

Institut de Formation des Cadres de Santé
CHU de Toulouse

Concilier Éthique et Performance
Un challenge managérial pour le cadre de santé

Anne-Séverine PAILLET

Sous la Direction de Monsieur Christophe PACIFIC,
Docteur en Philosophie, Cadre Supérieur de Santé

En vue de l'obtention du diplôme de Cadre de Santé

Année 2017 - 2018

Institut de Formation des Cadres de Santé
CHU de Toulouse

Concilier Éthique et Performance
Un challenge managérial pour le cadre de santé

Anne-Séverine PAILLET

Sous la Direction de Monsieur Christophe PACIFIC,
Docteur en Philosophie, Cadre Supérieur de Santé

En vue de l'obtention du diplôme de Cadre de Santé

Année 2017 - 2018

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais commencer ce travail en remerciant toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à rendre cette riche expérience possible.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon Directeur de Recherche, Monsieur Christophe PACIFIC pour toute la bienveillance dont il a fait preuve à mon égard ainsi que pour la qualité de son accompagnement. La richesse de nos échanges a fortement contribué à la coloration donnée à ce travail et ses enseignements ont été source d'inspiration dans le développement de mon identité professionnelle.

Je tiens également à remercier Madame Marie-Claude VALLEJO, cadre formatrice, pour son soutien ainsi que pour son attention constante.

Merci à l'ensemble des professionnels de proximité qui ont su m'accorder leur confiance en faisant preuve d'authenticité et de disponibilité lors du recueil de leurs expériences.

Merci à mes collègues pour nos moments de partage tout au long de ce travail.

Enfin et surtout, Merci à mes proches qui contribuent chaque jour à faire grandir celle que je suis. Votre soutien indéfectible, dans les bons moments comme dans les plus douloureux, m'est plus que précieux.

*« La fonction la plus positive de l'utopie est l'exploration du possible.
En tant que possible, l'intention utopique est de défier et de transformer l'ordre présent. »*

Paul Ricœur

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. CONSTAT	4
II. CONTEXTE	7
1. Système de financement des établissements de santé.....	7
2. Place des usagers dans le système de soin.....	9
3. Evolutions du système de soin.....	10
4. Rôle et missions du cadre de santé	12
5. Questionnements.....	13
III. CHAMPS CONCEPTUELS.....	15
1. La qualité des soins.....	15
2. Performance dans le management d'équipe	23
3. L'éthique.....	30
IV. PRE-ENQUETE	39
1. Intentions	39
2. Méthode	39
3. Analyse des données recueillies	41
4. Complément conceptuel : confiance et performance.....	45
V. PROBLEMATISATION	48
VI. ENQUETE EXPLORATOIRE DU TERRAIN.....	50
1. Méthodologie de recherche.....	50
2. Traitement des données	53
3. Analyse des résultats.....	54
4. Synthèse générale des éléments d'analyse.....	74
5. Limites de l'enquête	76

VII. RETOUR SUR L'EXPERIENCE PROFESSIONNALISANTE	77
1. Réflexion en lien avec l'identité professionnelle : évolution et ancrage	77
2. Evaluation des compétences acquises et développement professionnel.....	78
3. Pistes pour l'action	80
CONCLUSION.....	86
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
ANNEXE.....	91

INTRODUCTION

Nous évoluons actuellement dans un contexte budgétaire contraint au sein duquel les enjeux de santé sont multiples. Dans cet environnement, il est bien des acteurs concernés par les mutations en cours. Le cadre de santé, interface privilégiée au sein des parcours de soin, se retrouve plus que jamais à la jonction de divers intérêts. En premier lieu, ceux du patient et de son entourage, pour qui il œuvre par essence, puis en second lieu, l'institution au sein de laquelle il exerce ses fonctions et pour laquelle il se fait le porte-parole auprès des professionnels et usagers.

Contraint de suivre la mouvance des politiques de santé dans leurs enjeux économiques, le cadre de santé peut se trouver fortement déséquilibré dans ses valeurs qui se veulent par nature des valeurs du « prendre soin ». La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Dès lors, comment concilier stratégies économiques et philosophie du soin ?

Dans la perspective d'une activité future en tant que cadre de santé, il me paraissait important d'explorer ce questionnement afin de percevoir avec plus d'objectivité les enjeux du système au sein duquel je serai amenée à exercer, en vue d'adapter ma posture ainsi que mes orientations managériales.

Par l'intermédiaire de ce travail de recherche, basé sur une démarche inductive, nous allons ainsi tenter d'éclairer le sujet.

A partir d'une situation professionnelle concrète, nous allons explorer les concepts d'**Éthique** et de **Performance** afin d'en comprendre les interférences et finalités sur les postures managériales. Par la suite, nous nous attacherons à confronter cette vision à celle des cadres de santé de proximité, en vue de réaliser une analyse éclairée. Ce rapport nous permettra de mettre en évidence des éléments de compréhension en lien avec la question de recherche avant d'aboutir à des pistes d'actions.

I. CONSTAT

Les organisations du travail sont au cœur de multiples évolutions depuis de nombreuses années, ce, en réponse aux mutations économiques et sociales que connaît notre société.

Les attentes et exigences en terme de qualité de service ne cessent de s'accroître et impactent l'ensemble des secteurs d'activités. Dans ce mouvement, le domaine de la santé n'est pas en reste.

Au décours de mes expériences professionnelles, j'ai été amenée à occuper la fonction de responsable d'unités de soins au sein d'un établissement de soins privé dont les domaines d'activités concernaient la Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO).

Au sein de cet établissement, l'organisation des soins répondait à un regroupement en secteurs d'activité dont un secteur de médecine comprenant cinq unités de soins.

Deux de ces unités, dont j'avais la responsabilité, étaient dédiées à la prise en charge de patients atteints de pathologies pulmonaires de nature infectieuse, dégénérative et/ou cancéreuse.

La prise en charge de ces pathologies nous conduisant à de très nombreuses reprises à des accompagnements dans le cadre de soins palliatifs et de fin de vie. Dans ce dernier cas, l'établissement disposait de douze lits identifiés de soins palliatifs répartis majoritairement entre ces deux unités et celle d'oncologie.

Dans ce contexte, l'organisation du travail s'effectuait en étroite collaboration avec les trois autres services du secteur : oncologie, neurologie - diabétologie - gastroentérologie et rhumatologie. Au sein de ce secteur d'activité, il était donc d'importance pour les équipes d'encadrement d'envisager des réflexions communes en termes de gestion et d'optimisation du travail notamment en matière de ressources humaines.

Durant ces années de pratique, j'ai été confrontée à diverses reprises à des situations complexes de gestion d'activité ayant engagées des réflexions tant sur la qualité des pratiques et que sur le sens des décisions prises et déployées.

Pour illustration, la situation qui suit décrit en de nombreux points le sujet de ces réflexions.

A l'orée d'une baisse du taux d'occupation d'un service de médecine pour le week-end, nous anticipons, en concertation avec mes pairs, la gestion des ressources humaines pour les différents services du secteur. Après avoir fait une analyse des flux patients programmés sur le week-end, ainsi que des ressources disponibles, il nous paraît pertinent de proposer la fermeture,

pour deux jours, de l'unité concernée par la baisse d'activité, dans une perspective d'optimisation des ressources. Une fois cette proposition validée d'un point de vue hiérarchique, nous avons accompagné cette décision auprès des équipes médicales et paramédicales, puis effectué un transfert d'activité de ce service vers un autre service de médecine. Afin d'envisager ce transfert d'activité dans les meilleures conditions possibles, nous avons, d'un commun d'accord avec les personnes concernées, programmé le transfert d'un binôme infirmier / aide-soignant sur le service d'accueil, service ayant pour habitude de prendre en charge des patients atteints par les pathologies ayant motivées ces hospitalisations.

De ce fait, en transférant les ressources humaines disponibles vers des postes à pourvoir, nous pouvions optimiser l'activité, et ce, tout en maintenant des personnels ayant des compétences spécifiques dans le domaine d'activité au sein du service d'accueil.

Comme précisé précédemment, les équipes opérationnelles de l'unité concernée par la fermeture temporaire étaient régulièrement amenées à prendre en soins des patients dans des contextes de soins palliatifs : algiques, asthéniques et très en proie à l'angoisse.

Lors de cette fermeture de service, nous étions précisément dans ce cas. Deux des cinq patients que nous envisagions de transférer étaient en situation de fin de vie.

Prenant en compte ces éléments, nous avons, entre autre en raison des exigences exposées précédemment, pris la décision de transférer ces patients et fermé le service pour deux jours.

Par la suite, la situation a été exposée aux patients devant poursuivre leur hospitalisation ainsi qu'à leurs proches, afin que cette décision n'altère pas le lien de confiance instauré jusqu'alors.

En effet, pour ces patients atteints de pathologies chroniques, effectuant de nombreux séjours au sein de ces unités, il s'instaure un lien de confiance sécurisant avec les équipes médicales et paramédicales et la mise en place d'habitudes rend un tant soit peu moins hostile le milieu hospitalier.

Les jours qui ont suivis la réouverture de l'unité, nous avons échangé sur le déroulement de cette fermeture de service avec les deux équipes concernées (service ayant fermé et service d'accueil) afin de connaître leur ressenti ainsi que les éventuelles répercussions de cette décision sur l'organisation des soins et la qualité des prises en charge.

Du point de vue de la gestion de l'activité, les flux ont été coordonnés par les équipes sans difficulté notable, les ressources ont été réparties de telle sorte que certains agents puissent bénéficier de repos qui les agréaient. Il n'y a pas eu de baisse d'effectif sur les services actifs et les patients ont été accueillis par des équipes compétentes dans le domaine requis.

Toutefois, le transfert de patients en situation de fin de vie a soulevé quelques problématiques. En terme de disponibilité notamment ; les soignants en poste ce week-end ont tous identifiés très clairement une grande difficulté à maintenir une disponibilité suffisante pour répondre aux besoins relationnels des patients et de leur entourage, eu égard à la charge en soins du service d'accueil : capacité d'accueil double par rapport à celle du service d'origine et durée moyenne de séjour très faible.

Les équipes du service d'accueil ont fait état d'un manque de formation pour mettre en œuvre un accompagnement de qualité auprès des patients en fin de vie. Le changement de contexte pour ces patients a été vécu difficilement par les équipes, les patients eux-mêmes et leurs proches allant jusqu'à remettre en question la qualité des soins dispensés. En ce qui concerne les équipes médicales, seul un spécialiste de garde a pris en charge les patients sur le week-end et n'a pas exprimé d'éléments spécifiques.

En ce qui me concerne, j'ai très nettement eu la sensation de ne pas avoir mis en œuvre tout ce qui aurait pu optimiser la prise en charge des patients, de surcroît dans ce contexte de très grande fragilité de ces derniers tant d'un point de vue physique que psychologique.

Cette décision m'est donc apparue non pas comme la plus favorable mais comme un moindre mal dans l'organisation globale des soins. C'est en grande partie ce point précis qui conduira ma réflexion à venir.

II. CONTEXTE

Au regard de l'évolution et de la modernisation de notre système de santé, les modes de gouvernance des institutions sont enclins à développer des stratégies managériales visant l'efficacité et la rentabilité afin de garantir leur pérennité.

Ainsi, nous voyons apparaître depuis quelques années de nouvelles orientations managériales issues de l'entrepreneuriat laissant à penser que les frontières, jusqu'alors clairement délimitées et revendiquées entre monde de la santé et de l'entreprise, tendent à devenir poreuses.

1. Système de financement des établissements de santé

Afin d'éclairer les évolutions de notre système de santé, il est de rigueur d'effectuer un bref rappel historique des systèmes de financement encadrant les différents établissements opérant dans ce domaine.

Entre 1983 et 2003, les établissements de santé publics étaient munis d'une enveloppe de fonctionnement délivrée annuellement nommée dotation globale. Cette enveloppe était reconduite d'année en année au regard de l'exercice de l'année écoulée et modulée selon un « taux directeur (limite annuelle nationale de croissance des dépenses hospitalières, défini par les pouvoirs publics).¹ »

En ce qui concerne les établissements privés à but lucratif, une facturation directe des actes et forfaits de prestations était adressée à l'assurance maladie. Ces établissements bénéficiaient donc de paiements à l'activité sur la base de tarifs régionaux variables.

A compter du 1er janvier 2000, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie, ont été mis en œuvre dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Cet objectif a été repris en 2002 dans le plan Hôpital 2007.

Dès lors, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes. Cette tarification à la pathologie évoluera ensuite vers une Tarification A l'Activité (T2A) en 2004.

¹Annie BARTOLI, Cécile BLATRIX, *Management dans les organisations publiques*, Edition Dunod, 4^{ème} édition, Janvier 2015, p.118.

Le prix de chaque activité est fixé annuellement par le ministre de la santé, par l'intermédiaire de systèmes définis sous les formes de Groupes Homogènes de Séjour (GHS) et Groupes Homogènes de Malades (GHM) répertoriés par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Ainsi, plus un établissement de soins effectue d'actes, plus il voit sa situation économique croître.

Faisant suite à la mise en place de la T2A, dans la perspective économique d'assurer une maîtrise des dépenses de santé, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) est mis en place dans le cadre des ordonnances de 1996 du plan Juppé. L'ONDAM est voté chaque année au Parlement et détermine un objectif de dépenses à ne pas dépasser.

Pour l'année 2017, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale a proposé de fixer l'ONDAM à 190,7 milliards d'euros, soit un taux de progression de 2,1 % (après 1,8 % de prévu en 2016 et 2,0 % en 2015).²

Aussi, un montant global d'économies de 4,1 milliards d'euros était attendu.

Ces économies sont basées sur quatre orientations principales exposées par le ministre des affaires sociales et de la santé :

- Améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière, notamment au travers de la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT),
- Engager le virage ambulatoire au moyen d'une accélération des modes de chirurgie ambulatoire. Cet axe sous-tend une optimisation des parcours de prise en charge et plus spécifiquement l'expansion des hospitalisations à domicile et autres modes de prise en charge en sortie d'établissement.
- Développer les médicaments génériques et biosimilaires afin de lever les derniers freins à une diffusion plus large, génératrice d'économies importantes.
- Améliorer la pertinence du recours au système de soins dans toutes ses composantes en engageant une lutte contre les prescriptions non appropriées.

En conséquent, en réponse à ces nécessités budgétaires, les stratégies de pilotage des institutions de santé intègrent aujourd'hui pleinement des logiques économiques orientées vers l'efficacité. Est-il donc réellement possible de concilier objectifs économiques et qualité des soins ?

² Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017, Annexe 7 : ONDAM et dépenses de santé.

En effet, le système économique de santé s'écarte nettement d'un système basique défini par un fournisseur relié à un consommateur par l'intermédiaire d'un service dont le marché définit un prix. Dans le domaine sanitaire, le consommateur est triple, il s'agit tout autant du prescripteur, que du bénéficiaire de soin ou encore du financeur (caisse primaire d'assurance maladie).

Dans ce dernier cas, il apparaît que d'un consommateur à l'autre, l'enjeu n'est pas du tout du même ordre.

Aussi, les établissements de santé sont soumis à deux types de logiques internes : d'une part la logique économique, d'autre part la logique du « soin » et c'est dans cette mesure que dans bien des situations, les points de vue divergent.

De surcroît, la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) du 1er août 2001, institue de nouvelles règles d'élaboration et d'exécution du budget de l'État. Elle introduit une démarche de *performance* pour améliorer l'efficacité des politiques publiques et engage une évolution de paradigme d'une logique de moyens vers une logique de résultats, tendant ainsi à renforcer les écarts de pensée au sein même des institutions de santé.

2. Place des usagers dans le système de soin

Pour autant, notre système sanitaire, bien qu'intégrant une forte logique économique, est tenu d'octroyer une place prépondérante aux bénéficiaires de soins.

La loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a clairement renforcé des points stratégiques dans ce domaine. D'une part, en lien avec la transparence du dialogue entre établissements de santé et bénéficiaires de soins en permettant notamment une plus grande représentation des usagers au sein des institutions. D'autre part, en facilitant aux patients un droit d'accès direct à la totalité de leur dossier médical.

Si l'on s'attache à ces différents axes, nous pouvons constater que le patient reprend dès lors une place primordiale en tant qu'acteur dans son système de prise en charge.

C'est d'ailleurs dans la mouvance de ce dernier élément que nous avons vu apparaître ces dernières années les notions de patient-expert et/ou patient-partenaire, termes permettant d'ancrer l'idée que le patient ne doit pas être considéré comme objet de soin mais bel et bien comme acteur de sa santé en étroite partenariat avec les professionnels de santé.

De multiples domaines dans les établissements de santé font état d'une volonté d'engagement en ce sens en intégrant ce changement de paradigme au travers, par exemple, du développement grandissant des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Toutefois, une réelle interrogation se pose en lien avec cette préoccupation tant les questions économiques semblent s'éloigner du prendre soin.

Les pathologies chroniques connaissent un essor important à travers notre siècle, eu égard aux progrès grandissants de la médecine corrélés au vieillissement croissant de la population.

Pour ces patients, l'enjeu n'est plus de guérir mais de pouvoir aménager au mieux leur quotidien pour préserver autant que possible une qualité de vie acceptable. Ils apparaissent alors parfois mieux placés que les soignants pour identifier leurs besoins et sont pleinement en mesure de choisir entre plusieurs alternatives thérapeutiques.

En outre, une meilleure connaissance du système de soins leur permet d'énoncer leurs volontés, et attentes sur le fonctionnement du système de santé face au corps médical, aux gestionnaires voir aux pouvoirs publics.

Il apparait ainsi que l'usager est bien souvent le mieux placé pour gérer son capital santé ce qui lui confère un certain nombre de droits et une reconnaissance croissante de sa position centrale dans les processus de soin.

3. Evolutions du système de soin

Cette émergence d'une appropriation du pouvoir d'agir, assimilée au terme anglo-saxon d'*Empowerment*, n'a pas pour autant modifié les fondamentaux qui régissent la relation de soin. En regardant de plus près les situations relatées par les usagers de soins, « une grande majorité des réclamations pointe l'absence de respect de la personne, de prise en compte de sa dignité et de son expérience.⁶ »

Pour tenter de comprendre les raisons de cet écart, clarifions la notion de prendre soin.

Cette dernière se décline sous deux composantes fondamentalement indissociables : l'action de soin et la relation de soin, et c'est sur ce dernier point : la relation de soin, que semblent se bâtir les fondements de l'insuffisance de notre système de soin actuel.

⁶ Claire GEORGES-TARRAGANO (dir.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Presses de l'EHESP, 2015.

En effet, nul doute que pour répondre aux attentes d'un soin de qualité sous toutes ses composantes, il faut disposer de temps.

Or si l'on s'en réfère aux éléments exposés précédemment, notre système de santé est aujourd'hui régi par une logique d'efficience.

Ainsi, selon les données de 2013 de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) : « la durée moyenne de séjour de MCO a été divisée par deux entre 1980 et 2011 (10,2 journées en 1980 ; 5,1 journées en 2011), par 1,6 pour les soins de suite et réadaptation (51,9 journées en 1980 ; 33 journées en 2011) et surtout par 3,7 en psychiatrie (105,7 journées en 1980 ; 28,9 journées en 2011). »

Dans ce contexte, il n'est pas rare d'entendre de la part des soignants l'expression de leurs difficultés car ils n'ont plus le temps minimal nécessaire pour répondre aux multiples charges inhérentes aux prises en soin. Ils évoquent une perte de sens ainsi qu'une réelle insatisfaction dans la relation instaurée avec les patients et leur entourage par manque de temps.

Entrer en relation c'est avant toute chose une rencontre accompagnée de la complète dimension aléatoire qu'elle peut contenir. Pour le philosophe français Emmanuel LEVINAS, la rencontre avec l'autre laisse à penser une entrée en relation dans la proximité.

En prolongeant un peu plus loin ce raisonnement, pour permettre cette proximité, il est difficilement envisageable de ne pas instaurer une relation de confiance entre soignant et soigné. De fait, sans possibilité temporelle d'instaurer ce lien de confiance, c'est toute la dimension singulière du soin qui se trouve mise à mal.

Bien plus qu'une expertise technique, c'est une écoute bienveillante et une attention que les patients attendent de la part des équipes de soin. Derrière chaque patient existe une histoire de vie avec son lot d'épreuves, de craintes et de doutes que les soignants se doivent de prendre en compte afin d'accompagner des moments de vie au-delà de simples pathologies.

Tanguy CHÂTEL, sociologue, disait ainsi « pour paraphraser Rabelais on pourrait dire que « Soin sans science, conscience et présence n'est que ruine de l'homme ». ⁷ »

Par conséquent, préserver une approche globale du soin dans un contexte économique orienté vers plus d'efficience représente un réel enjeu social de la santé.

⁷ Tanguy CHÂTEL sous la direction d'Emmanuel HIRSCH, *Traité de de bioéthique*, Tome I, Editions Erès, 2010, p. 94.

4. Rôle et missions du cadre de santé

Le cadre de santé est un acteur stratégique impacté par l'ensemble de ces politiques de santé. Son rôle et ses missions ont considérablement évolué au cours du temps et sont en perpétuelle mutation, dans la mesure où il est contraint de s'adapter avec célérité aux organisations au sein desquelles il œuvre.

Le terme de cadre de santé est apparu dans les années 1975 laissant peu à peu s'effacer la fonction de « surveillante » peu reconnue d'un point de vue juridique.

Le diplôme de cadre de santé à, quant à lui, été créé suite au décret n°95-926 du 18 août 1995 légiférant la nécessité d'une formation professionnelle dispensée au sein d'Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et reposant sur l'acquisition de compétences dans le management appliqué au domaine de la santé. Depuis 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a entrepris des travaux devant conduire à réingénierie du diplôme cadre de santé n'ayant pas encore aboutis.

