

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Préserver l'estime des patients par le management éthique

ANNEE 2015-2016

WAYMEL Julie

DCS@15-16

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont permis, de près ou de loin, de mener à bien ma réflexion.

En premier lieu, je remercie Monsieur Jean-Pierre Andrieu, directeur de ce mémoire, qui m'a accompagné et guidé tout au long de la construction de ce projet.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Madame Morgane Le Gal et à l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école supérieure Montsouris pour les enseignements reçus et pour la disponibilité dont ils ont fait preuve.

Je remercie également Madame Valériane Dujardin, juriste, et Monsieur Michel Dumetz, responsable accueil-admissions à l'EPSM Lille Métropole, pour l'aide précieuse apportée dans la recherche documentaire et pour les conseils prodigués.

Je ne peux clore ces remerciements sans évoquer les membres des équipes soignantes qui ont contribué à l'enrichissement de ma réflexion et les membres de ma famille qui m'ont soutenu durant cette année de formation.

SOMMAIRE

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	5
1 LE CADRE CONCEPTUEL.....	7
1.1 L'homme et le besoin de reconnaissance sociale.....	7
1.1.1 De la notion d'individu vers la notion de personne.....	7
1.1.2 La dimension relationnelle de la personne	8
1.1.3 La place de l'homme dans la société.....	10
1.1.4 Les notions de reconnaissances sociales et d'estime de soi en milieu hospitalier.....	12
1.2 La Grande Transformation du système de santé : une opportunité pour questionner le management	15
1.2.1 L'évolution de l'organisation hospitalière : la Grande Transformation.	15
1.2.2 Les conséquences de la Grande Transformation du système de santé.....	16
1.2.3 La culture organisationnelle au sein des unités de soins	18
1.3 Éthique et management à l'hôpital.	21
1.3.1 Le rôle du cadre	21
1.3.2 Les notions d'éthique et de morale.....	23
1.3.3 Le management éthique : un management bienveillant.....	25
1.3.4 Un milieu de travail conscient pour développer la sensibilité éthique.....	26
2 LA RECHERCHE DE TERRAIN.....	30
2.1 Méthodologie employée	30
2.1.1 Choix de l'outil d'enquête : l'entretien semi-directif	30
2.1.2 Caractéristiques des interviews	31
2.1.3 Déroulement de l'enquête	32

2.1.4	Déroulement des entretiens semi-directifs.....	34
2.1.5	Atouts et limites de notre enquête.	35
2.2	Analyse et formalisation des résultats de l'enquête	36
2.2.1	Transcription des données	36
2.2.2	Organisations des données.....	36
2.3	Les conséquences de l'hospitalisation sur la personne soignée	38
2.3.1	Liens entre les concepts d'homme, société, patient et hôpital	38
2.3.2	Le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale des patients	39
2.4	La place de l'éthique dans les organisations soignantes	42
2.4.1	Définition de l'éthique	42
2.4.2	La place de l'éthique dans le management et dans les soins.	43
2.5	L'intérêt du management éthique pour préserver l'humanité à l'hôpital	46
2.5.1	L'éthique dans la culture organisationnelle.....	46
2.5.2	Le management et le sentiment de reconnaissance.....	48
2.5.3	Les leviers permettant de préserver les patients d'une baisse de l'estime de soi.	50
2.5.4	Lien entre reconnaissance des soignants et bien-être du patient	50
2.6	Synthèse de l'analyse	53
	CONCLUSION.....	55
	BIBLIOGRAPHIE	56
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	Aide-soignant
CC	chemin clinique
HAS	Haute Autorité de santé
HEGP	hôpital européen Georges Pompidou
IDE	infirmier diplômé d'état
IMM	institut mutualiste Montsouris

INTRODUCTION

Être un professionnel de santé sous-entend que nous sommes porteurs d'un intérêt pour l'autre : le malade. En ce sens, nous pouvons dire qu'en tant que professionnel de santé, nous sommes animés par l'envie d'aider des personnes vulnérables à un moment donné de leurs vies.

Aussi, durant nos années d'exercice en qualité d'infirmière, nous avons rencontré des personnes affaiblies physiquement et psychologiquement par la maladie et par le contexte général de l'hospitalisation. De plus, nous avons exercé nos missions au sein d'une équipe pluridisciplinaire et avons perçu toute la complexité du travail en collaboration.

Ces observations multiples sur le mal-être vécu par quelques patients et certains membres des équipes de soins ont suscité en nous la volonté d'apporter des éléments de compréhension et de réponse afin de favoriser le bien-être au travail et le bien-être des personnes hospitalisées.

Le point de départ de notre questionnement remonte à nos études d'infirmière et à notre réflexion sur la place du patient à l'hôpital. En effet, dès notre immersion dans le monde hospitalier, nous nous sommes interrogés sur la relation asymétrique soignant/soigné et sur les conséquences psychologiques entraînées chez certains patients fragilisés.

En tant qu'infirmières, nous avons toujours eu à cœur de tenter de comprendre la relation « dissymétrique » soignant/soigné et de préserver les patients d'une baisse de l'estime de soi. Toutefois, à ce jour, nous aspirons à étendre notre démarche au-delà d'un positionnement professionnel individuel.

De ce fait, la formation au métier de cadre de santé est une circonstance opportune pour donner du sens à nos aspirations. En effet, l'année de formation doit nous permettre de passer d'un positionnement de travailleur paramédical « de terrain », « au lit du patient » vers un positionnement de leader, de personne capable d'encadrer, d'animer et de mettre en place des projets au sein d'une équipe. De plus, l'enseignement reçu en formation nous a permis de déplacer nos points de vue, de nous interroger, d'observer et d'analyser ; nous avons déconstruit nos représentations pour reformer nos schémas mentaux. Cela a eu pour finalité de nous conduire vers un positionnement de cadre de santé.

Alors, cela nous a amenés à nous questionner sur les rôles du cadre de santé et plus précisément, sur le professionnel que nous souhaitons être. Nous avons effectué une rétrospective de nos valeurs et avons identifié le sens que nous voulons donner à nos fonctions.

De ce fait, nous nous sommes posé une multitude de questions sur nos propres attentes. Comment pouvons-nous contribuer à améliorer la qualité des soins et des relations au sein d'un service hospitalier ? Pouvons-nous redonner du sens au soin ? Comment favoriser la confiance et les bonnes relations entre les usagers et les équipes soignantes ? Toutes ces questions convergent vers notre questionnement de départ qui est : comment pouvons-nous, en tant que cadre de santé, préserver l'estime de soi des patients à travers l'équipe ?

Cette question nous a amenés à approfondir nos connaissances et notre réflexion sur le management éthique. Ainsi, la première partie de ce mémoire est consacrée à poser le cadre théorique. Nous y avons défini trois concepts qui nous apparaissaient centraux :

- L'homme et le besoin de reconnaissance.
- La Grande Transformation du système de santé.
- L'éthique et le management à l'hôpital.

Ce premier temps nous a permis d'élaborer notre hypothèse de recherche.

Ensuite, la deuxième partie de ce mémoire vient compléter le cadre conceptuel par une enquête de terrain. Nous avons présenté la méthodologie mise en œuvre puis l'analyse thématique des données recueillies.

Enfin, nous avons tenté de comprendre comment ce travail de recherche nous a aidés à mieux cerner le sujet et ainsi à mieux mesurer les enjeux de la mise en place du management éthique à l'hôpital.

1 LE CADRE CONCEPTUEL.

Notre expérience professionnelle au sein d'un centre hospitalier universitaire nous a conduits à nous interroger sur la place et le rôle du cadre de santé pour préserver l'estime de soi des patients. Ainsi, nous avons souhaité comprendre quelle place occupe le patient à l'hôpital, les rôles des acteurs de la prise en charge et les missions d'une structure hospitalière. Nous souhaitons appréhender tout ce que peut recouvrir le terme de management éthique dans ce que nous pensons être un moyen pour préserver l'humanité des personnes ; comment le cadre de santé peut-il préserver l'estime de soi des patients par un management éthique ?

1.1 L'homme et le besoin de reconnaissance sociale

1.1.1 De la notion d'individu vers la notion de personne

L'homme se définit initialement par sa communauté. La notion d'individu est récente. Elle remonterait au XVII^e siècle. Aussi, dans les sociétés traditionnelles, comme dans la Grèce antique, l'homme se définit d'abord par son appartenance à un groupe. L'homme appartient à une cité, une communauté, et au sein de cette communauté, il appartient à une caste. Ces sociétés sont inégalitaires et ne reconnaissent pas tous les hommes égaux en droits. Les droits sont attribués et reconnus en fonction de la classe sociale d'appartenance.

La perception de l'homme tend à se modifier avec l'arrivée, en outre, du christianisme. Il va permettre de concevoir l'homme comme un être humain aimé de Dieu, une créature égale aux autres. Puis, au XVIII^e siècle, des auteurs tels que Rousseau vont commencer à écrire à la première personne. Ensuite, la notion d'individu prendra tout son sens avec le philosophe René Descartes qui prend pour étude le sujet humain lui-même. *« Si je puis douter de tout, il y a au moins une chose dont je ne puis douter, c'est que j'existe et que j'existe en tant que substance pensante »*. *« Mais, aussitôt après, je pris garde que, pendant que je voulais ainsi penser que tout était faux, il fallait nécessairement que moi, qui le pensais, fusse quelque chose. Et remarquant que cette vérité : je pense, donc je suis, était si ferme et si assurée que toutes les plus extravagantes suppositions des*

sceptiques n'étaient pas capables de l'ébranler, je jugeai que je pou- vais la recevoir, sans scrupule, pour le premier principe de la philosophie, que je cherchais.¹ ».

En tant qu'être humain, l'homme est régi par les mêmes lois qui régissent l'ensemble de la nature, il est un individu. Si nous nous attardons sur le sens étymologique du terme individu (*du latin *individuum* signifiant ce qui est indivisible²*), il conviendrait de dire que l'ensemble des composants autonomes de la nature est l'individu. La définition du Larousse illustre ce propos « *être vivant ou végétal, distinct et délimité* ». Aussi, la spécificité de l'homme par rapport aux autres individus est qu'il est capable de penser. L'homme est doté d'une raison, d'une conscience. L'homme a conscience de ses désirs. Il est capable de penser à sa condition et de se percevoir autrement que comme un être biologique. L'homme n'est donc pas uniquement un être physique, mais il est aussi un être moral.

De plus, l'homme a besoin de se confronter à d'autres hommes pour progresser. L'homme est un être social. L'ensemble de ces points converge vers le fait que l'homme est une personne et non pas seulement un individu. La personne peut donc être définie de la sorte « *un être substantiel qui possède l'intuition de son existence et de celle d'autrui avec qui il est en relation, qui peut user de sa raison pour distinguer le vrai du faux et le bien du mal et qui dispose d'une liberté qui lui permet de choisir³* ». Dans son rapport aux autres, l'homme se découvre. Ces relations lui permettent de s'épanouir et d'enrichir son humanité. De ce fait, nous pouvons nous questionner sur le besoin de socialisation de l'homme : est-ce inscrit dans les gènes, comme pour les primates vivant en communauté ou est-ce plus complexe ? Pourquoi l'homme est-il un être social ?

1.1.2 La dimension relationnelle de la personne

La vie sociale de l'homme ne se résume pas à une solidarité au sein d'une communauté et aux simples échanges de services entre individus. Le besoin de socialisation de l'homme semble plus profond que cela. En effet, l'homme a besoin d'être confronté à d'autres consciences pour reconnaître sa propre existence. La conscience d'une personne a besoin d'intégrer l'autre, de le reconnaître. L'autre fait partie de la conscience

¹ DESCARTES René, Discours de la méthode, Quatrième partie, in Œuvres complètes, La pléiade, Gallimard, 1953, p. 147-148.

² CARDIN M, HUISMAN D, VERGEZ A, ABC du bac, philosophie Term L.ES.S, Nathan, 2012, p.248.

³ DELASSUS Éric, de l'individu à la personne, HAL archives ouvertes, 2013, p.14.

humaine : « *Autruï est un élément constitutif de la conscience humaine, qui ne peut exister que dans un contexte d'intersubjectivité⁴* ».

L'intersubjectivité est décrite par Éric Delassus comme étant « *la caractéristique de la conscience humaine d'être toujours habitée par la présence d'autruï* ». Cette idée met en avant le principe que la conscience se constitue par la coexistence avec d'autres consciences : elle se développe dans son rapport aux autres. Elle n'est pas fonctionnelle si elle se trouve coupée de liens sociaux.

De plus, les relations sociales nous permettent d'être perçues par d'autres et donc de prendre conscience de notre existence. C'est en étant perçu par d'autres hommes que notre conscience nous renvoie notre propre image. C'est cette perception que nous avons de nous-mêmes par rapport au regard d'autruï qui fait que nous sommes différents de l'animal : la socialisation nous permet de prendre conscience que nous sommes des hommes.

Ensuite, il est intéressant de noter que la prise de conscience d'autruï précède probablement la prise de conscience de soi. En effet, étant donné que la conscience d'autruï nous fait prendre conscience de notre propre existence, nous pouvons avancer l'idée que la prise de conscience de l'autre précède la prise de conscience de soi. L'autre est celui qui me renvoie ma propre image et qui me confirme que j'existe en tant que personne humaine. L'homme a besoin du regard de l'autre pour exister. L'autre permet de reconnaître notre humanité. Les hommes ont ce bien en commun qu'est l'humanité. L'humanité est universelle.

Cependant, reconnaître l'humanité de l'homme ne signifie pas de lui reconnaître uniquement des caractéristiques propres aux hommes (conscience, raison, faculté, liberté, etc.), car cela conduirait à penser que les hommes dépourvus d'une partie de ces caractéristiques, par exemple les personnes âgées atteintes de démence, ne seraient plus des personnes humaines. Cela amène à la déshumanisation. C'est pourquoi il ne faut pas penser l'humanité uniquement par le biais des caractéristiques propres à l'homme, mais plutôt par sa condition. La condition humaine peut être déterminée par le fait que l'homme est vulnérable, dépendant d'autruï et mortel. Reconnaître la condition humaine est reconnaître la valeur de l'autre.

⁴ DELASSUS Éric, de l'individu à la personne, HAL archives ouvertes, 2013, p.22.

Pourtant, même si la condition humaine est un bien commun, chaque personne est singulière. L'autre est un être qui me ressemble, mais qui reste mystérieux et impénétrable. Jamais je ne pourrai connaître vraiment l'autre tout comme l'autre ne parviendra jamais à pénétrer ma conscience. Aussi, pour vivre ensemble, nous devons mutuellement nous faire confiance. La base des liens sociaux repose sur cette confiance. Ceci nous amène à penser à la place occupée par l'homme dans la société.

1.1.3 La place de l'homme dans la société

Qu'est-ce qu'une société ? Comment se forme-t-elle ? Manifeste-t-elle un besoin naturel de l'homme de vivre en communauté ? Ces questions largement pensées depuis la naissance des courants philosophiques font émerger trois courants de pensée principaux : l'un estimant que l'homme est un être social par nature, l'autre établissant que l'homme est un être individuel s'associant à autrui par contrat, et enfin un troisième, partageant à la fois le caractère naturel de la socialisation de l'homme et le critère de contrat social. Nous tenterons de définir ces trois courants de pensée afin de mieux cerner l'enjeu de la reconnaissance des individus dans la société.

La société est définie, dans le dictionnaire Le Larousse, comme suit « *ensemble d'êtres humains vivant en groupe organisé* » « *milieu humain dans lequel quelqu'un vit, caractérisé par ses institutions, ses lois, ses règles* » ou encore, « *contrat par lequel deux ou plusieurs personnes mettent en commun soit des biens, soit leur activité en vue de réaliser des bénéfices qui seront ensuite partagés entre elles ou pour profiter d'une économie ; personne morale née de ce contrat* ». Ces définitions convergent vers le principe qu'une société organise la vie des hommes. Elle est constituée d'un ensemble d'organisations qui lui confère sa structure, sa fonctionnalité politique et culturelle. Jean-Paul Dumond, maître de conférence et expert en théorie des organisations, considère l'organisation comme « *une entité au service d'une mission qu'elle vise à remplir en agençant des ressources par des politiques, des dispositifs, des instruments et des ajustements permanents* ». Ainsi, les organisations sont mouvantes, vivantes, plurielles et elles caractérisent la société.

Par ailleurs, la prise en compte de l'homme en tant qu'individu est un vrai progrès pour les sociétés. Cela a permis l'émergence des droits de l'homme. On perçoit les sociétés comme étant constituées d'un ensemble d'individus tous égaux en droits. Les hommes jouissent de droits équivalents et ont la possibilité d'accéder à n'importe quelle position

sociale. L'homme est doté de droits inaliénables. L'Empire romain va reconnaître la personne juridique. L'homme a des droits et des devoirs envers la cité, mais il ne reconnaît pas encore la personne comme un être moral. Le lien entre l'Empire romain et l'esclavage en est l'expression la plus flagrante. Pourtant, comme le souligne Éric Delassus, docteur en philosophie, « *on ne traite pas les êtres humains comme un stock de marchandises et ce, pour la simple et bonne raison que chaque homme est pour les autres hommes un être avec qui l'on échange et non un être que l'on échange*⁵ ».

À présent, interrogeons-nous sur les besoins de socialisation de l'homme. Pourquoi l'homme ressent-il la nécessité d'être intégré à une société ?

Aristote qualifiait l'homme d'animal politique, c'est-à-dire un animal social (polis : cité selon le dictionnaire Le Robert). Nous avons vu précédemment que l'homme est un individu doté d'une raison, d'une conscience et que sa réalisation passe par la mise en relation avec d'autres consciences, d'autres individus. L'homme est un être constitué de multiples possibilités qui ne demandent qu'à émerger. Un homme solitaire, coupé de liens sociaux serait un individu inachevé. Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple du langage. Le langage est une ressource propre à l'homme qui ne peut se développer que par l'interaction avec autrui. Aussi, un enfant coupé de liens sociaux, livrés à lui-même deviendrait un enfant « sauvage », un être laissé à l'état animal ; l'homme seul ne parvient qu'à satisfaire ses besoins primaires : il a besoin des autres, de la cité pour satisfaire des besoins secondaires visant à l'épanouir.

L'expression du besoin de vivre en communauté ressentie par l'homme remonte à la nuit des temps : les découvertes archéologiques nous ont démontré que depuis toujours l'homme vit parmi les siens. Notons également que par nature, l'homme a besoin de se lier à une femme pour se reproduire. Pour le courant de pensée issue de cette hypothèse, l'association des hommes revêt un caractère naturel et permet à l'homme d'accéder au bonheur.

Le second courant de pensée détermine l'homme comme un être individuel. À l'état naturel, l'homme est un individu puissant ayant un droit illimité sur chaque chose. Autrui est considéré comme une menace constante, un être capable de donner la mort. Et c'est pour échapper à cette contrainte continuelle et insoutenable que l'homme s'associe à

⁵ DELASSUS Éric, de l'individu à la personne, HAL archives ouvertes, 2013, p.12.

d'autres et passe un contrat. En appartenant à un groupe social, chaque individu renonce à son pouvoir, à sa « toute-puissance » en l'attribuant à un souverain. Cela constitue un contrat social et montre la société comme un artifice, une contrainte. Pour Rousseau, philosophe du 18^e siècle, l'état n'existe que si les individus renoncent à leurs libertés individuelles et partagent une volonté commune.

Pourtant, même si ces deux courants de pensée, l'un percevant l'homme social par nature et l'autre par contrainte s'opposent, Emmanuel Kant, philosophe du 19^e siècle, tente de dépasser ces notions de contrainte et de nature. En effet, pour le philosophe l'homme est un être naturellement sociable, mais il est également insociable. Il qualifie cela d'*insociable sociabilité*. Kant met en avant le caractère insupportable des hommes les uns par rapport aux autres, leur besoin de nuire, leur vanité, etc. Mais c'est précisément ces discordes, ce besoin de se dépasser, de se valoriser par rapport aux autres, qui engendre des progrès et qui conduit la société à ne pas demeurer passive et à se développer.

