.

- DIVAY Sophie et GADEA Charles, **Les cadres de santé face à la logique managériale**, *Revue française d'administration publique*, 2008-4 n° 128, pp 677-687.
- MOATTI Jean-Paul, **Efficienc e vous avez dit efficienc e ?**, *Sciences sociales et santé*, vol 10, n°1, 1992. pp 125-133.
- POPIELSKI Jean-François, **Comment donner du sens au travail des cadres de santé dans un contexte incertain et complexe**, *Soins Cadres*, n°77, février 2011, pp 24-26.
- STORDEUR Sabine, **Les magnet hospitals, du soutien organisationnel à la qualité des soins**, *Soins Cadres*, Hors série spécial emploi n°2, octobre 2005, pp2-5.

RAPPORTS et AVIS

- CCECQA /ANAES - **Le coût de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions** - Rapport de juillet 2004.- 155p.
- Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. - **Avis n° 101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier** - 2007, 33p.
- DE SINGLY Chantal - **Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers** - Tome 1, Septembre 2009, 124p.
- MOLINIE Eric - **L'hôpital public en France : Bilan et perspectives** - Avis et rapports du Conseil Economique et Social, 2005. - 263p.
- YAHIEL Michel, TOUPILLIER Dominique. - **Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé** - 2011, 133p.

MANUELS

- HAS - **Manuel de certification des établissements de santé V2010** - Avril 2011, 111p.

RECOMMANDATIONS

- ANESM - **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre** - Juillet 2008, 51p.

DICTIONNAIRES

- **Larousse de Poche** - Paris : Editions Larousse, 2005. -1041p.
- **Le Petit Larousse illustré** - Paris : Editions Larousse, 1991. - 1750p.

WEBOGRAPHIE

- < <http://www.legifrance.gouv.fr/> > [consulté le 3 décembre 2011]
- <<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitaliepdf>> [consulté le 4 décembre 2011]
- CARRE Stéphane, **Missions et fonctions principales des surveillants**, novembre 2002. <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article74>> [consulté le 11 décembre 2011]
- BALIN Savas, GIARD Vincent, **La qualité des services et leurs processus de production**, juin 2007. < http://www.lamsade.dauphine.fr/~giard/Balin_Giard_3-Rivieres.pdf > [consulté le 21 décembre 2011]
- VENAUT Frédéric, **Donner du sens aux valeurs soignantes**, juillet 2003. < <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142>> [consulté le 24 décembre 2011]
- DURAND Charline, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, octobre 2007. <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332>> [consulté le 25 décembre 2011]
- Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière - **Cadre responsable d'unité de soins** - <<http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>> [consulté le 26 décembre 2011]

- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail - **La reconnaissance au travail** - <<http://www.cgsst.com/fra/definition/la-reconnaissance-en-milieu-de-travail.asp>> [consulté le 4 janvier 2012]
- Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France - **Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales** - Juin 2008 < http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/attractivite_fidelisation_pro_paramed-9.pdf > [consulté le 8 janvier 2012]
- La Toupie Dictionnaire : **Humanisme**
< <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Humanisme.htm>> [consulté le 17 janvier 2012]
- MITTA de BODO Olivier. - **Théorie du management humaniste** - Paris : Editions Edilivre, 2010. - p 15.
<<http://www.edilivre.com/theorie-du-management-humaniste.html> > [consulté le 21 janvier 2011]
- **Compétence**
<<http://www.cafoc.acnantes.fr/ressources/CCCafoC/Competences.pdf>> [consulté le 10 avril 2012]
- STORDEUR Sabine, **De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité**, *Revue Hospitals.be*, n°2, octobre-novembre-décembre 2003. < <http://www.hospitals.be/francais/revue/hospitals2/article2.html>> [consulté le 12 avril 2012]
- Société de médecine complexe, **L'hôpital magnétique**.
<<http://www.someplexe.org/lhopital-magnetique/>> [consulté le 17 avril 2102]
- **Approche du concept de compétence**
< http://formatice.org/en_ligne/socle/concept_competences.pdf> [consulté le 17 avril 2012]
- CANNASSE Serge, **Comment rendre un hôpital attractif**, octobre 2008
<<http://www.carnetsdesante.fr/Comment-rendre-un-hopital>> [consulté le 19 avril 2012]
- Haute Autorité de Santé, **Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé**, janvier 2005.
<http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06_10_04_53_949.pdf> [consulté le 19 avril 2012]

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRE

- Loi du 21 décembre 1941 - réorganisation des hôpitaux et des hospices civils
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n°2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Guide d'entretien cadre de santé
ANNEXE 2	Guide d'entretien infirmiers et aides-soignants

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN CADRE DE SANTE

Présentation avant l'entretien :

Bonjour, je me présente : je suis Damien DESMASURES, étudiant à l'institut de formation des cadres de santé de l'Ecole Supérieure Montsouris à Paris.