En 2004, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a publié le répertoire des métiers de la fonction publique. Au sein de ce dernier réside la fiche métier du cadre de santé « encadrant des unités de soins », dont les missions sont les suivantes :

- Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations,
- Développer la culture du signalement et gérer les risques,
- Développer les compétences individuelles et collectives.
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Selon Robert COULON, maître de conférences en sciences de gestion à l'université de Bourgogne, les cadres exercent un métier de manager tout en restant classés dans la famille des métiers de soins et restent centrés sur la prise en charge des patients et le management opérationnel.

Pour Paule BOURRET, infirmière, cadre de santé et docteur en sociologie, le métier de cadre de santé se définit comme « une mise en cohérence du travail des personnels qu'ils encadrent. Manager, diriger, encadrer, sont des activités qui consistent à faire travailler ensemble et à donner du sens à l'engagement de chacun ».

Le cadre de santé est donc au cœur d'un système complexe, ses missions engagent de fortes capacités d'analyse de son environnement afin de concilier nécessités de gestion et sens du soin, tout en conservant les valeurs qui constituent le fondement substantiel de son identité professionnelle.

5. Questionnements

D'un point de vue personnel, le choix de mon orientation professionnelle s'est avant tout effectué dans la volonté d'engager une démarche tournée vers l'autre.

Cet engagement, empreint de valeurs, j'ai à cœur de pouvoir le poursuivre dans l'exercice de mes fonctions de cadre de santé.

Ce choix d'évolution vers la fonction cadre de santé m'est rapidement apparue comme répondant pleinement aux axes forts qui inspirent mon exercice professionnel, que sont la qualité du travail et la valeur accordée au « sens » dans la pratique.

Selon Walter HESBEEN, docteur en santé publique, « *Devenir cadre procède d'un choix. En premier lieu d'un choix personnel qui reflète d'une certaine ambition...qui témoigne de la confiance qu'a un professionnel en ses capacités personnelles de manager une équipe, ou même un groupe plus vaste pour ensemble accomplir une œuvre.*⁸ »

Cette « œuvre », comme la qualifie Walter HESBEEN, je ne peux l'envisager sans redonner au soin sa place centrale dans l'ensemble des processus organisationnels quelles qu'en soient leurs dimensions : économiques, politiques, opérationnelles...

⁸ Walter HESBEEN, *La qualité du soin infirmier*, Edition Masson, 2^{ème} Edition, 2002, p. 84.

Aussi, tenant compte de la nécessité de m'impliquer dans cette mouvance organisationnelle tout en préservant des valeurs partagées personnelles et professionnelles, je m'interroge plus spécifiquement sur les points suivants :

- Est-il réellement possible de préserver ses valeurs personnelles et professionnelles dans un contexte de performance ?
- Garantir la qualité des soins : mission impossible ? Cet engagement est-il toujours à la portée du cadre de santé ?
- Comment le cadre de santé arrive-t-il à maintenir une éthique professionnelle dans un système de plus en plus contraint ?
- Comment faire raisonner un projet d'établissement jusque dans la proximité des soins dans un contexte d'exigences économiques croissantes ?
- Comment maintenir l'humain au cœur des préoccupations dans cette course vers la performance ?
- Comment prendre soin des soignants et des soignés dans ce contexte ?
- Le style de management du cadre de santé influence-t-il le maintien d'une éthique du soin ?
- Comment le cadre de santé peut-il intégrer éthique et performance dans son management ?
- L'éthique professionnelle du manager peut-elle avoir une influence sur la performance au travail ?
- Dans quelle mesure le Cadre peut-il être une source de motivation vers la performance ?

D'un point de vue plus global, cette réflexion me conduit vers le questionnement suivant :

Dans quelle mesure le cadre de santé peut-il concilier ses valeurs, l'éthique du management et la performance dans un contexte de recherche d'efficience ?

III. CHAMPS CONCEPTUELS

1. La qualité des soins

1.1. Approche globale

Selon la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1987, la qualité des soins correspond à :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

La qualité des soins est un concept complexe qui fait appel à de multiples composantes telles que qualité des relations, qualité du jugement clinique médical et paramédical, qualité du parcours patient déterminé au sein de l'établissement, qualité des activités techniques...

Ce concept comprend des dimensions de :

- pertinence : les soins sont adaptés aux besoins du patient,
- efficacité : ces soins produisent les résultats escomptés pour le patient,
- efficience : l'efficacité maximale est obtenue au moindre coût.

La notion de qualité apparaît comme variable dès lors que l'on se place du point de vue du prestataire de soin ou bien de celui qui en bénéficie. C'est une notion évolutive qui varie dans le temps et l'espace selon les individus et leurs points de vue.

Dans ses travaux menés aux Pays-Bas, Evert REERINK, évoque l'idée selon laquelle « la qualité c'est comme la beauté, elle est dans l'œil qui regarde. »

Nous voyons émerger depuis de nombreuses années un nombre croissant de règles et normes rendant la qualité des soins pragmatique au moyen d'outils de mesure en constante évolution. Cependant, la qualité du soin au sens pur du terme ne peut être destituée de sa dimension relationnelle bien moins quantifiable et mesurable, tant elle dépend de l'inévitable fluctuation des relations humaines.

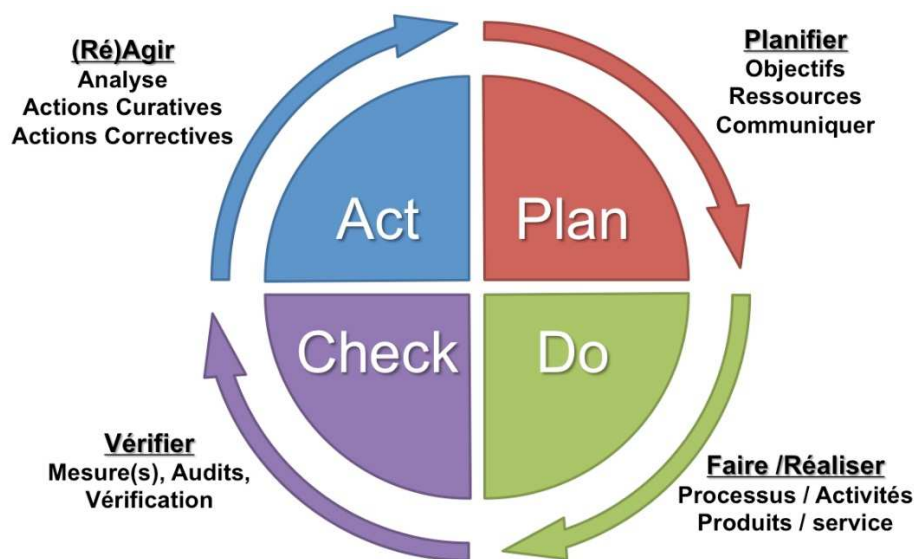
Les éléments conceptuels qui vont suivre vont ainsi permettre de mettre en exergue les deux orientations fondamentales de la qualité des soins dans ses aspects normatifs puis dans sa dimension plus implicite en termes de démarche imprégnée de sens.

1.2. La démarche qualité et gestion des risques

D'un point de vue systémique, la sécurité des patients et la qualité des soins sont liées.

La sécurité des patients est souvent considérée comme une composante de la qualité, de sorte que l'amélioration de la sécurité des pratiques entraîne généralement une amélioration de la qualité globale des soins.

La démarche qualité se modélise selon la roue de Deming au travers d'un processus cyclique, continu, consistant à enchaîner planification, réalisation, vérification et réajustements.



Roue de Deming ou méthode PDCA⁹

⁹ Certification QSE. Conseil, Formation et Audit.

Cette démarche s'appuie sur un système de norme constituant un référentiel d'exigences qualité relatives à différents champs d'activités. Ces normes se déclinent sous forme d'indicateurs de suivi mesurables, préalablement déterminés par les tutelles ou au moyen d'indicateurs définis par l'institution si la recherche d'une pertinence spécifique devient nécessaire.

Dans le domaine de la santé, un Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) est un outil de mesure en lien avec un état de santé, une pratique ou la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer avec fiabilité la qualité des soins et ses variations au cours du temps.

Les sources de données de ces indicateurs peuvent être le dossier patient, des enquêtes ou questionnaires adressés aux établissements de santé et/ou aux usagers, ou encore les bases de données type PMSI ou registres nationaux pour exemple.

La loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009, en application des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique, prévoit que les indicateurs de qualité et de sécurité des soins soient mis à la disposition du public par les établissements de santé chaque année.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini des Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) obligatoires et généralisés dans le champ des établissements de Médecin Chirurgie Obstétrique (MCO). Conformément aux directives de 2011, ces indicateurs sont relatifs aux domaines suivants :

- la tenue du dossier patient,
- la traçabilité et l'évaluation de la douleur,
- la traçabilité et le dépistage des troubles nutritionnels,
- la traçabilité et l'évaluation du risque d'escarre,
- la tenue du dossier anesthésique,
- le respect des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde après sa phase aiguë.

Afin d'accompagner les établissements de santé dans cette démarche, la HAS a élaboré un manuel révisé périodiquement au grès des évolutions dans le domaine visé.

De surcroit, cette démarche qualité ne peut se soustraire à un axe prégnant que représente la gestion des risques. Comme précisé ci-dessus, qualité et sécurité des soins sont inévitablement liées.

La HAS définit ainsi qu'une démarche de gestion des risques « a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences. »

Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement imprévu qui occasionne une perturbation ou un retard dans le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé.

Selon le Code de la Santé Publique : « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé.¹⁰ »

Dans la perspective d'un déploiement uniformisé et systématisé de cette démarche de gestion des risques, la Haute Autorité de Santé encourage le retour d'expérience en entérinant la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et leur analyse dans le cadre du dispositif de certification des établissements de santé.

La recherche en gestion des risques prône ainsi l'organisation d'un retour d'expérience (REX) dans la santé, c'est-à-dire l'organisation d'une détection et d'une analyse des événements indésirables qui surviennent dans la pratique quotidienne pour en tirer des enseignements et limiter leur reproduction.

Cette pratique tend largement à se démocratiser au sein des établissements de santé. Toutefois, elle demande une certaine vigilance dans la mise en œuvre du dispositif car la détection et l'analyse des événements indésirables associés aux soins peuvent rapidement être assimilés à une recherche de responsabilité et révéler une appréhension de la sanction au sein des populations professionnelles, principalement paramédicales.

Ce dernier élément renvoie au concept de l'heuristique de la peur, développé par Hans JONAS, philosophe allemand du XX^{ème} siècle. Selon le point de vue de ce dernier, il est bénéfique pour l'humanité d'avoir peur. Ce philosophe entend bâtir une éthique complète sur le concept de responsabilité.

Ce concept s'exprime sous quatre formulations dont l'une d'elles parle de « survie indéfinie de l'humanité¹¹ » dont la potentialité doit être préservée.

¹⁰ Code de la Santé Publique, article L1413-14 modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010.

¹¹ Hans JONAS, *Le principe responsabilité*, Editions Flammarion, Janvier 1999.

Pratiquement, il s'agit de mesurer si nos actions ne risquent pas de mettre en péril la vie au risque de la rendre chimérique dans l'avenir. Ainsi le savoir devient une obligation morale.

L'heuristique de la peur est, pour Hans JONAS, un sentiment moral, un devoir même. Elle engage une responsabilité qui nous fait perdre de vue les possibles et concentre notre attention sur les risques encourus. Aussi, Hans JONAS nous laisse à penser une part de créativité qui pourrait s'offrir aux acteurs du système, un interstice vers une voie ostensiblement progressiste que notre système qualité - gestion des risques tend à balayer d'un revers de main.

Pour autant, cette heuristique de la peur, envisagée en tant que devoir moral, sous-entend une nécessaire action de contrôle en regard du principe de responsabilité.

1.3. Le processus de certification des établissements de santé

La certification des établissements de santé, appelée accréditation jusqu'en 2004, est initiée en 1999 suite à l'ordonnance Juppé de 1996. Cette ordonnance crée l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) qui laissera place par la suite à la HAS lui conférant ainsi les pleins pouvoirs en matière de certification des établissements de santé.

La certification constitue un dispositif d'évaluation externe obligatoire, effectuée tous les 4 à 6 ans, par des professionnels mandatés et ayant pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des hôpitaux et cliniques en France. Ce dispositif s'applique pour tout établissement de santé, public ou privé, quelles que soient sa taille et son activité.

Actuellement, la quatrième procédure de certification version V2014 se déploie auprès des tous les établissements.

En pratique, l'établissement de santé s'engage dans la procédure en adressant à la HAS, un ensemble d'informations synthétisé dans un compte qualité. Ce compte qualité regroupe l'ensemble des informations relatives au suivi du dispositif d'amélioration de la qualité et de gestion des risques mis en place par l'établissement.

Six mois après la remise de ces données, des experts-visiteurs mandatés mènent une visite de certification en se rendant au sein de l'établissement concerné. La visite permet d'établir si l'établissement a rempli ses engagements et a mis en place une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. A l'issue de leur visite, dont la durée varie sur plusieurs jours selon l'envergure de l'établissement, les experts-visiteurs rédigent un rapport sur lequel la HAS s'appuie pour formuler une décision de certification et produire un rapport de certification.

Au regard des éléments formalisés dans ce rapport, la HAS peut statuer en faveur de trois niveaux de décision :

- Certification : l'établissement est certifié. Cette certification peut s'accompagner d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration.
- Sursis à la certification : ce niveau de décision intervient lorsque des dysfonctionnements assez importants ont été constatés et pour lesquels la HAS a émis des « réserves » ou « réserves majeures ». La décision de certification est alors différée dans l'attente des résultats d'une visite de suivi imposée dans un délai allant de 3 à 6 mois.
- Non certification : décision prononcée en cas de manquements majeurs aux exigences de la HAS.

Les résultats de certification sont publiés par établissement sur le site dédié à l'information des patients, lancé par la Haute Autorité de Santé : Scope Santé.

1.4. Prendre soin : principes et valeurs

Complémentaire à cette approche quantitative et normée de la qualité des soins, il semble tout aussi primordial de s'attacher à en déterminer rigoureusement les aspects qualitatifs qui prennent sens dans l'approche du prendre soin.

Cette dimension fondamentale et fondatrice du soin a été analysée et théorisée à de nombreuses reprises. Ainsi, nous pouvons aujourd'hui nous référer à divers concepts se rapportant au prendre soin tels que le « *cure* » et le « *care* ».

Issu de la culture anglo-saxonne et difficilement traduisible, le terme « care » comporte des nuances différentes selon qu'on le traduise par le soin ou par la sollicitude. Le vocabulaire anglais retient deux natures de soins différentes :

D'une part, le « *cure* », de l'anglais « *to cure* » : guérir, traiter en ôtant le mal. Ce concept renvoie à l'ensemble des actes visant la guérison et s'oriente principalement vers le champ thérapeutique.

D'autre part, le « *care* » qui, quant à lui, se réfère dans son sens littéral au soin, en anglais « *to care* » : prendre soin de... Il fait écho au vivant d'un soin et non à un soin de principe au sens où il ne serait que procédure ou conduite à tenir. Il constitue un travail relationnel qui ne peut être automatisé et qui reste pour l'essentiel invisible et bien souvent insaisissable.

Le « *care* » est l'âme du « *cure* », tout ce qu'il doit à l'individu engagé dans la relation.

Donald Woods WINNICOTT, psychiatre et psychanalyste britannique, qualifiait le soin comme « la relation marquée par la rencontre de la fiabilité et de la dépendance.¹²»

Au-delà de ces préoccupations dialectiques, les principes constituants rattachés à cette intention profonde du soin restent ostensiblement identiques. Il s'agit là d'une véritable attention portée à l'autre qui appelle le soignant à une responsabilité dans l'action au travers de valeurs partagées, affirmées, incarnées.

Ces valeurs portées par le soignant le conduisent inévitablement vers l'autre. Elles ne sont pas figées et donc difficilement catégorisables, elles évoluent à mesure que l'individu se construit, mais constituent le point d'ancrage commun d'une équipe de soin.

Ainsi, autant il semble évident, au regard des différentes exigences et normes institutionnelles, que la qualité des soins dans sa dimension technique peut être évaluée, mesurée et développée dans une perspective d'amélioration de la démarche ; autant il semble complexe voir utopiste d'envisager de réduire à des normes l'évaluation de la qualité du prendre soin.

¹² Claire MARIN, Frédéric WORMS, *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*, Editions Presses Universitaires de France, 2015.

En ce sens, c'est aujourd'hui un enjeu crucial pour le cadre de santé de ne pas s'égarer dans la systématisation de stratégies organisationnelles car il constitue le dernier rempart entre l'équipe qu'il manage et la hiérarchie institutionnelle. Le cadre de santé est ainsi celui qui se doit de mettre en lumière cette dimension invisible du soin qui donne sens à l'engagement des membres de son équipe et qui ne doit en aucun cas être occultée. Dans le domaine du soin, l'essentiel réside dans l'invisible. La qualité des liens qui se tissent en toile de fond de la relation de soin restent imperceptibles.

Marcel MAUSS, sociologue et anthropologue français, envisage ce lien en terme de don et contre-don qu'il caractérise comme un mouvement permanent : « tout va et vient comme s'il y avait échange constant d'une matière spirituelle comprenant choses et hommes.¹³ »

Non quantifiable, non évaluable, cette « matière spirituelle » comme la qualifie Marcel MAUSS, pourrait bien se voir altérée par l'accélération des rythmes de prise en charge et la recherche constante d'optimisation des ressources.

De surcroît, il semble fondamental de ne pas perdre de vue les facteurs de fragilité et de vulnérabilité qui s'imposent, ponctuellement ou durablement, à l'être humain.

Ces états appellent les soignants dans une forme de sensibilité, de capacité à entendre et à accompagner l'autre, une capacité à être sollicité qui définit l'essence même de la sollicitude.

Selon le dictionnaire *Le Robert*, la sollicitude se manifeste par une « attention soutenue, à la fois soucieuse et affectueuse. »

A ce titre, la sollicitude se dessine comme la pierre angulaire d'une approche fondée sur la sensibilité et la responsabilité qui ne peut donc être limitée à des faits observables, quantifiables et mesurables. Pour autant, si l'on s'attache à envisager la sollicitude comme une responsabilité, elle ne peut se dissocier d'une nécessité d'action ; cette complémentarité aboutissant au prendre soin.

¹³ Marcel MAUSS, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Presses universitaires de France, 2012, 1^{ère} édition 1925.

2. Performance dans le management d'équipe

2.1. Efficacité, efficience, performance

La notion d'efficience fait, de nos jours, l'objet de nombreuses attentions au sein des organisations.

D'un point de vue philosophique, l'efficience correspond à la « capacité d'une cause suffisamment forte ou puissante pour produire un effet.¹⁴ » Dans le domaine usuel, ce terme renvoie à « l'aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne ou d'une entreprise) à fournir le meilleur rendement.¹⁵ » En ce qui concerne la psychologie, il est question du « rendement de l'intelligence d'un individu¹⁶ » enfin, en économie, l'efficience fait appel à deux composantes : l'efficacité et le coût, on parle en ce sens d'efficacité au moindre coût, elle se résume par la capacité d'une organisation à obtenir de bons résultats en optimisant les ressources disponibles.

Cette notion s'inscrit dans un concept multidimensionnel regroupé sous le terme de performance.

Selon EM. MORIN, professeur titulaire à HEC Montréal en psychologie appliquée au management et au développement organisationnel, la définition de la performance varie en fonction de l'approche fixée. Ainsi, elle définit quatre courants de pensée afin d'envisager la performance dans le domaine de l'entreprise :

L'approche systémique qui envisage la survie de l'entreprise comme unique finalité mettant de ce fait un point d'intérêt particulier sur les capacités d'organisation,

L'approche économique qui trouve ses fondements dans les objectifs à atteindre d'un point de vue économique et financier,

L'approche politique qui a essentiellement attiré à la satisfaction des différents clients et partenaires,

¹⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/efficience/substantif>

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Ibid.*

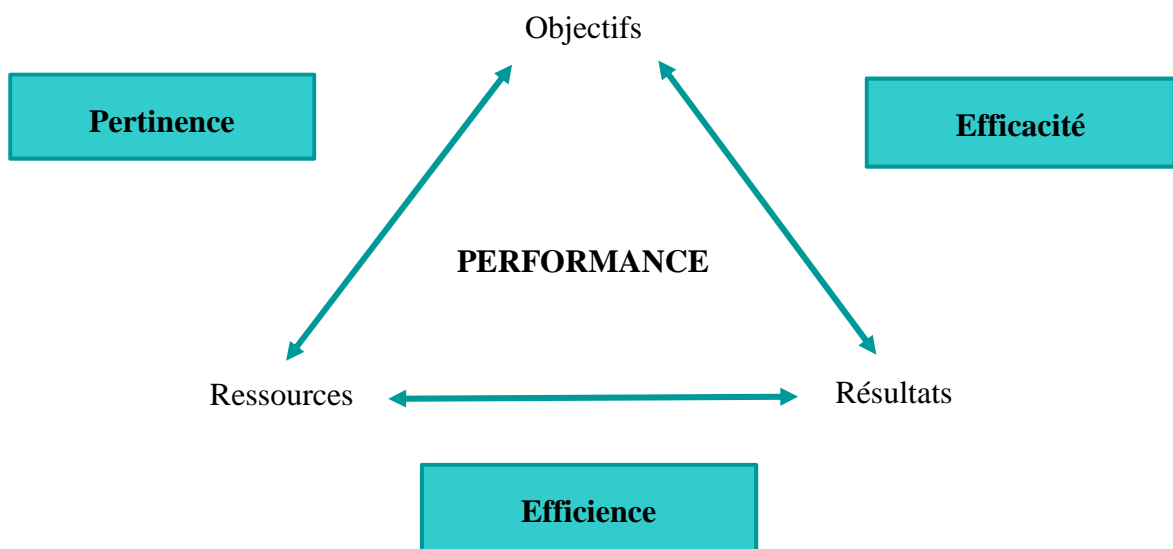
L'approche sociale, qui découle de l'école des relations sociales selon MAYO, MASLOW, Mc GREGOR et LICKERT, envisageant une conception humanisée de l'organisation mettant en valeur le facteur humain et la satisfaction des besoins des clients et collaborateurs.