Ces divergences de conception du besoin de socialisation de l'homme convergent malgré tout vers le fait que l'individu, que ce soit par nature ou par contrainte, a besoin de vivre en société pour se réaliser.

1.1.4 Les notions de reconnaissances sociales et d'estime de soi en milieu hospitalier

Le mot reconnaissance vient de « reconnaître » qui signifie, d'après le dictionnaire Le Larousse, « *juger quelqu'un, quelque chose, les déterminer comme déjà connus à une date antérieure* ». Aussi, nous avons vu précédemment que la reconnaissance de notre condition en qualité de personne humaine n'est possible que par la conscience des autres et les interactions sociales. Nous pouvons affirmer que la quête de reconnaissance est visible chez l'enfant dès son plus jeune âge. En effet, l'enfant va créer son image de soi grâce aux regards que lui porteront ses parents : il cherche à savoir ce qu'il vaut ; à être aimé, félicité et encouragé. Ensuite, la socialisation de l'enfant, par le biais de l'école et de l'éducation est un facteur qui forgera le rapport à soi que va entretenir l'enfant avec lui-même. Son estime de soi se nourrit dans l'enfance.

Axel Honneth, philosophe et sociologue allemand, pense que la reconnaissance est déterminée par trois attitudes interpersonnelles dont l'individu fait l'expérience dans sa vie

sociale : l'amour, le respect et l'estime. Par cela, nous pouvons comprendre que l'individu, dans la société, est l'objet pour l'autre d'attitude de reconnaissance et que cela lui permet de développer une image de soi. L'homme cherche de la considération aux yeux des autres : la reconnaissance n'existe que par le regard, le jugement et le comportement des autres. Lorsque nous recevons des attitudes de reconnaissance, cela permet de développer et maintenir des attitudes positives à soi (confiance en soi, respect de soi, estime de soi), permettant la réalisation de soi et donc l'épanouissement en tant qu'être humain ; une personne n'ayant pas reçu d'attitudes de reconnaissance manquera de ressources pour la réalisation de soi et pour son épanouissement en tant qu'individu.

La quête de reconnaissance est au cœur des interactions sociales. Faire l'expérience du mépris social, au sens où l'entend Honneth c'est-à-dire plutôt dans le sens de déni social (le mot mépris a un sens très fort en français, mais en allemand c'est un mot plus nuancé, plus neutre, qui s'approche du mot français déni), engendre une désapprobation de soi. Ceci nous amène à nous pencher sur le concept d'estime de soi.

Selon le Petit Larousse de la psychologie de 2008, l'estime de soi est « *l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine* ». Aussi, Abraham Maslow, psychologue américain, explique que l'estime de soi répond, pour la personne, à une double nécessité : se sentir compétent et être reconnu par autrui.

Pour Christophe André, docteur en médecine, l'estime de soi serait le résultat de l'association de trois composants : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. L'équilibre de l'estime de soi dépend donc de ces piliers interdépendants. Cependant, elle reste un phénomène complexe et il serait trop simple de la diviser en deux catégories distinctes : haute estime de soi et basse estime de soi. En effet, l'estime de soi n'est pas statique, elle peut fluctuer, se construisant et se déconstruisant tour à tour. Elle s'alimente au quotidien par le sentiment d'être aimé (la reconnaissance d'autrui) et le sentiment d'être compétent (la réussite des actions entreprises).

Cela nous permet d'effectuer un parallèle entre la place de l'étranger dans la société et la place du patient dans la microsociété que représente l'hôpital.

En effet, l'étranger est celui « *qui n'appartient pas à une famille, un groupe, une ville* ⁶ ». Le sentiment d'étrangeté vécu par la personne arrivant dans un nouveau pays, une

⁶ Le Robert. Dictionnaire historique de la langue Française, Paris, 1998, pp. 3535/36.

nouvelle culture possédant des valeurs différentes et un langage nouveau, peut engendrer une grande solitude et affecter leur approbation de soi. L'étranger ne dispose pas des ressources nécessaires pour alimenter son sentiment d'utilité sociale et à travers cela son estime de soi.

Des sentiments de perte d'utilité sociale et d'étrangeté peuvent se retrouver également chez les personnes rendues vulnérables par la maladie à un moment donné de leur vie. Ces sentiments peuvent être renforcés dans un contexte d'hospitalisation et entraîner ou majorer une baisse de l'estime de soi.

En effet, l'hôpital est une organisation disposant d'une culture et de valeurs qui lui sont propres, d'un fonctionnement spécifique et d'un langage non maîtrisé par la plupart des personnes extérieures au monde hospitalier. La relation soignant/soigné devient alors une relation dissymétrique où deux hommes fondamentalement égaux se rencontrent : l'un se trouve dans une position de vulnérabilité et de faiblesse en lien avec le contexte, l'autre, acteur actif de l'organisation hospitalière, est dans une position dominante.

L'hospitalisation est révélatrice de la condition humaine : le patient prend conscience de sa vulnérabilité, de sa dépendance à autrui et de son état d'homme mortel. Aussi, la personne hospitalisée pourra être amenée à reconstruire son image de soi en fonction du regard, des jugements et des comportements des soignants. Le cadre de santé du service doit pouvoir garantir le respect de chacun et préserver l'estime de soi du patient et du soignant dans cette relation déséquilibrée.

1.2 La Grande Transformation du système de santé : une opportunité pour questionner le management

1.2.1 L'évolution de l'organisation hospitalière : la Grande Transformation.

Au cours de ces quarante dernières années, le modèle traditionnel d'organisation du travail a été mis à mal sur le plan économique, environnemental et social. Petit à petit, de nouvelles formes organisationnelles ont vu le jour.

Les années 1980 marquent le début de ce qu'il est commun d'appeler la Grande Transformation du système de santé. Durant cette période, l'organisation hospitalière est remaniée en profondeur au rythme des avancées médicales et technologiques. Elle est modifiée dans sa structure.

En effet, nous passons d'une conception de l'organisation hospitalière traditionnelle à une organisation axée sur la gestion des flux. Ainsi, dans l'organisation traditionnelle, l'établissement de santé était relativement autonome dans l'allocation des ressources et les médecins exerçaient une relation paternaliste, de toute puissance sur des patients peu informés. De nos jours, l'organisation hospitalière est construite sur un mode de gestion des flux et de gestion d'un portefeuille de prestations destinées à une patientèle informée et méfiante. La transformation de la structure des organisations de santé a modifié le cadre de travail, les jeux de pouvoir et le sens donné à l'activité.

De ce fait, l'hôpital est devenu une entreprise gérant sur un mode industriel des flux logistiques et des flux de malades. Les frontières de l'organisation ont été modifiées et les hôpitaux poursuivent désormais un objectif commun : accroître les flux de patients et parvenir à les coordonner avec l'ensemble des autres flux traversant les processus de prise en charge des personnes soignées. L'organisation hospitalière vise l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

Aussi, pour mieux comprendre la structure et le fonctionnement de l'hôpital, il convient de s'intéresser à la théorie de la contingence : la plupart des organisations de santé ont adopté la structure d'une bureaucratie professionnelle, divisionnalisée et mécaniste. Ce type de bureaucratie nous permet d'expliquer qu'actuellement, dans une quête toujours

plus grande d'efficacité, les structures hospitalières recherchent la standardisation des résultats ; les progrès majeurs dans les champs de la médecine et de la chirurgie ont favorisé la diminution des exceptions de prises en charge. C'est précisément cette diminution des exceptions qui a permis de standardiser les résultats. Cela a eu pour conséquence d'imposer auprès des soignants une standardisation de prise en charge des patients.

Néanmoins, progressivement, ces structures de travail axées sur la division et la coordination des tâches sont progressivement revues. En effet, les modèles de type bureaucratie divisionnalisée et mécaniste sont critiqués. Il leur est reproché, entre autre, de ne pas être en mesure de favoriser l'innovation et d'entraîner l'exécution de tâches routinières sans prendre en compte les exceptions. Cela entraîne des comportements stéréotypés et une difficulté des soignants à adapter leurs prestations en fonction des usagers. Le risque d'effectuer des prises en charge inadaptées est de plus en plus pointé du doigt.

1.2.2 Les conséquences de la Grande Transformation du système de santé

Depuis les années 90, les soignants ont vu leurs activités de plus en plus encadrées par des protocoles et procédures. Comme nous l'avons évoqué précédemment, il y a indéniablement une volonté, grâce aux progrès de la médecine réduisant les exceptions, de standardiser les pratiques soignantes.

Cependant, nous pouvons penser que la mise en place des référentiels, normes, recommandations, protocoles... rendus nécessaires pour uniformiser les prises en charge, peut permettre aux soignants de se sentir soutenus et accompagnés dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes.

Pourtant, paradoxalement, une standardisation trop marquée, oppressante, peut avoir une incidence sur la capacité des soignants à apporter un regard critique sur les recommandations. Le professionnel de santé peut devenir un simple technicien et l'intérêt du patient peut se voir menacé par une possible éviction de la dimension humaine dans le

soin. « *C'est un malade vidé de son humanité et envisagé davantage selon son acceptation épidémiologique que comme un individu qui est ainsi soigné*⁷ ».

Aussi, selon Elie Azria, gynécologue et épidémiologiste, la standardisation des soins et l'éviction de l'humain « *apparaissent comme le moyen d'accéder à la sécurité que nos gestionnaires et tutelles mesurent à l'aide d'indicateurs. Les gestionnaires de risque veulent réduire l'autonomie du soignant au maximum pour parvenir à la sécurité d'un système. La standardisation du soin permet d'éloigner l'homme de la décision* »

De nombreux exemples témoignent de la volonté nationale d'uniformiser et de standardiser les prises en charge des patients. Nous pouvons citer le parcours patient ou le chemin clinique. En effet, la Haute Autorité de la Santé fournit les outils méthodologies adaptées à la création et à la mise en place de parcours de soin et de parcours patients. La définition du chemin clinique de mai 2014, visible sur le site de l'HAS, est une synthèse explicite de la volonté nationale d'orchestrer les prises en charge selon des procédures spécifiques et séquencées. « *Le chemin clinique (CC) décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou multi professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable. Les différentes interventions des professionnels impliqués dans les soins aux patients sont définies, optimisées et séquencées et les étapes essentielles de la prise en charge du patient sont détaillées.* »⁸

Néanmoins, nous pouvons craindre des effets pervers de ces mesures : avec la standardisation, les pouvoirs publics ont tendance à faire abstraction du fait que les êtres humains ne peuvent voir tous leurs paramètres contrôlés.

Ce fonctionnement ultra contrôlé nous montre que l'hôpital est une entreprise comme une autre. Or, cela nous questionne sur le risque accru de marchandisation du soin, de déshumanisation des patients et de voir l'utilisateur se transformer en « produit fini », en « instrument ». Quelle est la place de la condition humaine au sein de cette entreprise « ordinaire » ?

⁷ AZRIA Elie. L'humain face à la standardisation du soin médical. La vie des idées, 2012. p 6.

⁸ ROTTET T. Le chemin clinique. HAS, mai 2014. p 1.

http://www.hassante.fr/portail/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_135670

⁷ consulté le 12/02/2016.

1.2.3 La culture organisationnelle au sein des unités de soins

La Grande Transformation du système de santé a modifié nos institutions en profondeur, y compris culturellement. Aussi, dans les années 1980, les sciences de gestion commencent à s'intéresser à la culture d'entreprise comme étant un outil capable de suppléer les méthodes de management classiques.

Dans un premier temps, nous allons définir le concept de culture pour expliquer le rôle de la culture dans le fonctionnement d'une société. Puis, dans un second temps, nous verrons comment la culture hospitalière favorise la cohésion et comment elle tente de replacer l'usager au cœur des préoccupations des acteurs du système de santé.

Tout d'abord, le mot « culture » est issu du latin *cultura*. Il désigne « l'action de cultiver la terre » et au sens figuré « action d'éduquer l'esprit, de vénérer ». Le concept de culture est défini par Edward Sapir, anthropologue et linguiste du XIXe siècle, comme « *l'ensemble socialement hérité des pratiques et des croyances qui déterminent la texture de nos vies*⁹¹⁰ ». Cette définition présente la culture comme un héritage langagier. Puis, en faisant référence à « la texture », cette définition la présente comme une matière qui façonnerait nos vies. La culture serait alors comme une ressource transmise oralement, de génération en génération, par l'éducation, les coutumes, les croyances et elle aurait la particularité d'apporter un « état d'esprit » à l'organisation.

Ensuite, Freud perçoit la culture comme une instance morale « *édifiée sur un renoncement pulsionnel*¹¹ ». Les pulsions sont antisociales : elles conduisent à la destruction de la société. C'est pourquoi, en se présentant comme une instance morale, la culture constitue une figure d'autorité permettant de réguler les pulsions de chaque être humain. Elle suscite des sentiments tels que la culpabilité, le remords et la limitation de soi. Elle fait face et tient à distance les forces pulsionnelles destructrices. La culture apparaît alors être porteuse des lois de la société. « *La culture apparaît donc comme l'ensemble des conceptions, des valeurs, des pratiques, c'est-à-dire des normes qu'un groupe social tient pour évidentes (taken for granted), en d'autres termes, naturalisent et*

⁹ KAMBOUCHNER Denis. Notions de philosophie, tome III. Edition Folio, 1995. p 167.

¹⁰ DUMOND Jean-Paul. EPU, p.89.

¹¹ DUMOND Jean-Paul. EPU. p.90.

qu'il entretient activement par leur respect et leur usage.¹² ». Dans toutes les sociétés, la culture est essentielle pour le bon fonctionnement du groupe et pour le « vivre ensemble ».

De plus, nous pouvons dire que la culture porte la singularité d'une organisation. Edgar Schein dans son ouvrage « Organizational culture and leadership » définit la culture organisationnelle comme suit : « *la structure des valeurs de base partagées par un groupe, qui les a inventées, découvertes ou développées, en apprenant à surmonter ses problèmes d'adaptation externe ou d'intégration interne, valeurs qui ont suffisamment bien fonctionné pour être considérées comme opérationnelles et, à ce titre, être enseignées aux nouveaux membres du groupe comme étant la bonne façon de percevoir, réfléchir et ressentir les problèmes similaires à résoudre*¹³ ». Cette définition dévoile la culture organisationnelle comme une action permettant la résolution de problème.

Puis, nous avons perçu que la modification du schéma hospitalier observée depuis la Grande Transformation a entraîné une modification de la culture hospitalière. En effet, dans un hôpital fonctionnant de plus en plus sur un modèle "d'hôpital entreprise" et avec les effets déshumanisants que nous lui connaissons, les pouvoirs publics ont impulsé une volonté de préserver l'usager. C'est pourquoi, petit à petit, le paysage hospitalier s'est vu enrichir de texte de loi garantissant les droits des personnes hospitalisées.

Ainsi, progressivement, pour encadrer les textes faisant référence au respect des droits des usagers, des mesures complémentaires ont été requises telle la Haute Autorité de Santé qui incite les établissements de santé à définir les valeurs qui leur sont propres par le biais du projet d'établissement : « *les valeurs sont des références communes qui fondent la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes. Dans le contexte des établissements de santé, caractérisés par la présence de groupes porteurs de visions différentes et pourtant toutes légitimes, elles constituent un cadre de référence utile. Ces valeurs, liées aux missions de l'établissement, permettent de fonder les arbitrages et les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Les établissements sont invités à mener une démarche autour de la définition de valeurs en évitant les écueils du*

¹² DUMOND Jean-Paul. EPU. p.88.

¹³ SCHEIN Edgar. Organizational culture and leadership. Broché, 2010.

*formalisme et du détournement*¹⁴». Ceci nous permet d'établir que le projet d'établissement est porteur de la culture organisationnelle et qu'il a la volonté de mettre en lumière les « *valeurs liées aux missions de l'établissement* » c'est-à-dire, en outre, le respect de l'égalité, la neutralité et la continuité des soins.

La culture hospitalière semble donc jouer des rôles fondamentaux au sein d'une collectivité et notamment dans les actions managériales quotidiennes des cadres de santé des établissements de santé : le cadre de santé est porteur des valeurs de l'institution, il est garant du respect de celles-ci.

De plus, nous pouvons penser que la culture organisationnelle oriente l'action des cadres de santé. Elle détermine, avec plus ou moins de précision, ce qui est bien et ce qui est beau. En ce sens, elle précise la qualité des rapports entre les personnes, oriente l'action et lui donne son sens : la mise en place d'un projet de service n'ayant pas trait à la culture organisationnelle (et donc au projet d'établissement) peut s'avérer laborieuse, voire irréalisable, car sans culture organisationnelle, le projet perd de son sens et ne sera pas reconnu. La culture de l'organisation est une référence.

Pour conclure, nous pouvons établir que la culture hospitalière est une ressource managériale dans le sens où elle permet de réguler les actions, les façons de penser et d'agir des membres d'un service. Elle donne un sens commun aux actions.

¹⁴ HAROUSSEAU J-L, MAIGNE D. Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, janvier 2014. p 5. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../manuel_v2010_janvier2014.pdf consulté le 23/03/2016.

1.3 Éthique et management à l'hôpital.

1.3.1 Le rôle du cadre

Les évolutions des organisations amorcées par la Grande Transformation du système de santé ont amené les pouvoirs publics à s'interroger sur la place occupée par les cadres paramédicaux dans les institutions. Le rapport de la mission cadres hospitaliers présentés par Chantal de Singly fait état de quatre missions principales inhérentes à la fonction des cadres de santé :

- Une mission de management d'équipe et d'organisation
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet
- Une mission d'expert
- Une mission de formation

Cependant, dans ces organisations mouvantes, quels rôles jouent plus précisément les cadres de santé au quotidien?

Tout d'abord, dans sa pratique professionnelle, le cadre de santé conduit et accompagne un groupe. Il crée le lien entre l'organisation des soins et les ressources soignantes en effectuant la gestion des hommes et des moyens. Aussi, le cadre paramédical effectue un travail d'articulation entre les directives, les commandes et les processus d'applications. Il doit être capable de mettre en place les nouveaux dispositifs et de les piloter. Il doit pouvoir donner du sens aux changements et il participe à la politique de recherche de l'efficacité tout en restant garant de la qualité et la sécurité des soins. Le cadre de santé doit être également en mesure de contrôler l'efficacité des actions engagées et d'effectuer des évaluations de réajustement.

Ensuite, l'observation du travail effectif du cadre de santé au sein d'une unité met en lumière les difficultés que rencontre ce professionnel au quotidien. Il apparaît clairement que le cadre de proximité doit assurer un exercice complexe de liaison. Ce travail d'articulation difficile, souvent invisible, entre efficacité, qualité, sécurité et sens donner aux actes, demande à chaque professionnel de l'encadrement de s'interroger sur ses pratiques managériales.

En effet, le cadre paramédical doit conjuguer l'ensemble de ces obligations en gardant au cœur de ses préoccupations l'ambition de toujours tenir à distance les patients de ce

système sous pressions. En partant de ce postulat, il nous semble intéressant de comprendre par quel mécanisme le cadre de santé peut réussir à préserver les usagers des conséquences psychologiques engendrées par l'immersion dans une microsociété dont ils ne maîtrisent pas les codes. Être cadre de santé demande d'avoir le souci de l'autre, de l'homme.

Aussi, nous nous interrogeons sur la place de l'éthique dans les pratiques managériales. La question du management éthique est récente. Selon Jean-Charles Scotti, docteur en droit, cela fait suite à l'émergence d'une volonté nationale d'impliquer les soignants, par le biais des cadres de proximité, dans la gestion de leurs activités. Cette volonté d'impliquer le personnel paramédical dans la politique de santé s'est traduite par une nouvelle conception des missions d'encadrement avec le remplacement progressif des surveillants par les cadres de santé.

