



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Patients étrangers payants
au sein de l'hôpital public**

**Nouvel enjeu pour le
Directeur des Soins ?**

Yann MALGHERINI

Remerciements

Parmi les nombreuses personnes qui m'ont aidé pour la réalisation de cette étude, je tiens à remercier tout particulièrement Christine FRANKHAUSER, Pascal GAILLOURDET, Cécile KANITZER et Pascal SANDMANN, Directeurs des Soins, pour leur disponibilité et la pertinence de leurs avis et la richesse de nos échanges.

Mes remerciements vont aussi à Jean-René LEDOYEN, responsable de la formation des Directeurs des Soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour son soutien lors du choix de cette thématique, et pour ses conseils avisés tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier l'ensemble des élèves Directeurs des Soins 2015, promotion CHARLIE, pour les nombreux partages d'expériences autour de ce sujet et pour tout l'intérêt dont ils ont fait preuve à l'égard de cette étude.

Je voulais également adresser ma gratitude aux nombreux soignants qui, en acceptant de s'ouvrir sans retenue sur leurs valeurs et sur les sentiments personnels qui animent leur investissement professionnel, ont grandement contribué à la réalisation de ce travail.

Enfin, je tenais à exprimer toute ma reconnaissance à mes proches, et plus particulièrement à mes parents pour leur précieuse aide, à Nathalie pour son soutien sans faille et sa présence, et enfin à mon fils Léo pour avoir si bien compris mes trop longues absences cette année.

« La valeur d'une idée dépend de son utilisation »

Thomas EDISON

Sommaire

Introduction	1
1 Nouveau Management Public et valeurs soignantes, quelle cohabitation ?	5
1.1 Le contexte de Nouveau Management Public à l'hôpital	5
1.1.1 L'instauration et les principes du Nouveau Management Public	5
1.1.2 La traduction du NMP dans l'Hôpital Public.....	8
1.1.3 Des freins au changement à prendre en considération.....	10
1.2 La culture hospitalière liée aux valeurs et aux représentations professionnelles ...	11
1.2.1 Les liens entre les valeurs soignantes et l'engagement professionnel	11
1.2.2 Une construction identitaire influencée par le NMP	18
1.2.3 Les représentations individuelles et professionnelles évolutives	21
2 Enquête auprès des personnels soignants	25
2.1 Le choix de la méthode exploratoire	25
2.2 Les entretiens semi-directifs : méthodologie et déroulement	26
2.2.1 Le choix du type d'entretien.....	26
2.2.2 Le déroulement des entretiens	26
2.2.3 Le choix des personnels ciblés et l'élaboration d'un guide d'entretien	27
2.3 L'analyse des entretiens	28
2.3.1 L'analyse par thématique	28
2.3.2 Une influence du contexte inégalement objectivée selon les thématiques	34
2.3.3 Une rupture importante observée entre les soignants et l'encadrement	36
2.3.4 Synthèse des entretiens	37
3 Préconisations pour une unité dédiée aux patients étrangers payants	39
3.1 Quelques précisions sur le fonctionnement de l'unité étudiée	39
3.2 S'impliquer pleinement dans les décisions et la mise en œuvre	40
3.3 Mettre en place une stratégie d'influence	41
3.3.1 Préparer l'opinion avant l'annonce du projet.....	41
3.3.2 Accompagner l'annonce par une communication adaptée.....	44
3.4 Choisir les effectifs et organiser la prise en charge dans l'unité.....	45
3.4.1 Négocier une dotation plus importante que les effectifs cibles du CH	45
3.4.2 S'appuyer sur des critères de sélection stratégiques.....	46
3.4.3 Gérer la mobilité, la disponibilité des ressources et les interfaces.....	48
3.4.4 Confier l'encadrement de l'unité à un cadre supérieur de pôle.....	49
3.5 Identifier et organiser les principaux parcours de soins.....	50
3.6 Evaluer le fonctionnement de l'unité et l'impact sur les organisations	50
3.7 Pérenniser le fonctionnement de l'unité au sein de l'établissement	51
3.8 Synthèse des préconisations	52
Conclusion.....	53