Les sciences de la gestion s'appliquent, quant à elles, à définir l'efficacité comme étant l'une des composantes de la performance, un indicateur de cette dernière au sein d'un ensemble mettant en relation directe : objectifs, ressources et résultats.

Trois composantes distinctes permettent d'aboutir à la performance selon la modélisation de Patrick GIBERT(1980) :

- **l'efficacité** : correspond à la capacité d'atteindre les objectifs fixés, à aboutir à un résultat,
- **l'efficience** : capacité à atteindre un objectif en optimisant les ressources disponibles, l'efficience constitue une utilisation rationnelle des ressources,
- **la pertinence** : concerne la valeur ajoutée de l'action ou du projet. La pertinence interroge l'action afin d'en envisager la correspondance avec les besoins et attentes des bénéficiaires.

Composantes de la performance selon P.GIBERT



Ces éléments conceptuels éclairent les attentes institutionnelles dans la recherche d'efficience en termes d'atteinte optimisée des résultats. Dans le même temps, ils laissent apparaître le malaise naissant au sein des professions de soin qui envisagent difficilement de ne pas tenir compte de l'axe de pertinence dans l'action.

Précédemment, l'approche conceptuelle du « *care* » nous a permis de mettre en exergue la nécessaire réflexion du soin déployée par les professionnels de santé qui ne conçoivent nullement la seule réponse à un besoin de santé par l'intermédiaire d'une mobilisation optimisée de ressources matérielles.

Que ce soit par des mesures administratives, législatives ou par des changements d'organisation auxquels procèdent les établissements, il est demandé aux hôpitaux de dégager des gains de productivité, remplacé par le terme plus policé d'efficience.

Les sciences relatives à l'économie de la santé permettent de clarifier l'idée selon laquelle la santé n'a pas de prix mais elle a un coût.

En ce sens, plusieurs points distinguent les établissements de santé des autres systèmes économiques.

Le système de soin fait face à une réalité de rendement décroissant dans la mesure où, dans la plupart des cas, l'efficacité d'une thérapeutique croît proportionnellement à son coût. Cela pose d'ores et déjà une interrogation d'ordre éthique et politique.

D'autre part, le système économique de santé s'écarte nettement d'un système basique défini par un fournisseur relié à un consommateur par l'intermédiaire d'un service dont le marché définit un prix. En effet, dans le domaine sanitaire, le consommateur est triple, il s'agit tout autant du prescripteur, que du bénéficiaire de soins ou encore du financeur (caisse primaire d'assurance maladie). Dans ce dernier cas, il apparaît que d'un consommateur à l'autre, l'enjeu n'est pas du tout du même ordre.

Aussi, les établissements de santé sont soumis à deux types de logiques internes : d'une part la logique économique, d'autre part la logique du « soin » et c'est dans cette mesure que dans bien des situations, les points de vue divergent.

Est-il réellement possible de concilier objectifs économiques et qualité des soins ?

Que faire de cette cruciale question de la pertinence des objectifs ?

Les cadres de santé sont amenés à travailler dans des organisations que Robert COULON, maître de conférences en sciences de gestion à l'université de Bourgogne, qualifie de « composites ». Cette qualification précise l'idée selon laquelle ces organisations rassemblent des classes professionnelles très distinctes. Pour GLOUBERMAN et MINTZBERG (2002), l'hôpital connaît un double clivage :

- un clivage horizontal sépare les personnels travaillant au niveau des opérations (clinique) et les personnels qui cherchent à exercer un contrôle gestionnaire ou financier sur les évolutions des coûts de ces opérations,
- un clivage vertical sépare les personnes qui, comme les gestionnaires et les infirmières, ont des liens continus avec l'institution et celles qui comme les médecins et les membres du conseil d'administration y participent sur la base d'interventions.

Ainsi d'un point de vue sociologique, au sein de l'institution de soins coexistent quatre modes d'organisation : le traitement (*cure*), les soins (*care*), le contrôle et la communauté (les représentants de la société).

Tenant compte de ces éléments, le cadre de santé est ainsi perpétuellement en recherche d'une juste mesure entre excès d'application de stratégies politiques et économiques mettant parfois en péril son profond engagement dans le maintien de la qualité et de la sécurité des soins ; et défaut de prise en considération de ces adaptations nécessaires à la pérennité du système de soin au profit d'une philosophie du soin qu'il incarne dans son éthique professionnelle.

2.2. Vers un management performant

L'usage actuel du terme management provient pour la majorité d'un emprunt direct au terme anglo-saxon « *management* ».

Le verbe anglais « *to manage* » et le substantif « *management* » découlent eux-mêmes d'un terme français du XV^{ème} siècle, « *mesnager*¹⁷ », signifiant en équitation « tenir en main les rênes d'un cheval ». Ce dernier terme provient de l'italien « *maneggiare* » ayant subsisté dans la langue française au travers du mot « manège ».

Des radicaux latins « *manus* » la main, et « *agere* » agir ; manager rattache indissociablement la main et l'action.

Manager c'est donc conduire, guider, piloter, diriger dans l'éthos et dans l'action.

Dans nos sociétés modernes, nous voyons foisonner toutes sortes de méthodes et recettes tendant à aboutir à un management toujours plus raisonné, maîtrisé et lissé. Toutefois, même si ces outils s'érigent en repères, ils demeurent plus des garde-fous que des lois incontestables et universelles. Selon Guy SALAT, « *diriger, c'est exprimer sa manière d'être en apposant l'empreinte de son caractère sur les choses.*¹⁸ »

Cet auteur, diplômé en sciences économiques, sciences de l'éducation et relations internationales, part du postulat selon lequel il existe un leader en chaque manager, aussi, pour manager, il ne faut pas se renier mais simplement équilibrer ses traits de caractère en fonction des objectifs à atteindre.

De ce point de vue, l'une des pistes menant vers la voie d'un management performant résiderait dans la capacité du leader à rendre mobiles les lignes de son équilibre personnel car c'est d'elles que dépendent l'orientation de son management de surcroît sa réussite.

Précédemment, au travers de la modélisation de la performance selon Patrick GIBERT, nous avons envisagé un paradigme selon lequel la performance n'est atteinte qu'à la nécessaire condition d'une interrogation pertinente de l'efficacité. En d'autres termes, il est donc nécessaire d'envisager le sens et la pertinence de l'action pour que l'optimisation des ressources ne devienne pas une rationalisation systématisée et automatisée.

¹⁷ Henry MINTZBERG, *Manager - L'essentiel : Ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux*, Editions Vuibert, 2014.

¹⁸ Guy SALAT, *Décider en stratège - La voie de la performance*, Editions L'Harmattan, Mars 2014.

L'une des modélisations de cette pertinence passe par le sens de l'humain en termes de qualité fondamentale de la réussite. Humanité ne signifie ni indécision, ni faiblesse, elle est mère de l'empathie et réside dans le dialogue, l'échange et la compréhension.

Nicolas MACHIAVEL envisage même qu'il n'y a nullement besoin d'armes dans l'adversité, c'est l'adhésion au projet qui rend invulnérable : « *La meilleure forteresse au monde est l'affection du peuple. Si tu as les pierres sans avoir les cœurs, elles ne suffiront point à te protéger, car s'il prend les armées contre toi, le peuple ne manquera jamais de secours extérieurs.*¹⁹ »

Pour tendre vers la performance, il faut en conséquent repenser le mode relationnel. Il ne s'agit nullement de se contraindre à endosser un costume qui n'est pas le sien mais simplement de se resituer dans sa relation aux autres qui se veut une relation de négociation permanente.

Le savoir-être est le meilleur argument de conviction du manager. Sa manière d'être est une invitation à l'analogie. Le manager est un modèle sur lequel les équipes se focalisent pour se construire autant que pour se défaire. Ainsi, un comportement exemplaire engendrera des pratiques du même ordre. De la même façon que cela a été évoqué précédemment dans la relation de soin, la gestion des relations entre un manager et son équipe s'apparente à la résolution d'une équation complexe qui présente une inconnue permanente : l'énigme de l'autre.

Afin d'optimiser les objectifs de la relation dans le but de la rendre durable et performante, Guy SALLAT défend deux conceptions :

- Pour le manager, « *il est indispensable d'adopter une posture professionnelle de relation qui se distingue de la posture personnelle. Elle doit s'intégrer dans une logique transactionnelle, c'est donnant-donnant, le troc est une tendance naturelle universelle.*²⁰ »
- Pour l'institution, il est nécessaire d'envisager la relation avec les acteurs du système en se basant sur « *des équilibres profitables, c'est-à-dire générateurs d'avantages.*²¹ »

En somme, un manager performant est sans cesse ouvert et réceptif, il est en éveil et à l'écoute du système. Il est une nécessité pour les managers actuels de ne pas faire fi des exigences du

¹⁹ Nicolas MACHIAVEL, *Le prince*, Editions Livre de poche, 1972.

²⁰ Guy SALLAT, *Décider en stratégie - La voie de la performance*, Editions L'Harmattan, Mars 2014.

²¹ *Idem*.

système qui les entoure, car, de nos jours, deux défis majeurs sont à relever : redonner du sens dans l'action auprès des générations Y, qui constituent l'avenir professionnel et qui se veulent bien moins normées et moins empruntées de stabilité ; et envisager une nouvelle approche des modes de management afin de les débarrasser de facteurs contre-productifs tels que l'approximation.

La poursuite de ces deux objectifs ne peut s'établir sans une bonne connaissance des modes d'organisations stratégiques qui s'établissent à l'intérieur même d'un système déjà complexe.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, l'organisation se définit comme « *le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul.* »²²

Sans tomber dans l'analyse des extrêmes, comprendre les jeux et enjeux qui régissent un système d'action permet au manager d'envisager des stratégies d'action et des marges de manœuvre nécessaires à la transposition d'une réflexion en action concrète.

De nos jours, le temps manque partout et la recherche d'économie à tout prix réduit considérablement l'espace des liens, au péril parfois d'une éthique trop peu rationnelle pour prendre toute sa mesure dans un système de production.

Pour ces raisons, il est urgent selon Jean-Pierre HELFER, docteur en sciences économiques, de rétablir trois fondamentaux :

- La transversalité,
- Les techniques managériales,
- Les questions d'éthique et de morale.

Dans la suite de cet axe conceptuel, nous envisagerons d'explorer le retour aux deux derniers fondamentaux exposés ci-dessus. D'une part au travers de l'exploration de la notion de confiance en tant que principe fondateur des techniques managériales, d'autre part au travers d'un axe complet consacré à l'éthique.

²² Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Editions Seuil, Octobre 2007.

3. L'éthique

L'enjeu de la performance dans le domaine du travail s'envisage donc autour de son adaptabilité et de son applicabilité. Le psychanalyste Rolland MEYER, nous met toutefois en garde afin de ne pas risquer d'envisager une performance sans éthique, ce qui reviendrait à la réduire au simple rang d'exploit.

3.1. Ethique, morale et déontologie

Il convient en premier lieu de distinguer éthique et morale.

Le *Petit Larousse* donne les définitions suivantes :

- **Morale**, du latin « *mores* », mœurs : « ensemble des règles d'action et des valeurs qui fonctionnent comme normes dans une société, théorie des fins des actions de l'homme, précepte, conclusion pratique que l'on veut tirer d'une histoire.²³ »
- **Éthique**, du grec « *ethikos* », moral, et « *éthos* », mœurs : « doctrine du bonheur des hommes et des moyens d'accès à cette fin, partie théorique de la morale.²⁴ »

Le *Petit Robert* quant à lui donne :

- **Morale** : « science du bien et du mal, théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien.²⁵ »
- **Éthique** : « science de la morale, ensemble des conceptions morales de quelqu'un.²⁶ »

En somme, la morale s'élève en termes de règles, valeurs et principes qui permettent de différencier le bien et le mal alors que l'éthique envisage de questionner la morale en vue d'une réflexion argumentée du bien agir.

Pour ce qui se rapporte à la **déontologie**, il s'agit davantage de « l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre eux-ci et leurs clients et le public.²⁷ »

²³ *Le Petit Larousse illustré*, 2007.

²⁴ *Idem*.

²⁵ *Le Petit Robert de la langue française*, Juin 2000.

²⁶ *Idem*.

²⁷ *Le Petit Larousse illustré*, 2007.

Le mot déontologie apparaît pour la première fois en langue française en 1825, dans la traduction d'un ouvrage du philosophe anglais Jeremy BENTHAM au sein duquel il est écrit : « *L'éthique a reçu le nom plus expressif de déontologie.*²⁸ »

La déontologie constitue en cela une éthique professionnelle.

La question de l'éthique professionnelle du médecin fut posée dès l'antiquité avec le serment d'Hippocrate dans le but de contrôler les dérives. Il aura fallu attendre près de 70 ans après l'apparition du code de déontologie médicale pour qu'il en soit de même dans la profession infirmière.

Cela laisse à penser que la parution de ce code de déontologie infirmière en novembre 2016, a mis en lumière une réelle nécessité de formaliser les relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé; ainsi que de marquer la reconnaissance de l'ensemble d'une profession de plus en plus autonome.

Ce code de déontologie répond à quatre objectifs principaux :

- l'intérêt du patient,
- la promotion de la profession infirmière,
- la protection des intérêts de la profession,
- l'accroissement des prérogatives de l'Ordre National des Infirmiers.

L'axe relatif à l'intérêt du patient est une illustration parfaite de la corrélation qui existe entre déontologie, éthique et morale.

Cet axe fixe, au sein d'un code de conduite, des règles relatives au secret professionnel, à la liberté d'information sur son état de santé, au refus ou à l'interruption des soins, à l'obligation de transparence sur les tarifs, à la prise en compte du cercle familial, au devoir d'information en cas de maltraitance... Ainsi, au cœur d'une déontologie, réside à la fois une part morale définissant les règles de bonne conduite mais aussi une part éthique dans le libre arbitre que le soignant exerce, en ce sens, il interroge la pertinence des règles en fonction de la singularité et des souhaits du patient (liberté d'information sur son état de santé).

Les limites entre ces trois domaines apparaissent donc poreuses car leurs approches sont complémentaires et entretiennent des liens de dépendance les unes aux autres.

²⁸ Jeremy BENTHAM, *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science*, première publication 1823.

3.2. Approches philosophiques

Pour faire suite à ces distinctions, envisageons une approche de l'éthique au travers de divers points de vue philosophiques.

PLATON et son disciple ARISTOTE sont les précurseurs de l'éthique de la vertu dans la philosophie occidentale.

Cette éthique insiste sur l'importance des traits caractéristiques d'une personne et prête davantage attention à ce qu'on considère habituellement sous le nom de vertu.

Les vertus traditionnelles sont :

- la prudence,
- le courage,
- la tempérance,
- la justice.

Pour ARISTOTE, la vertu est « *un milieu entre deux vices, l'un par excès, l'autre par défaut.*²⁹ »

La vertu prend donc naissance dans la juste mesure entre deux extrêmes. Ainsi, le courage est un juste milieu entre témérité et lâcheté.

ARISTOTE précise néanmoins que « *relativement à la perfection et au bien, la vertu est un extrême et un sommet.*³⁰ »

Suivant cette conception, l'idée d'adopter une posture vertueuse prend la forme d'une quête utopiste au regard de la complexité des enjeux qui s'établissent dans nos relations sociales contemporaines, a fortiori dans le monde du travail.

Ces vertus trouvent souvent leurs déclinaisons dans les entreprises sous forme de valeurs et peuvent être associées à une finalité visant la bonne action.

La bonne action pourrait donc être perçue comme la combinaison d'une bonne manière d'agir et d'une bonne raison d'agir. Par bonne manière d'agir et bonne raison d'agir, entendons ici une action empreinte de valeurs et de sens partagé.

²⁹ ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, Editions Le livre de poche, 1992, œuvre originale 335 avant J.C..

³⁰ *Idem*.

Par la suite, le philosophe britannique contemporain Jeremy BENTHAM a orienté l'éthique vers la recherche de l'utilité sociale.

Cette philosophie utilitariste prescrit d'agir, ou ne pas agir, dans la perspective constante d'un intérêt pour le plus grand nombre. Elle est l'idée que la valeur morale d'une action est déterminée seulement par sa contribution à l'utilité générale. Son aspect fondateur est le rationalisme.

Elle défend l'idée du plus grand bien pour le plus grand nombre : « *le bonheur le plus grand pour le plus grand nombre doit fonder les mœurs et les lois.*³¹ »

Pour Jeremy BENTHAM, la moralité d'un acte suppose la possibilité d'en calculer les conséquences et d'en évaluer l'impact sur le bien-être des individus car, de ce point de vue, la fin justifie les moyens. **Une action n'a donc de valeur et de sens que par ses conséquences.**

Dans le système de penser utilitariste, les conséquences de nos actes sont à envisager selon deux orientations fondamentales : le calcul des plaisirs et des peines.

Dans les années 1980, Emmanuel LEVINAS, philosophe français, définit la morale comme « *un absolu qui règle l'existence avec une rigueur implacable et désigne la relation à autrui*³² », ce qu'il nomme « la responsabilité pour autrui ».

Cette responsabilité prend principalement la forme du visage pour LEVINAS : « *le visage s'impose à moi sans que je puisse cesser d'être responsable de sa misère. La conscience perd sa première place.*³³ »

Ce visage oblige et engage l'autre vers une action responsable, il représente une exigence de soutien et d'aide.

Au début du XX^{ème} siècle, Max WEBER, sociologue et économiste allemand, a effectué des travaux complétant cette approche Lévinassienne en s'attachant à distinguer deux postures éthiques distinctes : l'éthique de responsabilité et l'éthique de conviction.

³¹ Jeremy BENTHAM, *Une introduction au principe de morale et de législation*, Editions Broché, Mars 2011, première version 1789.

³² Emmanuel LEVINAS, *Ethique et infini*, Editions Le livre de poche, 1984.

³³ *Idem.*

L'éthique de responsabilité trouve ses fondements dans l'obligation que nous avons de répondre de nos actes, quelles qu'en soient les conséquences. « *Le partisan de l'éthique de responsabilité (...) estimera ne pas pouvoir se décharger sur les autres des conséquences de sa propre action pour autant qu'il aura pu les prévoir.*³⁴ »

Cette éthique est une éthique du collectif qui s'intègre pleinement dans les paradigmes envisagés précédemment. **Elle positionne l'acteur dans sa responsabilité à l'égard de ses choix et actes.**

A l'inverse, l'éthique de conviction engage l'action selon un système de valeurs propre à chaque individu. Elle se décharge des conséquences de l'action et envisage le devoir et l'intention comme seuls commandements. Cette éthique se veut donc plus individualiste et suppose une bonne connaissance de soi ainsi que des systèmes de valeurs qui nous guident. L'éthique de la conviction, considérée par WEBER comme l'éthique absolue, demande la pureté souveraine des moyens et fait preuve d'indifférence quant aux conséquences : « *à vrai dire, s'il existe un problème dont l'éthique absolue ne s'occupe pas, c'est bien celui qui concerne les conséquences.*³⁵ »

En somme, c'est une éthique qui mène vers une auto-alimentation dans les options possibles et parfois une auto-censure dans les décisions à prendre.

En résumé, tenant compte de ces différentes approches complémentaires, nous pouvons entrevoir l'éthique comme une conception morale prenant vie dans l'action vertueuse, soucieuse de l'utilité sociale et consciente des conséquences engendrées. Cette éthique est empreinte de sens, de valeurs et se veut continuellement responsable.

³⁴ Max WEBER, *Le savant et le politique*, Union générale d'éditions, 1963.

³⁵ *Idem.*

3.3. Ethique appliquée aux soins

Les préoccupations éthiques imprègnent donc fondamentalement les pratiques de soins tout comme les établissements, systèmes et organisations au sein desquelles sont déployées ces pratiques.

Selon Walter HESBEEN, « *l'éthique au quotidien des soins consiste à déployer, au sein des structures et des équipes, une vigilance qui conduit à interroger les manières d'être et de faire en regard de la singularité des situations de soins. Une telle éthique se montre soucieuse de la façon particulière qu'a l'humain de vivre ce qu'il a à vivre lorsque des soins doivent lui être donnés et des réponses tant organisationnelles que relationnelles qui y sont apportées.*³⁶ »

Au travers de ces propos, Walter HESBBEN met fondamentalement en évidence la nécessité d'envisager des espaces de réflexions personnelles et collectives au sein desquels peuvent s'exercer les capacités à penser les pratiques en dehors de l'agir plus et plus vite. En conséquent, le risque majeur qui s'expose à nous aujourd'hui est d'envisager la qualité des soins comme une dictature normée, détachée de toute singularité humaine et mettant à jour le risque d'une banalisation de l'humain dans nos organisations.

L'éthique prend sens dans l'action, dans la considération constante de ce qui est bon pour l'humain, elle se distille au quotidien loin de son image parfois abstraite et réservée à une poignée de penseurs. Et c'est bien là que l'éthique gagne en grandeur, lorsqu'elle est mise en œuvre sans nécessairement être nommée, qu'elle est incarnée plutôt que recherchée.

La banalisation de l'humain et la routine naissent généralement d'une perte de sens.

Dire qu'une action a du sens signifie agir comme il semble bien de le faire dans l'instant, par rapport à des normes et des valeurs sociales.

De surcroît, pour donner du sens, la présence et l'adhésion des autres est nécessaire. La satisfaction apparaît lorsque l'action s'accomplit en conformité avec ce qui est valorisé par la culture des groupes auxquels nous nous sommes identifiés. Cela correspond à ce qu'Emile DURKHEIM, père de la sociologie française, appelle la « force sociale ».

³⁶ Walter HESBEEN, *Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin*, Editions Elsevier Masson, 2011.