En effet, depuis la Grande Transformation du système de santé, le cadre n'est plus seulement un expert en soins, il doit répondre à une double commande : participer à la maîtrise des coûts et garantir la qualité et la sécurité des soins. Cette commande ambivalente expose inévitablement le manager à des conflits de valeurs. *« Il n'est pas compliqué de comprendre que cette ambivalence expose le manager à des conflits d'intérêts qu'il aura à hiérarchiser selon les connaissances qui seront les siennes de ses obligations juridiques ou encore selon son positionnement éthique¹⁵ »*. Le cadre de santé a désormais la lourde responsabilité de devoir se positionner soit dans une posture administrative soit dans une posture soignante.

Cette position presque qualifiable de « schizophrénique » a amené le cadre de santé à réfléchir sur un juste positionnement à adopter et par cela il a été amené à réfléchir sur son éthique professionnelle. En effet, l'éthique présente l'avantage d'apporter un questionnement sur une situation présentant des conflits d'intérêts. L'éthique du management peut être perçue comme un gardien rappelant au cadre de santé qu'il doit toujours agir en considérant le patient et uniquement le patient. *« Le choix d'une démarche éthique comme préalable à une décision managériale est l'acceptation d'une nécessaire transgression obéissant à une hiérarchisation des impératifs soignants et économiques, en référence au seul patient. Il s'agira donc non pas d'accepter des*

¹⁵ SCOTTI Jean-Michel. Management hospitalier et éthique professionnelle. Dossier Soins Cadres, 2000. N°33. p 26.

*objectifs contradictoires, mais de les dépasser selon un positionnement éthique.*¹⁶» Cela nous amène à nous interroger sur la place de l'éthique à l'hôpital.

1.3.2 Les notions d'éthique et de morale

Tout d'abord, il nous semble judicieux de clarifier les notions de « morale » et « d'éthique ». Nous pouvons affirmer que les notions de morale et d'éthique sont différentes, mais complémentaires.

Le mot « moral » vient du latin « more » signifiant les mœurs. La morale est définie comme le fait de se conduire « *selon les règles de comportement communément admis dans une société ; qui est conforme aux bonnes mœurs* ». La morale est la science de recherche du bien. Lorsque l'on parle de morale, on parle d'un ensemble organisé de règles, de normes dans un but : faire le bien (le bien de la société, de mon groupe, de l'humanité entière, etc.). Il est important de préciser que l'idée du bien est relative et différente selon les sociétés ; la morale n'est pas universelle, mais elle tend à le devenir. La personne humaine est un être moral dans le sens où elle est dotée d'une capacité de raisonner et d'une conscience lui permettant de distinguer le bien du mal. Pour que chaque membre adopte ces règles morales, il est important de donner l'exemple : l'enfant commence par imiter, mais s'approprie vite les règles. Parfois, la morale entre « en crise » : le bien n'est plus le bien ou alors, il devient le bien collectif sauf pour telle personne ou telle autre. C'est là où l'éthique intervient.

Le mot « éthique » prend son origine de deux racines grecques : « êthikos » (morale) et « êthos » (mœurs). L'éthique est donc l'alliance de ces deux notions. Si au temps d'Hippocrate, l'éthique se réduisait à des recommandations et en un serment, de nos jours, elle est davantage pensée en termes de problème de moralité et se retrouve au cœur de la morale sociale : l'éthique interroge les règles. Le « bien » s'est transformé en « bon ». L'éthique est « *un processus dynamique d'interrogation et de questionnements dont la visée est une aide à la décision*¹⁷ »

¹⁶ SCOTTI Jean-Michel. Management hospitalier et éthique professionnelle. Dossier Soins Cadres, 2000. N°33. p 26.

¹⁷ MOUTEL, Grégoire. Fondements et construction de la démarche éthique dans les pratiques de soins, Soins N°801, p 29.

Pour mieux appréhender le rôle de l'éthique à l'hôpital, nous pouvons revenir sur deux situations visionnées dans le cadre de notre travail de recherche.

Lors d'une émission télévisée diffusée en juillet 1987, le docteur Jean Bernard, médecin hématologue français décédé en 2006 et Président du comité national d'éthique médical de 1983 à 1992, illustre ces propos par cet exemple : « *des enfants de Sardaigne et de Chypre avec une forme particulière, héréditaire et grave de leucémie (anémie méditerranéenne thalassémie) se voient administrer un traitement très coûteux sans possibilité de guérison (mort certaine vers l'âge de quinze ans). Parallèlement, d'autres enfants atteints de maladies bénignes ne pouvaient bénéficier de traitement faute de moyens financiers* ». La question posée au comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (créé en 1983 et composé de théologiens, philosophes, médecins, chercheurs, moralistes, sociologues et juristes) était : à qui devaient revenir en priorité les moyens financiers ? Le comité d'éthique est donc un comité de « sages » ayant un pouvoir consultatif sur des problèmes moraux.

Aussi, à une échelle plus petite, des problèmes moraux sont souvent rencontrés dans les services hospitaliers : « *une femme de 84 ans refuse de s'alimenter. Les infirmières souhaitent respecter ce refus, l'interne prescrit une réhydratation par perfusion, acceptant de surseoir à l'alimentation par gavage qui deviendra probablement nécessaire pour maintenir cette vieille dame en vie. Jusqu'où va le droit de cette vieille dame à disposer d'elle-même ? Jusqu'où va le devoir du médecin et des soignants de respecter ou de contraindre la volonté de cette femme¹⁸* ». Ce récit nous montre que l'éthique est présente dans des situations de soins concrètes nécessitant une prise de décision et qu'elle sert à se poser des questions dès la perception du problème pour analyser au mieux, en groupe, les conflits de valeurs.

Nous pouvons affirmer que la transformation du système de santé, par l'instauration d'un nouveau mode de gestion, a soulevé des questionnements à l'hôpital. Cela a conduit les pouvoirs publics à donner une place plus importante à l'éthique dans les structures de soins. La nécessité de mener des réflexions éthiques fût ainsi spécifiée dans les projets d'établissement et des lieux dédiés à la « pratique de l'éthique » ont vu le jour (café éthique, espaces éthiques...).

¹⁸ Besanceney Jean-Claude. L'éthique et les soignants. Lamarre, 1996. p 93.

Ainsi, dans un système préoccupé par l'efficacité, la démarche éthique peut apparaître comme un « *garde-fou essentiel faisant obstacle à toute dérive qui éloignerait le cadre de santé de la qualité des soins au profit du rationnement.* »¹⁹

1.3.3 Le management éthique : un management bienveillant

La bienveillance est définie par le dictionnaire Le Robert comme « *le sentiment par lequel on veut du bien à quelqu'un* ». Cette définition axée sur la recherche du bien pour autrui fait écho à la réflexion éthique c'est-à-dire au principe de questionner ses pratiques pour être en mesure de faire de ce qu'il a de meilleur pour la personne.

Aussi, le management éthique est un management bienveillant. Le cadre de santé exerçant un management éthique place l'humain au cœur de ses préoccupations et prend en compte la singularité de chaque membre de l'équipe soignante. Notons que le fait de considérer les aspects singuliers des personnes est vecteur du sentiment de reconnaissance.

Afin de réussir à prendre en compte la singularité des individus, le cadre doit être capable de tenir à distance le poids historique de la culture hiérarchique : « *Le poids historique de la culture hiérarchique centralisée et bureaucratique de l'hôpital est la source d'une conception monarchique du pouvoir ayant conduit de nombreux dirigeants et personnel d'encadrement à adopter des comportements managériaux autoritaires, méprisants, dominateurs qui sont autant de sources de stress, de démotivation et finalement de graves dysfonctionnements qui coûtent souvent très cher, sans que les responsables en aient bien conscience [...], car cela n'apparaît pas dans le compte d'exploitation*²⁰ ». Cela tend à nous faire prendre conscience qu'être un manager « éthique », « bienveillant », c'est être un manager capable de laisser suffisamment de place dans la relation aux soignants. C'est leur permettre d'exister et leur donner la possibilité de s'exprimer. Le management éthique est garant du respect de la dimension humaine dans les rapports entre tous les acteurs du système de santé, y compris les patients.

¹⁹ SCOTTI, Jean-Michel. Cadre de santé : management et éthique. Science direct.

²⁰ BELET D, YANAT Z. L'éthique managériale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise. 22^e université d'été des auditeurs sociaux, 2004, p 2-3.

Ensuite, nous pouvons établir que pour mettre en place un management éthique, le cadre de santé doit réaliser un travail intrinsèque. En effet, cela nécessite une remise en question constante sur qui nous sommes réellement. La posture éthique demande à l'individu de bien se connaître et d'être sincère avec lui-même et les autres. La posture éthique n'est jamais acquise. C'est un processus dynamique.

Dans le management éthique, le cadre doit pouvoir accepter que l'autre ne soit pas à son image. Il doit être capable d'établir une communication non pas axée sur le besoin de convaincre ou de se justifier, mais plutôt centrée sur l'échange. Le management éthique est basé sur l'écoute, l'attention portée à l'autre, le respect et le partage. « *Ceci induit que l'encadrement est [...] respectueux des personnes et soucieux de réserver aux équipes une possibilité de pensée, de parole et d'autonomie [...] de soutenir l'initiative des professionnels et d'éviter toutes les formes d'organisation déresponsabilisantes* ²¹ ».

Enfin, nous pouvons affirmer que la mise en place d'un management éthique tient d'une volonté personnelle du cadre de santé, en lien avec ses valeurs et son vécu. Cela demande d'être sincère, intègre et respectueux.

Après avoir établi dans les grandes lignes, ce qu'est un management éthique, nous nous interrogeons sur la mise en place d'un milieu de travail capable de développer la sensibilité éthique des soignants.

1.3.4 Un milieu de travail conscient pour développer la sensibilité éthique

Tout d'abord, il convient de donner du sens à la notion de sensibilité éthique. David Chalmers, philosophe australien, définit la sensibilité éthique comme une capacité de l'individu à reconnaître les conséquences négatives qu'une situation donnée pourrait entraîner sur autrui. En ce sens, la sensibilité éthique ne peut être présente que si nous considérons une situation d'un point de vue moral.

²¹ANESM, la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2008. p.17 et 36

www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdg/reco_bientraitance.pdf consulté le 23/04/2016.

Ensuite, Lyse Langlois, experte en éthique organisationnelle, explique que « *la sensibilité éthique permet à l'individu de se sentir suffisamment concerné par une situation pour s'interroger, se questionner, débattre et se positionner d'une manière authentique. À l'inverse, si la situation n'est pas jugée problématique et n'interpelle pas l'individu, aucune prise de position ou action éthique n'est susceptible de survenir.* » La sensibilité éthique est donc la capacité des individus à se questionner sur la moralité des pratiques et l'impact engendré sur autrui. La réflexion éthique dans les pratiques soignantes est un élément constitutif d'une prise en charge de qualité. Elle nous apparaît être indispensable.

Aussi, nous pensons que le cadre de santé peut impulser la réflexion éthique au sein de son service. Pour ce faire, il conviendrait de définir en équipe, les valeurs communément portées par les soignants. Après les avoir identifiés et formalisés par écrit, il sera intéressant de redonner du sens aux mots : *qu'est-ce que la dignité, le respect, l'intégrité, l'écoute ?*

En effet, prendre le temps de repenser à la signification des mots que nous utilisons dans notre quotidien de soignant peut aider à leur redonner du sens, du poids. Le poids des mots tant à disparaître lorsqu'on en fait usage sans y penser. « *Les maîtres mots ne sont pas imposés, ils s'imposent d'eux-mêmes et viennent à la bouche avant même de faire un détour par le cerveau. On les dit. Puis on les pense. Autrement dit, chacun se met à penser ce qu'il dit au lieu d'exprimer ce qu'il pense. {...} les mots les plus importants pour l'entreprise et son management sont souvent les plus négligés. On doit les admettre, les dire, les supporter. Ils peuplent les déclarations, mais ils sont impenses, induisent des contradictions ou des antagonismes. In fine, ils perdent tout caractère opérationnel. Je prendrai quatre exemples significatifs : les notions de responsabilité, de client, d'éthique et de valeur.* »²²C'est pour cette raison que nous pensons que redonner du poids aux mots permet de redonner du sens au soin.

Puis, dans le management éthique où la place de la communication est fondamentale, il semble primordial d'établir des moments d'échanges et de réflexion sur des situations du quotidien. Cela passe par la valorisation des compétences d'observation et de partage pluridisciplinaire « *C'est en renforçant la conscience de la vulnérabilité, en valorisant les compétences d'observation et du partage pluridisciplinaire, en réfléchissant à partir de l'état des lieux des pratiques et de leurs possibles évolutions, en étant les gardiens*

²² ETCHEGOYEN Anne. Le poids des mots l'oubli du langage, l'expansion management review, 2006/3 n° 122. P.130.

vigilants du respect des droits des patients ». ²³La communication permet une meilleure compréhension des attentes réciproques. « *Ainsi, le personnel attend-il à la fois des messages opératoires et de communication intégrative. Expliquer, c'est se donner la chance de partager des références communes de comportement. Les termes en « Co » dont le premier est la communication : consensus, consultation, cohésion, convivialité...sont l'oxygène indispensable de la vitalité de l'organisation.* ²⁴ ». Le management éthique, par l'instauration de moment d'échange et de réflexion avec l'équipe, doit pouvoir inclure les soignants dans les prises de décision et insuffler une capacité d'autogestion. Ce type de management a pour ambition de rendre les soignants acteurs de leur bien-être au travail et du bien-être des patients pris en charge. Il a pour finalité de favoriser l'épanouissement professionnel et de participer à l'amélioration de la performance.

Enfin, notons que les temps d'échanges informels, autour d'une tasse de café par exemple, sont bien plus que de simple « bavardage », ils sont tout aussi importants pour renforcer la cohésion d'équipe. Néanmoins, le management éthique ne doit pas être confondu avec une posture laxiste, passive et permissive. Le cadre de santé doit être capable de reprendre des situations dont il est témoin pour amener son équipe à repenser ses actes et à visualiser l'impact de ceux-ci sur l'autre. Il recentre le soignant sur le questionnement de sa posture professionnelle.

²³ CHRIQUI-REINECKE Martine, la bientraitance, un projet managérial qui donne du sens aux valeurs du « prendre soin », Soins cadres, n°83, p.33.

²⁴NIZARD Georges. L'hôpital en turbulence. Privat, 1994. p.133.

Conclusion de la première partie

Ce travail de recherche a commencé par une interrogation :

Comment le cadre de santé peut-il préserver l'estime de soi des patients par un management éthique ?

Au départ de notre recherche, nous souhaitions préciser ce que signifiaient les mots « personne » et « individu ». Nous souhaitions approfondir la notion d'humanité et comprendre le fonctionnement d'une société. Le but ici, était d'effectuer un parallèle entre la place de l'homme dans la société et la place de l'homme à l'hôpital. Ces recherches ont mis en évidence le besoin de reconnaissance de l'homme dans la société et cela nous a amenés à nous questionner sur la perte du sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale ressentie par certaines personnes dans un contexte d'hospitalisation. Ce constat nous a conduits à nous interroger sur le rôle du cadre pour préserver l'estime de soi des patients. Aussi, nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse avec le concept de management éthique.

Le cadre conceptuel étant posé, cela nous a permis de formuler notre hypothèse de départ :

Placer l'éthique au cœur du management permettrait de reconnaître l'équipe et, par un effet miroir, permettrait de reconnaître le patient en tant que personne singulière. Cela produira un effet positif sur son estime de soi et améliorera la qualité des soins et la qualité des relations.

Notre enquête auprès des cadres de santé et des équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants et kinésithérapeute), qui fait l'objet de notre deuxième partie, nous a permis de confronter notre hypothèse de départ à la réalité du terrain.

2 LA RECHERCHE DE TERRAIN

La première partie de notre mémoire était consacrée à la conceptualisation de notre problématique. Une question de départ nous a amenés à définir et à clarifier, par les apports théoriques issus de la littérature, les différents concepts exprimés dans notre hypothèse. À présent, il est nécessaire de confronter cette hypothèse à la réalité concrète « *Une proposition n'a droit au statut scientifique que dans la mesure où elle est susceptible d'être vérifiée par des informations sur la réalité concrète*²⁵ »

Ainsi, cette deuxième partie sera dédiée à la vérification de notre hypothèse. Pour ce faire, dans un premier temps, nous présenterons notre méthodologie de recherche. Ensuite, un second temps permettra d'analyser les résultats des entretiens semi-directifs effectués. Le but de cette partie sera finalement d'affirmer ou d'infirmer le fait que placer l'éthique au cœur du management permettrait de reconnaître l'équipe et, par un effet miroir, permettrait de reconnaître le patient en tant que personne singulière. Cela aura un effet positif sur l'estime de soi du patient et améliorera la qualité des soins et des relations.

2.1 Méthodologie employée

2.1.1 Choix de l'outil d'enquête : l'entretien semi-directif

Au vu de notre thème de recherche et de l'hypothèse formulée, il nous apparaissait pertinent d'utiliser comme outil d'enquête l'entretien semi-directif. En effet, contrairement aux questionnaires, ce type d'entretien permet d'instaurer un temps d'échange. Il ouvre un espace libre favorisant l'expression des idées et des pensées. Aussi, tandis que les entretiens directifs se prêtent davantage à établir des données quantitatives, celui-ci

²⁵ QUIVY, Raymond. VAN CAMPENHOUDT, Luc. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod, 2006, p. 74.

permet d'apporter des données telles que des prises de positions, des opinions et des points de vue.

De plus, il nous semble qu'un thème ayant trait au management éthique et à la reconnaissance sociale nécessite d'avoir des interlocuteurs disposant d'un champ d'expression suffisamment large pour générer le questionnement et la mise en relation des idées avec l'expérience personnelle et professionnelle. L'entretien semi-directif, selon Alain Blanchet et Anne Gotman, permet : « *d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent.*²⁶ ». De ce fait, nous pouvons imaginer que les questions relatives à l'éthique susciteront de la part des personnes interviewées, une mise en relation avec des situations de soins spécifiques qu'elles auront besoin d'exprimer. Tout cela ne peut être rendu possible que par la réalisation de ce type d'entretien.

2.1.2 Caractéristiques des interviews

Dans un souci de rendre cette enquête exploitable, nous avons convenu, avec notre directeur de mémoire, de réaliser dix entretiens. En effet, compte tenu du temps imparti, nous ne pouvions en effectuer davantage.

Ainsi, nous avons réalisé 10 entretiens d'une durée moyenne de 35 minutes. Le plus court ayant duré 25 minutes et le plus long, 45 minutes. Les entretiens ont été effectués entre les mois de mars et mai 2016.

Ensuite, notre hypothèse concerne plusieurs catégories d'acteurs de la prise en charge hospitalière : les cadres de santé, les personnels paramédicaux et les patients. C'est pourquoi, afin de rendre notre analyse la plus complète possible, nous souhaitons interroger des personnes de différentes catégories socio professionnelles. Les personnes interrogées appartenaient donc à 4 catégories professionnelles :

- Kinésithérapeute
- Aide-soignant
- Infirmier

²⁶ BLANCHET, Alain. GOTMAN, Anne. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Nathan Université. Collection Sociologie 128, 2001. 127 p., p. 27

- Cadre de santé

Aussi, nous voulions interviewer un représentant des usagers pour avoir un échange sur l'impact psychologique engendré par l'hospitalisation. Cependant, un entretien ciblé sur le patient nécessitait de sélectionner un usager et nous ne sommes pas parvenus à créer une grille spécifique d'enquête, une sélection et une prise de rendez-vous dans le temps imparti.

Enfin, nous avons fait le choix d'interviewer des personnes exerçant dans des services hospitaliers variés : soins intensifs, néphrologie, psychiatrie et médecine interne. En effet, dans notre hypothèse, nous ne définissons pas la mise en place d'un management éthique dans un service spécifique et auprès d'une population choisie. Nous pensons que la baisse de l'estime de soi des patients peut-être vécus dans n'importe quel service hospitalier. De même que nous émettons l'hypothèse que le management éthique peut être applicable dans tous les services.