Bibliographie	55
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Articles de presse internet sur les patients étrangers payants.....	II
Annexe 2 : Guide de l'entretien semi-directif	VI
Annexe 3 : Support de l'entretien semi-directif	VII
Annexe 4 : Grille de recueil des entretiens	VIII
Annexe 5 : Plaquette marketing d'une unité pour patients étrangers payants	IX
Annexe 6 : Charte de la personne hospitalisée	XI

Liste des sigles utilisés

ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS :	Agence Régionale de Santé
ARTT :	Accord sur la Réduction du Temps de Travail
AS :	Aide Soignant
ASH :	Agent de Service Hospitalier
CAF :	Capacité d'Auto Financement
CGDS :	Coordination Générale Direction des Soins
CH :	Centre Hospitalier
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CRE :	Contrat de Retour à l'Equilibre
CRUQPC :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS :	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
DAF :	Directeur des Affaires Financières
DH :	Directeur d'Hôpital
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
DRM :	Direction des Ressources Matérielles
DS :	Directeur des Soins
ENC :	Echelle Nationale des Coûts

EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP :	Equivalent Temps Plein
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM :	Groupe Homogène de Malades
GPMC :	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISA :	Indicateur Synthétique d'Activité
LOLF :	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MAP :	Modernisation de l'Action Publique
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MER :	Manipulateur en Radiologie
MTM :	Mécanismes de Type Marché
NMP :	Nouveau Management Public
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PCME :	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PMSI :	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
RGPP :	Révision Générale des Politiques Publiques
RH :	Repos Hebdomadaire
SICS :	Service Infirmier de Compensation et de Suppléance
T2A :	Tarifcation à l'Activité
VIP :	(<i>Very Important Person</i> , anglais) Personne très importante

Introduction

Le système de santé public français est reconnu internationalement pour l'excellence de son offre médicale, mais doit faire face depuis de nombreuses années à des difficultés économiques majeures. Dans un contexte de plans de retour à l'équilibre budgétaires contraignants et de restrictions des dépenses de l'assurance maladie, les établissements publics recherchent des solutions pour améliorer leur capacité d'autofinancement. Des stratégies de restructurations d'activités, d'optimisations des ressources ou encore de coopérations entre les établissements sont ainsi élaborées afin d'atteindre plus d'efficacité. Parmi les solutions envisagées, un Centre Hospitalier public de 500 lits MCO, 50 lits de Psychiatrie, 200 lits de Gériatrie, et qui dispose d'un IFSI, a fait le choix de mettre en place une unité de bilans et de soins de 10 lits dédiée à la prise en charge de patients étrangers payants et solvables. Le service, organisé en chambres individuelles spécialement aménagées, a pour projet de proposer une prestation hôtelière de luxe, s'appuyant notamment sur une offre complète intra et extra hospitalière type « conciergerie ». Cette stratégie, qui répond à une problématique financière, est en adéquation avec les attentes d'une importante partie des patients du bassin de recrutement, avec la réputation de l'établissement, ainsi qu'avec la notoriété de la ville et sa forte clientèle touristique aisée.