Un acte qui a du sens est un acte qui correspond aux objectifs socialement valorisés et ce sens dépend de deux conditions selon Marc LORIOL, sociologue et chercheur au centre national de la recherche scientifique : « *qu'il existe un collectif de travail suffisamment vivant pour que se construise et se diffuse un sens partagé du beau travail et une organisation et des conditions de travail qui n'entravent pas trop sa mise en œuvre.*³⁷ »

De ce fait, éthique du soin et performance ne semblent pas antinomiques pour autant que l'on ne considère pas cette dernière en tant que performance gestionnaire qui trouverait rapidement ses limites dans la pertinence humaine de l'action.

3.4. Éthique et management

Au travers de son management, le cadre de santé est l'un des acteurs de l'institution permettant que cette dernière soit considérée comme éthique.

Du reste, il est nécessaire de ne pas perdre de vue que « *l'éthique managériale n'est ni une méthode efficace pour appliquer les règles éthiques, ni un facteur de production ou de réduction des « coûts de transaction ».*³⁸ »

Qu'il s'agisse d'envisager le cadre de santé dans son éthique managériale ou encore dans sa propension à manager l'éthique au cœur des systèmes soins, il est toujours question de se référer à sa responsabilité morale. Cette question de la détermination des responsabilités morales est, dans bon nombre de situations, l'occasion d'éprouver la vulnérabilité de nos modes de gouvernance.

Pour Marthe-Elyse BOUCHAUT-ROLNIN, « *éveiller la conscience éthique au sein des institutions de soins devrait être un objectif institutionnel, prioritaire et un axe majeur du projet d'établissement.*³⁹ »

³⁷ Traduction d'un texte de Marc LORIOL publié dans *Traité de sociologie du travail*, Sous la direction de Christina Karakioulafis, Athènes, 2011.

³⁸ Ghislain DESLANDES, *Le management éthique*, Editions Dunod, 2012.

³⁹ Marthe-Elyse BOUCHAUT-ROLNIN, « L'éthique du management : une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital », *Gestions Hospitalières* n°436, 2007.

Le management de l'éthique s'exerce donc dans une multitude de situations auxquelles est confronté le cadre de santé. Il peut s'agir par exemple d'évaluer avec objectivité la qualité des soins en tenant compte de la grande part de subjectivité des situations ou encore d'optimiser les ressources dans des perspectives économiques en considérant la part de travail invisible nécessaire aux soins relationnels.

Dans ces cas, tout comme dans l'approche éthique du soin, il s'agit pour le cadre de santé d'user de ses capacités réflexives afin de conférer du sens aux situations de travail. Chaque situation devra donc être abordée sous un axe singulier prenant racine au cœur de schèmes d'action souvent automatisés. Pour autant, l'analyse des situations demande d'envisager une argumentation étayée de ses propres représentations afin de conforter un positionnement empreint de sens.

Pour Emmanuel TONNIUTTI, l'éthique du dirigeant « *cherche à répondre à cette question : comment, dans toute décision, puis-je préserver la double performance de l'entreprise ? Le succès économique et la réussite humaine.*⁴⁰ »

L'éthique est une compétence professionnelle clé pour les managers qui permet de donner du sens dans l'action. Elle est une aide à la prise de décision et participe à ôter une part de subjectivité aux situations parfois combattue par une absence de passage à l'action.

Jean-Philippe TOUTUT, docteur en psychologie et maître en droit social, précise en ce sens que « *quel que soit le choix stratégique, le manager éthique s'interroge et se positionne sur la valeur profonde de ses fondements, ses implications et ses conséquences sur les personnels, son respect, ses conditions d'évolution.*⁴¹ »

Cette approche constructiviste des situations nous demande donc d'envisager l'éthique de gestion comme tout aussi fondamentale que l'éthique des soins.

⁴⁰ Emmanuel TONNIUTTI, *L'urgence éthique. Une autre vision pour le monde des affaires*, Editions Broché, Mai 2010.

⁴¹ Jean-Philippe TOUTUT, *Organisation, management et éthique*, Editions l'Harmattan, Novembre 2013.

Comme nous avons pu en faire la preuve précédemment, les modes de gouvernances actuels des institutions de santé intègrent des nécessités de rationalisation et d'optimisation relatifs à de multiples aspects inhérents à leurs fonctionnements.

Pour autant, il est fondamental de ne pas perdre de vue que l'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres. C'est un milieu où l'éthique est, et doit, constamment rester présente.

Le rapport « Ethique et professions de santé » remis en Mai 2003 au ministre de la Santé exprimait déjà cette urgente nécessité de vigilance sur le maintien d'une éthique au cœur des systèmes de santé. A ce titre, il y est mentionné :

« Plus l'exercice médical et soignant sera enrichi par la science et la technique, plus il sera soumis au droit, aux contraintes financières, voire au consumérisme, plus le besoin d'éthique s'affirmera. ⁴² »

Dans la perspective d'un éclairage plus objectif de cette problématique, il apparaît pertinent de recueillir les expériences de terrain autour de ces notions, afin de confirmer les concepts prévalents qui sous-tendent cet objet d'étude ainsi que les liens intrinsèques qui unissent ces concepts, de surcroît en envisager un complément.

Cet objectif guidera l'intention de réflexion de ma pré-enquête.

⁴²Rapport Ethique et Professions de Santé, Commission Ethique et Professions de Santé sous la présidence d'Alain CORDIER, Mai 2003.

IV. PRE-ENQUETE

1. Intentions

Les questionnements et explorations conceptuelles qui ont été exposés précédemment sont le fruit d'expériences personnelles, vécues au décours de mon exercice professionnel, enrichies de lectures et échanges divers autour des notions prédominantes mises en relief. Il ne me semble toutefois pas envisageable de bâtir ma réflexion sur ces seules fondations. Ainsi, dans le but d'explorer de nouveaux domaines qui ne m'auraient pas été donnés à voir en première intention, j'ai saisi l'opportunité de recueillir les expériences, points de vue et autres paradigmes auprès de différents cadres de santé confrontés à ces réalités d'exercice.

2. Méthode

Ces recueils d'expériences ont pris la forme d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de cadres de santé exerçant dans des domaines d'activités diverses : unités de soins de courte durée, de médecine et de chirurgie, ainsi que d'unités de long séjour et lieu de vie.

Ces entretiens ont été menés sur la base de sept questions ouvertes :

Les deux premières questions reposaient sur les représentations autour de la notion de qualité des soins en envisageant d'une part la conception pour ces cadres d'un soin de qualité puis d'autre part la qualité du « prendre soin ».

1. Qu'est-ce qu'un soin de qualité pour vous ? Un vrai soin de qualité ?
2. Que vous évoque la notion de qualité du prendre soin ?

Les deux questions suivantes étaient relatives aux valeurs incarnées par le cadre de santé avec une orientation spécifique vers la priorisation de ces valeurs pour les cadres rencontrés ainsi que le déploiement de ces valeurs dans le management.

3. Quelles sont les valeurs importantes pour vous ? Comment les priorisez-vous ?
4. Comment intégrez-vous ces valeurs dans votre management?

Par la suite, les notions de performance et d'efficacité ont été abordées afin d'en envisager une clarification sémantique ainsi que dans la perspective de prendre la mesure des représentations auxquelles ces notions pouvaient faire appel.

5. Que vous évoquent les notions d'efficacité et de performance ? Existe-t-il une différence entre ces deux notions selon vous ?

Dans un sixième point, mon intérêt s'est porté sur une appréciation quantitative de la qualité des soins prodigués au sein de la ou des unités encadrées par les cadres de santé selon une échelle numérique graduée de 0 à 10 éclairée par les raisons conduisant ces cadres à porter une appréciation de plus ou moins bonne qualité.

6. Au regard des exigences institutionnelles, comment situez-vous sur une échelle de 0 à 10 la qualité des soins que vous êtes en mesure de prodiguer ?
En quoi sont-ils bons ? En quoi le sont-ils moins ?

Enfin, le dernier point portait sur l'intégration de la performance dans le management opérationnel d'une part puis dans le management institutionnel.

7. Comment abordez-vous cette performance dans votre management ?
Dans le management institutionnel ?

Ces entretiens ont été réalisés auprès de cadres de santé diplômés d'état et se sont déroulés sur une durée moyenne variant entre trente et quarante minutes.

3. Analyse des données recueillies

- Exploration de la thématique en lien avec la qualité des soins (questions 1 et 2) :

En ce qui concerne les aspects relatifs à la qualité des soins, pour l'ensemble des cadres de santé rencontrés, il apparaît clairement que sous le terme qualité résident deux composantes fondamentales du soin : qualité technique et qualité de relation.

Pour le cadre C1, lorsque l'on s'attache à parler de qualité des soins, il s'agit « *d'identifier des besoins ou des soins qui ne sont pas toujours issus de procédures. Dans la qualité des soins, il est tout aussi important de considérer l'importance du sens donné au travail, la place du lien noué avec le patient comme levier d'implication des équipes.* »

Pour le cadre C2 il est davantage question de « *soins effectués dans de bonnes conditions, dans le respect des règles de bonnes pratiques. C'est un soin qui apporte l'effet attendu, pour lequel il est parfois nécessaire de prendre du temps.*

En matière de qualité, le seul juge reste le patient. Parfois il faut accepter une perte de temps pour un gain de bénéfice du soin. Pour le soignant l'important c'est l'atteinte du but.

La qualité des soins peut répondre à des indicateurs de mesure : temps, satisfaction, résultat. »

Pour le cadre C3, la qualité des soins « *passé par la technicité de l'acte et tout ce qui entoure l'acte. C'est un prendre soin global. Au-delà d'une technicité de soin.* »

La qualité des soins résiderait ainsi à la fois dans le résultat obtenu en terme d'atteinte d'un objectif mais également dans les moyens déployés pour atteindre cet objectif constituant la qualité bien plus éminemment soignante du prendre soin.

Cette dernière notion demeure amplement plus complexe à définir par les cadres de santé tant elle est modulable de par la dimension humaine qu'elle comporte. En somme, cette qualité du prendre soin semble constituer une part incorporelle mais indispensable à la qualité des soins.

Outre les aspects mesurables de la qualité des soins tels que le suivi d'indicateurs, le respect des recommandations de bonnes pratiques, règles et procédures ; les cadres interrogés s'accordent sur la nécessaire dimension du sens accordé à la pratique.

Ce sens ne peut ainsi prendre naissance que dans les aspects singuliers de la relation de soin. Toute la dimension impalpable qui naît de la rencontre entre un soignant et un patient, la capacité du soignant à observer, écouter, comprendre les besoins de santé du patient voir les anticiper en considérant ce dernier dans toute son unicité bio-psycho-socio-culturelle.

Ainsi, la qualité des soins dans la globalité de ses dimensions reste donc une notion très subjective, variant à la discrétion de celui qui en évalue les aspects.

- Exploration des thématiques en lien avec les valeurs et l’appréciation de la qualité des soins (questions 3,4 et 6) :

Du point de vue du cadre de santé, il semble toutefois que cette qualité des soins ne puisse être déployée que dans des environnements favorisants, ne dépendant pas des moyens alloués, mais d’une volonté individuelle et globale à faire vivre des valeurs partagées et incarnées.

Pour autant, ces valeurs n’apparaissent pas figées, elles semblent évoluer selon que les personnes rencontrées et selon les missions exercées : soignant ou manager. Au décours des différents entretiens menés, deux valeurs ont systématiquement été identifiées comme prioritaires par et pour les cadres de santé : confiance et bienveillance.

Ainsi pour les cadres C2 et C3, les valeurs fondatrices de leur management sont par ordre de priorité : « *bienveillance, confiance, solidarité et équité.* »

Pour C1, « *les valeurs sont différentes selon que l’on se positionne en tant que soignant ou en tant que manager. Lorsque j’étais soignante, les valeurs importantes pour moi étaient la bienveillance, le respect et l’honnêteté. Aujourd’hui en tant que manager, ce sont la confiance, la bienveillance, l’engagement et l’exemplarité qui priment.* »

En sus, les cadres évoquent une appréciation de la qualité des soins au sein de leurs unités de la façon suivante :

	C1	C2	C3
Appréciation relative à la qualité des soins	« 7-8/10 grâce au travail de toute une équipe. »	« 7/10 sans considération d’efficience. »	« 8/10 »

Ces valeurs ont rapidement été corrélées aux notions d'efficacité et de performance abordées par la suite dans le déroulé des entretiens. En effet, la difficulté majeure pour les cadres à ce jour résiderait dans leur capacité à traduire et mettre en œuvre des décisions hiérarchiques institutionnelles n'ayant parfois que peu de sens dans l'idéologie des soignants. Confiance et bienveillance apparaissaient comme des éléments liants entre les cadres et leurs équipes facilitant les passerelles entre décisions stratégiques de l'institution et philosophie du soin ; et permettant le maintien d'une qualité des soins globalement évaluées entre 7 et 8 sur 10 par les cadres de santé.

- Exploration de la thématique en lien avec l'efficacité et la performance ainsi que leur intégration dans le management d'équipe (questions 5 et 7) :

Du reste, les appréciations sémantiques entre efficacité et performance restent largement variables d'un cadre à l'autre.

	C1	C2	C3
Efficacité	« Etre efficace sans être tenu à des résultats, il est question d'optimiser les moyens. »	« Atteindre des résultats à moindre coût (humain, financier, temps, matériel). »	« Optimiser les ressources, adapter toutes les ressources et sur tous les points. L'efficacité est un des points de la performance. »
Performance	« Atteindre l'objectif. Dans la performance, il y a une obligation de résultat. »	« Dépasser l'objectif attendu, faire mieux que l'objectif. »	« Ensemble comprenant l'efficacité et prenant en considération le contexte et la complexité du contexte. »

L'efficacité est une notion qui paraît plus spontanée à définir et intégrée à la culture managériale. Pour deux cadres l'efficacité consiste à atteindre des résultats en optimisant les ressources alors que la performance consiste à dépasser le résultat attendu.

Pour un des cadres interrogés, l'efficacité est une composante de la performance. La performance étant une appréciation du moyen employé pour atteindre le résultat.

Néanmoins, la performance n'est que ponctuellement évoquée durant ces entretiens laissant majoritairement place à l'efficience : ces trois cadres ne nomment la performance que lorsque une précision sémantique leur est demandée à la question 5. Ce terme n'est toutefois jamais spontanément employé en dehors de ce cadre. Ce dernier point laisse à penser que la performance n'est pas envisagée comme habituelle ni culturelle dans le domaine du soin. A cet égard, elle n'est d'ailleurs nullement intégrée en tant que concept en formation initiale soignante et semble encore peu lisible dans le management des cadres de santé.

Au-delà des de ces précisions, même si l'efficience s'intègre aujourd'hui de manière croissante dans les cultures managériales appliquées aux soins, les entretiens menés sur le terrain laissent à envisager que l'efficience ne prend sens dans le management des cadres de santé qu'à la nécessaire condition de traduire les finalités de cette optimisation de moyens en les unissant aux valeurs du soin et à la qualité des soins. Ce en s'attachant à développer un lien de confiance et de bienveillance entre le cadre de santé et ses équipes.

Les propos du cadre C2 mettent toutefois en évidence la difficulté de cette œuvre en précisant : *« Il est parfois difficile de porter des décisions qui n'ont pas nécessairement un sens évident, de les traduire et de les accompagner. »*

Pour le cadre C1 : *« Il est nécessaire de maintenir une marge de manœuvre pour rester en accord avec ses valeurs, nous devons avoir de la flexibilité dans les ressources. »*

Le cadre C3 quant à lui évoque qu'aujourd'hui *« le management humain ne prime pas sur les décisions économiques, il est donc important d'essayer de rationaliser, d'adapter le discours à la culture soignante, de trouver du sens dans le côté soignant. Trouver le moment le plus propice pour diffuser les décisions et laisser les gens s'exprimer.*

Mais cela risque de finir par mettre en doute l'incarnation des valeurs. Le lien de confiance est un verrou sécuritaire entre l'équipe et moi. Quoi qu'il en soit, cela nous demande à se positionner vite entre management et soins. »

A l'issue de ces entretiens, les fondements de ma réflexion se sont affinés laissant émerger la nécessité d'un complément conceptuel relatif à l'approfondissement de la notion de confiance dans le management d'équipe ainsi que son lien à la performance.

4. Complément conceptuel : confiance et performance

Avant d'envisager avec plus de précision la notion de confiance dans le travail, il nous faut d'abord en proposer une définition. Divers chercheurs en sciences sociales, philosophes et psychologues ont travaillé sur la notion de confiance qui renvoie à l'idée que l'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose.

Étymologiquement, le verbe confier du latin « *confidere* » : « *cum* » : avec et « *fidere* » : fier, signifie qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi.

La confiance apparaît comme un problème complexe et force est de constater que la confiance relève d'une problématique d'éthique et de philosophie morale.

Les théories récentes du « *care* » montrent que l'attention et la prévenance concernent l'ensemble des sujets et notamment ceux qui sont engagés dans le monde du travail.

DESCARTES envisage dans ses théories un sujet adulte, doté de raison ; mais pour le clinicien, même le plus raisonnable d'entre nous est régulièrement rattrapé par l'expérience de l'enfant qui perdure dans l'adulte. Dans les théories modernes, faire confiance c'est risquer certains aspects de son avenir en pariant sur la loyauté de la personne à qui on octroie sa confiance. Ainsi, la confiance est fragile et toujours quelque peu empreinte de naïveté. Pour autant, sans elle, il ne peut y avoir de vraie relation, de vraie collaboration. Elle se construit dans le temps, l'investissement et fait la preuve de son bienfondé. Elle n'est jamais totalement acquise et fait l'objet permanent d'une exposition à la trahison. En ce sens, elle oblige à la responsabilité.

La loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé intègre pleinement ce concept de confiance en tant que fondement philosophique. Sous l'article L. 1111-6, correspondant au droit du patient à désigner une personne de confiance, il est mentionné : « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.⁴³ »

⁴³ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Titre II, Article 11.

De ce fait, la loi envisage la confiance sous deux dimensions : la confiance dans la relation entre le patient et la tierce personne qu'il désigne mais également la confiance entre le patient et l'institution médicale dans la perspective du respect de cette désignation.

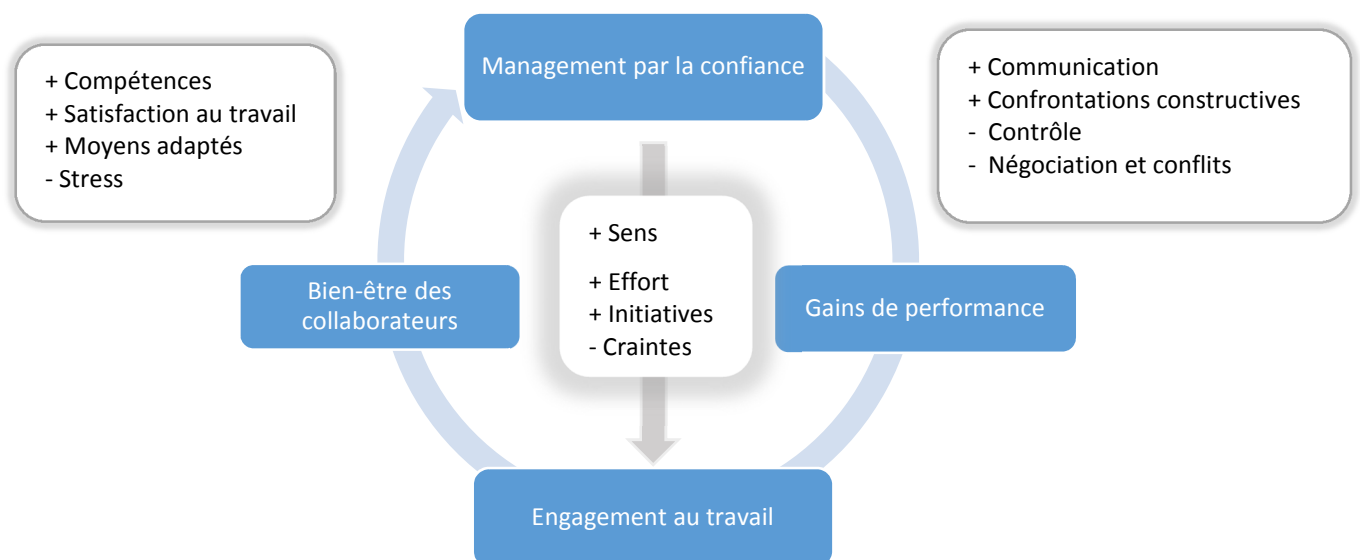
D'un point de vue managérial, ce concept commence peu à peu à s'immiscer dans les politiques opérationnelles ayant fait la preuve du bienfondé de sa mise en œuvre dans une perspective de mieux vivre et mieux travailler ensemble.

Parallèlement à cela, nos modes d'organisation ainsi que les contextes économique et sanitaire actuels nous contraignent à une rationalisation constante des ressources et densifient les activités.

En ce sens, ils réduisent considérablement nos espaces de créativité et d'expression. En ce qui concerne le lien qui pourrait implicitement s'établir entre confiance et performance, il s'agit là d'envisager que dans un système de plus en plus contraint, nous nous tournons fondamentalement vers ce qui est essentiel et nous rassure : l'humain.

Avoir confiance, se fier à, c'est avant tout se reconnaître au travers du partage des valeurs qui confèrent un sens commun dans le travail. Aussi, si l'on considère que ce sens commun représente les fondements de la pertinence que l'on donne au travail, alors la confiance devient un levier de performance.

Bénéfices d'un management par la confiance⁴⁴



⁴⁴ D'après une modélisation extraite de la présentation des 5 principes pour réussir à instaurer un management par la confiance, ErgoManagement, Toulouse.

Comme envisagé précédemment, la performance ne peut s'atteindre qu'au travers de trois éléments intrinsèquement liés : efficacité, efficience et pertinence. Or interroger la pertinence de l'action revient à envisager une réflexivité sur cette dernière. Cette réflexivité, intégrant une finalité de pertinence, ne peut être engagée sans que soit clairement identifié le sens de cette action au-delà même de son simple but. Si l'on s'en réfère au raisonnement ci-dessus, la confiance est gage de sens partagé. Par liens successifs, la confiance permet ainsi de développer la pertinence, au travers notamment de la responsabilité morale à laquelle elle engage, aboutissant vers un renforcement de la performance.