Je vais vous interviewer dans le cadre du mémoire que je réalise sur le management humaniste et l'efficience. L'objet de mes recherches est le suivant : **"Comment le cadre de santé peut-il assurer un management humaniste, source de bien-être et de fidélisation des soignants, tout en répondant à une exigence d'efficience?"**

Cet entretien sera limité à quarante-cinq minutes et se fera dans le respect de votre anonymat.

Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? 20-30ans 30-40ans 40-50ans 50-60ans

Dans quel service travaillez-vous ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Avez-vous eu le choix de votre affectation ? Oui Non

1. Selon vous, quelles sont les valeurs qui teintent le management humaniste ?
2. En quoi pensez-vous que ce type de management puisse encourager la fidélisation des professionnels de santé ?
3. Que signifie pour vous l'efficience ?
4. Comment se traduit la quête d'efficience dans votre pratique managériale ?
5. Selon vous, en quoi la fidélisation des professionnels favorise-t-elle l'efficience des établissements de santé ?
6. Quelles conditions vous semblent nécessaires pour la pratique d'un management humaniste ?
7. Pouvez-vous me dire quelques mots sur les hôpitaux magnétiques ?

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS

Présentation avant l'entretien :

Bonjour, je me présente : je suis Damien DESMASURES, étudiant à l'institut de formation des cadres de santé de l'Ecole Supérieure Montsouris à Paris.

Je vais vous interviewer dans le cadre du mémoire que je réalise sur le management humaniste et l'efficience. L'objet de mes recherches est le suivant : **"Comment le cadre de santé peut-il assurer un management humaniste, source de bien-être et de fidélisation des soignants, tout en répondant à une exigence d'efficience?"**

Cet entretien sera limité à quarante-cinq minutes et se fera dans le respect de votre anonymat.

Quelle est votre fonction ?

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? 20-30ans 30-40ans 40-50ans 50-60ans

Dans quel service travaillez-vous ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Avez-vous eu le choix de votre affectation ? Oui Non

1. En quoi le cadre de proximité participe à votre épanouissement professionnel ?
2. Quelles valeurs véhiculées par le cadre favorisent votre maintien au sein de l'unité ?
3. En quoi une ancienneté au sein d'une équipe ($\geq 2-3$ ans) peut apporter des bénéfices, en particulier :
 - A la prise en charge des patients?
 - A l'organisation du service ?
 - A votre pratique professionnelle ?
4. L'hôpital recherche la meilleure qualité des soins à un coût mesuré, c'est ce que l'on appelle l'efficience. Qu'en pensez-vous pour votre exercice professionnel ?
5. Pouvez-vous me dire quelques mots sur les hôpitaux magnétiques ?



42 Bd Jourdan 75014 PARIS

Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme cadre de santé
Promotion DCS @11-12**

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Le cadre humaniste, un magnétiseur à la conquête de l'efficacité.

AUTEUR(S)

Damien DESMASURES

MOTS-CLÉS

Humanisme
Management
Efficacité
Fidélisation
Hôpital magnétique

KEYWORDS

Humanism
Management
Efficiency
Loyalty
Magnet hospital

RÉSUMÉ

A l'heure où la quête de l'efficacité occupe une place prépondérante dans les établissements de santé, quelle est l'importance donnée au management des Hommes? Le cadre de santé se retrouve désormais confronté à un paradoxe de plus en plus persistant : fonctionner au moindre coût et atteindre des objectifs qualitatifs de plus en plus ambitieux. Et si l'épanouissement professionnel des soignants se révélait favorable à cette recherche d'efficacité ? Manager au plus près de l'humain pourrait être la solution. Aussi, le management humaniste induirait une fidélisation des professionnels de santé qui contribue à l'efficacité par la réduction des coûts des activités de soins. Les entretiens menés auprès des soignants m'ont permis de vérifier cette hypothèse. Tous rêvent d'exercer dans un hôpital magnétique. Mais pour cela, l'approche humaniste doit être instillée au sein de toutes les sphères décisionnelles...

ABSTRACT

At a time when efficiency is taking a main place in healthcare establishments, what does it mean for human resources management? For the nurse manager it is always more of a paradox: working with low financial budget while reaching the maximum of quality. Would not it be more efficient if the healthcare staff enjoyed their jobs and would their job satisfaction not lead to more efficiency? Managing closer to the people could be the solution. So, the people centered management would lead to development of loyalty of the healthcare professionals which contributes to efficiency thanks to cost cutting in healthcare activities. Talks with some healthcare staff enabled me to confirm this hypothesis. Everybody dreams of working in a magnet-hospital. But only a people centered approach, set up in every decision-making sphere, could make it possible...