2.1.3 Déroulement de l'enquête

L'enquête de terrain pour être validée nécessite une méthodologie éprouvée. Ainsi, selon Raymond Quivy, docteur en sciences sociales, et Luc Van Campenhoudt, sociologue, l'enquête doit se dérouler en plusieurs étapes et selon plusieurs critères bien établis. Trois actes sont nécessaires au bon cheminement de l'enquête répondant à une « *démarche sociologique* »²⁷ :

- La rupture
 - ✓ Formulation d'une question de départ.
 - ✓ Exploration par les lectures et les premiers entretiens.
 - ✓ Élaboration de la problématique.
- La construction
 - ✓ Construction du modèle d'analyse.
- La constatation
 - ✓ Observation.
 - ✓ Analyse des informations.
 - ✓ Conclusions.

²⁷ QUIVY, Raymond. VAN CAMPENHOUDT, Luc. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod, 2006, p. 74-76.

De plus, l'entretien semi-directif nécessite la mise en place de différents temps :

- Le choix des personnes interviewées,
- La prise de rendez-vous pour la réalisation des entretiens,
- La création d'une grille d'entretien spécifique aux catégories de personnel interviewées,
- La réalisation des entretiens,
- La retranscription des données,
- L'analyse des données.

Nous avons suivi ce schéma pour la construction de notre méthodologie de recherche. En effet, dans un premier temps, après avoir déterminé les caractéristiques de l'échantillon, nous avons établi deux grilles d'entretiens : l'une à l'usage des cadres de santé et l'autre à l'usage des soignants.

Le but général de nos entretiens était de connaître le jugement de nos interlocuteurs sur l'intérêt d'un management éthique pour apporter de la reconnaissance à la fois aux membres du personnel et aux soignants. Nos entretiens visaient plus spécifiquement à connaître les opinions des acteurs de l'encadrement hospitalier et des soignants sur les points suivants :

- Les similitudes entre les notions d'hommes/société et de patients/hôpital.
- Le besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et le besoin de reconnaissance des personnes hospitalisées.
- L'impact d'une hospitalisation sur le besoin de reconnaissance et le sentiment d'utilité sociale des patients.
- Les leviers d'actions des cadres de santé paramédicaux ou des soignants pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation.
- La définition du mot éthique.
- La culture organisationnelle véhiculée par la hiérarchie.
- La sensibilisation des équipes soignantes à la notion d'éthique dans les soins.
- La compatibilité du management et de l'éthique.
- La place de l'éthique dans les soins.
- Le lien entre la reconnaissance ressentie par un soignant et le bien-être psychologique des patients qu'il prend en charge.

Les grilles d'entretiens ont été construites de telle sorte qu'elles reprennent les éléments constitutifs du cadre conceptuel et donc de l'hypothèse, pour les confronter au terrain.

Ensuite, après avoir établi ces outils d'enquête, nous les avons fait valider par notre directeur de mémoire.

Parallèlement, pour ne pas perdre de temps, nous avons contacté par mails, les directions des soins de plusieurs hôpitaux (l'hôpital européen Georges Pompidou, le centre hospitalier Saint-Anne, Henri Mondor et l'Institut Mutualiste Montsouris), afin d'obtenir l'autorisation d'effectuer des entretiens auprès des membres du personnel. Les mails envoyés comportaient l'objet de la demande, l'explication du thème de mémoire et le nom de notre directeur de mémoire. Nous avons obtenu l'autorisation d'effectuer des entretiens au sein de l'hôpital européen Georges Pompidou et à l'institut mutualiste Montsouris.

Dans un second temps, après avoir obtenu l'aval des établissements pour réaliser nos entretiens, nous avons contacté les professionnels de santé pour convenir d'un rendez-vous.

2.1.4 Déroulement des entretiens semi-directifs.

Les entretiens se sont déroulés généralement sur le lieu de travail. Le but était que le professionnel interviewé se trouve dans un environnement permettant de converser calmement et qu'il se sente suffisamment en confiance pour s'exprimer librement. Aussi, les cadres de santé ont souhaité effectuer l'entretien dans leurs bureaux, certains soignants ont demandé à ce que cela se passe dans leur salle de détente et trois soignants ont préféré effectuer les entretiens après leur prise de poste, dans un restaurant.

Puis, nous avons assuré à nos interlocuteurs que nous préserverions leur anonymat. Nous avons amorcé chaque entretien par une présentation réciproque et avons situé le contexte de notre enquête. Notons que, nous demandions l'autorisation d'enregistrer la conversation à l'aide d'un dictaphone. L'enregistrement nous a permis d'être concentrés sur les propos de la personne et dans un autre temps, de retranscrire la conversation pour la réalisation de l'analyse. La présence du dictaphone n'a pas été un élément perturbateur, il semblait être rapidement oublié par les interlocuteurs.

Enfin, les personnes interrogées étaient au nombre de dix. Nous avons rencontré une kinésithérapeute, un aide-soignant, quatre infirmiers et quatre cadres de santé.

2.1.5 Atouts et limites de notre enquête.

Comme nous l'avons énoncé précédemment, le choix des entretiens semi-directifs comme outil d'enquête nous semble avoir été pertinent compte tenu de notre hypothèse. En effet, cet outil a permis aux personnes interrogées de s'exprimer relativement librement et il a été propice à l'émergence d'une réflexion sur la place de l'homme à l'hôpital et sur le sens de l'éthique.

Aussi, notre statut d'étudiant-cadre de santé et notre expérience professionnelle d'infirmière furent un atout pour l'utilisation d'un langage commun et pour la mise en confiance.

Ensuite, les limites de notre enquête concernent la non-prise en compte des expériences des patients pour confronter notre hypothèse. De ce fait, notre recherche est axée sur le point de vue des professionnels de santé et cela peut constituer un biais de compréhension dans le processus de baisse de l'estime de soi des patients hospitalisés. De plus, la taille de l'échantillon est un frein à la confrontation de notre hypothèse avec le terrain.

Puis, compte tenu de notre besoin de connaître les opinions des cadres de santé et des personnels soignants, nous pensons qu'il aurait été préférable, pour effectuer une analyse plus pertinente, de réaliser des entretiens auprès de cadre et de soignants travaillant dans le même service. Cela aurait permis de confronter les points de vue. Or, nous avons suivi cette démarche uniquement pour le service de néphrologie.

Enfin, lors des entretiens, il nous semble que nous aurions pu chercher à éclairer davantage certaines réponses. En effet, le manque de précision peut également être un biais dans la compréhension et peut être source d'interprétation.

2.2 Analyse et formalisation des résultats de l'enquête

2.2.1 Transcription des données

Toutes les entrevues réalisées ont été retranscrites afin de nous en faciliter l'analyse. En accord avec notre directeur de mémoire, nous n'avons pas retranscrit intégralement les entretiens. En effet, l'intérêt de cette recherche se trouve principalement dans le contenu des échanges et non dans l'exhaustivité des propos formulés.

L'entretien semi-directif est un espace de libre échange. Aussi, les passages des interviews qui ne concernent pas vraiment notre thématique ont été brièvement paraphrasés. Les répétitions, les interjections, les fautes de syntaxe ou grammaticales ont été gardées dans la retranscription. En revanche, dans les citations utilisées, ces éléments ont été éliminés pour faciliter la lecture. L'omission de phrases dans les citations a été marquée par des crochets [...].

2.2.2 Organisations des données

Selon Alain Blanchet et Anne Gotman, sociologues, « *L'entretien ne constitue pas une fin en soi, il faut, avant de parvenir au résultat de la recherche, effectuer une opération essentielle qui est l'analyse du discours. Elle consiste à sélectionner et extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits. Cette analyse s'effectue sur le corpus, c'est-à-dire l'ensemble des discours produits par les interviewers et les interviewés retranscrit de manière littérale*²⁸ ».

L'analyse des entretiens est donc le résultat d'un choix thématique et d'un choix de citations. Le choix thématique était principalement guidé par nos questions de recherche

²⁸ BLANCHET, Alain, GOTMAN, Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan université. Collection Sociologie 128, 2001. 127p, p.91.

les plus importantes. Aussi, compte tenu de la structure ouverte de nos entretiens, les personnes interviewées abordaient des sujets en marge de nos questions centrales. Ces thèmes ont uniquement été pris en considération quand un lien logique les unissait à notre sujet.

Les citations ont été choisies de telles sortes qu'elle soit le reflet des opinions de l'ensemble des catégories professionnelles interrogées. Nous nous sommes efforcés de reprendre les prises de position des différents acteurs de notre échantillon. Cependant, pour choisir lorsque les citations étaient trop nombreuses, sur un thème donné, nous nous posions la question de savoir quelle citation représentait le mieux une tendance d'opinion.

Ensuite, nous avons mis en place une grille d'analyse afin de croiser les données et de pouvoir décomposer chaque entretien en séquences. Ceci nous a permis de déterminer trois grands thèmes abordés.

Ainsi, un premier chapitre thématique est consacré à la vision des professionnels interrogés concernant les conséquences possibles d'une hospitalisation sur une personne. Ce chapitre évoque les notions d'hommes, de société, de patient et d'hôpital. Nous avons évoqué les similitudes retrouvées entre ces différents concepts. Puis, un second sous-chapitre est dédié à la conceptualisation du besoin de reconnaissance et d'utilité sociale des patients. Nous verrons comment l'hôpital peut impacter l'estime de soi des personnes hospitalisées.

Le chapitre suivant traite de la place de l'éthique dans les organisations soignantes. Une première sous-partie relate la définition de nos interlocuteurs du mot « éthique ». La deuxième partie situe la place de l'éthique dans la culture organisationnelle, dans le management et dans les soins. Nous avons tenté d'établir comment chacun, à l'hôpital, s'approprie ce concept souvent difficile à définir.

Enfin, un troisième chapitre traite des jugements et estimations des interlocuteurs sur l'intérêt d'un management éthique pour préserver l'humanité à l'hôpital. Une première sous-partie apporte des points de vue sur la compatibilité du management et de l'éthique et sur le rôle du management éthique dans le sentiment de reconnaissance du personnel. Puis une seconde sous-partie est consacrée à la vision des professionnels de santé sur le lien entre la reconnaissance apportée aux membres de l'équipe soignante et le bien-être psychologique des patients.

2.3 Les conséquences de l'hospitalisation sur la personne soignée

2.3.1 Liens entre les concepts d'homme, société, patient et hôpital

Dans un premier temps, nous voulions établir une description de la représentation des professionnels de santé sur la place du patient à l'hôpital. Pour ce faire, nous avons demandé aux personnes interviewées ce que représente l'hôpital pour elles. Voyaient-elles des similitudes entre la place de l'homme dans la société et la place du patient à l'hôpital ?

Des liens entre les concepts d'homme, de société, de patient et d'hôpital ont été mis en avant par l'ensemble des interlocuteurs. En effet, l'hôpital est globalement perçu par les professionnels de santé comme une microsociété « *la société est le lieu où l'on vit, où l'on évolue et pour le patient, l'hôpital est le lieu [...] où il évolue pendant un laps de temps*²⁹ ». L'hôpital est le reflet de la société. Ainsi, pour monsieur F, cadre de santé, « *le patient que l'on retrouve à l'hôpital est le citoyen de la société* ». L'hôpital est un microcosme à l'image de la société, on y « *retrouve des similitudes de comportements*³⁰ ». Madame T, IDE, souligne que les patients pris en charge à l'hôpital sont représentatifs de la société de consommation dans laquelle ils évoluent.

Ensuite, la notion de citoyenneté est apparue dans quatre entretiens. En effet, trois cadres de santé et une kinésithérapeute ont appuyé sur le fait que le patient garde les mêmes droits et les mêmes devoirs qu'à l'extérieur de l'hôpital « *la citoyenneté est la même à l'hôpital qu'à l'extérieur de l'hôpital*³¹ ». Cependant, notons qu'une cadre de santé précise que la personne hospitalisée semble disposer de moins de liberté qu'à l'extérieur de l'hôpital « *[...], liberté ! Je suis plus dubitative* ».

²⁹ Entretien n°4

³⁰ Entretien n°8.

³¹ Entretien n°6.

Puis, cinq personnes interviewées ont mis l'accent sur le fait que dans la société comme à l'hôpital il y a des lois et des règles à suivre. L'hôpital est une institution « *qui a des règles, des lois, qui sont identiques [...] à l'extérieur*³² ». Nous constatons que le mot « entreprise » est apparu au cours de trois entretiens.

Enfin, deux personnes ont évoqué la notion de vulnérabilité du patient. À l'hôpital, le citoyen est « malade », il « subit ». Pour madame E, IDE, « *le patient est dans un endroit inconnu, il est dirigé, orienté, il n'est pas maître de ses gestes* ». Le patient s'adapte au mode de vie de l'hôpital.

En conclusion, nous pouvons établir que la vision globalement décrite de l'hôpital est celle d'une microsociété où évoluent des citoyens affaiblis à un moment donné de leur vie. Les personnes hospitalisées, même si elles disposent de droits généraux, sont dans un environnement dont elles ne maîtrisent pas forcément les codes. De ce fait, il est possible d'envisager une similitude entre la position de l'étranger dans la société et la position du patient dans la communauté hospitalière.

2.3.2 Le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale des patients

Dans un second temps, il nous semblait intéressant de vérifier que l'hospitalisation peut avoir un impact sur l'estime de soi des patients. Ainsi, nous avons demandé aux interlocuteurs leurs opinions sur le besoin de reconnaissance des patients. La question était la suivante : « *Pensez-vous qu'une hospitalisation puisse avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?* »

Concernant le besoin de reconnaissance, sept personnes sur dix estiment qu'il est un besoin présent chez le patient. Aussi, la notion la plus représentative des opinions recueillies est le besoin de prise en compte de la singularité des personnes soignées : « *Quand tu es malade, tu perds ton identité, ce n'est plus toi*³³ ». De plus, Madame S, cadre de santé, ajoute « *les patients ont également besoin d'être reconnu en tant qu'humain* ». La reconnaissance de la singularité des patients est donc perçue comme

³² Entretien n°6.

³³ Entretien n°4.

nécessaire pour « *l'équilibre psychique* » et pour « *nourrir l'estime de soi*³⁴ ». Cependant, une infirmière nuance la pensée en déclarant qu'il s'agit plus d'un besoin de considération que d'un besoin de reconnaissance.

Ensuite, globalement toutes les personnes interviewées s'accordent sur le fait qu'une hospitalisation peut avoir une incidence sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne. L'hospitalisation est décrite comme un épisode pouvant être douloureux et perturbant dans la vie d'un individu. Le manque d'information, l'attente, l'absence d'explication sur le fonctionnement intra hospitalier, le manque de compréhension et la perte de repère sont autant d'éléments qui peuvent perturber le patient : « *L'hôpital est un milieu inconnu avec un charabia médical*³⁵ »

Puis, six interlocuteurs évoquent les conséquences d'une hospitalisation sur la vie personnelle et sociale des individus. Le fait de ne pouvoir se rendre au travail, d'être utile à la société peut donner l'impression d'être mis à l'écart « *quand tu t'absentes de la société pendant un long moment, tu n'es plus utile, tu n'es plus rentable*³⁶ ». Aussi, madame F, kinésithérapeute explique « *quand les gens sont malades, ils se sentent diminués. Ils peuvent ressentir un manque de reconnaissance comme s'ils ne servaient plus à rien. Se sentir dévalorisés. La maladie diminue ce qu'on est, ce que l'on représente dans une société* ». De plus, l'importance du regard d'autrui est soulignée par quatre personnes. Dans la société actuelle, l'homme ne doit pas être malade, il semble plus soucieux de son image que de son état de santé « *on est dans une société où l'on veut toujours être en pleine forme, le plus beau, la plus belle...on ne doit pas être malade. Une hospitalisation impacte sur l'image que la personne a d'elle-même, sur son estime de soi*³⁷ ».

Enfin, trois personnes interviewées s'accordent sur le fait que les effets de l'hospitalisation peuvent être différents s'il s'agit d'un patient atteint d'une pathologie chronique. En effet, les patients dits « chroniques » font des séjours fréquents à l'hôpital et de ce fait assimilent les codes de celui-ci. Le milieu leur semble plus familier et généralement, ces personnes parviennent à se recréer une vie sociale à l'intérieur de l'hôpital. « *Le fait d'être hospitalisé régulièrement, ils parviennent à se refaire une vie sociale à l'intérieur de cette*

³⁴ Entretien n°5.

³⁵ Entretien n°4.

³⁶ Entretien n°6.

³⁷ Entretien n°9.

microsociété-hôpital par le biais des associations, ou par les rencontres avec les patients dans le même cas qu'eux. ³⁸».

Ainsi, il est possible de penser que l'hospitalisation peut avoir une répercussion sur l'image et l'estime de soi des patients. La perte de repère, la vulnérabilité et l'importance du regard d'autrui sont mises en avant pour expliquer ce phénomène. Néanmoins, l'impact psychologique de l'hospitalisation sur la personne soignée est variable et dépend de différents facteurs ; la chronicité de la pathologie, la fréquence des hospitalisations, l'âge de la personne et la capacité d'adaptation sont des éléments qui, selon certains interlocuteurs, entrent en ligne de compte.

Il était pour nous essentiel de vérifier si l'hospitalisation pouvait avoir une incidence sur l'estime de soi des patients. En effet, ceci tend à nous conforter dans l'idée qu'il nous est possible, au travers de notre projet managérial, d'agir pour tenter de préserver les personnes soignées des effets psychologiques induits par un séjour à l'hôpital.

³⁸ Entretien n°3.

2.4 La place de l'éthique dans les organisations soignantes

2.4.1 Définition de l'éthique

Il nous importait de connaître la définition de l'éthique des professionnels de santé. En effet, les établissements de santé ont eu pour recommandation d'établir un questionnaire éthique. Cela doit apparaître dans leurs projets d'établissement : « *Le déploiement d'une démarche de questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux revêt un enjeu important au regard des situations d'interventions professionnelles et de la vulnérabilité des personnes bénéficiant des prestations.*

Aussi le professionnel faisant face à une situation singulière dans laquelle entrent des conflits de valeurs doit-il pouvoir s'appuyer sur une réflexion collective mise en place par la structure pour étayer son positionnement. [...] Dans le prolongement de cette démarche, l'Agence et les professionnels qui y sont associés ont considéré qu'il était important que les établissements et services s'assurent de la disponibilité d'un espace permettant d'intégrer la réflexion éthique dans la pratique, au bénéfice de la personne accompagnée. Cette nouvelle recommandation alimente ainsi le socle des « fondamentaux » déjà produits par l'Agence. Sa mise en œuvre sera l'occasion d'éprouver les démarches déjà en place, mais aussi d'expliquer, de partager et de confronter les valeurs portées par une structure au regard de celles auxquelles chaque professionnel adhère individuellement.³⁹ »

Cette recommandation nous montre que l'éthique est véhiculée tel un dogme pour préserver les patients vulnérables. Cependant, quelles définitions en ont les professionnels de santé ?

La question relative à la définition de l'éthique apporte pour chaque interlocuteur les mêmes interjections. Cela s'accompagne souvent de soupirs et de phrases telles qu'« *Ah l'éthique !* » De manière générale, le mot éthique engendre chez toutes les personnes

³⁹ www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf

interviewées, une réaction. Souvent, le ton devient plus sérieux, les regards se renfrognent, les personnes semblent songeuses. Aussi, notons qu'aucune réponse ne fût spontanée, à chaque fois cela nécessitait un temps de réflexion : définir le mot éthique semblait représenter un effort pour tous. « *C'est quelque chose de très difficile. C'est une forme de valeur morale, c'est délicat*⁴⁰ ».

Le mot éthique est vraisemblablement difficile à définir. De manière générale, les personnes interrogées ne donnent pas une définition claire de ce terme, mais plutôt un ensemble de mots et de concepts s'y rattachant : valeurs, morale, respect des lois, etc. « *Cela m'évoque plein de choses. Une notion de morale, de respect de la dignité, de la personne. Mon éthique professionnelle c'est le respect de l'équipe*⁴¹ ». Seules deux personnes ont défini l'éthique de façon précise et succincte, dans un délai de réflexion plutôt court « *l'éthique est une limite entre ce qui est tolérable ou pas. C'est la limite que l'on pose aux choses et aux situations*⁴² ». Et pour monsieur B, aide-soignant, l'éthique est de s'assurer que « *chaque personne soit d'accord avec la solution trouvée* ».