V. PROBLEMATISATION

Les enjeux actuels de notre système de santé sont considérables et demandent de concilier politiques de soin et politiques économiques. Du fait d'un contexte budgétaire contraint, la recherche d'efficience se lit sur toutes les lèvres, l'heure est à l'optimisation des ressources et les managers se voient placés en première ligne de cette chasse aux surcoûts.

Pour autant qu'il soit inévitable de prendre en considération cette contrainte économique dans le paysage sanitaire au sein duquel nous œuvrons, il semble que les questions d'ordre morale occupent une place grandissante dans le soin, « *faisant basculer la logique de la prise en charge (cure) vers la logique du prendre soin (care).*⁴⁵ »

Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement de soigner l'humain mais de veiller à soigner avec humanité. En ce sens, entendons un soin soucieux de la performance due au patient, ne se réduisant en aucun cas aux simples mesures des ratios coût - efficacité, mais une performance soucieuse de la relation de confiance humaine gage de la qualité du soin tout autant que de la qualité du lien.

Si nous nous en tenons au raisonnement décrit précédemment par P.GIBERT, la performance résulte des relations qui s'opèrent entre efficacité, efficience et pertinence. D'un point de vue purement stratégique, ce modèle peut être déployé dans tout contexte de travail, y compris notre modèle sanitaire.

Toutefois, au regard d'une politique du « *care* », l'efficience apparaît comme un moindre mal largement insuffisant en terme de pertinence.

Aujourd'hui plus que jamais, nous ne devons pas perdre de vue que nous n'opérons pas au sein de n'importe quelle entreprise, comme nous le rappelle notamment la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Pour garantir la qualité des soins, la performance ne peut être atteinte qu'au moyen d'une pertinence de l'action empreinte de sens partagé, de valeurs et de proximité. En somme, ce que nous envisagerons au travers d'une éthique du management.

⁴⁵ Claire GEORGES-TARRAGANO (dir.), *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*, Presses de l'EHESP, 2015.

M. KAPTEIN, professeur en déontologie et gestion de l'intégrité définit « trois grandes caractéristiques du manager éthique :

- L'authenticité : le manager sait pourquoi il agit et dans quel but.
- La fiabilité : le manager dit ce qu'il fait et fait ce qu'il dit.
- La constructivité : le manager est susceptible de rendre compte de ses actes et décisions. À l'écoute, il est prêt à accepter la critique et à se remettre en question.⁴⁶ »

Ce postulat rejoint intrinsèquement les axes théoriques précédemment évoqués. En effet, l'authenticité s'apparente ici au sens de l'action, la fiabilité est gage de confiance et la constructivité trouve ses fondements dans la responsabilité morale du manager.

Ainsi l'exemplarité éthique du cadre de santé reposant sur la triade : responsabilité morale, confiance et sens de l'action, semble pouvoir constituer une piste de réflexion dans la recherche d'une juste mesure entre éthique et performance.

Pour autant, être un manager faisant acte de ces vertus n'est pas chose facile.

Dans le contexte actuel de recherche d'efficience et de performance, l'éthique du cadre de santé n'a jamais autant été en danger, au risque d'être évincée. Ce point crucial engage le cadre vers un positionnement singulier entre philosophie du soin et stratégie de la performance.

Afin d'éclairer cette interrogation nous aurons recours à l'**hypothèse de recherche** suivante :

La posture éthique du cadre de santé est soluble au profit d'une nécessité de performance actuellement grandissante.

⁴⁶ BECU Sophie, Bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital, Soins cadres n° 83, août 2012.

VI. ENQUETE EXPLORATOIRE DU TERRAIN

1. Méthodologie de recherche

Ayant ancré un objet de recherche dans cette démarche inductive, nous allons à présent nous attacher à développer un raisonnement hypothético-déductif afin de servir nos ambitions exploratoires. Dans le but de préciser la méthodologie mobilisée, nous préciserons dans un premier temps le choix de la population étudiée puis le choix de l'outil.

1.1. Population étudiée

Ce travail de recherche se situe dans la sphère du management des cadres de santé, quels que soient la spécialité ou le secteur d'activité au sein desquels ils sont amenés à exercer leurs fonctions. En effet, les questions relatives aux enjeux prenant vie entre éthique et performance touchent aujourd'hui l'ensemble des cadres de santé.

- **Critères d'inclusion**

Notre choix s'est porté sur des cadres de santé exerçant au sein de spécialités diverses afin de prendre la mesure de l'impact éventuel du mode de prise en charge des patients sur la performance attendue de la part des institutions de santé. Dans la même perspective, nous avons fait le choix de rencontrer des cadres de santé au sein d'établissements publics, privés à but lucratif et privés associatifs sans but lucratif.

Ces cadres ont une expérience significative dans leurs fonctions d'encadrement avec une ancienneté minimale de 8 ans dans la fonction. De plus ils peuvent être amenés à occuper des missions transversales de management au sein de leurs établissements ou secteurs d'activités respectifs en sus de l'encadrement de proximité d'unités de soins. Nous cherchons ici à confirmer un réel changement de paradigme dans les modes de gouvernance actuels des établissements de santé. Nous souhaitons donc rencontrer des cadres ayant vécu ces changements pour prendre la mesure de leur positionnement dans ce contexte.

Le genre est un facteur qui n'entre pas en ligne de compte, le cœur de notre sujet ne résidant pas dans ce critère.

- **Critère d'exclusion**

Nous avons fait le choix d'exclure de notre recherche les cadres en prise de poste récente (moins d'une année). En effet, dans ce contexte, il semble qu'une période d'adaptation soit nécessaire afin d'appréhender d'un point de vue systémique les organisations de travail. Ainsi, cet élément pourrait constituer un biais quant à notre objet de recherche.

1.2. Choix de l'outil

La phase exploratoire de ce travail va nécessairement faire appel aux vécus et expériences des cadres de santé. Aussi, il nous semble incontournable d'aller à la rencontre de cette population afin d'envisager la proximité de la rencontre comme étant également source de recueil de données dans l'analyse des comportements et réactions suscités par mes questionnements.

L'entretien semi-directif apparaît donc comme étant l'outil le plus adapté dans le cadre de cette recherche. En effet, l'entretien semi-directif est une technique qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives des phénomènes étudiés.

Le procédé de la recherche qualitative s'avère, selon de nombreux auteurs, particulièrement adapté aux travaux menés dans le champ de la santé, des soins infirmiers, du management, mais aussi aux travaux réalisés à la frontière de plusieurs disciplines.

« L'entretien semi-directif est une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur... Sur le plan méthodologique, l'objectif est de saisir le sens d'un phénomène tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens.⁴⁷ »

Afin d'adapter au mieux le contenu des entretiens à notre objet de recherche, une grille d'entretien a été élaborée reprenant un ensemble de questions semi-directives organisées par ordre stratégique de précision.

⁴⁷ Geneviève IMBERT, L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, Revue Recherche en Soins Infirmiers n° 102, 2010.

Cette grille d'entretien mobilisée reprend quelques éléments abordés lors de la pré-enquête, toutefois, dans un souci de précision et de finesse dans la recherche, la trame initialement utilisée a été révisée comme le présentent les éléments ci-dessous.

Les deux premières questions permettent de préciser l'ancienneté du cadre de santé dans sa fonction ainsi que ses différents domaines d'exercice.

Les trois questions suivantes sont relatives à la performance : distinction envisagée par le cadre de santé entre efficience et performance, puis point de vue après précision conceptuelle.

Le questionnaire suivant permet au cadre de santé d'évoquer son appréciation de la performance atteinte au sein des unités qu'il manage en tenant compte du contexte institutionnel.

Par la suite, différentes valeurs inscrites sur des cartes sont présentées au cadre de santé, puis il lui est demandé de sélectionner et prioriser des valeurs.

Les questions 9 et 10 permettent d'évoquer les éléments prioritaires dans le management du cadre de santé rencontré, lui laissant la possibilité de se positionner entre éthique et performance avant de motiver ses choix.

La question 11 permet de préciser la façon dont la performance est envisagée dans le management du cadre ainsi que dans le management institutionnel.

Enfin, la douzième et dernière question ouvre la réflexion sur les points d'attentions prioritaires observés par le cadre de santé lorsqu'il est amené à effectuer ou participer à un recrutement.

Dans la volonté de suivre une rigueur méthodologique inhérente à tout travail de recherche, une demande préalable a été adressée aux directions des soins des établissements où se sont déroulés les entretiens. Après accord des directions, les cadres de santé ont été contactés par téléphone en vue de préciser l'intention de la recherche puis fixer des rendez-vous.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des cadres rencontrés. Ils ont fait l'objet d'enregistrements audio-graphiques sur autorisation des publics concernés après avoir garanti le respect de leur anonymat.

2. Traitement des données

Afin d'effectuer le traitement des données recueillies, nous nous sommes orientés vers une analyse de contenu type BARDIN. Cette méthode nous paraît être la plus adaptée à notre objet d'étude dans la mesure où elle s'attache à rendre compte des propos des professionnels interviewés avec objectivité et fiabilité.

L'analyse de contenu type BARDIN est envisagée comme une technique de rupture permettant le dépassement de l'incertitude et l'enrichissement de la lecture. Cette méthode répond à deux fonctions : une fonction heuristique ainsi qu'une fonction d'administration de la preuve.

De cette façon, nous allons tenter d'analyser la signification des propos recueillis afin d'apporter un éclairage empirique à nos interrogations.

Dans cette perspective, nous aurons recours à une méthodologie en trois étapes comme décliné par L. BARDIN (2014) :

- Retranscription des données. Cette étape consiste en une retranscription écrite des informations recueillies. Ces éléments font état des données brutes de l'enquête, il s'agit ici de noter mot pour mot ce qu'a dit l'interviewé sans changer le texte ni sa chronologie. Dans la perspective d'un examen fortement orienté sur le sens, bien que débordant la rigueur de cette méthode d'analyse, les temps de silence et attitudes significatives seront également analysés car précieux en tant que facteurs interprétatifs.
- Classement des données et codage. A partir de la grille d'entretien ainsi que des informations recueillies, une grille d'analyse est établie à l'aide de catégories et sous-catégories. Les catégories constituées répondent à des critères d'homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence. Les données qualitatives brutes sont ainsi classées au sein des catégories déterminées.
- Traitement des données qualitatives. Le traitement des données s'effectuera dans une visée sémantique au service d'une étude prioritaire du sens des idées émises par les professionnels rencontrés.

3. Analyse des résultats

3.1. Présentation des cadres interrogés

Le tableau présenté ci-dessous fait état des différents profils des cadres interrogés.

Genre	Age	Ancienneté dans la fonction cadre de santé	Missions transversales spécifiques
CDS 1 Femme	49 ans	24 ans	Cadre coordonnateur d'un pôle de médecine
CDS 2 Homme	62 ans	8 ans	-
CDS 3 Homme	62 ans	30 ans	Directeur adjoint des soins Cadre coordonnateur d'un pôle de chirurgie
CDS 4 Femme	59 ans	16 ans	-
CDS 5 Femme	46 ans	13 ans	-

La population rencontrée présente une expérience professionnelle certaine dans la fonction cadre de santé, l'ancienneté moyenne étant de 18 ans avec une expérience minimale de 8 ans. La moyenne d'âge de la population sollicitée se situe à 55 ans ½.

Au sein de cette population, deux cadres de santé occupent, parallèlement à leurs missions d'encadrement de proximité, des missions de coordination au sein de leurs pôles d'exercice à savoir un pôle de médecine en secteur privé et un pôle de chirurgie en secteur public, de surcroît, un cadre de santé occupe le poste de directeur adjoint des soins.

3.2. Représentations de la performance pour les cadres de santé

Les cadres de santé rencontrés ont envisagé la notion de performance sous deux axes distincts. Trois cadres s'accordent à rattacher la notion de performance à l'aspect économique qu'elle sous-entend. Pour ces derniers la performance s'apparente inévitablement à des facteurs économiques, ils pensent être performants dès lors que leurs activités contribuent à un bénéfice, éludant, de fait, l'idée de qualité des soins. Pour C1, « on nous demande toujours d'être performants sur plusieurs niveaux : au niveau budget, on a des attendus au niveau ressources humaines, au niveau activité. » Pour C3, « la notion de performance émerge dans les établissements de santé comme des performances économiques. » Enfin, pour C5, « souvent on associe la performance à la rentabilité », « on est très souvent confrontés à cette notion de performance-rentabilité, parce que depuis de nombreuses années, notre système de soins a basculé vers la tarification à l'activité...le système pervers de la tarification à l'activité c'est qu'il y a cet enjeu financier. »

Le recueil de ces propos met en évidence une forme de confusion voire de réduction dans le concept de performance.

Pour C2 et C4, la performance est envisagée en lien avec les objectifs fixés et ne tient pas nécessairement compte de cet aspect économique. C2 précise « l'efficacité tient compte de l'économie, la performance n'en tient pas compte. Je suis performant parce que j'ai atteint mes objectifs ». Du point de vue de C4, « c'est plus dans des études de résultat qu'on voit si on a été performant, sur les objectifs qu'on nous avait posés. »

En regard de cette notion de performance, la notion d'efficacité a été suggérée. Dans le contexte professionnel actuel, ce terme est entré dans l'usage courant, il semblait donc pertinent de recueillir le témoignage de la population rencontrée à l'égard de cette notion afin d'en extraire une éventuelle corrélation avec la performance. De ce point de vue, il apparaît que l'efficacité est systématiquement envisagée en complémentarité de la performance. Toutefois leurs attributs diffèrent en rapport aux éléments précédemment définis concernant la performance.

Pour C2 et C4, l'efficacité correspond à une optimisation des coûts dans la perspective d'une atteinte rationnelle des objectifs déterminés : « L'efficacité tient compte de l'économie, je suis efficace lorsque j'atteins mes objectifs à moindre coût » (C2) ; « l'efficacité, il y a forcément un enjeu économique derrière, les moyens qu'il faut pour arriver au résultat, donc souvent, on est efficace à faire le mieux avec le moins de dépenses possible » (C4).

Les autres cadres ont rencontré quelques difficultés pour exposer leurs représentations de l'efficacité. Différentes dimensions sont exposées : « C'est tout ce que l'on peut apporter en plus, en fin de compte, pour être vraiment au résultat attendu. Quand on est efficace, c'est qu'on répond vraiment au résultat » (C1) ; « Il est important d'être efficace pour apporter une prise en charge qualitative. Ce que j'entends par qualitatif, c'est faire le bon soin au bon moment » (C5), « ce qui m'intéresse dans le travail fait par les équipes, c'est que l'efficacité du travail soit au rendez-vous. C'est-à-dire que la qualité des soins rendus au patient soit conforme aux bonnes pratiques et éventuellement soit conforme au parcours de soins qu'on a déterminé » (C3).

Ces éléments mettent en lumière des écarts de perception certains entre ces deux notions. Bien que les éléments significatifs que recouvrent la performance et l'efficacité aient été énoncés, des différences de représentation sont observables. Aussi, l'énoncé de la théorie conceptuelle de P. Gibert relative à la performance a permis aux cadres d'envisager ces notions sous un axe commun. Dans le même temps, la présentation de cette théorie a autorisé l'introduction d'une nouvelle composante : la pertinence.

De nouveau, nous constatons un écart de positionnement. C1, C3 et C5 se disent en accord avec ce modèle conceptuel : « ça répond parfaitement de l'objectif pour arriver au résultat » (C1), « c'est un modèle intéressant effectivement parce que je pense que cette somme-là est la résultante » (C5) ; « ça veut dire qu'à ce moment-là on appréhende la performance comme la synergie croisée d'un certain nombre de facteurs, comme dans les conditions de travail. Dans ces conditions-là, oui » (C3).

En parallèle, C2 et C4 émettent des réserves quant à la transférabilité de ce modèle en situation de travail : « Comment ça se traduit dans la réalité ? Avec quels indicateurs ? Je suis d'accord avec le principe mais je veux voir comment on fait sur le terrain » (C2), « je trouve que ce sont des termes qui englobent tellement de choses, qu'on peut tout faire, tout mettre et tout dire derrière. Qui pose l'objectif ? Qui pose le résultat ? Qui pose de la pertinence ? » (C4).

Pour les trois premiers cadres (C1, C3 et C5), ce modèle unissant efficacité, efficacité et performance semble représenter une alliance suffisante pour un travail quotidien de qualité.

En revanche, pour les deux autres cadres (C2 et C4), ce modèle est largement insuffisant car il ne laisse pas de place à la dimension humaine « je pense que dans ces mots il manque l'être humain, je ne sens pas tout ce côté qui fait que c'est spécifique. Si je travaillais dans l'industrie,

j'aurais les mêmes termes » (C4), « traduit ici, c'est quoi ? Il faut que j'ai combien de gens qui meurent ou combien de gens qui survivent ? » (C2).

Le poids de propos recueillis laisse à penser que pour ces deux derniers cadres, la dimension humaine singulière et spécifique du soin ne peut se réduire à une simple équation reposant sur des facteurs rationnels, quantifiables et mesurables.

Il est également intéressant de relever que ces deux cadres sont également ceux qui envisagent la performance comme une notion distincte de la composante économique.

En synthèse :

Nous voyons bien que les représentations en lien avec la performance sont diverses et que cette notion n'est pas harmonisée pour l'ensemble des cadres rencontrés. Qu'il s'agisse de performance ou d'efficience, les discours s'accordent en laissant émerger la composante économique à laquelle peuvent renvoyer ces termes. Les éclairages conceptuels permettent d'envisager la performance comme étant la somme de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence, ce modèle laisse apparaître pour certains cadres la nécessité d'ancrer la dimension humaine dans ce processus afin de lui conférer une transférabilité dans le système de santé.

Ces éléments permettent d'entrevoir deux profils au sein de notre public, le premier tendant à envisager une performance axée sur la gestion rationnelle de l'activité, le second plus soucieux de la dimension humaine de ce système. Pour les 3/5^{èmes} de notre échantillon, la performance se borne sur le concept économique, ces cadres ont plus d'ancienneté dans la fonction que ceux soucieux d'associer à cette dimension les notions d'humanité et de qualité. Il se pourrait donc que la culture du soin s'essouffle progressivement dans le temps au profit d'une dimension plus économique.

3.3. Performance institutionnelle : des limites identifiées

Si les représentations de la performance pour les cadres de santé font état d'une tendance à la confusion dans le concept en faveur de composantes strictement économiques, il semble que tous s'accordent sur la cristallisation des attentes institutionnelles autour d'une rationalisation ainsi que d'une quantification de l'activité de soin.

« Aujourd'hui dans les établissements de santé la performance est abordée uniquement par le biais d'indicateurs qualité, c'est le dérapage. Je pense qu'aujourd'hui la performance elle n'est analysée que par la lorgnette des indicateurs. Donc en fait, on se rend compte qu'aujourd'hui on colle à des indicateurs, internes et externes, qu'on nous soumet par différentes tutelles » (C3).

Ce cadre énonce ici l'idée selon laquelle toute activité de soin doit aujourd'hui se conformer à des indicateurs, en d'autres termes, la qualité des soins ne s'évalue, à présent, qu'au travers de données chiffrées rationnelles tendant à ignorer la globalité des composantes de ces soins. De fait, il semble que l'appréciation de la qualité des soins se contente d'attributs objectivables au détriment de sa composante fondamentale que représente la relation de soin.

En ce sens, C2 précise : « moi, je ne sais pas qualifier une relation de qualité ... c'est difficile d'avoir des indicateurs pour ça, et c'est en ça que je ne serai jamais un économiste, parce que les économistes ont une certaine tendance à penser que l'être humain est rationnel, et moi je sais que l'être humain n'est pas rationnel. »

Dans la poursuite de ce développement, C4 nous relate : « au niveau de l'institution, il y a des choses qu'ils n'ont pas vraiment interrogées ... on est soumis à toutes les contraintes, à toutes les exigences et c'est vrai que là c'est quelque chose d'assez violent pour l'établissement et on essaie de s'aligner : il ne faut pas avoir de déficit, monter l'activité. C'est le questionnement au quotidien la performance. Performance en terme économique surtout... Ça nous a obligé à travailler différemment. »

Nous voyons bien ici que la recherche permanente de performance économique conduit les professionnels du soin à modifier leurs méthodes de travail : « on a beaucoup de travail qui a été fait sur la gestion des stocks, c'est assez drastique, mais ça ne s'est pas trop mal passé. Là où c'est le plus délicat c'est sur le personnel. Ça c'est plus compliqué parce que c'est le soin. Le matériel c'est moins douloureux que lorsqu'on dit qu'on va enlever du personnel. C'est peut-être notre fibre soignante qui est plus sensible ! » (C4).

Dans ses propos, ce cadre nous précise « Ça nous a obligé à travailler différemment », ce changement de méthodes de travail nous laisse entendre une atteinte du soin, de la relation de soin dans sa dimension immatérielle et incontournable.

Ces éléments nous amènent à nous interroger sur les conséquences de cette quête de performance sur le soin ainsi que sur la posture des soignants, de surcroît, sur celle des cadres de santé. Ces obligations économiques semblent nous conduire à un décalage sémantique du concept de soin.

Pour C1, « de temps en temps je me permets de ne pas recalculer les équipes en fonction de l'activité. Si j'étais le bon manager qu'il faut, je devrais faire partie des gens, de temps en temps, je ne le fais pas forcément parce que je sais qu'il en reste et ceux qui restent c'est quand même les plus lourds. Donc d'un point de vue éthique je me dis aussi qu'il faut de temps en temps que les filles aient le temps. Je prends en compte aussi cette mesure dans mon quotidien.