Si l'accueil de patients étrangers solvables est une pratique déjà répandue et parfaitement assumée dans de nombreux pays comme l'Allemagne, l'Angleterre, la Turquie, la Pologne, la Thaïlande ou l'Inde, il semble représenter encore un véritable tabou en France pour l'opinion publique et les professionnels de santé. En témoignent les fortes critiques et les expériences négatives de prise en charge de riches patients dans des hôpitaux publics. Cependant, un rapport sollicité conjointement par le Ministre des Affaires Etrangères et la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, réalisé et remis en Juin 2014 par l'économiste Jean de KERVASDOUE, préconise fortement la mise en place à court terme d'une prise en charge personnalisée des « *patients étrangers solvables* ». Par solvable, le rapporteur explique sans aucune ambiguïté qu'il s'agit de patients étrangers fortunés. « *Si un patient est disposé à quitter son pays pour être soigné dans un établissement d'un pays étranger c'est qu'il est à la fois financièrement aisé, profondément motivé et suffisamment confiant.* » (page 24). Ce rapport souligne l'important intérêt financier, estimé à 2 milliards d'euros de recettes annuelles, ainsi que l'opportunité de créer 30 000 postes. Dans un communiqué du 12 mars 2015 publié sur le site internet du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a été annoncée la constitution d'un « *groupe de travail chargé d'approfondir la réflexion sur la promotion à l'étranger de l'excellence de la prise en charge hospitalière française et de préciser les conditions d'organisation éventuelle, dans certains établissements, du parcours de patients non-résidents* ».

La création d'une unité lucrative pour les patients étrangers au sein d'un établissement public suscite de nombreuses interrogations en lien avec le champ de compétences et de responsabilités d'un Directeur des Soins. L'objet de ce travail est d'appréhender comment, au travers de ses missions et de ses prises de décisions, un Directeur des Soins peut contribuer à l'élaboration et à l'accompagnement d'un tel projet.

Ce travail n'a donc aucunement pour objectif de positionner le Directeur des Soins en juge de valeur et de donner un avis sur la faisabilité, l'opportunité ou le bienfondé d'un tel projet, mais d'apporter, en s'appuyant sur l'exemple de l'établissement étudié, des éléments de réponse à la question : **quelle peut être la contribution d'un Directeur des Soins d'un établissement public lors de la création et la mise en œuvre d'un projet d'unité de soins dédiée aux patients étrangers fortunés ?**

Cette contribution au projet correspond parfaitement aux missions d'un Directeur des Soins qui s'expriment sur plusieurs champs d'actions. A la fois membre de l'équipe de Direction et responsable de la filière paramédicale par délégation du Directeur, il est de surcroît un interlocuteur privilégié de la communauté médicale. En s'impliquant dans l'élaboration du projet, il démontre sa loyauté envers l'équipe de direction. Sa pleine adhésion ainsi que son expertise managériale lui donnent toute légitimité pour négocier avec l'ensemble des décisionnaires et faire entendre son avis sur les besoins et sur les risques liés à la spécificité de l'unité. Si par ses compétences et son expertise soignante, il est un acteur incontournable pour le pilotage du projet et la mise en place des organisations de soins, son positionnement risque d'être particulièrement délicat. Il doit en effet accompagner le changement décidé par l'équipe de direction, tout en gardant auprès des agents sa légitimité de professionnel soignant. Les enjeux sont donc particulièrement importants pour le management général et à long terme de la filière soignante.

Garant de la sécurité et de la qualité des soins, le Directeur des Soins aura un rôle déterminant pour la réussite du projet et la qualité de la prise en charge des patients ciblés. L'objectif est d'assurer une prestation à la hauteur des attentes d'une « patientèle » légitimement exigeante au regard des tarifs qu'elle consent à payer. Le Directeur des Soins devra également contribuer, au même titre que les différents acteurs responsables de l'établissement, à préserver la continuité, la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble des patients au sein des unités d'hospitalisation traditionnelles.

En plus des contraintes organisationnelles et administratives, Jean de KERVASDOUE identifie dans son rapport des difficultés importantes liées à la forte représentation des professionnels sur le service public. « *Le personnel hospitalier habitué à soigner tout le monde sans considération financière redoute ce type de patients et ne sait pas comment concilier son éthique et l'intérêt de l'institution qui les emploie.* » (page 29).