Ensuite, paradoxalement, l'éthique est qualifiée à quatre reprises en ces termes : notion « générale » et « personnelle ». En effet, quatre personnes sur dix, estiment que chacun à sa propre « éthique ». Ainsi, madame T, infirmière, définit l'éthique comme telle « *c'est la ligne droite que tu te détermines, la ligne que tu suis. Ton éthique de vie, de travail. [...] l'éthique est quelque chose de général. C'est suivre les règles établies précédemment.* »

Les interviews réalisées nous ont fait prendre conscience que pour la majorité des personnes, l'éthique est une notion abstraite. On ressent l'enjeu humain que cela évoque par les réactions physiques et les intonations exprimées. Cependant, les définitions restent majoritairement peu précises.

2.4.2 La place de l'éthique dans le management et dans les soins.

L'éthique nous semble être une des clés pour préserver l'humanité au sein des structures hospitalières. Aussi, il était important dans notre enquête de mesurer la place occupée par l'éthique dans les situations de management.

⁴⁰ Entretien n°3.

⁴¹ Entretien n°9.

⁴² Entretien n°3.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à la vision soignante concernant la place de l'éthique au sein d'une unité de soin. Aussi, les personnels paramédicaux ont répondu unanimement « non » à la question "avez-vous le sentiment d'être sensibilisé à la notion d'éthique par la hiérarchie?". En effet, les personnes interviewées (aide-soignant, kinésithérapeute et infirmiers) ne se sentent pas sensibilisées à l'éthique par l'encadrement « *j'ai vu des situations avec des collègues qui ne me semblaient pas éthiques, mais la hiérarchie ne nous en parle pas*⁴³ ». Monsieur B, aide-soignant, explique avoir eu des notions d'éthique à l'école. Néanmoins, les réflexions éthiques collectives, dans le service, semblent manquer aux soignants « *on a eu des notions à l'école, on l'a appris, mais il n'y a pas de rappel, de réunions pour en parler. Cela manque*⁴⁴ »

Cependant, l'ensemble des soignants (6 personnes) affirme avoir des réflexions éthiques dans leur quotidien professionnel. Madame T, infirmière, explique « *J'ai des réflexions éthiques dans mon quotidien. Je me pose des questions, me remets en question* ». Aussi, pour monsieur B, aide-soignant, la réflexion éthique est quotidienne, car « *il faut savoir si l'on fait bien les choses ou pas* ».

Dans un second temps, nous avons souhaité connaître l'opinion des cadres de santé au sujet du management éthique. Nous souhaitons avoir leur point de vue sur la compatibilité du management et de l'éthique. Les quatre cadres de santé interviewés nous ont affirmé que l'éthique est compatible avec le management. Une cadre de santé explique que le type de management est conditionné par les valeurs du manager « *j'ai mes valeurs qui conditionnent ma façon de manager* ». Aussi, pour madame D, cadre de santé « *le management éthique se fait naturellement* ». Pour monsieur F, le management éthique mène vers l'excellence.

Le management éthique est défini par les cadres de santé comme un rôle à jouer au sein de l'équipe. Il est pour madame C, de « *reprendre les comportements inadaptés [...], les amener à se questionner par la communication* ». Pour monsieur F, cela consisterait entre autres à « *transmettre notre rigueur, veiller à ce que le patient ne soit pas traité comme un objet* ». Ensuite, pour madame D, le management éthique consiste à faire en sorte que les gens se sentent mieux après avoir vécu une situation problématique. Elle exprime la nécessité d'instaurer une communication avec les membres de l'équipe, de leur faire

⁴³ Entretien n°1.

⁴⁴ Entretien n°2.

savoir qu'ils peuvent s'exprimer. « *L'équipe a besoin de savoir les choses, a besoin de s'exprimer. C'est à nous, en tant qu'encadrement de leur dire vous pouvez tout dire, vous avez le droit* ». Le management éthique nécessite d'être honnête, respectueux et d'être capable de percevoir les conflits. « *Si tu es honnête et respectueux avec l'équipe alors cela fonctionnera* ». Enfin, pour madame C « *L'éthique à sa place dans le management, elle donne une ligne de conduite à l'équipe* ».

Nous pouvons noter que même si les cadres de santé pensent que le management et l'éthique sont compatibles, que cela se fait naturellement, les soignants ne se sentent pas sensibilisés à l'éthique par la hiérarchie. Ils ne semblent pas impliqués dans des réflexions éthiques communes.

2.5 L'intérêt du management éthique pour préserver l'humanité à l'hôpital

2.5.1 L'éthique dans la culture organisationnelle

Par la question de la culture organisationnelle, nous avons tenté de mettre en lumière la vision des professionnels de santé sur la place occupée par l'éthique dans la culture hospitalière.

Cette question laisse apparaître pour 8 personnes sur 10, des termes en corrélation avec un fonctionnement de type industrialisé et non une culture centrée sur l'humain comme on pourrait l'envisager. Ainsi, les termes les plus fréquemment rencontrés sont l'efficacité, le rendement, la gestion des lits, la production et la performance. « *Le côté gestion est très présent dans la culture d'entreprise et cela porte préjudice au respect de la personne* ⁴⁵ ».

De plus, un cadre de santé ajoute au sujet de la structure hospitalière dont il dépend « *C'est vrai que (nom de l'hôpital) à une culture récente [...], mais il y a une culture d'excellence. On est un hôpital d'excellence donc on est exigeant envers nous-mêmes et envers nos collègues. On sait que quand on vient ici, c'est pour travailler [...] on a la culture du travail bien fait* »⁴⁶.

Néanmoins, deux personnes interrogées estiment que la culture organisationnelle est centrée sur l'humain et le respect de chacun. « *L'hôpital est soucieux du respect de chacun, par exemple avec les repas sans porc, la pratique du culte à l'hôpital. Ils essaient de faire en sorte que chacun puisse pratiquer sa religion sans déranger les autres.* ⁴⁷ » Au cours des entretiens, personne n'a fait allusion à la notion d'éthique dans la culture de l'hôpital.

Dans un second temps, nous souhaitons connaître le ressenti des soignants sur la manière dont est véhiculée la culture de l'hôpital par la hiérarchie. Ainsi, 5 personnes sur 6 affirment que la culture organisationnelle transmise est essentiellement liée à la gestion et à l'occupation des lits. Trois personnes ajoutent que plus on monte dans les strates

⁴⁵ Entretien n°4.

⁴⁶ Entretien n°9.

⁴⁷ Entretien n°6

hiérarchiques, moins on a le souci du patient. « *Plus on monte dans la hiérarchie, plus on a la notion d'hôpital entreprise. Plus on s'éloigne du patient, moins on pense à l'humain. On le sent dans tous les affichages qu'ils mettent en place* ». ⁴⁸De plus, un aide-soignant exprime être déçu par la culture hospitalière véhiculée. Pour lui, la culture n'est pas transmise comme elle devrait l'être de la part d'une organisation soignante et égalitaire « *on parle d'assistance publique, donc c'est normalement tout le monde sans préférence. Malheureusement, parfois, voire souvent, on oublie la notion d'assistance publique. Il y a des passe-droits qui ne devraient pas exister. Donc, la culture n'est pas forcément véhiculé comme on pourrait l'imaginer.* »

L'ensemble des soignants interrogés est conscient des difficultés rencontrées par les cadres de santé pour faire face aux contraintes de gestion imposées. Ils expriment la complexité que peut représenter la position de manager. « *La hiérarchie est aussi contrainte par la hiérarchie du dessus*⁴⁹ ». Aussi, quatre personnes interrogées exposent le fait que le cadre de santé est la personne qui fait le lien entre les contraintes d'efficacité imposées et le respect de l'humain. Ils mettent en avant la complexité perçue de ces missions ambivalentes : « *Le côté gestion est très présent dans la culture de l'hôpital et cela porte préjudice au respect de la personne. La recherche de la performance. Les cadres doivent chercher le bon compromis et ce n'est pas simple à mon avis* ». ⁵⁰

Enfin, nous avons tenté de comprendre comment les cadres de santé véhiculent la culture de l'hôpital auprès des équipes. Les quatre cadres de santé interrogés indiquent à l'unanimité qu'ils ne véhiculent pas vraiment les valeurs liées au respect de la personne humaine. Pour eux, cela « coule de source », car les soignants exercent une activité professionnelle qui de base nécessite d'avoir des « valeurs communes ». Aucune des personnes interrogées n'a défini ce qu'elles entendaient par le terme « valeurs communes ». Nous ne savons pas de quelles valeurs spécifiques il s'agit.

Aussi, deux cadres de santé ajoutent que les valeurs qui transparaissent le plus dans leur management sont leurs valeurs personnelles. En effet, leur manière de manager est indissociable de leurs valeurs propres. Puis, deux cadres de santé expliquent qu'ils

⁴⁸ Entretien n°5.

⁴⁹ Entretien n°6.

⁵⁰ Entretien n°4.

veillent au respect des bonnes pratiques et à la rigueur des membres du personnel. Ils font en sorte de réduire les dysfonctionnements.

À la lecture de ce résultat, nous pouvons penser que l'éthique est peu représentative de la culture hospitalière véhiculée auprès des équipes soignantes.

2.5.2 Le management et le sentiment de reconnaissance

Dans un premier temps, à travers cette enquête, nous avons souhaité comprendre en quoi le sentiment de reconnaissance est important pour les membres du personnel et pour les patients. Aussi, nous avons tenté de répondre à trois interrogations :

- La reconnaissance, en tant que personne singulière et en tant que professionnelle, relève-t-elle d'un besoin du soignant ?
- Le patient a-t-il besoin de reconnaissance ?
- Les soignants ont-ils le sentiment d'être reconnus par leurs hiérarchies ?

Le but de cette partie est de vérifier si l'éthique apparaît comme une solution pour apporter de la reconnaissance aux personnes.

Tout d'abord, 9 personnes interrogées sur 10 estiment que le besoin de reconnaissance est présent chez les patients. Seule une personne nuance le propos en parlant d'un besoin de considération plus que d'un besoin de reconnaissance. Ce besoin de reconnaissance est essentiellement perçu par les soignants comme étant lié au besoin du patient d'être reconnu en tant qu'humain et en tant que personne singulière. Les termes « individualité », « singularité », « humanité » et « valorisation » sont les plus employés.

Aussi, 3 personnes traitent de la standardisation des tâches et de la tarification à l'activité. Elles expliquent que les avancés techniques et le rendement imposé majorent le besoin de reconnaissance des patients. En effet, ils ont d'autant plus besoin d'être considérés comme des personnes singulières. Ainsi, madame F, IDE, explique : « *notre prise en charge est condensée, car il faut faire vite. Dans l'urgence. On réalise plus de choses en peu de temps. Je fais un parallèle avec la T2A. Depuis que cela a été instauré, on fait un peu de l'abatage de patients. Et du coup, cela impacte sur la qualité des soins, car cela est moins individualisé* ». Cela contribue à nous faire penser que le besoin de reconnaissance des patients est un besoin réel à considérer.

Ensuite, concernant le besoin de reconnaissance des membres du personnel, l'ensemble des personnes interrogées affirme que cela est primordial pour un individu. La reconnaissance accordée aux soignants est vécue comme une marque de respect et la prise en compte du travail effectué. Un infirmier dit « *La reconnaissance est bonne pour le moral, cela influe sur le moral. Le fait d'être reconnu pour toutes les tâches que l'on fait, pour les efforts qui sont faits. Ne pas voir que le négatif. C'est le meilleur élément positif que l'on puisse donner à une personne. Cela impacte sur la psychologie de la personne. Le remerciement fait du bien* ». La reconnaissance est ressentie par tous comme un besoin permettant « d'avancer » et important pour l'équilibre psychique du soignant. « *La reconnaissance permet de nourrir notre estime de nous-mêmes.*⁵¹ »

Puis, dans un troisième temps, nous avons demandé aux personnels soignants s'ils avaient le sentiment d'être reconnus par leur hiérarchie. Sur l'ensemble des personnes interrogées, une personne dit avoir le sentiment d'être reconnue par sa hiérarchie, un aide-soignant répondra « non pas tellement » et les autres estiment avoir de la reconnaissance de la part de leur cadre de proximité. Néanmoins, ce sentiment de reconnaissance est peu visible de la part des autres membres de la pyramide hiérarchique. « *Plus on s'éloigne, moins on a la sensation d'être reconnu*⁵² ». Notons que la seule personne s'estimant non reconnue à tous les niveaux de la hiérarchie est celle exerçant la fonction d'aide-soignant. Nous pouvons nous interroger sur le besoin de reconnaissance spécifique de cette catégorie de professionnelle.

Enfin, nous avons souhaité connaître les qualités managériales qui procurent ce sentiment de reconnaissance aux membres du personnel. Aussi, les termes les plus employés pour qualifier la posture managériale la plus amène à apporter de la reconnaissance sont l'écoute et la considération. « *La cadre de proximité essaie de nous arranger. Elle nous montre de la reconnaissance. Elle est à l'écoute*⁵³ ». Ces qualités sont des postures bienveillantes et sont indispensables à la mise en place d'un management éthique.

⁵¹ Entretien n°5.

⁵² Entretien n°4.

⁵³ Entretien n°4.

2.5.3 Les leviers permettant de préserver les patients d'une baisse de l'estime de soi.

Les interlocuteurs ayant affirmé qu'une hospitalisation pouvait avoir des conséquences sur l'estime des patients ont été questionnés sur les leviers d'action dont ils disposent pour préserver les personnes des effets psychologiques induits par l'hôpital. Nous ne savons pas précisément si les critères exprimés sont appliqués dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Néanmoins, nous les avons invités à réfléchir à la question.

Ainsi, nous allons citer les principaux leviers indiqués :

- La transmission des informations aux patients
- La communication avec les membres de l'équipe, les patients, les familles, etc.
- Valoriser les personnes
- Discuter, bavarder avec les patients, entre collègues.
- Préserver l'autonomie des patients.
- Ne pas avoir d'a priori
- Accueillir les patients comme des « êtres humains à part entière »
- Laisser la porte du bureau ouverte pour favoriser les échanges entre tous (patients, soignants...)
- Informer sur les droits des patients
- Préserver l'intimité des patients.
- Accompagner
- Redonner confiance en l'avenir.

L'ensemble de ces critères regroupés favorise la bienveillance entre tous les acteurs et constitue un socle à la mise en place d'un management éthique.

2.5.4 Lien entre reconnaissance des soignants et bien-être du patient

Dans cette dernière partie, nous avons tenté de savoir s'il existe un lien entre le bien-être du soignant et le bien-être du patient. L'état psychologique du soignant peut-il, par un effet miroir, influencer l'état psychologique du patient ? Un soignant reconnu par la

hiérarchie peut-il engendrer une valorisation de la personne soignée ? Ces questions sont celles qui finalement nous permettront d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse de départ : *placer l'éthique au cœur du management permettrait de reconnaître l'équipe et, par un effet miroir, permettrait de reconnaître le patient en tant que personne singulière. Ceci aura une incidence sur son estime de soi et améliorera la qualité des soins et la qualité des relations.*

Ainsi, unanimement, les personnes interrogées estiment que le sentiment de reconnaissance des soignants influencera la qualité de la prise en charge et l'état psychologique des patients. Cette question de fin d'interview semblait apporter un lien évident entre les deux phénomènes. Les réponses étaient spontanées, vives et souvent enjouées "C'est évident », « tout à fait », « bien sûr », « oui, car on est tous liés ».

En effet, les professionnels affirment que le fait d'être reconnu favorise l'implication dans le travail, diminue le stress, rend le soignant plus à l'écoute, plus confiant, attentif et concerné. Ainsi, un aide-soignant explique « *un professionnel qui n'est pas valorisé doit avoir l'impression de ne plus être utile à la communauté et va négliger son travail. Cela impactera sur la qualité du service donné aux patients* ».

Aussi, une cadre de santé pense que « *la reconnaissance est "le" prendre soin d'une équipe. Si les agents sont maltraités, non reconnus, je pense qu'au bout d'un moment ils ne seront plus en capacité de s'occuper des autres* ». Une autre cadre de santé ajoutera « *Oui cela a un lien énorme. Cela impacte (la reconnaissance) sur les relations et cela fait une espèce d'effet boule de neige* ».

Puis, pour les cadres de santé, une personne en manque de reconnaissance, un individu qui ne se sent pas reconnu dans l'équipe, peut également avoir une incidence sur l'état psychologique des autres membres du personnel. Cela peut rompre de manière générale le bien-être au travail. « *Une personne qui n'est pas bien, qui n'est pas reconnue professionnellement et pour ce qu'elle est, ça impacte aussi sur l'équipe. Une personne peut mettre une équipe en ébullition en un rien de temps [...], les patients en subiront les conséquences*⁵⁴ ».

Enfin, trois personnes mettent en avant le lien existant entre l'état psychique du patient et l'influence de celui-ci, par un effet miroir, sur l'état psychique du soignant. Pour illustrer

⁵⁴ Entretien n°3.

cette affirmation, nous terminerons notre restitution des données par la citation des propos tenus par un cadre de santé : « *On est tous liés. Que ce soit en bien ou en mal. Un soignant qui est oublié complètement ne va pas s'investir dans ce qu'il fait. Cela est pareil pour les patients. Si un patient se sent laissé pour compte, au bout d'un moment ça fera un effet miroir et cela va rejaillir sur l'équipe soignante. Cela revient à la première question, c'est-à-dire que, dans une société, quand on laisse quelqu'un sur le bas-côté, au bout d'un moment, ou bien la personne s'oublie complètement ou bien elle devient agressive envers l'autre. C'est la même chose à l'hôpital. À ne pas considérer les gens, ils deviennent agressifs pour montrer qu'ils existent. C'est un sentiment très humain. Le travail fait partie de nos vies et impacte les uns sur les autres. "*

2.6 Synthèse de l'analyse

Notre cadre théorique nous a permis de formuler notre hypothèse de départ :

Placer l'éthique au cœur du management permettrait de reconnaître l'équipe et, par un effet miroir, permettrait de reconnaître le patient en tant que personne singulière. Cela aura un effet positif sur son estime de soi et améliorera la qualité des soins et la qualité des relations.

Aussi, notre enquête de terrain, composée de dix entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé, kinésithérapeute, aide-soignant et infirmiers, ne peut permettre à elle seule, de tirer des conclusions générales étant donné la petite taille d'échantillon.

Cependant, cette enquête nous a permis d'extraire des données qui nous apparaissent pertinentes et qui tendent à confirmer notre hypothèse. En effet, l'analyse de l'enquête, en lien avec notre cadre conceptuel, nous a permis de dégager les éléments suivants :

Hôpital et société :

Les professionnels de santé considèrent l'hôpital comme une microsociété avec ses codes et son langage qui lui est propre. Aussi, les personnes hospitalisées sont représentatives de ce qu'est la société actuellement c'est-à-dire une société de consommation où le « paraître » à toute sa place. Ainsi, l'importance de l'image et du regard de l'autre est plus que jamais présente.

L'estime de soi des patients :

Être hospitalisé peut impacter l'estime de soi des patients. En effet, le patient, vulnérable, est immergé dans un milieu dont il ne connaît pas les codes, la langue et le fonctionnement. De plus, il est en rupture avec son quotidien. Il peut ressentir des sentiments d'inutilité sociale et de perte d'identité. Néanmoins, dans l'ensemble, les professionnels de santé nuancent les propos en distinguant les personnes hospitalisées pour des pathologies aiguës ou chroniques.

L'éthique à l'hôpital :

La singularité des patients n'a pas une place centrale à l'hôpital. En effet, l'hôpital tend à devenir de plus en plus préoccupé par l'efficacité et la rentabilité.

Aussi, le mot « éthique », qui est généralement source de réflexion, est difficile à définir pour les professionnels de santé. Il est un terme au contour flou renfermant tout ce qui est en lien avec le respect, la morale et les valeurs.