Je sais que quand je vais vraiment chuter mon activité, je ne serai pas performante mais c'est un choix. On ne peut pas toujours s'arrêter à un nombre de lit, il faut aussi regarder ce qu'on a dans les lits. »

C1 considère que prendre la mesure de la charge en soins ne fait pas de lui « le bon manager qu'il faut ». Cela sous-entend clairement que pour être un bon manager, il faudrait se tenir à une gestion économiste de l'activité. Nous voici de nouveau confrontés à la limite quantitative du concept de soin.

C5 nous apporte des éléments d'éclairage dans une visée compréhensive : « j'ai eu, en d'autres temps, à manager avec les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) et j'en ai vu les effets très positifs, j'en ai vu aussi les côtés pervers. Mais le côté positif des choses, c'est que les gens essayaient d'objectiver ce qu'ils apportaient pour des patients. Là où c'était très compliqué, c'était d'objectiver la relation aux patients.

Au jour d'aujourd'hui, ici en tout cas, nous ne faisons plus de SIIPS, parce que notre direction des soins, pour l'instant, n'appréhende pas ce modèle comme étant un modèle qui permet de valoriser les soins infirmiers. Mais au jour d'aujourd'hui, on a plus de modèle et du coup on arrive plus à mettre en évidence que dans certains secteurs d'activité, il nous faut avoir tel type de moyens humains pour nous permettre de répondre qualitativement et de façon efficiente à la prise en charge des patients qui nous sont confiés. »

Au sein de cette dictature du nombre, les outils permettant au cadre de santé de mettre en lumière la globalité du travail de soin sont absents. De fait, les moyens alloués par les gestionnaires ne tiennent compte que d'une activité technique standardisée.

En référence au modèle conceptuel de la performance présenté en amont, il apparaît que la recherche de performance, prônée par les établissements de santé, ne serait en fait qu'une simple recherche d'efficacité économique qui n'aura de sens que dans un équilibre entre pertinence et qualité de soin. Dans cette condition, soignants et cadres de santé donneront du sens à leur démarche professionnelle.

La qualité du soin, de par ses consubstantielles dimensions qualitatives et quantitatives, tendrait donc à se décaler vers une qualité du chiffre.

Dans ce contexte, le risque majeur qui s'expose à nous est d'envisager la qualité des soins comme un cahier des charges, détaché de toute singularité humaine et mettant à jour le risque d'une banalisation de l'humain dans nos organisations.

L'idée selon laquelle la banalisation de l'humain et la routine naissent généralement d'une perte de sens semble se confirmer au regard des propos recueillis : « ce que l'on remarque aujourd'hui, dans ce que les jeunes disent même les jeunes soignants, c'est qu'il y a souvent une perte de sens dans ce qu'ils font. J'ai déjà vu des jeunes cadres débiter leurs carrières en ayant déjà de la perte de sens. Donc là il y a quand même un questionnement. » (C3).

« Le problème dans la santé, mais comme dans toutes les entreprises aujourd'hui, c'est que finalement le management au sommet n'arrive plus à se dire qu'il y a du sens à mettre en synergie toutes les compétences et tous les talents, mais qu'au contraire il faut un certain nivellement par le bas de tout le monde.

On voit dans les entreprises aujourd'hui, plutôt un nivellement par le bas de tout le monde. C'est-à-dire plutôt l'émergence de la médiocratie comme mode de management. Faut pas dépasser, faut pas une tête qui dépasse, faut pas avoir d'esprit critique. Tout ça finira par s'effondrer. » (C3).

Cette tendance à la banalisation et à la perte de sens ouvrirait ainsi le chemin vers une réelle perte de qualité du travail si l'on s'en réfère aux propos recueillis ci-dessus.

En synthèse :

La recherche de performance se décline aujourd'hui par le seul prisme de l'efficacité. Dans cette approche, la dimension globale de la qualité des soins est mise à mal car peu ou prou de données chiffrées font état de la dimension qualitative qui constitue ce concept. Aussi, nous voyons poindre un écart sémantique, du concept de soin vers une tendance restrictive à la qualité du chiffre. Par voie de fait, nous sentons naître une perte de sens évidente pour les acteurs du soin en lien avec un fort ressenti de banalisation de l'humain dans un système se voulant bien trop rationnel.

Cette banalisation n'ouvrirait-elle pas le chemin vers une cécité empathique ? Face à ce constat, nous pouvons nous interroger sur l'émergence d'écarts de positionnement au sein du corps des cadres de santé.

3.4. Cadre de santé : des priorités managériales nettement définies

Dans la perspective d'appréhender le positionnement des cadres de santé face à ces interrogations, nous avons fait le choix de présenter, pendant les entretiens, différentes cartes aux cadres de santé rencontrés. Sur chacune de ces cartes était inscrite une notion. Ces notions étaient au nombre de 8, 4 se référant à la philosophie du soin :

- Bienveillance
- Confiance
- Sens
- Exemplarité

Les 4 autres s'apparentaient à un domaine plus stratégique :

- Efficacité
- Rentabilité
- Efficience
- Pertinence

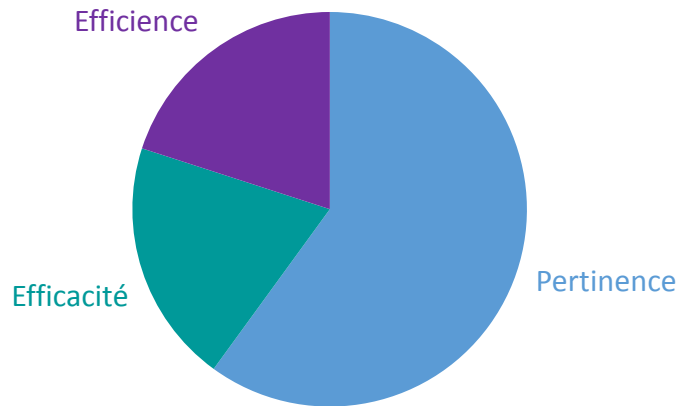
Ces cartes ont été volontairement présentées en deux temps distinct aux cadres de santé. Dans un premier temps, les 4 cartes « stratégie » sont présentées dans un ordre aléatoire puis il est demandé au cadre de santé de sélectionner celles qu'il souhaite retenir. Il leur est ensuite demandé de les classer par ordre d'importance. Les cadres de santé n'ont à ce moment pas connaissance des 4 autres notions qui vont leur être présentées.

Dans un second temps, l'exercice est reproduit à l'aide des 4 cartes « philosophie ». Les données ci-dessous font état des résultats obtenus.

Catégorisation des notions exposées

Cadre de santé	Cartes « stratégie »			
	Efficacité	Effizienz	Pertinence	Rentabilité
C1	2	3	1	4
C2	2	3	1	Éliminé
C3	2	3	1	4
C4	1	2	3	Éliminé
C5	3	1	2	4

CHOIX PRIORITAIRES DANS LES NOTIONS "STRATÉGIE"



Pour la majorité du public rencontré (60%), la pertinence constitue la notion prioritaire dans leur management. Sous la notion de pertinence, les avis s'accordent à envisager une place prépondérante pour le raisonnement clinique, la réflexion et l'adaptation aux situations de soin dans toutes leurs dimensions technique et relationnelle.

Suivent respectivement les notions d'efficacité et d'efficience.

En ce qui concerne la rentabilité, seuls 3 cadres ont fait le choix de la conserver et l'ont envisagée comme pouvant être la résultante des notions précédentes.

Pour autant, il est intéressant de remarquer que cette notion de rentabilité, lorsqu'elle a été retenue, l'a été en ultime position, dans une détermination apparente de maintenir cette idée loin des volontés managériales des cadres de santé.

Les cadres rencontrés se sont peu exprimés sur ces notions, ils ont rapidement réalisé une sélection et un classement. Bien qu'ayant la possibilité de ne retenir que certaines des cartes présentées, seuls C2 et C4 se sont autorisés à évincer la rentabilité. D'un point de vue global, notre public a fait preuve d'une soumission librement consentie à l'autorité bien que laissant apparaître des attitudes physiques en faveur d'une difficulté d'adhésion à certaines notions.

Ainsi, nous pouvons penser que lorsque ces cadres sont confrontés, dans leurs activités managériales quotidiennes, à des aspects stratégiques s'apparentant à l'efficience ou la

rentabilité, ils pourraient se soumettre de la même façon à l'autorité institutionnelle malgré des difficultés d'adhésion à ces valeurs.

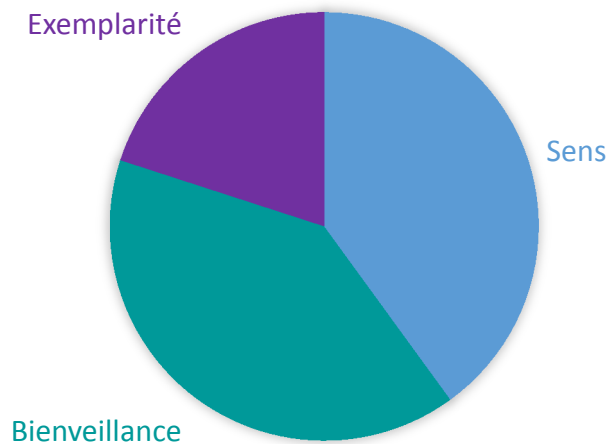
Précédemment, nous avons mis en évidence un positionnement stratégique des établissements de santé dans le sens d'une performance réduite à l'efficacité. Dans ce paradigme, en référence au modèle conceptuel de P. GIBERT, la pertinence est écartée. Or nous voyons ici qu'elle représente une composante prioritaire pour les cadres de santé.

Comment donc donner du sens aux exigences institutionnelles lorsqu'elles éludent les priorités requises dans la perspective d'une qualité globale des soins ?

Dans un second temps, nous avons donc cherché à mettre en exergue les valeurs prioritaires pour les cadres de santé en vue de faire un lien avec leur positionnement. Pour ce faire nous leur avons donc présenté les 4 autres cartes en lien avec des notions plus axées sur la philosophie de soin.

Cadre de santé	Cartes « philosophie »			
	Bienveillance	Confiance	Exemplarité	Sens
C1	1	Éliminé	2	3
C2	1	3	4	2
C3	2	3	4	1
C4	2	3	4	1
C5	3	4	1	2

CHOIX PRIORITAIRES DANS LES NOTIONS "PHILOSOPHIE"



Au moment de la présentation de ces 4 autres notions, 4 des 5 cadres ont marqué un temps d'arrêt avant d'énoncer leur satisfaction de voir ces notions apparaître : « là c'est autre chose, on est dans le domaine de l'éthique là » (C3), « ce sont des mots qui me parlent ça, ils me parlent tous en tant que soignant et en tant que cadre » (C4), « ça fait partie de mes valeurs » (C5). C2 marque un temps de pause certain et fixe ces termes avec un large sourire, « j'ai du mal à faire un choix ».

Ces éléments laissent envisager une certaine congruence entre les choix précédemment effectués en faveur d'une priorisation de la pertinence des choix managériaux et l'introduction de ces notions relatives à l'essence soignante.

La bienveillance et le sens retiennent l'attention des cadres rencontrés sans aucune ambiguïté. Un cadre écarte la notion de confiance et les 3/5^{èmes} de notre échantillon abordent l'exemplarité comme la résultante des notions précédentes. Nous pouvons ici penser, en lien avec l'analyse des notions précédentes, que pour 60% de la population étudiée, l'exemplarité serait assimilée à une exemplarité en terme de rentabilité et donc reléguée en fin de classement de la même façon que la rentabilité précédemment.

Pour 40% de notre population, l'exemplarité semble se décliner au travers du sens, de la confiance et de la bienveillance.

Elle s'expose également comme levier managérial dans ce contexte restreint.

« Etre exemplaire c'est une notion fondamentale pour manager, pour montrer le chemin à ses collaborateurs...Par ailleurs, pour être un bon manager, il faut, au-delà de l'exemplarité, avoir soi-même un sens éthique et un sens clinique de ce qu'on a envie pour l'univers dans lequel on va être » (C5).

Cette volonté d'exemplarité introduit ici la notion du sens éthique. Sous un prisme économiste, les décisions visant l'efficacité et la rentabilité sont des décisions marquées de sens pour les dirigeants. Ce que nous montre ce cadre, c'est qu'une nouvelle fois, nous devons prendre garde à la confusion sémantique. Le sens du travail au cœur du soin n'est en rien un sens orienté sur la finalité économique, mais un sens tourné vers l'éthique.

Walter HESBEEN nous rappelle que « *l'éthique au quotidien des soins consiste à déployer, au sein des structures et des équipes, une vigilance qui conduit à interroger les manières d'être et de faire en regard de la singularité des situations de soins.*⁴⁸ »

Pour les cadres de santé, c'est donc pleinement dans ce sens éthique que réside la pertinence d'un système de soin performant.

En synthèse :

Le concept de pertinence est fondamental et prioritaire pour les cadres de santé.

Pour la majorité du public rencontré, il semblerait que l'exemplarité soit envisagée sous le prisme de l'efficacité et de la rentabilité. Pour d'autres, l'exemplarité du cadre de santé prend forme au travers du sens éthique que le manager confère au travail.

Cette approche définit les priorités managériales des cadres de santé de proximité, en regard des décisions et exigences institutionnelles bien souvent réduites à une recherche d'efficacité. Pour reconsidérer la performance dans son exhaustivité et lui conférer de la pertinence, il est donc nécessaire de redonner du sens au travail.

« Le sens, il est dans la qualité de soins ... finalement dans tout ça, c'est bien gentil de s'intéresser à la performance d'un établissement mais à condition alors d'aller mettre le nez dans ce qui fait mal, c'est de savoir si les soins pratiqués sont pertinents » (C3).

« Souvent les équipes me disent : ça ne nous dérange pas qu'on nous demande de faire plus d'activité, à condition que le patient ne soit pas sacrifié sur l'Autel du quantitatif. Donc ils sont

⁴⁸ Walter HESBEEN, *Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin*, Editions Elsevier Masson, 2011.

bien demandeurs de maintenir une qualité de soin la plus optimale possible, c'est là que se fait le sens, c'est-à-dire que ce n'est pas le volume qui fait le sens » (C3).

Différentes associations d'idées prennent forme au travers de l'analyse de cet exercice.

D'une part, l'association Pertinence - Efficacité / Sens - Bienveillance semblerait être une alliance de valeurs perçue positivement par les cadres de santé, s'apparentant aux valeurs soignantes auxquelles ils sont substantiellement attachés.

D'autre part, l'association Efficience - Rentabilité / Confiance - Exemplarité est plus écartée des volontés managériales car davantage orientée vers des fins stratégiques apparaissant comme détournées d'une réelle qualité de soins.

Le sens au travail est en substance lié à la complexité du prendre soin, il trouve ses fondements dans la qualité des relations qui s'établissent au cœur du travail, dans la perspective d'une attention due au patient. Pour faire écho aux propos relatés précédemment, augmenter la *performance* sans prendre garde à la *pertinence* des choix effectués reviendrait à mettre en péril la qualité du soin au profit d'un éloge à la rentabilité.

3.5. Posture des cadres de santé entre éthique et performance

Même si tous les cadres rencontrés relatent la nécessité d'une prévalence du sens éthique sur les priorités de performance, tous n'envisagent pas ce sens éthique de façon homogène.

Les spécificités de positionnements constatées au sein de notre échantillon laissent émerger trois profils :

- **Manager stratégique**

Pour ce manager, l'éthique prend la forme d'un accompagnement vers un but de performance de l'institution, son discours fait état d'une volonté de maintenir les valeurs du soin mais il base son management sur une gestion principalement quantitative de l'activité, ses décisions reposent sur des données numériques dans une perspective de qualité du chiffre. « Les outils qu'on a aujourd'hui, c'est surtout pour les cadres d'unité, ça permet de voir où ils en sont. Ça permet au directeur de pôle de voir le taux d'occupation. Ce sont des tableaux qui sont très suivis par les directeurs de pôle et par le directeur d'établissement » (C1).

Pour ce cadre, la pertinence réside davantage dans le résultat et la rationalisation de l'action que dans la forme que prend cette dernière : « moi, j'ai d'autres tableaux à ma disposition pour un suivi assez fin de l'activité, pour adapter l'activité aux ressources. Les mois où l'on est au rendez-vous, c'est les mois où on adapte l'activité aux ressources. On voit bien que quand on a une activité très basse on n'est jamais très bons » (C1). Ce dernier point reviendrait ainsi à dire que lorsque l'activité est en baisse, cela ne correspond pas à l'attendu, on basculerait ainsi dans une divergence de posture entre ce qu'il convient de faire en tant que « bon » manager ou non, laissant place, non plus à des préoccupations éthiques mais à une morale de l'efficience.

Dans cette vision managériale, il n'est pas question d'adapter les ressources à l'activité mais plutôt l'activité aux ressources, l'évaluation de la charge en soins, dans un abord qualitatif des prises en charge, tendrait à devenir un frein à la gestion de l'activité. L'efficience apparaît comme un fil conducteur pour lequel il est nécessaire d'optimiser les ressources : « on peut pas se recaler quand on a beaucoup de patients en soins palliatifs, c'est toujours très compliqué. On est toujours meilleurs quand on a une activité forte que quand on a une activité basse. L'activité forte, on est toujours bons en termes de ressources mais l'activité basse c'est toujours compliqué de couper une infirmière en deux » (C1).

De surcroît, cette culture gestionnaire semble s'être intégrée à la posture du cadre en terme de référence « à la limite maintenant on n'a plus besoin de ces tableaux pour fonctionner, on le remplit parce que les directeurs de pôles les utilisent beaucoup, mais moi, dans mon fonctionnement, je n'ai plus besoin de savoir comment je dois caler mes effectifs, je le connais par cœur » (C1).

Lorsque nous sollicitons ce cadre sur sa perception éthique du management de son unité, il nous précise : « je pense que nous, soignants, on a parfois du mal à passer le cap d'aller plus loin dans nos demandes, alors que je crois que le patient, finalement, il est beaucoup plus content d'arriver le jour même que la veille... Aujourd'hui, sur la récupération rapide, on voit bien que beaucoup de chirurgies se font en ambulatoire pure, et après on a un logiciel de suivi, on a un suivi H24 des patients par des alertes qui nous remontent, notre téléphone nous prévient en fonctions des alertes... Bon, on sait que souvent si on rappelle, on rappelle pour rien. Mais on est en devoir de l'appeler parce qu'il pourrait y avoir quelque chose » (C1).

Dans le même temps, ce cadre nous dit : « je fais partie du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), du comité de soins palliatifs. Voilà ce sont des valeurs qui sont importantes pour moi en termes d'écoute du choix

du patient, des directives anticipées, de la famille. Certes la performance est importante mais on ne peut pas arriver à une performance si on ne prend pas en priorité l'éthique » (C1).

Ce cadre interroge ici l'idée selon laquelle il pourrait ne pas exister d'éthique au sein même de la performance, raison pour laquelle il semblerait nécessaire de poser son attention sur les fondements éthiques avant d'envisager d'être performant.

En synthèse :

L'analyse de ces éléments nous permet de mettre en relief une posture managériale tendant à envisager le sens éthique dans une mesure rationnelle à des fins de performance. En ce sens, la pertinence réside en majorité dans l'efficacité et nous laisse entrevoir une tendance à la confusion entre l'éthique et la morale.

En effet, ce manager s'inscrit dans un comportement attendu en termes de bien ou de mal. Il se doit d'être un « bon » gestionnaire et se positionnant ainsi dans ce qui lui semble être la bonne morale du cadre de santé. Ces « justes » comportements managériaux placent à distance le principe fondateur de l'éthique qui se veut d'interroger ce qui relève du bien ou du mal quand la morale, elle, ne s'interroge plus et érige la pensée en vérité et donc en une morale qui ne se discute plus.

Ainsi, le manager stratégique semble ancrer davantage son positionnement dans une morale de l'efficacité plutôt que dans une éthique de la performance.

- **Manager éthique**

Dans notre échantillon, cette posture est majoritaire. Le manager éthique appréhende avec moins d'aisance les décisions à visée économique prises au sein des institutions de santé.

Pour lui, la priorité réside dans l'éthique du soin et cette dernière doit être associée à une conception quantitative de la santé : « je sais qu'on veut calquer le management des hôpitaux et des structures sanitaires sur l'industrie... Si derrière vous me dites qu'on parle de l'humain, et bien oui on peut dire que ça suffit mais je ne suis pas sûre qu'on y mette l'humain, c'est ça qui me gêne. Surtout qu'on vous dit souvent en réunion de cadres : on n'en parle pas parce que ça va de soi, et bien non justement, ça ne va pas de soi ! Parce que la chose dont on ne parle

jamais, on finit par l'oublier. Rien n'est évident, surtout quand vous êtes avec des objectifs de chiffre... Donc je pense qu'il faut reprendre en considération l'humain » (C4).

Pour ce cadre, un contexte orienté sur la rentabilité et l'efficacité tendrait à ne plus assez considérer l'humain. Dans cette mesure, c'est l'éthique première du cadre de santé qui serait mise à mal : « Notre cœur c'est quand même le soin » (C4).

Le manager éthique interroge perpétuellement sa posture et les raisons qui le conduisent à agir de telle ou telle façon. Il est en quête de sens pour l'action et dans l'action. Pour certains, il est question de se positionner en guide : « il va falloir que tu montres ce chemin à un plus grand nombre pour insuffler justement ce que tu penses être le mieux dans cette profession » (C5). Nous retrouvons ici la notion d'exemplarité mise en relief précédemment.

Ce cadre ancre son management dans les valeurs de soin : « je suis dans une notion de soin, mais aussi, je suis dans une notion de respect donc de bienveillance à l'autre. Parce que ça faisait partie de ma culture de soignante » (C5).

En somme, le manager éthique est avant tout un cadre « soignant ».

Un autre cadre s'autorise à parler d'amour dans sa posture managériale : « j'ai de l'amour pour mon équipe, ça c'est évident, je le leur dis depuis le début et je le pense profondément... Je les aime et j'essaierai de faire tout ce que je peux pour eux. J'essaie d'être au plus près d'eux et en même temps de garder une position de cadre avec des choses qu'on ne peut pas modifier » (C2).