Les établissements de santé tentent de développer la place occupée par l'éthique au sein des structures. Cependant, les soignants ne se sentent pas sensibilisés à cette notion par leur hiérarchie. Malgré tout, ils disent avoir des réflexions éthiques de manière individuelle dans leur quotidien.

Le management éthique et la qualité des prises en charge :

Les cadres de santé affirment que l'éthique est compatible avec le management. Selon eux, le management éthique est surtout en corrélation avec les valeurs personnelles du cadre de santé. Aussi, la reconnaissance est considérée comme étant un besoin essentiel pour chaque professionnel de santé. Elle contribue à préserver l'équilibre psychique du soignant. Cependant, les professionnels interrogés ne se sentent pas reconnus par les strates hautes de la hiérarchie : ils trouvent principalement de la reconnaissance auprès du cadre de santé et des patients. La place de la communication est essentielle pour contribuer à apporter de la reconnaissance aux personnes. Pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation, les soignants et cadres de santé citent des actions relevant d'un management éthique.

Enfin, l'ensemble des personnes interrogées s'accorde pour dire qu'un soignant reconnu par sa hiérarchie sera plus amène à s'occuper du patient. Le soin et les apports relationnels seront de meilleure qualité et plus authentique. La singularité des personnes soignées sera davantage considérée.

CONCLUSION

La réflexion qu'a nécessitée ce travail de recherche autour du management éthique et de l'estime de soi à participer à construire notre nouvelle identité professionnelle. Nos différentes lectures ont soulevé des interrogations qui nous ont invités à élargir nos champs d'investigation. Cela nous a permis de mieux comprendre la fonction de cadre de santé et le rôle de l'éthique pour préserver l'humanité dans les relations et les prises en charge à l'hôpital.

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de notre réflexion infirmière sur le bien-être au travail et le bien-être psychologique des patients. Il est vrai que dès nos études d'infirmière et par la suite, en tant que professionnelle de santé, nous avons été sensibles à la notion de bienveillance et d'estime de soi à l'hôpital. Aussi, poursuivre notre questionnement par la rédaction de ce mémoire est pour nous, un pas de plus accompli vers la recherche de bientraitance et d'humanisation des soins dans les établissements de santé.

Nos lectures, la conception de notre cadre conceptuel et des entretiens exploratoires, nous ont permis de poser notre hypothèse de recherche : placer l'éthique au cœur du management permettrait de reconnaître l'équipe et, par un effet miroir, permettrait de reconnaître le patient en tant que personne singulière. Cela aura un effet positif sur son estime de soi et améliorera la qualité des soins et la qualité des relations.

Aussi, notre enquête de terrain nous a permis de confirmer cette hypothèse construite à partir des apports théoriques et de notre propre expérience ; le management éthique semble être une clé pour apporter de la reconnaissance aux équipes et pour reconnaître la singularité des patients. Cependant, la justesse de cette hypothèse doit être relativisée du fait de la petite taille d'échantillon.

Enfin, cette enquête a suscité en nous d'autres interrogations notamment sur le rôle des acteurs des directions hospitalières pour rendre le management éthique pérenne dans les institutions.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages

ANDRE, Christophe. *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Edition Odile Jacob, 2002, 196p.

BOURRET, Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Edition Seli Arslan, 2006, 284p.

DUJARIER, Marie-Anne. *L'idéal au travail*. Edition Quadrige/PUF, 2012, 275p.

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Editions Mallet Conseil, 2011, pp. 185-188.

KRISTEVA, Julia. *Etrangers à nous-mêmes*. Gallimard, Saint-Amand : Folio essais, 2011, 293p.

LEVINAS, Emmanuel. *Éthique et infini*. Paris : le livre de poche, biblio essai, 2014, 120p.

Les articles

BECU, Sophie. Bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital. *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp14-16.

BITAUD, Jean-Rémy. Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain. *Soins cadres*. Février 2013, n°85, pp23-27.

BLIEZ, Valérie. La bientraitance, une démarche sous conditions. *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp29-31.

BOUCHAUT-ROLNIN, Marthe-Elyse, L'éthique de management une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital. *Gestions hospitalières*. Février 2007, pp103-110.

BOUSSUGE, Bruno. La bienveillance en management, point de vue d'un coach. *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp20-21.

De BRY, Françoise. Concept d'éthique l'éthique au cœur du management. *Revue management et avenir*. Juin 2008, n°20, pp102-114.

CHRIQUI-REINECKE, Martine. La bientraitance, un projet managérial qui donne sens aux valeurs du « prendre soin ». *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp32-33.

DUGAST, Céline. Bientraitance, responsabilité sociale et chaîne managériale. *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp22-24.

GRUAT, Florence. Le soin, un acte éthique. *Soins cadres*. Décembre 2015, n°801, pp33-35.

HARROUET, Sylvie. La bientraitance managériale du cadre de santé. *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp27-28.

LANGLOIS, Lise. CENTENO, Jennifer. Quelle culture pour l'expression et l'actualisation de la sensibilité éthique au sein des unités de soins intensifs ? *Revue internationale de soins palliatifs*. Avril 2012, vol.27, pp1-14.

LETUVE, Alain. Éthique et politique. Qu'en est-il du « respect de la personne dans sa dimension psychique ». *Bulletin de psychologie*. Avril 2015, n° 538, pp 311-317.

MOUTEL, Grégoire. Fondements et construction de la démarche éthique dans les pratiques de soins. *Soins cadres*. Décembre 2015, n°801, pp28-32.

PIRRA, Jean-Michel. Pratiquer la bienveillance en management. *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp25-26.

REVILLOT, Jean-Marie. Cadre de santé : impulser la confiance. *Santé mentale*. Octobre 2015, n°201, pp55-59.

SCOTTI, Jean-Charles. Management hospitalier et éthique professionnelle. *Soins cadres*. Janvier 2000, n°33, pp25-28.

SVANDRA, Philippe. Éthique du cadre, éthique du care. *Soins cadres dossier*. Février 2013, n°85, pp.20-22.

TOUZET, Patrick. L'éthique comme philosophie première du soin. *Soins psychiatrie*. Janvier 2013, n°284, pp 29-31.

ULLERN-WEITE, Isabelle. Enseigner l'éthique comme expertise ou former les personnes au jugement éthique de l'action ? *Nouvelle revue de psychologie*. Janvier 2007, n°3, pp1-14.

VON DER WEID, Guillaume. Le management bientraitant, progrès ou paradoxe ? *Soins cadres*. Août 2012, n°83, pp17-19.

Les documents électroniques

GRENOUILLOUX, Armelle. Savoir, pouvoir, éthique et psychiatrie. [En ligne]. Article, le 27 avril 2015. [Page consultée le 04/01/2016], www.sciencedirect.com.

PIERRON, Jean-Pierre. Où est le lieu de l'éthique ? [En ligne]. Article, le 27 avril 2015. [Page consultée le 04/01/2016], www.sciencedirect.com.

RAMOND, Charles. « Le retour des sentiments moraux dans les théories de la reconnaissance-De la « grammaire morale des conflits sociaux » à la « grammaire des sentiments moraux ». [En ligne]. Article, le 15 février 2012. [Page consultée le 14/10/2015], www.revistaindice.com.br.

SAUVIGNET, Jacques. *La vigilance éthique, incontournable pour le cadre de santé hospitalier* [en ligne]. Article, le 18 février 2009. [Page consultée le 19/12/2015], <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/La-vigilance-ethique>

SCOTTI, Jean-Charles. *Cadre de santé : management éthique*. [En ligne]. Article, le 10 novembre 2014. [Page consultée le 04/01/2016], www.sciencedirect.com.

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201302/chemin_clinique_fiche_t_echnique_2013_01_31.pdf consulté le 24/04/2016

Média

GARAPON A., Le Bien commun, A quelle éthique se tenir dans la relation de soin ? Avec N. ZACCAI-REYNERS, philosophe, France Culture, 31/12/2005, 60mn.

PIOLOT F., La vie comme elle va. Le soin. Avec le philosophe Frédéric WORMS, France Culture, 6/10/2005, 90mn.

SCHAEFFER, M-C, BERNARD, Jean : L'éthique médicale, coproduction la Sept/INA, 1988, 45min

ANNEXES

Annexe 1 : outil d'enquête, grille d'évaluation des cadres de santé.

Annexe 2 : outil d'enquête, grille d'évaluation des soignants.

Annexe 3 : entretien n° 1.

Annexe 4 : entretien n°2.

Annexe 5 : entretien n°3.

Annexe 6 : entretien n°4.

Annexe 7 : entretien n°5.

Annexe 8 : entretien n°6.

Annexe 9 : entretien n°7.

Annexe 10 : entretien n°8.

Annexe 11 : entretien n°9.

Annexe 12 : entretien n°10.

Annexe 1

OUTIL D'ENQUÊTE :

Entretien semi-directif :

1°) Que vous évoquent les notions d'Hommes/société et de patients/hôpital ?

Trouvez-vous des similitudes, des liens ? Pourquoi ?

2°) Que pouvez-vous dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe et des patients ?

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment cela se traduit-il ? Comment est-ce visible ?

4°) Si oui, quels sont vos leviers d'action pour préserver le patient des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

5°) Qu'est-ce que pour vous l'Éthique ?

6°) Les valeurs de l'hôpital (Respect, Dignité, etc.) sont véhiculées pour préserver l'humanité du patient. De quelle manière pensez-vous porter la culture organisationnelle auprès de votre équipe ?

7°) Pensez-vous que le recours à l'éthique dans des situations de management puisse apporter de la reconnaissance aux membres de l'équipe? Si oui, comment ? Si non, pourquoi d'après vous, l'éthique n'est pas compatible avec le management ?

8°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre d'une part un soignant reconnu par sa hiérarchie en tant qu'individu et professionnel de santé et d'autre part le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce professionnel ?

Annexe 2

OUTIL D'ENQUÊTE :

Entretien semi-directif :

1°) Que vous évoquent les notions d'Hommes/société et de patients/hôpital ? Trouvez-vous des similitudes, des liens ? Pourquoi ?

2°) Que pouvez-vous dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe et des patients ?

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment cela se traduit-il ? Comment est-ce visible ?

4°) Si oui, quels sont vos leviers d'action pour préserver le patient des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

5°) Qu'est-ce que pour vous l'Éthique ?

6°) Les valeurs de l'hôpital (Respect, Dignité, etc.) sont véhiculées pour préserver l'humanité du patient. Avez-vous le sentiment que votre hiérarchie est porteuse de la culture organisationnelle ? Si oui, comment cela se manifeste-t-il ?

7°) Avez-vous le sentiment d'être sensibilisé par votre hiérarchie à la notion d'éthique dans les soins ? Si oui, comment ?

8°) Pensez-vous avoir des réflexions « éthiques » dans votre quotidien de soignant ? Si oui comment et pourquoi ? Si non pourquoi ? Pensez-vous que l'éthique n'est pas compatible avec le soin.

9°) Avez-vous le sentiment d'être reconnu par votre hiérarchie (en tant qu'individu singulier et en tant que professionnel) ?

10°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre d'une part un soignant reconnu par sa hiérarchie en tant qu'individu et professionnel de santé et d'autre part le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce professionnel ?

Annexe 3

Entretien semi-directif n°1
Infirmier depuis 4 ans soins intensifs HEGP

1°) Que vous évoquent les notions d'une part d'homme et société et d'autre part patient et hôpital ? Voyez-vous des similitudes entre ces notions ?

Évoque le mot « subir ». Le patient est dans un endroit inconnu, il est dirigé, orienté, il n'est pas maître de ses gestes. La société est une entreprise, l'homme va suivre les règles tout comme le patient à l'hôpital. L'hôpital est une entreprise et donc une société.

2°) Que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

C'est bon pour le moral. Influe sur le moral. Le fait d'être reconnu pour toutes les tâches que l'on fait, pour les efforts qui sont faits. Ne pas voir que le négatif. C'est le meilleur élément positif que l'on peut donner à une personne. Impact sur la psychologie de la personne. Le remerciement fait du bien. Le soignant met en avant certaines qualités du patient pour le valoriser.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

Je pense que oui. Beaucoup de personnes ne sont jamais allées à l'hôpital, ne connaît pas cet environnement et le fait de se retrouver dans un endroit inconnu peut changer la perception des choses des personnes. Cela se voit plus chez les gens qui viennent d'un milieu social aisé. C'est une impression. Ils ont certaines habitudes de vie et arrivé à l'hôpital toutes leurs habitudes est changées. Certains remercient et d'autres veulent partir au plus vite et semblent plus soucieux de leurs images que de leurs santés. Cela se montre par des comportements agressifs, insultants. Cela dépend vraiment des personnes.

4°) En tant que soignant, pensez-vous avoir des leviers d'action pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

Je pense qu'il y en a quelques-uns. Par exemple, certaines personnes sont incommodées par la chaise percée, des choses qui relèvent de l'intimité. On peut être vigilant par rapport à cela par exemple en faisant en sorte que cela ne soit pas visible par leurs visiteurs.

5°) Qu'est-ce que pour vous l'éthique ? Quelles perceptions en avez-vous ?

Pour moi c'est plutôt le respect de la personne, dans ce qu'elle est (couleur de peau, religion...). La neutralité, ne pas porter de jugement et respecter les valeurs de la personne.

6°) Avez-vous le sentiment que votre hiérarchie est porteuse de la culture d'entreprise ?

Oui, je trouve. Cela se manifeste par l'écoute que la cadre nous accorde et elle parvient à réajuster, ré aborder les choses. Elle essaie de faire en sorte que tout se passe bien. Elle essaie de trouver des solutions pour soit contourner l'obstacle soit passer à travers l'obstacle. Toujours trouver la meilleure solution.

7°) Avez-vous le sentiment d'être sensibilisé à la notion d'éthique dans les soins par la hiérarchie ?

Non, cela se fait naturellement pour le soignant. J'ai vu des situations avec des collègues qui ne me semblaient pas éthiques, mais la hiérarchie ne nous en parle pas.

8°) Pensez-vous avoir des réflexions éthiques dans votre quotidien de soignant ?

Pas toujours, cela dépend du patient... On en discute avec les collègues et je dis des choses que je ne me permettrais pas de dire devant le patient.

9°) Avez-vous le sentiment d'être reconnu par votre hiérarchie, en tant que personne singulière et en tant que professionnel de santé ?

Tout dépend de qui. Par rapport à la cadre, oui j'ai l'impression d'être quelqu'un. Par rapport à la cadre sup, elle me connaît, mais je n'ai pas l'impression d'avoir de la reconnaissance. Je ne le vois pas. Plus on monte dans la hiérarchie moins c'est visible. On ne les voit pas souvent, ils passent rarement dans les services. En cas de problème, je me retourne sur ma cadre. Elle est à l'écoute.

10°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre un soignant reconnu par sa hiérarchie et le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce professionnel ?

Tourné comme cela, je dirai que oui. C'est vrai avoir son traintrain quotidien, le fait d'être reconnu cela donne envie de faire des efforts, de continuer d'évoluer de faire des choses encore meilleures qu'avant. Cela ne peut être que bénéfique pour le patient. Il y a des mots et il y a aussi la reconnaissance matérielle.

Annexe 4

Entretien semi-directif n°2

Aide-soignant depuis 9 ans Soins intensifs HEGP

1°) que vous évoquent les notions d'une part d'homme et société et d'autre part patient et hôpital ? Voyez-vous des similitudes entre ces notions ?

Plus ou moins. Homme dans la société : dans la société il y a des hôpitaux et les hommes sont aussi des patients. Un petit lien. Au niveau de l'organisation du travail, hiérarchie. Mais dans la société on réalise des choses pour soi alors que dans le travail on réalise des tâches, on peut être impliqué, mais cela reste malgré tout différent des loisirs par exemple.

2°) que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

Je trouve ça important de distinguer les soignants des patients. Pour les soignants, cela permet de montrer que le travail est bien fait. C'est montrer de la reconnaissance pour notre travail. Et c'est rarement le cas. Le besoin de reconnaissance est important pour l'équilibre d'une personne.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

Non, je ne pense pas. Avec beaucoup de développement, on pourrait y arriver. Mais là, non je ne pense pas qu'un patient qui est hospitalisé pour un gros problème ait besoin d'une reconnaissance quelconque. En fait, il est plus dans le besoin de... non je ne pense pas.

4°) Qu'est-ce que pour vous l'éthique ? Quelles perceptions en avez-vous ?

Chaque personne serait d'accord avec la solution trouvée. Respect de la personne, notion de respect.

5°) Avez-vous le sentiment que votre hiérarchie est porteuse de la culture d'entreprise ?

Pas toujours. Non, même au niveau médical, c'est ce que je reproche. On parle d'assistance publique donc c'est tout le monde sans préférences et malheureusement parfois voire souvent on oublie la notion d'assistance publique (passe-droits ...). Donc la culture n'est pas forcément véhiculée comme on pourrait l'imaginer.

6°) Avez-vous le sentiment d'être sensibilisé à la notion d'éthique dans les soins par la hiérarchie ?

D'un point de vue de base oui, mais pas plus que ça. On a eu des notions à l'école, on l'a appris, mais il n'y a pas de rappel, de réunion pour en parler. Cela manque.

7°) Pensez-vous avoir des réflexions éthiques dans votre quotidien de soignant ?

Oui, tous les jours. Parce qu'il y a toujours une remise en question, des situations où l'on doit se poser la question de l'éthique. Savoir si on fait bien les choses ou pas.

8°) Avez-vous le sentiment d'être reconnu par votre hiérarchie, en tant que personne singulière et en tant que professionnel de santé ?

Pas tellement

9°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre un soignant reconnu par sa hiérarchie et le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce professionnel ?

C'est évident. À partir du moment où l'on met en avant les valeurs de quelqu'un qui fait bien son travail, le professionnel se sent valorisé et forcément il va continuer dans ce sens et toujours faire au mieux de ses capacités. Cela a un impact sur le patient à mon avis. Moins on valorise quelqu'un moins il a la motivation pour travailler. Un personnel qui n'est pas valorisé doit avoir l'impression de ne plus être utile à la communauté et va faire négliger son travail. Cela a un impact sur la qualité du service donné au patient.

Et cela influe aussi sur la qualité de relations patients/ soignants. Malgré tout même si on est parfois déçu de sa hiérarchie, on reste professionnel et on essaie de faire bien son travail. Après, cela est très dépendant des gens. Chaque personne a un certain niveau de résistance à cela. Certains seront plus faibles et d'autres continueront à faire le travail malgré un total manque de reconnaissance au travail. Donc oui c'est évident, respecter le travail d'autrui donne de la motivation pour s'investir.

Annexe 5

Entretien n°3

Cadre de santé depuis 8 ans Néphrologie HEGP

1°) que vous évoquent les notions d'une part d'homme et société et d'autre part patient et hôpital ? Voyez-vous des similitudes entre ces notions ?

Vaste question. L'homme et la société. Homme en tant qu'individu dans la société. La place de l'individu dans cette société. Je pense qu'il y a des similitudes dans le sens où l'hôpital est en quelque sorte une société parce que cela peut s'extraire un peu de la société. La société en général c'est général. Mais à l'hôpital nous retrouvons une partie de cette société par les malades, ils représentent une portion de la société. Mais en tant que patients, à l'hôpital, on a les mêmes droits, on reste un citoyen aussi bien à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur. Liberté je suis plus dubitative. Je pense qu'à partir du moment où on accepte d'être à l'hôpital, il faut se plier à des règles comme on accepte de se plier à des règles au sein de la société. C'est-à-dire, à l'hôpital, il y a certaines choses qui ne peuvent pas se faire (prier au milieu du couloir, fumer dans les locaux...). Voilà pourquoi, pour moi, il y a aussi une similitude entre société et hôpital. L'hôpital public est une microsociété. Pour le privé, c'est une autre histoire.

2°) que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

Ça rejoint un peu la place de l'individu dans la société et du patient dans l'hôpital. Respect des personnes, valeurs, un soignant il faut qu'on le reconnaisse en tant que professionnel, conseiller, aide aux patients. Il a besoin d'avoir de la reconnaissance des patients et de la hiérarchie. Car pour toute personne, y compris les cadres, si on ne reconnaît pas ton travail, cette valeur-là. Cela peut être très frustrant et c'est peut-être pour cela qu'il y a des problèmes psychologiques chez certains soignants (burn-out...). Les cassures ou fissures peuvent venir de là, professionnellement.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

Oui. En tant que patient oui je pense. Après, il y a plusieurs degrés d'hospitalisation. Pour les gens qui ont des pathologies longues, chroniques, qui passent leurs vies à l'hôpital. Je pense que cela va impacter la vie sociale extérieure. Quelque part, dans la société si on n'est pas les normes, cela a des conséquences. Donc, les personnes ayant des pathologies chroniques peuvent ne pas se sentir utiles dans la société et avoir la sensation de ne servir à rien. Après pour les petites hospitalisations, cela n'impacte pas de la même manière. Cela est très personnel dépendant. Cela dépend de l'âge, de ton vécu, passif. Regard de l'autre important sur la perception que l'on de nous-mêmes par rapport à la société.

Les gens sont forcément inquiets quand ils sont hospitalisés et cela impacte sur la vie personnelle et quotidienne. Le fait d'être hospitalisé à long terme, régulièrement, ils parviennent à se refaire une vie sociale à l'intérieur de cette microsociété-hôpital (association).

N'importe comment on en ressort impacté.

4°) En tant que soignant, pensez-vous avoir des leviers d'action pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

Oui on a un rôle. Ici, nous traitons des pathologies chroniques. On connaît les patients, on les voit régulièrement, une relation s'instaure. On a tous un rôle, car on est là pour les aider et les accompagner dans cette pathologie. Et si on veut parvenir à les faire, traverser cette période. Alors on use du relationnel, discussion avec eux, aide. Le levier serait la communication, répondre à leur question, être là pour eux. Instaure cette confiance pour faire passer le cap et s'accepter

5°) Qu'est-ce que pour vous l'éthique ? Quelles perceptions en avez-vous ?

C'est quelque chose de très difficile. C'est une forme de valeur morale. C'est délicat. Je relirai ça plus à quelque chose de personnel. Par exemple, au sujet de l'euthanasie, moi personnellement j'estime, en tant que personne et parce que dans ma famille j'ai vécu cela, donc cela vient aussi de son propre vécu, je suis pour l'euthanasie. Il y a en a que cela choque, mais même si chaque cas est particulier, pour moi l'éthique interroge le cas par cas. Le vécu de la personne est très important dans les prises de position. L'éthique interroge la loi. L'éthique fait référence à la loi et aux valeurs personnelles. Toujours faire

pour le mieux, ne pas être d'accord, en discuter, mais toujours rester dans le réglementaire, car on est dans un pays de loi. Cela permet de discuter la loi.

6°) De quelle manière pensez-vous porter la culture de l'hôpital ?

Quelle part ces valeurs sont enseignées à l'école et on ne fait pas ce métier par hasard. Il y a toujours quelque chose derrière. Sinon on ne tient pas longtemps dans le métier. Parce

que je pense que dans un service, je serai la première à râler si l y a quelque chose dans ce sens qui ne se fait pas. Je ne pense pas qu'on est vraiment besoin de véhiculer la culture d'entreprise. Un cadre pour moi, doit pour ses équipes, se positionner avec, donner son point de vue et ses valeurs qu'elle voudrait voir appliquer dans le service. Quand je recrute par exemple, je me présente également en tant que personne-cadre « voilà ce que j'attends des personnes et des agents » si la personne n'est pas d'accord avec cela, ce n'est pas dans ce service qu'elle doit venir. Intrinsèquement, on l'inculque à nos équipes et n'ayant pas tous les mêmes valeurs et façons de faire et cela se fait naturellement, sans que l'on ait besoin de le dire. On sait de manière générale comment le travail se fait dans le service. Je pense que c'est quelque chose qui vient naturellement, qui vient de nous. Si ces valeurs-là ne sont pas respectées là il faut se poser des questions. C'est grave.

7°) Pensez-vous que l'éthique est compatible avec le management ?

Cela se fait naturellement. Quand on a des patients en fin de vie, notre rôle à jouer, on fait de réunion avec des psychologues si les gens le veulent. Certains sont d'accord pour parler en psycho et d'autres non. Quand les agents sont choqués par un décès ou autre, je l'ai prend dans mon bureau pour discuter. Cela fait partie de notre rôle. Leur dire que s'ils ont besoin d'en parler, savoir qu'ils peuvent se tourner vers nous. Établir toutes les hypothèses pour que les gens se sentent mieux. Cela dépend aussi du cadre et de l'éthique. Si le cadre ne fait rien pour aller au-devant de ça, les gens se tairont et cela pourra créer un malaise au sein de l'équipe. C'est de notre rôle de percevoir les malaises, les conflits. L'équipe a besoin de savoir les choses, a besoin de s'exprimer. C'est à nous, en tant qu'encadrement de leur dire « vous pouvez tout dire, vous avez le droit ». Ce n'est pas parce que vous n'êtes pas médecin que vous ne pouvez pas vous exprimer. Il ne faut pas rester mal par rapport à une situation quelconque. Et pour les étudiants c'est pareil. Il faut être vigilant. L'éthique c'est le réglementaire, le respect, les valeurs. C'est l'expérience, les situations rencontrées durant la pratique qui permettent de renforcer un management éthique. Un cadre qui n'a pas la confiance de l'équipe, régler des problèmes

qui pour eux paraissent insolubles, mais que l'on peut toujours résoudre. Si tu es honnête et respectueux avec eux, cela fonctionnera.

8°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre d'une part un soignant qui se sent reconnu par sa hiérarchie et d'autre part le bien-être psychologique du patient que ce soignant va prendre en charge ?

Tout à fait. C'est évident. C'est même humain. Quelqu'un qui sait que professionnellement l'encadrement n'a pas de doute, cela se transmet aux patients. Si une infirmière n'est pas

bien dans ses baskets, qu'elle a fait plein de bêtises. Toutes les difficultés professionnelles, s'il n'y a pas de prise en charge de l'encadrement pour te remettre sur les rails. Lors des évaluations... alors le patient ne sera pas bien pris en charge, car le soignant agira en se disant que n'importe comment quoiqu'il fasse on n'en a rien à faire. Oui cela a un lien énorme. Ça impactera sur les relations et cela fait une espèce d'effet boule de neige. Les gens qui s'en vont d'un service ou qui sont mutés dans un autre service, il y a des raisons à l'origine. Si l'encadrement ferme les yeux, la personne continuera. Si l'encadrement prend la personne en charge, on pourra faire changer les choses, même si cela prend du temps. Une personne qui n'est pas bien, qui n'est pas reconnue professionnellement pour ce qu'elle fait (car il y a peut-être des lacunes aussi) ça impacte aussi sur l'équipe. Et une personne peut mettre une équipe en ébullition en un rien de temps. Si tu n'es pas bien professionnellement, les patients en subiront les conséquences. Les patients le font remonter de toute façon. Et assez rapidement je fais remonter les compliments des patients via les questionnaires de satisfaction aux équipes. Cela c'est important : faire remonter le positif aux équipes. Si tu ne fais que des remarques négatives, forcément là ils ne se sentent pas reconnus. Il faut faire des compliments quand c'est justifié. Sinon, l'équipe s'épuise et tu n'arrives plus à les porter. L'encadrement porte une équipe. Tu n'as pas d'encadrement, tu n'as pas d'équipe.

Annexe 6

Entretien semi-directif n°4

Infirmière depuis 15 ans Néphrologie HEGP

1°) que vous évoquent les notions d'une part d'homme et société et d'autre part patient et hôpital ? Voyez-vous des similitudes entre ces notions ?

Un être humain et un environnement. La société pour moi c'est le lieu où l'on vit, le lieu où on évolue et pour le patient, l'hôpital est le lieu où il vit, où il évolue pendant un laps de temps. Le patient s'adapte à l'hôpital comme il doit s'adapter dans la société. Quand le patient vient à l'hôpital, il s'adapte au mode de vie de l'hôpital. Il se lève à telle heure, il mange à telle heure...l'hôpital est une microsociété même vis-à-vis des soignants, car il y a des codes. C'est une entreprise un peu particulière.

2°) que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

Dans le côté administratif pour moi, il n'y a pas de reconnaissance. La reconnaissance est un besoin. Même pour les patients, on ne sait pas forcément qu'ils n'ont pas envie de certaines choses et on leurs imposent. À chaque fois, qu'un patient, par exemple, veut dormir le matin, et bien dans l'équipe on dira « oh celui-là, il est chieur ou... » Voilà, car cela désorganise tout le système du coup on ne reconnaît l'individualité de la personne. Et nous, on ne se sent pas reconnu du côté de l'administration, on fait parfois des horaires pas possibles et des trucs... Alors, oui on le fait, car on a une conscience et on a besoin de reconnaissance, mais il y a une carence. Quand les patients rentrent à l'hôpital, ils sont coupés de leur famille pendant un laps de temps et on vient les visiter, alors ils ont

l'impression d'imposer des choses. Quand tu es malade, tu perds ton identité, ce n'est plus toi.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

4°) En tant que soignant, pensez-vous avoir des leviers d'action pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

Moi, j'essaie de respecter l'intimité du patient, pas forcément physique, c'est l'intimité quand ils sont avec des amis, lorsqu'ils dorment. Pour moi, l'intimité ce n'est pas forcément que la toilette, c'est faire comme si sa chambre était son lieu de vie. Après cela dépend des

besoins. J'essaie de dire aux patients qu'aujourd'hui ça ne va pas, mais que demain ça ira mieux. Leurs dire que c'est un petit moment, un laps de temps, les stimuler, même si on sait qu'il n'y aura pas de progrès faramineux du jour au lendemain, mais leur redonner un peu de confiance en l'avenir. Parlez de tout et de rien, pas seulement de la maladie, mais d'un match de foot...

5°) Qu'est-ce que pour vous l'éthique ? Quelles perceptions en avez-vous ?

C'est la ligne droite que tu te détermine. C'est la ligne que tu suis. Ton éthique de vie, de travail. Il y a quand même des choses qui restent communes dans notre travail. Par exemple, tu ne vas pas valider l'antibiotique alors que tu ne l'as pas fait, tu as une éthique générale, puis chacun a par son éducation. L'éthique est quelque chose de général. C'est suivre les règles établies précédemment.

6°) Avez-vous le sentiment que votre hiérarchie est porteuse de la culture d'entreprise ?

Plus on s'éloigne des soins, dans la hiérarchie, plus on perçoit la partie entreprise. Au niveau de la cadre de santé, on reste encore dans le soin. Mais plus on monte, plus la notion d'entreprise se fait sentir (occupation de lit, budget, dépassement). J'ai cette sensation-là. Quand on met des patients dans le couloir, car il faut accueillir d'autre patient, je ne suis pas sûre que la dignité du patient soit respectée. Mais je pense que plus on monte, moins la valeur humaine est prise en compte. Mais l'efficacité tant à devenir moins respectueux envers les patients. Exemple patient sorti des chambres pour accueillir autres personnes. Occupation des lits.

7°) Avez-vous le sentiment d'être sensibilisé à la notion d'éthique dans les soins par la hiérarchie ?

8°) Pensez-vous avoir des réflexions éthiques dans votre quotidien de soignant ?

Oui, dans les situations de fin de vie. Parfois, on refuse de soigner aussi. Agressivité, insultant une fois deux fois trois fois. On s'est réuni et nous avons décidé que le patient devait se faire soigner dans un autre centre. Il est allé, il a tabassé le médecin et l'ambulancier et est revenu chez nous. Ce moment a été difficile pour nous, pour moi. Cela a été dur de refuser de soigner quelqu'un. L'éthique par rapport aux soins, poursuite des soins, etc.

9°) Avez-vous le sentiment d'être reconnu par votre hiérarchie, en tant que personne singulière et en tant que professionnel de santé ?

Même réponse, plus on s'éloigne moins on a la sensation d'être reconnu. Le cas de Martin

Hirsch qui donne une image de nous à la société en tant que personne qui boit le café et répond aux sonnettes ne correspond pas à la réalité. On bouche les trous, horaires de travail pénible, mauvais salaire. Mais ce n'est pas tolérable de donner cette image de nous. Ce n'est pas nous reconnaître. Par contre, la cadre de proximité essaie de nous arranger, nous montre de la reconnaissance. Elle est à l'écoute.

10°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre un soignant reconnu par sa hiérarchie et le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce professionnel ?

Si l'infirmière va bien, le patient va aller bien également. Bonne humeur qui peut s'effriter après quatre jours. Parfois avec des patients ayant un mauvais état d'esprit si l'infirmière est bien psychologiquement, elle gèrera plus facilement la situation. En même c'est agréable de pouvoir se tourner vers la cadre dans ses situations difficiles. Nous, en tant que soignant, on ne peut pas remettre le patient à sa place. Je ne veux pas que le patient s' imagine qu'il est en position de faiblesse et que son comportement peut impacter sur les soins à venir. C'est agréable d'aller voir la cadre pour lui dire que j'ai un souci avec le patient. Se sentir soutenue. Mais il ne faut pas que le patient se sente en danger ou en infériorité.

Annexe 7

Entretien semi-directif n°5

Infirmière depuis 3 ans Néphrologie HEGP

1°) que vous évoquent les notions d'une part d'homme et société et d'autre part patient et hôpital ? Voyez-vous des similitudes entre ces notions ?

C'est l'environnement qui change. C'est comme si, on disait qu'on distingue les deux alors que pour moi c'est la même chose. C'est juste qu'à l'hôpital on ne connaît pas la manière de vivre des patients à l'extérieur. Mais, on se comporte pareil qu'on soit dans la société ou à l'hôpital. L'hôpital est une microsociété, car il y a de règles, des codes.

2°) que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

La reconnaissance est un besoin. Pour les patients quand ils sont en chambre double, je trouve que quand ils sont avec quelqu'un qui n'est pas du tout pareil qu'eux, ce n'est pas reconnaître leur manière d'être et leur manière de vivre. La reconnaissance permet de nourrir notre estime de nous-mêmes.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

Oui je pense. Déjà cela empêche la personne d'aller travailler. Je pense que psychologiquement c'est dur. Ils se sentent mis à l'écart. Souvent, ils nous disent « je suis votre cobaye » alors que non, mais quand on a beaucoup de soins à faire sur eux, ils

pensent qu'on les utilise comme cobayes. Ils peuvent aussi avoir le sentiment d'abandonner leurs familles.

4°) En tant que soignant, pensez-vous avoir des leviers d'action pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

Moi, j'essaie par exemple pour les patients diabétiques de faire en sorte qu'ils restent autonomes. Trouver des discussions qui les libèrent.

5°) Qu'est-ce que pour vous l'éthique ? Quelles perceptions en avez-vous ?

C'est un peu subjectif, c'est suivre les règles. Ne pas mentir.

C'est la morale ; disons qu'il y a des choses qu'on doit faire, mais qu'éthiquement on ne peut pas faire.

6°) Avez-vous le sentiment que votre hiérarchie est porteuse de la culture d'entreprise ?

Plus on monte dans la hiérarchie, plus on a la notion d'hôpital entreprise. Plus on s'éloigne du patient moins on pense à l'humain. On le sent dans toutes les affiches qu'ils mettent.

Non, j'ai l'impression que la hiérarchie est moins porteuse de cette culture que nous le sommes nous-mêmes.

7°) Avez-vous le sentiment d'être sensibilisé à la notion d'éthique dans les soins par la hiérarchie ?

8°) Pensez-vous avoir des réflexions éthiques dans votre quotidien de soignant ?

Oui, parfois par exemple avec des patients dépressifs ou autres douloureux.

9°) Avez-vous le sentiment d'être reconnu par votre hiérarchie, en tant que personne singulière et en tant que professionnel de santé ?

Moi cela me fait penser au vélo qu'on s'est fait voler avec ma collègue. En fait, on s'est très bien que les vélos se font voler ici donc nous avons décidé de mettre les vélos sur la terrasse. Mais la hiérarchie nous l'a interdit pour question d'hygiène alors que la hiérarchie ne change pas de chaussures mêmes les médecins, pour entrer dans le service. Deux semaines après, nos vélos ont été volés. Nous avons réclamé, mais ils nous ont gentiment dit que cela ne l'ait concernait pas. À onze heures du soir (heures sup non payées) et l'administration nous dis qu'il n'en a rien à faire

10°) pensez-vous qu'il existe un lien entre un soignant reconnu par sa hiérarchie et le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce professionnel ?

Oui c'est certain. Parfois la situation inverse arrive également. Une infirmière se sent bien et le patient est agressif est érodé le bien-être du soignant. Il y a des patients qui ont toujours un truc à dire, pour lesquels cela n'ira jamais.

Annexe 8

Entretien semi-directif n°6

Kinésithérapeute Néphrologie depuis 10 ans HEGP

1°) que vous évoquent les notions d'une part d'homme et société et d'autre part patient et hôpital ? Voyez-vous des similitudes entre ces notions ?

L'homme vit dans la société et l'hôpital fait partie de la société, donc c'est dire que l'on vit dans une institution qui a des règles, des lois, qui sont aussi bien identiques à l'hôpital qu'à l'extérieure. La citoyenneté est la même à l'hôpital qu'à l'extérieur de l'hôpital. Le bien-vivre ensemble. Sauf qu'à l'hôpital, il est malade, même si on dit que le patient est passif, ce n'est plus vrai, aujourd'hui le patient n'est plus passif, il est de plus en plus actif et il a des choix à faire. Si l'hôpital ne lui offre pas le médecin qu'il veut, il est aussi libre de changer. La démocratie sanitaire. Cela fait partie de ça un peu. À l'hôpital, on a des gens de différentes cultures. Le patient n'est pas chez lui, il est au sein d'une institution. L'hôpital est une entreprise. On va de plus en plus vers un hôpital où le patient ne reste plus très longtemps. Loi HPST.

2°) que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

C'est important, primordial. Déjà, pour avancer en tant que soignant, on a besoin de cette reconnaissance les uns par rapport aux autres. Ne serait-ce que pour avancer. C'est un besoin qui est de moins en moins valorisé. Le cadre ne vient pas dire « aujourd'hui je

trouve que tu as fait du bon boulot ». Par contre, quand tu fais un truc mal, on va te pointer du doigt pour dire « là, ce n'est pas terrible ». À l'inverse quand tu fais du bon travail et plein de choses à côté, tu ne seras pas forcément valorisé. Alors qu'on a besoin de reconnaissance pour pouvoir avancer.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

Quand ils sont malades, ils se sentent diminués. Ils peuvent ressentir un manque de reconnaissance comme s'ils ne servaient plus à rien. Un peu se sentir dévalorisés. La maladie diminue ce qu'on est, ce qu'on représente dans une société. Par exemple, quand on a un cancer, on ne va pas forcément le dire tout de suite, car le regard des autres est difficile à supporter « tu n'as vu, il est malade ». Nous on le ressent peut être moins, car on est

soignants et il y a cette empathie, mais à l'extérieur c'est différent. Comme le ministre qui avait eu un cancer et qui disait « je rentrais à l'hôpital, j'allais bien, je ressortais, j'étais malade » et en fait, c'est ce que les autres nous renvoient comme image. Être malade ce n'est pas forcément valorisant pour la personne. C'est une forme de perte d'identité, de repère. Quand tu t'absentes de la société pendant un long moment, tu n'es plus utile, tu n'es plus rentable

4°) en tant que soignant, pensez-vous avoir des leviers d'action pour préserver les patients des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

Moi dans mon métier, j'essaie de valoriser tout ce qu'ils font. Leur dire « regardez, hier vous ne faisiez pas ça et aujourd'hui vous y arrivez », j'essaie de les accompagner et de valoriser ce qu'ils font

5°) qu'est-ce que pour vous l'éthique ? Quelles perceptions en avez-vous ?

C'est la morale

6°) Avez-vous le sentiment que votre hiérarchie est porteuse de la culture d'entreprise ?