Dans le recueil des propos de ce cadre, il est intéressant de s'arrêter sur un exemple de soin concret dont il nous a fait part, et qui reflète en toute mesure le sens éthique du soin dans sa dimension qualitative :

« Comment tu fais par rapport à un patient qui fait appel à ta bienfaisance pour un suicide assisté ? Jusqu'où je vais dans la bienfaisance par rapport à ce patient pour lequel j'essaie de faire en sorte qu'il soit au mieux dans ses désirs et dans ce qu'il veut, quand il te conduit à te dire que finalement ce qu'il souhaite c'est le suicide assisté ? (...) La dernière marche ça sera de s'appuyer sur la loi : la loi dit que... Mais une fois que tu as dit ça, le discours est rompu, c'est fini, il n'y a plus rien, je me mets derrière la loi et puis on ne discute plus. Mais au-delà de la loi, il y a le fait de savoir comment je fais, moi, pour m'arranger avec ma bienfaisance sachant

que je vais être limité à un moment ? Et comment il fait lui pour arriver à me demander des choses dont il sait très bien que je ne peux pas les faire ?

Comment on peut maintenir un lien entre les deux et comment on peut continuer à vivre entre les deux ?

Alors ce qu'on essaye de faire la plupart du temps, c'est d'essayer de trouver des astuces pour continuer à s'interroger sur le pourquoi » (C2).

Cette situation expose avec précision la difficulté de positionnement du cadre de santé. Au travers de cet exemple, ce cadre nous montre combien il est complexe pour lui de trouver des réponses dans des situations de tension extrême. Nous pouvons penser que la performance est une de ces tensions et nous mesurons alors à quel point elle est source de tiraillements dans la posture de ce manager. Dans sa réflexivité, ce cadre nous fait la preuve, qu'ici encore, la clé de voute est le sens que chacun donne à ses actes managériaux. C'est dans cette posture managériale que la performance est habitée par une nécessaire réflexion éthique.

En synthèse :

Le manager éthique est fortement orienté sur la composante qualitative du soin, il est confronté, dans son management, à la difficulté d'appréhender une commune notion de performance dans ce système. Son éthique est incarnée et définit sans équivoque ses décisions managériales.

Les stratégies visant la performance étioient le sens qu'il donne au travail et le conduisent à un sentiment d'isolement voir d'épuisement : « de temps en temps moi j'ai l'impression d'être le petit village gaulois, j'ai vraiment l'impression qu'on est repliés sur nous-même et quand je voie les autres fonctionner, je me dis que je suis pas du tout dans l'ordre, je ne sais pas où je pourrais aller ailleurs que dans cette unité, pour me sentir aussi bien que là » (C2) ; « ça fait 13 ans que je suis cadre de santé, très souvent j'ai peur de perdre le sens des choses... Je me dis qu'à un moment donné, peut-être, je ne serai plus en capacité que les choses fassent sens et du coup, je m'orienterai vers autre chose » (C5).

Pour le manager éthique, le sens de son management ne peut se départir de la réflexivité qu'il engage dans sa posture.

- **Manager tentant de conférer une dimension éthique à la stratégie**

Dans la posture de ce manager, nous pouvons constater un double ancrage.

« La vacherie aujourd'hui dans les discours, c'est que théoriquement ça devrait aller de pair performance et qualité des soins » (C3).

Pour ce cadre, qualité des soins et efficience ne vont pas nécessairement de pair : « ce qui est compliqué dans cette histoire, c'est qu'on a derrière cette performance économique une émergence de plus en plus importante des secteurs de la qualité, des services de qualité dans les établissements de santé, qui, au lieu d'être des supports méthodologiques aux acteurs de soins qui sont sur le terrain, c'est maintenant nous qui sommes entre guillemets les serveurs de la qualité. Donc là aussi la notion de performance est revenue par là. C'est-à-dire qu'il faut absolument être performant et pile poil dans les indicateurs, et on parle plus de la vraie vie qu'est le soin, l'éthique du soin.

Est-ce qu'on va trop loin ou pas trop loin ? Est-ce qu'on fait de la qualité ? Comment on se comporte avec le malade et les familles ? » (C3).

« Aujourd'hui, on essaie de sortir des managers que sur la performance, un cadre de santé il n'y a pas que ça ! Il a une équipe au sens stricto sensu du terme, c'est-à-dire qu'il donne vie à une équipe, à des collaborateurs, il les tire vers le haut sur le plan qualitatif, compétences. Là je parle bien d'acquisition de compétences. Il ne cherche pas à ce que son équipe soit performante mais compétente » (C3).

Dans cette posture, pour que la performance soit pertinente, elle doit s'assimiler à une réflexivité clinique et se décliner en termes de compétence, ce qui repositionne l'axe qualitatif du soin comme pierre angulaire d'une montée en performance. « C'est vraiment parce qu'on part de la qualité des soins qu'on arrive au reste. Le sens il est dans la qualité des soins, c'est ce qui doit nous guider » (C3).

Conjointement à ce positionnement ancré dans le sens éthique du management, il existe un second aspect dans la posture de ce cadre de santé.

En effet, ce dernier ne perd pas de vue qu'il se doit également de contribuer au développement de l'établissement : « j'ai une autre casquette dans ma tête, mais que je ne partage pas forcément avec mes équipes, c'est qu'en tant que manager, je dois aussi apporter des résultats à l'entreprise » (C3).

Conscient des réalités qui guident actuellement notre système de santé, il accorde une vigilance particulière au sens éthique clinique des mesures prises à des fins de stratégies : « personne ne rechigne à travailler plus, à condition que les choses soient organisées et que chacun ait son rôle à jouer. Et que ça ait du sens, et que ça se fasse de façon organisée.

Ce que ne supportent pas les équipes c'est de ne pas être mises au courant, de ne pas participer. Mais après ça c'est de la pédagogie » (C3).

Son rôle s'axe sur une organisation pertinente de l'activité dans un contexte contraint. Cet élément constitue sa marge de manœuvre et lui permet de trouver une juste mesure entre qualité et éthique des soins d'une part, et recherche de performance d'autre part.

En synthèse :

Dans ce positionnement, le fait de conserver du sens dans l'organisation du travail permet d'atteindre la performance sans occulter la pertinence. Ce sens passant inévitablement par une réflexion éthique orientée vers le soin.

Nous en arrivons à envisager la nécessité de construction d'une performance éthique. De ce fait, ce manager se doit d'interroger l'éthique de la performance. Cette dernière va se construire dans le rapprochement nécessaire de la stratégie institutionnelle et de la philosophie soignante, par la compréhension et l'appropriation de cette stratégie par l'équipe.

4. Synthèse générale des éléments d'analyse

Cette analyse nous a permis de mettre en évidence plusieurs points fondamentaux dans la progression de notre réflexion.

En premier lieu, nous avons pu constater qu'il existe une confusion sémantique autour du concept de performance. Ce que les établissements de santé définissent comme étant la performance s'avère être davantage une recherche d'efficacité, au sens où cette quête centre son attention sur l'optimisation des ressources dans une perspective économique. Cette confusion aurait une forte tendance à nous laisser penser que le concept de qualité des soins serait en train de s'imprégner d'une nouvelle dimension économique.

Dans ce contexte, il apparaît que l'élément managérial prioritaire pour les cadres de santé est la pertinence donnée aux décisions institutionnelles. Par pertinence, entendons le sens éthique engagé dans l'action, dans une vision fortement orientée sur la dimension qualitative du travail. La performance institutionnelle, prend le risque de redéfinir le concept de qualité des soins et de le réduire à des aspects quantitatifs.

Par voie de faits, il semble que la population interrogée pense nécessaire de questionner perpétuellement l'éthique de la performance pour ne jamais s'éloigner par trop d'une performance éthique. C'est dans ce mouvement que le cadre de santé ne se sentira pas démuné de sa fibre soignante, car c'est la pertinence qui confère à la stratégie pure une dimension philosophique. De ce fait, l'efficacité pourrait s'élever au rang d'une performance éthique.

Dans ce contexte, nous voyons poindre des clivages de positionnement au sein du corps professionnel des cadres de santé. Trois profils se dessinent à l'issue de notre analyse :

Le manager stratégique : sa posture managériale répond aux orientations stratégiques de l'institution, il assimile la pertinence à l'efficacité et concentre son management sur les axes quantitatifs qui contribuent à la qualité des soins. Le manager stratégique semble ancrer davantage son positionnement dans une morale de l'efficacité plutôt que dans une éthique de la performance.

Le manager éthique : sa posture est fortement orientée sur la composante qualitative du soin, il appréhende avec difficulté la notion de performance, de surcroît sous ses aspects économiques. Son éthique est pleinement intégrée à son management et ne peut se départir de la réflexivité qu'il engage dans sa posture.

Le manager tentant de conférer une dimension éthique à la stratégie : son management se centre sur l'organisation du travail. Cette organisation est envisagée comme un levier accessible, permettant de ne pas occulter la pertinence dans une recherche de performance. L'organisation du travail fait alors sens auprès des acteurs de terrain et s'articule autour d'une réflexion éthique alliant les dimensions qualitatives et quantitatives nécessaires à l'atteinte d'une qualité des soins dans la perspective d'une performance éthique.

La mise en exergue de ces variations dans les postures managériales des cadres de santé contribue à renforcer l'idée qu'aujourd'hui, plus que jamais, il est prioritaire de réinstaurer du sens éthique dans le management des soins. Les cadres de santé dont la posture est ancrée dans une préoccupation prioritairement éthique, nous laissent entendre que cela les conduit parfois à un sentiment de non conformisme voir d'exclusion. Pour eux, la norme tendrait donc à s'orienter vers un management en faveur d'une stratégie cantonnée à des fins d'efficience voir de rentabilité.

Dans ces conditions, il apparaît que la posture éthique des cadres de santé s'essouffle au profit d'une nécessaire performance attendue au sein des établissements de santé, confirmant ainsi notre hypothèse de recherche.

5. Limites de l'enquête

La première limite de cette enquête tient au nombre de cadres de santé rencontré, trop limité pour rendre les résultats de notre étude généralisable à l'ensemble de la population concernée.

Le temps imparti pour la réalisation de ce travail de recherche ne nous a pas permis d'explorer notre questionnement par une induction profonde, au moyen de phases observatoires, qui aurait permis de mesurer l'ancrage des valeurs des cadres interrogés en situation managériale.

Le statut de praticien-chercheur a sans doute engagé une part de subjectivité dans l'analyse interprétative des propos. Ces inférences peuvent également constituer une limite à prendre en considération dans notre travail.

De surcroît, la dernière question envisagée lors de la construction de notre guide d'entretien en phase exploratoire n'a pas pu être traitée dans cette analyse. En effet, les propos recueillis étant insuffisamment fournis pour en extraire une interprétation tangible, nous avons fait le choix de ne pas l'aborder à cette étape du travail mais plutôt de nous appuyer sur ces propos pour ouvrir une réflexion dans les pistes d'action.

VII. RETOUR SUR L'EXPERIENCE PROFESSIONNALISANTE

1. Réflexion en lien avec l'identité professionnelle : évolution et ancrage

La réalisation de ce travail de recherche a incontestablement contribué au développement de mon identité professionnelle, ce, à deux titres principaux.

Dans un premier temps, cette démarche de recherche a favorisé un recul réflexif sur ma pratique professionnelle et plus largement sur les pratiques professionnelles. La posture de praticien-chercheur, au-delà des limites qu'elle peut engager, autorise à aborder les situations de travail sous un prisme bien différent de celui du praticien en action. En effet, l'exploration multidimensionnelle des interrogations managériales enrichit considérablement la réflexion et m'apparaît aujourd'hui comme étant le socle d'un positionnement professionnel construit.

Dans un second temps, l'accomplissement de ce travail m'a permis d'étayer avec plus d'assurance mon positionnement professionnel. Le partage d'expériences diverses, rendu possible au décours de la phase exploratoire de cette recherche, a été l'occasion d'échanges riches et constructifs. Ils m'ont permis de mettre en lumière des éléments transférables dans ma future fonction. De ce fait, j'identifie avec plus de limpidité, les principes sur lesquels s'ancore ma posture de future cadre de santé et qui seront une base de réflexion certaine lors de ma confrontation future à des situations complexes.

Mais au-delà de ces deux axes fondamentaux, cette année de formation, dont l'aboutissement réside au sein de ce travail de recherche, aura été riche d'expériences, de rencontres et de partages propices à une évolution tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

2. Evaluation des compétences acquises et développement professionnel

Ce mémoire professionnel a été l'occasion de développer différentes capacités et compétences que je pourrai décliner sous trois axes :

- Compétences méthodologiques

La mise en œuvre d'un travail de recherche suppose de s'appliquer à suivre une méthodologie rigoureuse. Cette rigueur dans l'organisation de la réflexion me semble en tout point transférable à mon exercice professionnel futur, dans la mesure où cette rigueur permet d'appréhender avec efficacité les situations de travail. La construction d'un cheminement de pensée est non seulement structurante mais elle permet également d'aboutir avec objectivité à la prise de décisions éclairées.

De plus, ce travail de recherche s'inscrivant dans une démarche transversale au sein de cette année de formation, il sous-entend une organisation méthodique afin de conjuguer son avancement avec les attendus généraux de la formation professionnelle. Ce point force à une structuration de la pensée afin de projeter l'ordre à venir du travail. Cette première étape permettra par la suite d'articuler de façon constante cette recherche avec les contenus théoriques et pratiques enseignés au sein de la formation. En ce sens, il permet de développer une anticipation ainsi qu'une planification précise du travail.

- Compétences analytiques

L'analyse est au cœur de toutes les étapes structurantes du cheminement de ce travail de recherche. Cette capacité à la métacognition m'a permis d'envisager une rupture avec mes représentations pour enrichir mes connaissances ainsi que le regard critique que je suis à présent en capacité de porter sur les situations et environnements de travail.

Les phases analytiques de cette recherche ont demandé une attention spécifique en différents temps et m'ont permis de mobiliser des savoirs disciplinaires, des références théoriques, méthodologiques et techniques afin de les confronter aux expériences pratiques par le prisme d'une analyse scientifique et éthique.

Ces compétences analytiques ne pouvant être dissociées d'une rigueur synthétique permettant de conférer une pertinence aux éléments d'analyse retenus, elles m'ont également permis de renforcer un esprit de synthèse.

- Compétences communicationnelles

S'inscrire dans une démarche de recherche professionnelle demande une certaine appropriation de la communication écrite et orale. D'une part, l'appropriation de la communication écrite dans la mesure où ce travail demande une vigilance dans les choix sémantiques en vue d'une restitution juste de la pensée du chercheur. L'articulation des idées ainsi que la logique inscrite dans le cheminement réflexif sont des éléments précieux pour l'accompagnement du lecteur. Ces aspects m'ont permis de prendre la mesure du poids porté par une pensée rigoureusement exposée.

D'autre part, ce sont mes capacités en communication orale qui ont été renforcées tout au long de cette initiation. Durant les entretiens semi-directifs, la neutralité bienveillante du chercheur suscite ici encore une vigilance particulière afin de ne pas orienter le point de vue des professionnels rencontrés. De surcroît, la soutenance de ce travail contribuera également à la mise en œuvre de compétences oratoires.

En sus de l'acquisition de ces différentes compétences, toutes transférables au métier de cadre de santé, j'ai pu mesurer l'impact de ce travail sur le développement de ma posture professionnelle.

Aux prémices de ce travail, j'ai fait le choix de m'orienter sur les enjeux résidant au cœur de deux notions que sont l'éthique et la performance. Mes expériences professionnelles passées ont largement contribué à forger des représentations dans ma vision professionnelle de ces deux notions. L'engagement dans le processus de recherche me conduisant à une inévitable déconstruction de ces représentations, je mesure aujourd'hui l'enrichissement que cette démarche représente. Le métier de cadre de santé demande une adaptation permanente car il est en constante évolution, ne pas s'ancrer dans des idées préconçues, faire preuve d'une analyse objective et de décisions argumentées me semble être indispensable dans ce contexte.

Je suis aujourd'hui convaincue que la compétence ne peut en aucun cas faire l'économie d'un regard réflexif critique, dans une dynamique continue.

Le cheminement intellectuel qui a fait suite à cette remise en question de mes représentations m'a permis une prise de distance nécessaire à l'analyse objective de la situation étudiée. Dans la fonction cadre de santé, cette posture est essentielle car elle rend possible la compréhension des situations professionnelles ainsi que la mise en œuvre de décisions d'actions adaptées.

Enfin, j'ai pu renforcer mes capacités réflexives. En tant que cadre de santé, qu'il s'agisse d'appréhender des situations professionnelles managériales ou de formation, la capacité réflexive me semble être une plus-value incontestable. Bien que ne relevant pas nécessairement d'une posture intuitive, cette réflexivité ouvre le champ des possibles et préserve le cadre de santé d'une trop grande certitude morale.

3. Pistes pour l'action

La mise en œuvre de cette démarche de recherche a permis l'ancrage de ma réflexion dans une double dimension, à la fois scientifique et philosophique. L'aboutissement de cette réflexion me conduit ainsi à envisager quelques propositions d'actions concrètes. Ces suggestions sont issues des multiples enrichissements rendus possibles par la réalisation de ce travail.

Le partage d'expériences auprès de mes pairs, les recueils de vécus effectués auprès de professionnels en situations concrètes, les multiples échanges réalisés avec mon directeur de recherche ainsi que les diverses lectures accomplies, sont autant d'éléments ayant permis de consolider mon identité professionnelle tout en commençant à me projeter dans ma future fonction.

Les propositions qui font suite reflètent, pour partie, ma projection en tant que cadre de santé.

- **Conforter la dimension globale de l'approche qualité des soins**

Le travail sur l'approche éthique des soins m'a permis de confirmer la nécessité de mettre en lumière la double dimension qualitative et quantitative constituant la qualité des soins.

En ce qui concerne la dimension quantitative, le système de management de la qualité actuellement en vigueur au sein des établissements de santé nous offre un panel d'outils et d'indicateurs permettant au cadre de santé une analyse rigoureuse de ces aspects.

Pour ce qui est relatif à la dimension qualitative, il en est tout autrement. De par son essence soignante, le cadre de santé est l'acteur privilégié en capacité de rendre visible cette dimension bien trop souvent masquée des soins. En effet, le cadre de santé est en capacité de porter une appréciation sur la charge en soins afin d'adapter avec pertinence les ressources, en vue d'une conciliation efficiente des dimensions qualitatives et quantitatives des soins. Pour ce faire, il apparaît nécessaire que le cadre de santé agisse en proximité de ses équipes. Cette évaluation du travail invisible, fluctuant et peu rationalisable des soignants, ne peut s'apprécier qu'au sein même de l'activité. Et c'est en ce sens que la culture soignante du cadre de santé s'élève. Elle lui confère la capacité de mesurer l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, et lui accorde une légitimité dans cette mesure.

Notre culture soignante est une réelle plus-value dans le domaine du management des soins, elle est à préserver et devrait constituer un levier permettant de mieux répondre aux attentes institutionnelles.

De nombreux cadres m'ont alerté sur l'importance de cette responsabilité dans ma future profession. Ne pas occulter cette forte dimension du travail de soin aura un impact certain sur mes futures orientations managériales. Accorder une vigilance à prendre en considération l'ensemble des composantes du travail réel me semble être une base de réflexion incontournable à ce jour.

- **Investir le sens clinique des orientations managériales**

Dans la continuité de la pensée précédemment énoncée, il me semble tout aussi essentiel, pour le cadre de santé, de se positionner comme traducteur des organisations managériales auprès de ses équipes. De la même façon qu'il se fait le traducteur du travail de proximité dans la communication ascendante avec sa hiérarchie, il semble que ce travail de traduction des décisions managériales sur le terrain soit également un élément prépondérant dans la posture du cadre.

Interlocuteur privilégié, à la jonction des intérêts de tous, le cadre de santé ne doit pas perdre de vue le sens clinique qui réside dans les décisions managériales. C'est à cette condition qu'il permettra aux équipes de soin de comprendre et de s'approprier les demandes institutionnelles afin qu'elles soient mises en œuvre avec pertinence.

J'ai toutefois pu prendre la mesure de la difficulté de cette mission. Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises dans ce travail, la responsabilité morale du cadre de santé demeure constamment mise à l'épreuve. Avoir une connaissance claire de ses valeurs, identifier ses limites et ses ressources peuvent être de véritables recours dans les situations managériales complexes. Dans le même temps, s'accorder avec l'équipe sur des valeurs et un sens au travail partagés permettent au cadre de santé de rester vigilant afin de ne pas mettre en difficulté ses collaborateurs. Bien des managers s'accordent à dire qu'avant de manager les autres, il faut se manager soi-même, pour autant, il me semble tout aussi important de veiller à rester en accord avec soi-même. Faire preuve d'authenticité est gage de confiance et nous avons bien mesuré l'importance de la confiance dans la recherche de performance managériale. Inspirer confiance c'est engager à chaque instant notre responsabilité morale de cadre. Une bonne connaissance de ces enjeux offre des possibilités de lecture des situations permettant, *in fine*, une adaptation constante aux environnements professionnels.

- **Développer une éthique de la performance**

Lors de l'étude du concept de performance, nous avons vu que cette dernière résulte de l'association de plusieurs dimensions. Le recueil des expériences de terrain nous a permis de mettre en lumière quelques écarts sémantiques tendant à nous laisser penser que la performance annoncée par les établissements de santé à l'heure actuelle s'avère plutôt restreinte à l'efficacité. Dans ce contexte, fort des éléments précédemment cités, le cadre de santé s'avère disposer d'une capacité certaine à interroger la pertinence résidant au sein de cette constante efficacité. En somme, le cadre de santé, du fait de ses connaissances soignantes et managériales, occupe une place lui permettant de questionner les méthodes d'atteinte des objectifs, au regard des priorités résidant au cœur des priorités de la qualité des soins.

Dans une approche systémique complexe, adopter une posture réflexive, ne pas s'ancrer dans des certitudes et interroger avec pertinence les automatismes s'avèrent être des positionnements profitables. En questionnant, à bon escient, la pertinence des choix managériaux au regard des priorités en termes de qualité de soin, le cadre de santé est en capacité de favoriser une éthique de la performance au sein de son management. Le concept du soin revêt de nombreuses facettes relevant de l'irrationnel. Ainsi, la réalisation de ce travail m'aura permis de pointer la

complexité d'une approche singulière des situations où dans bien des situations, il est plus question d'adapter avec pertinence la règle que de la suivre au pied de la lettre.

Pour autant, mes expériences professionnelles passées ainsi que celles éprouvées durant cette année de formation m'ont fait la preuve que cette propension à donner une dimension éthique aux organisations de travail reste une tâche complexe. Le rythme de travail que nous impose la société moderne est peu propice aux espaces de réflexion. Ce point fait donc émerger une piste d'action supplémentaire en tant que future cadre de santé en faveur d'un développement de ces espaces de réflexion. Qu'ils soient formels ou informels, à intervalle constant ou non, ces temps dédiés à la réflexion me semblent aujourd'hui plus que favorables pour redonner du sens clinique au travail.

- **Renforcer l'approche éthique au cœur des formations professionnelles**

Au décours du recueil des expériences de terrain, certains cadres ont laissé se dessiner la nécessité de « se recentrer sur un enseignement éthique de la fonction ». Nous pouvons en effet nous interroger sur ce point à l'idée d'une réingénierie des formations cadre de santé.

Mais au-delà de ce point, en étant cadre de santé, je pourrai également être amenée à exercer mes fonctions en tant que cadre formateur. Dans cette perspective, il me semble intéressant de m'interroger sur la façon dont est abordée l'éthique en formation professionnelle initiale. Depuis 2009, les référentiels de formation proposent une approche centrée sur la compétence. Guy LE BOTERF propose une définition de la compétence comme étant « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés.*⁴⁹ »

Ainsi, l'éthique du soin peut être envisagée comme résultant de la construction de compétences réflexives puisqu'étant l'aboutissement d'une réflexion argumentée du bien agir.

Dans cette approche, il semble essentiel que le cadre de santé soit valeur d'exemple dans cette compétence réflexive mais aussi qu'il soit en mesure de sensibiliser et mettre en appétit les futurs professionnels à l'importance de cette dernière.

⁴⁹ Guy LE BOTERF, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'organisations, 2000.

Philippe PERRRENOUD, sociologue, nous interpelle à ce sujet : « *le plus formateur n'est-il pas d'accéder aux coulisses de l'action, aux doutes, aux échecs, aux rêves, aux ambivalences, aux raisonnements intimes du praticien ?*⁵⁰ »

En effet, c'est par la mise en lumière de ces schèmes d'action que la dimension réflexive va apparaître. Pour avoir accès à ces « coulisses de l'action », comme les nomme Philippe PERRRENOUD, nous en revenons à la posture du cadre de santé. Qu'il soit manager ou formateur, il doit faire preuve de bienveillance et instaurer un climat de confiance afin de favoriser l'éclosion de ces capacités en vue d'une maturation vers des compétences. Une fois ancrée dans les schèmes d'action du praticien, cette propension à la réflexivité s'assimilera à une éthique clinique.

Ces notions envisagées sous le prisme de la formation initiale en soins infirmiers sont tout autant applicables dans le processus de formation des cadres de santé.

En effet, l'éthique du cadre de santé ne réside pas dans une nouvelle identité à adopter, elle résulte de son éthique soignante étendue à son statut de manager. Pour autant, elle doit être confortée, renforcée, et faire l'objet d'une attention particulière au risque de se voir essoufflée par des environnements professionnels accélérés et contraignants.

Ces éléments, en faveur du développement d'une posture réflexive, peuvent prendre la forme d'actions concrètes.

Dans le cadre de la formation initiale, il semble envisageable d'intégrer une réflexion orientée sur les concepts de l'éthique et de la performance lors des Analyses de Pratiques Professionnelles (APP). Lors de ces APP, les dimensions éthiques et économiques sont des axes restant à explorer. Comme nous l'avons évoqué au paravent, dans le cadre d'une approche des situations sous le prisme économique, nous pourrions avoir recours aux outils quantitatifs tels que les indicateurs en vigueur dans le suivi de l'activité de soin (durée moyenne de séjour, coût de l'hospitalisation, taux d'infections nosocomiales, taux de ré hospitalisation pour complication).

⁵⁰ Philippe PERRRENOUD, Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation, Cahiers Pédagogiques n° 390, janvier 2001.

En ce qui concerne l'approche éthique, il semble que certains outils nous permettent également d'évaluer le respect des principes éthiques fondamentaux lors de l'analyse multidimensionnelle de situations professionnelles.

Pour exemple, la grille diagnostique proposée en annexe, élaborée par l'Espace Éthique Tarn⁵¹, a été construite en regard de 9 principes (Justice, Liberté, Autonomie, Non malfaisance, Mélioriste, Universabilité, Collaboratif, Cohérence, Transcendance), eux-mêmes respectivement déclinés au travers de 3 indicateurs pour chaque principe, côtés, et donnant lieu à un score d'analyse de la situation. Le résultat obtenu permet une appréciation de la valeur éthique accordée dans l'approche d'une situation donnée.

Ces outils, accessibles et ergonomiques, ne sont que trop peu démocratisés à ce jour et mériteraient une plus grande diffusion afin de ne pas restreindre, ici encore, nos méthodes d'analyse à des dimensions quantitatives.

Pour les situations managériales de proximité, cette grille diagnostique peut également constituer un élément probant en faveur d'un positionnement ancré dans l'éthique clinique, lors des analyses de pratiques professionnelles sur le terrain (Retours d'Expériences (REX), Revues de Morbi-Mortalité (RMM)) ou encore lors de certaines réunions de concertation pluridisciplinaires. Face aux nombreux indicateurs économiques, ces outils constitueraient un « garde-fou » en faveur d'une dimension éthique préservée dans tout parcours de soin.

⁵¹ Grille inspirée de l'outil IsRi conçu par Jean-Armand HOURS, docteur en Sciences Humaines et diplômé universitaire d'Éthique de la médecine.

CONCLUSION

Notre système de santé est un système soumis à de constantes évolutions. Ces dernières années, les préoccupations d'ordre économique ont pris une place prépondérante dans les orientations des dirigeants de nos institutions. Bien que nous ne puissions pas faire fi de cette nécessaire composante dans notre environnement professionnel, il semble aujourd'hui nécessaire de repositionner l'humain dans ce contexte contraignant afin d'œuvrer à la conception d'un plus grand bonheur au travail.

Le métier de cadre de santé étant soumis de pair à ces évolutions, il n'est pas surprenant que les enjeux économiques connaissent également un essor au sein des préoccupations managériales des cadres de proximité. Pour autant, de par son essence soignante, le cadre de santé constitue le dernier rempart entre le patient et les enjeux du système de soin dans lequel il évolue.

De fait, nous sommes, dans bien des situations, confrontés à la précarité de l'équilibre qui règne entre notre éthique du soin et la recherche de performance institutionnelle.

Éthique et Performance ne sont pas contradictoires pour autant que l'on s'attache à envisager cette performance dans une perspective d'amélioration globale de la qualité des soins.

Pour le cadre de santé, le challenge actuel réside dans le maintien de cet équilibre délicat. Les stratégies managériales des dirigeants tendent à se focaliser sur des enjeux quantitatifs assimilables à l'efficacité. L'enjeu ne serait-il pas d'élever cette efficacité au rang de performance en veillant à lui conférer une pertinence au moyen d'un questionnement éthique ?

Cette interrogation trouve des pistes de réponses dans les différents profils émergents au sein des populations cadre. Pour certains, le management quantitatif fait valeur de norme, pour d'autres, l'éthique est au cœur de toutes leurs préoccupations. Au confluent de ces deux « extrêmes », se trouvent ceux qui s'efforcent de redonner une dimension éthique aux stratégies institutionnelles afin qu'elles soient mises en œuvre avec pertinence. Ces derniers sont soucieux de redonner un sens clinique aux organisations actuelles en s'appuyant sur deux valeurs essentielles que sont la bienveillance et la confiance.

Pour autant, notre étude nous a démontré que ceux qui font état de vertu, comme les aurait qualifié Aristote, ne sont pas majoritaires. Bien souvent, l'éthique soignante du cadre de santé prend le pas sur la dimension stratégique. C'est au sein de ces conflits de valeurs que peut prendre naissance le mal-être actuel des cadres de santé.

« Le burn-out atteste un épuisement de l'humanisme. Il est le signe du conflit profond qui, aujourd'hui, oppose deux formes de progrès [...] : un progrès utile et un progrès subtil. [...] Le progrès utile, qui a cours dans les sciences, les technologies et la culture concrète, fonctionne par capitalisation. Dans cette sphère, chaque nouvel acquis, invention ou découverte, sert de levier pour de futures innovations. [...] A côté de ce progrès utile, il existe un développement « subtil », dont les lois obéissent à l'esprit de finesse plutôt qu'à celui de géométrie, et dont le terrain d'application n'est pas la matière mais l'humain. [...] C'est là qu'intervient le burn-out, qui peut être un symptôme du conflit entre les deux progrès.⁵² »

Nos professions vivent aujourd'hui des mutations profondes, parfois douloureuses, conduisant les cadres de santé à se sentir malmenés. Plus que jamais, il semble impératif de repenser la dimension éthique de nos organisations pour envisager d'atteindre une performance éthique, intelligible pour tous les acteurs de soin.

⁵² Pascal CHABOT, *Global Burn-out*, Presses Universitaires de France, 2013.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES ET PROJET DE LOI

- Code de la Santé Publique, article L1413-14 modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Titre II, Article 11.
- Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017, Annexe 7 : ONDAM et dépenses de santé.

OUVRAGES

- ARISTOTE, Ethique à Nicomaque, Editions Le livre de poche, 1992.
- BARDIN L., L'analyse de contenu, éditions Quadrige, 2014.
- BARTOLI A., BLATRIX C., Management dans les organisations publiques, Edition Dunod, 4^{ème} édition, Janvier 2015.
- BENTHAM J., Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science, première publication 1823.
- BOUSSARD V., Sociologie de la gestion : Les faiseurs de performance, Editions Belin, Janvier 2008.
- CHABOT P., Global Burn-out, Presses Universitaires de France, 2013.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Editions Seuil, Octobre 2007.
- DESLANDES G., Le management éthique, Editions Dunod, 2012.
- GEORGES-TARRAGANO C. (dir.), Soigner (l') humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût, Presses de l'EHESP, 2015.
- HESBEEN W., La qualité du soin infirmier, Edition Masson, 2^{ème} Edition, 2002.
- HESBEEN W., Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin, Editions Elsevier Masson, 2011.
- HIRSCH E. (dir.), Traité de bioéthique. I- Fondements, principes, repères. Editions Erès, Novembre 2010.
- JONAS H., Le principe responsabilité, Editions Flammarion, Janvier 1999.

- LENOIR O. (dir.), Pour une éthique de la performance, éditions l'Harmattan, septembre 2013.
- LEVINAS E., Ethique et infini, Editions Le livre de poche, 1984.
- LE BOTERF G., Construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'organisations, 2000.
- MACHIAVEL N., Le prince, Editions Livre de poche, 1972.
- MARIN C., WORMS F., A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott, Editions Presses Universitaires de France, 2015.
- MAUSS M., Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, Presses universitaires de France, 2012, 1ère édition 1925.
- MINTZBERG H., Manager - L'essentiel : Ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux, Editions Vuibert, 2014.
- MONTEIL PO., Ethique et philosophie du management, Editions Erès, Mars 2016.
- MORIN EM., SAVOIE A., BEAUDIN G., L'efficacité de l'organisation : théories, représentations et mesures, Edition Gaëtan Morin, Août 1994.
- RANCHON H., Construire votre management d'équipe : sept leviers d'action pour une équipe performante, ESF éditeur, Aout 2005.
- SALLAT G., Décider en stratège : La voie de la performance, éditions L'Harmattan, Mars 2014.
- TONIUTTI E., L'urgence éthique. Une autre vision pour le monde des affaires, Editions Broché, Mai 2010.
- TOUTUT JPh., Organisation, management et éthique, Editions l'Harmattan, Novembre 2013.
- WEBER M., Le savant et le politique, Union générale d'éditions, 1963.

RAPPORT

- Rapport Ethique et Professions de Santé, Commission Ethique et Professions de Santé sous la présidence d'Alain CORDIER, Mai 2003.

REVUES

- BECU S, Bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital, Soins cadres n° 83, août 2012.
- BOUCHAUT-ROLNIN ME., L'éthique du management : une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital, Gestions Hospitalières n°436, 2007.
- IMBERT G., L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, Revue Recherche en Soins Infirmiers n° 102, 2010.
- PERRENOUD Ph., Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation, Cahiers Pédagogiques n° 390, janvier 2001.

SITES INTERNET

- <http://solidarites-sante.gouv.fr> : « Financement des établissements de santé », Octobre 2017.
- <https://www.certification-qse.com> : « Roue de Deming, outil PDCA », 2018.
- <https://halshs.archives-ouvertes.fr> : « Sens et reconnaissance dans le travail », 2011.

ANNEXE

Grille Diagnostique de Situation Éthique



Principe de justice	la personne a été considérée comme un sujet et non comme un objet	0 à 4	remarque
	La personne a été traitée en fonction de ses potentialités (et non à travers un acte isolé)		
	L'évaluation de ses contraintes de toute nature a été évaluée avec équité		
Principe de liberté	L'autre a été reconnu dans son droit à être libre (de penser, de faire, d'évoluer à son rythme...)		
	La non interférence sur la personne a été respectée dans sa vie privée, (sauf cas légitime ou urgent)		
	Il lui a été octroyé les moyens de ces libertés (pour autant que cela fût possible dans cette situation)		
Principe d'autonomie	La personne a eu la faculté de penser et de faire des choix volontaires selon ses propres objectifs		
	Elle a eu le pouvoir de s'exprimer souverainement sans crainte de conséquences dommageables		
	La personne a pu poser des actes indépendants et cohérents avec ses propres volontés		
Principe de non malfeasance	Dans cette situation, on a prévenu tout ce qui est considéré comme une violence (pour soi et l'autre.)		
	On s'est attaché à soulager et ne pas nuire, ne pas ajouter de souffrance		
	Il a été posé la question des conséquences « balance bénéfice/risque »		
Principe mélioriste	Ce qui était pensé, dit et fait était bienfaisant pour l'individu et la société (à court et long terme)		
	Ce qui était entrepris engendrait, a priori, un effet favorable pour la personne avec des moyens adaptés		
	L'action a apporté plus de bien que de mal, pour soi et les autres, selon les connaissances du moment		
Principe d'universabilité	Les valeurs, les discours et les comportements ont été appliqués à la personne comme ils pourraient l'être à tous		
	C'est l'humanité de la personne qui est visée et non la personne elle-même		
	Aucune discrimination n'est fondée sur la race, la religion, le sexe, la culture, la fortune, etc.		
Principe collaboratif	La volonté de coopération en termes de communication véridique avec l'autre et l'entourage est avérée		
	L'expression de la personne ou de son entourage est prise en compte dans la réflexion		
	La relation était vraie, sincère et non pas seulement utilitaire, elle visait le consensus		

Espace Éthique Tarn - Grille inspirée de l'outil IsRi conçu par Jean-Armand HORTAL, docteur en Sciences Humaines et diplômé universitaire d'Éthique de la médecine.

Principe de cohérence	Le groupe de réflexion a cherché à transformer les tensions irréductibles en compromis		
	Les orientations retenues sont adaptées, réalisables, en accord consensuel ou majoritaire aux 2/3		
	Les objectifs à atteindre et les divers coûts (humains, financiers etc.) ont été pris en compte		
Principe de transcendance	La personne a été considérée autrement que par ses apparences exprimées.		
	Cet "Autre" a été compris comme un être spirituel dans la situation "d'ici et de maintenant"		
	Les options spirituelles de la personne ont été respectées		

Mode opératoire :

Grille d'évaluation d'une situation précise et contextualisée au regard de l'éthique. Quelqu'un du groupe expose une situation humaine et sociale impliquant une ou des personnes et posant un questionnement de nature éthique.

La situation et la(les) personne(s) impliquées doivent être replacées dans leur contexte général, de temps, de lieu, de contraintes, de culture, de croyances etc.

Les autres personnes du groupe peuvent demander toute explication utile au fur et à mesure de la lecture des 27 items de cet exercice.

Important :

Par rapport à la situation ou à l'action à évaluer, il convient de s'interroger sur les valeurs individuelles et collectives, de confronter les différents discours et tenter de fonder la réflexion en dehors des convictions personnelles.

Les participants remplissent indépendamment, puis en se concertant, chacune des 27 cases en attribuant à chaque item 0 à 4 en appliquant ce barème :

Si l'affirmation de la phrase ne s'applique pas du tout à la situation : 0

Si l'affirmation de la phrase comporte quelques traces d'éthique : 1

Si l'affirmation éthique est présente dans la phrase mais incomplète : 2

Si l'affirmation éthique est présente de façon satisfaisante : 3

Si l'affirmation éthique est présente dans la phrase de façon optimale : 4

Analyse globale des résultats au regard du total des notes obtenues :

Score : 0 = Cette situation ne comporte aucun élément éthique, elle se situe dans un contexte de totalitarisme absolu. Extrême danger pour les valeurs et même l'existence physique des personnes.

Score : 1 à 9 = Apparition des premières mesures de l'éthique. Grave danger pour les valeurs et l'existence physique des personnes.

Score de 10 à 24 = La situation présente quelques traces d'éthique. Il existe néanmoins un risque certain de manipulation, d'oppression ou de violation des droits fondamentaux de la personne humaine.

Score de 25 à 49 = Le sens éthique est présent, il peut encore se perfectionner, ce score permet d'espérer des évolutions vers un meilleur respect des Droits de l'Homme.

Score de 50 à 74 = La situation présentée est satisfaisante. Il convient de développer les indicateurs ayant des notes inférieurs à 4.

Score de 75 à 108 = L'éthique est optimale. Il s'agit d'une situation très satisfaisante. Etes-vous certain(e) de ne pas avoir surévalué votre notation ?

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I. CONSTAT	4
II. CONTEXTE	7
1. Système de financement des établissements de santé.....	7
2. Place des usagers dans le système de soin.....	9
3. Evolutions du système de soin.....	10
4. Rôle et missions du cadre de santé	12
5. Questionnements.....	13
III. CHAMPS CONCEPTUELS.....	15
1. La qualité des soins.....	15
1.1. Approche globale.....	15
1.2. La démarche qualité et gestion des risques	16
1.3. Le processus de certification des établissements de santé.....	19
1.4. Prendre soin : principes et valeurs.....	20
2. Performance dans le management d'équipe	23
2.1. Efficacité, efficience, performance.....	23
2.2. Vers un management performant	27
3. L'éthique.....	30
3.1. Ethique, morale et déontologie.....	30
3.2. Approches philosophiques.....	32
3.3. Ethique appliquée aux soins	35
3.4. Ethique et management	36

IV.	PRE-ENQUETE	39
1.	Intentions	39
2.	Méthode	39
3.	Analyse des données recueillies	41
4.	Complément conceptuel : confiance et performance.....	45
V.	PROBLEMATISATION	48
VI.	ENQUETE EXPLORATOIRE DU TERRAIN.....	50
1.	Méthodologie de recherche.....	50
1.1.	Population étudiée	50
1.2.	Choix de l’outil.....	51
2.	Traitement des données	53
3.	Analyse des résultats.....	54
3.1.	Présentation des cadres interrogés.....	54
3.2.	Représentations de la performance pour les cadres de santé.....	55
3.3.	Performance institutionnelle : des limites identifiées.....	58
3.4.	Cadre de santé : des priorités managériales nettement définies	61
3.5.	Posture des cadres de santé entre éthique et performance.....	67
4.	Synthèse générale des éléments d’analyse.....	74
5.	Limites de l’enquête	76
VII.	RETOUR SUR L’EXPERIENCE PROFESSIONNALISANTE.....	77
1.	Réflexion en lien avec l’identité professionnelle : évolution et ancrage.....	77
2.	Evaluation des compétences acquises et développement professionnel.....	78
3.	Pistes pour l’action	80
	CONCLUSION	86
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
	ANNEXE.....	91

Anne-Séverine PAILLET

Institut de Formation des Cadres de Santé - CHU de Toulouse
Promotion 2017 - 2018

Concilier Éthique et Performance
Un challenge managérial pour le cadre de santé

Résumé :

Nous évoluons dans un système sanitaire en perpétuelle mouvance qui n'échappe pas aux préoccupations induites par la crise économique vécue au sein notre société ces dernières années. Dans ce contexte, les institutions de santé renforcent leurs politiques managériales dans le sens d'une plus grande rationalisation de l'activité, au moyen d'une gestion fortement orientée sur l'axe quantitatif.

Le cadre de santé est un acteur se situant à la jonction de multiples intérêts au sein de ce système, de fait, il est soumis à une confrontation quasi permanente entre son éthique clinique et les enjeux de performance du système au sein duquel il évolue.

Face à la précarité de l'équilibre existant entre ces deux notions, la recherche menée auprès des cadres de santé de proximité montre que plusieurs profils managériaux se profilent. Même si chacun s'accorde à ancrer fortement son management dans la perspective d'une amélioration constante de la qualité des soins, les cadres de santé tendent à envisager la performance sous différents prismes selon leurs valeurs professionnelles, définissant ainsi des positionnements managériaux distincts.

Les pistes de réflexion qui découlent de cette recherche s'orientent ainsi vers la conception d'une performance éthique rendue notamment possible par une approche globale de la qualité des soins tant dans ses dimensions qualitatives et quantitatives.

Mots clés :

Qualité des soins, éthique clinique, sens, confiance, bienveillance, performance, efficience, pertinence, cadre de santé, posture.