Oui. L'entreprise est soucieuse du respect de chacun. Exemple avec les repas sans porc, la pratique du culte à l'hôpital. Ils essaient de faire en sorte que chacun puisse pratiquer sa religion sans déranger les autres. Il y a des choses qui se font à l'intérieur de l'hôpital de la part de la hiérarchie. Moi je ne vois pas beaucoup ma hiérarchie. Mais j'ai l'impression que oui la hiérarchie transmet la culture d'entreprise. Les cadres sont respectueux des familles, des patients. L'hôpital est devenu comme une entreprise avec

un rendement. La hiérarchie est aussi contrainte par la hiérarchie du dessus. L'efficience à moindre coût.

Annexe 9

Entretien semi-directif N°7

Cadre de santé en psychiatrie à l'IMM depuis 2008

1°) Que vous évoquent les notions d'homme et de société et de patient et hôpital ?

Trouvez-vous des similitudes ?

Oui, hôpital est une microsociété dans lequel le patient reste un homme avec les mêmes droits, et les mêmes devoirs.

2°) Que pouvez-vous me dire au sujet du besoin de reconnaissance des membres de l'équipe soignante et du patient ?

Le besoin de reconnaissance, on en a besoin de plus en plus aujourd'hui, notamment dans le travail, et moi en tant que cadre j'ai toujours fait preuve de reconnaissance envers l'équipe. Cela du plus petit au plus grand, car tout le monde a son importance. Les patients ont également besoin d'être reconnus en tant qu'humain, en tant que patient, et on ne peut pas les ignorer

On est là pour prendre soin et pour les échanges surtout en psychiatrie où le plateau technique c'est l'humain.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne ?

Je pense à des patients pour lesquels ça a été vécu comme... je parle de la psychiatrie, de ce que je connais, mais je pense à des patients ayant eu un épisode dépressif sur un revers de fortune et pour eux se retrouver hospitaliser en psychiatrie de secteur où il y avait un mélange des genres c'était douloureux : sentiments d'échec, ne pas vouloir s'écrouler à l'hôpital et peur de perdre leur place sociale, car en restant enfermé à l'hôpital c'est très compliqué. Et alors ce qui est intéressant aujourd'hui dans l'hospitalisation sous contraintes c'est la loi du 11 juillet qui permet aux patients de rencontrer le juge de la liberté et de l'attention ceux qui leur donnent un moment d'échange et de pouvoir s'exprimer sur la validité de leur hospitalisation. Ils ont un juge qui les écoute, même si le certificat médical fait foi, un avocat commis d'office est présent c'est un moment où ils sont reconnus en tant que citoyens hospitalisés certes, mais citoyens qui conservent des droits.

4°) En tant que cadre de santé, pensez-vous avoir des leviers d'action pour préserver le patient des effets psychologiques induits par l'hospitalisation ?

Mon rôle est de leur distribuer toutes les informations sur les droits les recours sur le déroulement de l'hospitalisation et les échanges. Je suis une cadre porte ouverte avec la possibilité de discuter on peut s'arrêter.

5°) Qu'est-ce que pour vous l'éthique ?

Ça m'évoque plein de choses. Une notion de morale, le respect, mon éthique professionnelle c'est le respect de l'équipe du patient, des bonnes pratiques, de la dignité, de la personne. Ne pas infantiliser les patients, les personnes. Des valeurs essentielles

6°) de quelle manière pensez-vous porter la culture de l'hôpital ?

On le véhicule, car ici il y a beaucoup de temps d'échanges, 3 staffs par jour, où on échange autour de ces notions. Puis on incite les personnels à se former aux droits des patients. Cela se passe aussi par la tenue du dossier du patient. Puis il y a des équipes ou on n'a pas besoin de le véhiculer ça coule de source.

7°) Pensez-vous que l'éthique est compatible avec le management ?

Oui, moi j'ai mes valeurs qui font que forcément conditionne ma façon de manager. Avec une équipe rodée aux valeurs c'est simple ça coule de source. Avec des équipes plus compliquées, il faut que je revienne là-dessus pour reprendre les comportements

inadaptés (dans la communication par exemple). Jamais ne le rebaisser, mais les amener à se questionner sur leurs pratiques à s'interroger.

8°) Selon vous existe-t-il un lien entre un soignant reconnu par sa hiérarchie et le bien-être psychologique du patient pris en charge par ce soignant ?

Oui. La reconnaissance est le prendre soin d'une équipe. Si les agents sont maltraités, pas reconnu, je pense qu'au bout d'un moment on est plus en capacité de s'occuper des autres. Il faut les valoriser. Cela ne veut pas dire, dire bravo du matin au soir, mais pointer ce qui est bien fait c'est super important. Et on peut aussi le pointer par le biais du planning. Quand une équipe va bien, l'unité elle tourne.

Annexe 10

Entretien n°8

Cadre de santé médecine interne HEGP depuis 3 ans

1°) Que vous évoquent les notions d'homme et de société et de patient hôpital ?

On parle d'un concept global homme société et à l'hôpital on est sur une microsociété avec une organisation autre, mais toujours avec l'humain. Un microcosme, mais à l'image de la société. On prend le concept homme société et on le place dans un concept un peu plus restreint. Et on retrouve des similitudes de comportements.

2°) Besoin de reconnaissance des membres de l'équipe et des patients ?

Le besoin de reconnaissance est là qu'on soit patient ou soignant. Le besoin de reconnaissance des soignants est très très présent. Finalement on est dans un système hospitalier où on en demande beaucoup aux soignants, on leur demande d'être polyvalent, il y a des contraintes qui ont changé ces dernières années donc effectivement, à être tout le temps dans la demande, il y a un besoin de reconnaissance qui est là. Si on ne donne pas cette reconnaissance, on perd des équipes, on perd des gens qui se retrouvent plus dans le travail qu'ils font.

Quant aux patients, le besoin de reconnaissance est surtout d'un point de vue médical. Les patients ont besoin de savoir que les médecins s'occupent d'eux. Le besoin de reconnaissance est là aussi. Savoir qu'on les prend en charge. Ce qui est compliqué à l'heure actuelle c'est que tout est informatisé donc c'est très bien, mais les visites au lit du malade sont plus restreintes et les patients ne s'y retrouvent pas. Ou alors, ils ont du mal à identifier les acteurs. Alors c'est fréquent d'avoir un patient qui dit je n'ai pas vu du médecin depuis 3 jours alors que peut être que l'interne est passé, mais qu'il ne l'a pas identifié. Alors, que je n'ai jamais entendu dire un patient moi je n'ai pas vu l'infirmière. Je n'ai pas vu l'aide-soignante. Ils ont une équipe paramédicale qui est présente, mais quand on voit les feuilles de satisfaction, il y a un manque de présence des médecins. Surtout en chirurgie, les patients ont l'impression d'être laissés à l'abandon.

Vous pensez-que l'informatique à un rôle dans ce constat ?

Il y a deux choses. Il y a les visites « ordinateurs ». Des médecins ont tous les outils sur place donc ils peuvent poser un diagnostic à distance du patient et ils en oublient même la

clinique. Il y a besoin de cette présence au lit du malade. Alors l'informatique n'est pas la seule cause, mais en tout cas quelquefois je pense que les médecins ont perdu de vue que le premier truc c'est d'aller dans la chambre.

3°) Pensez-vous qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur le sentiment de reconnaissance et d'utilité sociale d'une personne.

Pas pour les patients chroniques. Il y a des patients qui sont suivis régulièrement donc ils connaissent les codes de l'hôpital, et il des habitudes... par contre pour les patients dont c'est la première hospitalisation oui ça peut être déstabilisant. Ici 80% des patients viennent t des urgences et c'est vrai que... nous on est tellement dans le quotidien que l'on en oublie parfois d'expliquer aux gens le fonctionnement et donc ça doit être déstabilisant. Surtout pour les personnes âgées. Le manque d'information, de présence l'attente tout ça peut être déstabilisant.

4°) Quels sont vos leviers d'action pour préserver le patient des effets psychologiques ?

Moi là-dessus, je pense qu'il y a truc qui 'applique aux soignants et aux patients c'est l'information. À partir du moment où on explique à une équipe le pourquoi du comment, même s'il faut le faire souvent, mais qu'on le fait juste pour faire plaisir au cadre. Il y a une implication dedans et le patient c'est pareil. Si on dit au patient vous aurez votre radio dans 48 heures et que l'on explique tout ce passe mieux. Qu'on transmette l'information, ça se passe différemment et même vis-à-vis des familles. Et ce qui est marquant, c'est

que les familles qui ont le plus accès aux informations sont celles qui râlent le plus. On décortiquant le dossier quand il y a des plaintes on se dit effectivement là on a mal transmis l'info ou alors il y a trop d'intervenants. Le levier est sur la communication. Il y a tellement d'intervenants finalement autour d'un patient que là l'information se perd très facilement. La perte d'info peut être hyper rapide.

5°) L'éthique ?

Une limite entre ce qui est tolérable ou pas. Limite que l'on pose aux choses ou aux situations.

6°) Portez-vous la culture organisationnelle auprès des équipes ?

Oui, car on a ses valeurs propres et ça transparait au bout d'un moment. En plus travailler à l'hôpital sous-entend qu'on est des valeurs communes. Et non, car il y a des choses que l'on transmet, car c'est notre job, et on a des injonctions d'efficience que l'on doit transmettre. Des choses qui ne sont pas forcément centrées sur l'humain, mais qui s'entendent pour plein

de raison et on doit le transmettre. Après à nous de les adapter. On reste cadre de proximité, on reste auprès du patient, mais on ne peut pas soustraire au fait que l'on travaille dans un hôpital. Il y a des choses que l'on peut adapter. La politique de l'hôpital c'est d'héberger les patients pour être productif et ne pas laisser les patients aux urgences, donc on reçoit des patients d'autre spécialité avec des dysfonctionnements qui apparaissent et donc on doit agir avec les équipes pour réduire ces dysfonctionnements. C'est notre rôle.

7°) L'éthique compatible avec le management.

toutes les semaines il y a un staff d'éthique avec les médecins et les paramédicaux. Avec un thème abordé. On parle de situation problématique qu'à rencontrée un soignant... feuille de satisfaction. Oui ça a sa place. Cela permet de réfléchir sur la pratique soignante et la prise en charge des patients. Et il y a les RMM, accès plus sur la médecine, mais c des temps d'échange inter équipe, l'éthique à sa place ça donne une ligne de conduite à l'éthique. Le staff éthique est vraiment réclamé par les soignants, c'est eux qui proposent certains sujets.

8°) Pensez-vous qu'il existe un lien entre soignants reconnus et bien-être psychologique du patient ?

Oui, car on est tous liés. Que ce soit en bien ou en mal. Un soignant qui est oublié complètement, il ne va pas s'investir dans ce qu'il fait et c'est pareil, un patient qui se sent

laissé pour compte, au bout d'un moment ça fera un effet miroir ça va rejaillir sur l'équipe soignante. Cela revient à la première question, c'est-à-dire que dans une société quand on laisse quelqu'un sur le bas-côté, au bout d'un moment, ou la personne s'oublie complètement ou bien elle devient agressive envers l'autre. C'est la même chose à l'hôpital. À ne pas considérer les gens, ils deviennent agressifs pour aussi montrer qu'ils sont là. Pour montrer qu'ils existent. C'est un sentiment très humain. Le travail fait partie de nos vies et impacte les uns sur les autres.

Annexe 11

Entretien n°9

Cadre de santé depuis 11 ans médecine interne HEGP

1°) Similitudes notions de société/hommes et patients/hôpital ?

Je trouve ça bizarre. Car c'est ségrégationniste. Le patient est un homme et l'hôpital fait partie de la société. Donc pour moi, le patient que l'on retrouve à l'hôpital est le citoyen de la société.

2°) Reconnaissance des hommes ?

Cela passe par le respect de l'un et de l'autre. Le soignant qu'on il y a un problème on porte plainte contre lui. Les familles sont des plus en plus exigeantes envers eux : fait tout de suite, parfait... alors que cela dépend d'autres paramètres. Le soignant a besoin d'être reconnu en tant que personne ce n'est pas parce qu'il n'est pas malade qu'il ne soit pas au même niveau que le patient.

3°) Impact d'hospitalisation sur sentiment de reconnaissance du patient ?

Oui, puisque certain patient s'inscrive sous x. on est dans une société où l'on veut toujours être en pleine forme, le plus beau, la plus belle...on ne doit pas être malade. Donc oui cela impact sur l'estime de soi du patient

4°) Rôle du cadre pour préserver le patient.

Je ne suis plus à l'image de la société. Donc nous à notre niveau c'est de les accueillir comme des êtres humains à part entière sans handicap sans maladie. Leur dire que la maladie fait partie de la vie, qu'un jour où l'autre tout le monde peut être malade. C'est aussi, notre rôle. Répondre aux questions, ne pas avoir d'à priori

5°) l'éthique ?

J'ai du mal à répondre, car ce n'est pas objectif. Je trouve que tout le monde peut mon éthique c'est ça c'est cela. Mais est-ce qu'on applique bien ? C'est facile de dire qu'on a une éthique, mais c'est un concept flou. Difficile à déterminer. Car chacun à l'éthique qu'il se donne.

6°) Portez-vous les valeurs de l'hôpital ?

On essaye quand même. Après c'est au soignant de se l'approprier, mais c'est à nous d'être vigilants. C'est vrai que Pompidou à une culture récente, car c'est un hôpital qui a ouvert en 2000, mais Pompidou à une culture d'excellence et c'est dans notre culture de vouloir garder cette image d'excellence. Et je pense que les gens qui choisissent Pompidou savent très bien où ils vont. Nous on est un hôpital d'excellence donc on est exigeant envers nous-mêmes et envers nos collègues. On sait que quand on vient ici c'est pour travailler. Qu'on n'est pas là pour se reposer. C'est dans notre culture, on travaille, sinon on ne vient pas ici. Certaines personnes qui travaillent dans d'autres hôpitaux ne veulent pas venir à Pompidou ou ne pourraient pas venir ici. Parce qu'on est tout le temps sur la brèche on est un hôpital d'aigu, on a une image plutôt positive. Parce que par exemple quand il y a eu les attentats on a reçu 57 patients. S'ils les ont amenés chez nous, ce n'est pas pour rien. C'est qu'on a la culture du travail bien fait.

7°) Éthique compatible avec le management ?

Oui, je pense que ça mène vers l'excellence l'éthique. Si nus on transmet notre façon de travailler. Si on est cadre, ce n'est pas par hasard, c'est qu'on le méritait, qu'on était rigoureux. Donc on peut transmettre notre rigueur. Et veiller à ce que le patient ne soit pas traité comme un objet.

8°) Lien entre reconnaissances soignant et bien-être psychologique du patient ?

Bien sûr. Sûr et certain. Si le soignant et son travail est reconnu par le cadre alors le soignant sera plus à l'aise, à l'écoute, plus amène de s'occuper du patient. Alors cela impactera sur le patient et le soin en général. Moins stressé et fier d'être reconnu. C'est important ça. De savoir qu'on peut avoir confiance en lui, il sera plus attentif, plus concerné. Si pas de considération, alors il n'en fera pas plus. Le compliment. Mais il faut recadrer quand ça ne va pas et à reconnaître le travail bien fait.

Annexe 12

Entretien n°10

Nathalie, infirmière depuis 3 ans soins intensifs de pneumologie HEGP

1°) Notions d'homme/société et patients/hôpital ?

Forcément, car il y a une corrélation entre l'homme dans la société, son mode de vie actuel. Société de consommation. Et la prise en charge à l'hôpital, avec des patients qui sont issus de cette société.

2°) Besoin de reconnaissance ?

On attend toujours d'avoir de la reconnaissance de la part de notre cadre. Ensuite pour la hiérarchie plus haute, c'est difficile d'avoir de la reconnaissance, car chacun a un peu ses propres pressions donc la reconnaissance tu la trouves out seul dans tes soins et auprès de tes patients. On trouve plus de reconnaissance auprès de patients par les remerciements, les bénéfices de la prise en charge. Que par la hiérarchie. Car chacun est préoccupé par les directives qu'il a.

Pour les patients, je dirai que c'est plus un besoin de considération. Pas trop de reconnaissance, mais la considération. Notre prise en charge est plus condensée, car il faut faire tout vite. Dans l'urgence. Plus de choses en peu de temps. Je fais un parallèle

avec la T2A. Depuis que ç'a été instauré, on fait un peu de l'abatage de patients. Et du coup ça impacte sur la qualité des soins, car c'est moins individualisé.

3°) Impact hospitalisation sur reconnaissance du patient ?

Oui, car ça affaiblit, suivant le diagnostic que l'on va annoncer, il y aura un décalage entre l'avant et l'après de l'hospitalisation. Puis l'hospitalisation est un milieu inconnu, avec un charabia médical.

4°) Levier d'action pour préserver le patient ?

Repérer tous les signes qui pourraient lui porter préjudice, mobiliser tous les acteurs de soins autour de lui, sensibiliser chaque acteur de soins autour du patient. Mobilisation, prise de conscience, cohésion d'équipe.

5°) Éthique ?

Valeurs professionnelles qu'on partage dans une corporation. Les mêmes buts et les mêmes objectifs. Respect des lois. Respect de notre décret de compétences.

6°) Culture de l'hôpital ?

Oui, la hiérarchie porte ces valeurs. Car elle est poussée par la société de consommation dans laquelle on vit. Les cadres n'ont pas le choix ou ils vont se heurter à une gestion imposée qui ne serait pas forcément la leur. Le côté gestion est très présent dans la culture de l'hôpital et cela porte préjudice au respect de la personne. La recherche de performance. Les cadres doivent chercher le bon compromis. Et ce n'est pas simple à mon avis.

7°) Sentiment d'être sensibilisé à la notion d'éthique par la hiérarchie ?

Non, pas du tout. La hiérarchie a ses tâches à accomplir, j'ai les miennes. Mais j'ai des réflexions éthiques dans mon quotidien. Je me pose des questions, me remets en question.

8°) Sentiment d'être reconnu par la hiérarchie ?

Oui, on nous prend en considération. Les médecins sont facilitateurs pour la reconnaissance par la hiérarchie.

9°) Lien entre soignant reconnu et bien-être du patient ?

Oui, bon professionnel, bonne prise en charge du patient.



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

Mémoire

Préserver l'estime des patients par le management éthique

WAYMEL JULIE

3 MOTS CLÉS

Estime de soi, reconnaissance, singularité, bienveillance, éthique, management.

4 KEY WORDS

Self-esteem, reconnaissance, singularity, kindness, ethics, management.

RÉSUMÉ

Notre système de santé tend à devenir toujours plus performant et efficient. Désormais, le quotidien du cadre de santé est ponctué de missions de gestion à caractère économique : le cadre est devenu un acteur indispensable à la mise en œuvre des stratégies de politique de santé. Aussi, dans ce modèle d'hôpital entreprise, nous nous sommes intéressées à la place occupée par l'homme, le patient, l'utilisateur, le salarié, etc., et nous avons établi que le management éthique pourrait être un élément moteur pour préserver la singularité et l'humanité au cœur des organisations de santé. La mise en place d'un management éthique peut être vectrice de reconnaissance à la fois pour le personnel soignant et pour les patients. Aussi, nous avons effectué des entretiens auprès du personnel paramédical pour tenter de comprendre quelle place est donnée à l'éthique au sein des hôpitaux et pour vérifier la compatibilité de l'éthique et du management. Le management éthique apparaît comme une composante indispensable pour ne pas basculer vers une organisation déshumanisante.

ABSTRACT

Our health system tends to become more powerful and efficient. Now the daily work of the nurse manager is punctuated with economic nature management missions: the chief nurse has become an indispensable actor in the implementation of health policy strategies. Also in this hospital business model, we are interested in the place of man, the patient, the user, the employee etc., and we have established that ethical management could be a driving force to preserve uniqueness and humanity at the heart of healthcare organizations. Developing an ethical management can be a vector of recognition for both caregivers and patients. Also, we made interviews with paramedics in order to try to understand the place that is given to ethics in hospitals and in order to check the compatibility of ethics and management. The ethical management appears as an essential component and blocks the switch to a dehumanizing organization.