Les nombreux articles de presse parus sur le sujet¹ semblent confirmer que l'opinion publique et celle des professionnels de santé représenteraient une réelle difficulté et un enjeu majeur. Dans le même sens, il est intéressant également de souligner les précautions prises par les instances publiques, qui évoquent assez pudiquement une « *promotion à l'étranger de l'excellence de la prise en charge hospitalière française* »², pour communiquer sur cette problématique. Il paraît dès lors intéressant de s'interroger, au même titre que les organisations à mettre en place, sur les leviers managériaux qui permettront au Directeur des Soins de faciliter l'acceptation par les personnels soignants.

Cette étude se basera donc sur une première hypothèse : les valeurs soignantes et les représentations professionnelles sur le service public représentent une difficulté majeure pour l'instauration d'une unité lucrative au sein d'un hôpital public.

Cependant, les évolutions successives et importantes du système de santé public, avec notamment l'application des principes du Nouveau Management Public ou encore la présence d'une activité libérale au sein des hôpitaux publics, ont pu modifier les représentations des soignants sur leurs missions et sur leur environnement professionnel.

Ce travail se basera donc également sur une deuxième hypothèse : les évolutions du contexte professionnel ont créé des conditions d'acceptation, par les personnels soignants, d'une unité pour patients étrangers au sein d'un établissement public.

Nous présenterons dans une première partie les fondements généraux du Nouveau Management Public, et les principales répercussions pour les organisations et le management des établissements publics de santé. Puis seront étudiées les valeurs soignantes et les représentations professionnelles susceptibles de représenter des difficultés pour la mise en œuvre, l'accompagnement et le pilotage du projet. Nous nous appliquerons notamment à identifier l'importance de leur influence dans les constructions identitaires et dans les processus d'engagement professionnel.

Nous exposerons dans une deuxième partie les résultats et l'analyse d'une enquête effectuée auprès des personnels soignants visant à évaluer l'impact du Nouveau Management Public sur leurs représentations professionnelles et leurs valeurs soignantes.

Enfin, seront exposées les préconisations et les principales organisations de soins que pourrait proposer un Directeur des Soins pour assurer une qualité de prise en charge des patients étrangers à la hauteur de leurs attentes, préserver la qualité des soins pour l'ensemble des patients du secteur public et enfin s'assurer de l'adhésion des soignants.

¹ Cf. Annexe 1, page II : Articles de presse internet sur les patients étrangers payants

² Jean de Kervasdoué remet un rapport sur la valorisation de l'accueil des patients étrangers à Laurent Fabius et Marisol Touraine (Consulté le 16/3/15) Disponible à l'adresse : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/jean-de-kervasdoue-remet-un,17722.html>

1 Nouveau Management Public et valeurs soignantes, quelle cohabitation ?

1.1 Le contexte de Nouveau Management Public à l'hôpital

1.1.1 L'instauration et les principes du Nouveau Management Public

A) Une instauration progressive en France

Ces trente dernières années, de nombreux pays de l'OCDE dont la France, et ceux en voie de développement, sont confrontés à une dette publique importante et à une succession de crises financières. Une rationalisation des dépenses du secteur public a été recherchée, notamment par une évolution de l'approche managériale, afin d'améliorer, ou à défaut de maintenir, une qualité des services rendus aux usagers par les institutions publiques. Les causes de l'émergence du Nouveau Management Public (NMP) varient en fonction des pays ; approche pragmatique avec une recherche d'un fonctionnement plus cohérent, ou encore approche idéologique pour répondre à une conception plus libérale des organisations. Cependant, les difficultés économiques semblent être les principaux catalyseurs de ce changement managérial.

Le NMP est apparu initialement au Royaume-Uni au début des années 80, avec notamment une importante phase de privatisation d'entreprises publiques et la création de nombreuses agences privées avec des missions d'intérêt public. Si de nombreux pays ont rapidement adhéré à ce changement, l'instauration du NMP en France ne s'est réellement manifestée qu'à partir des années 2000 et a fait suite à deux principaux événements. Tout d'abord, et en lien avec la nécessité de diminuer les dépenses publiques, l'Etat français a amorcé entre 2002 et 2003 un processus de réduction significative des effectifs de l'ensemble des fonctions publiques (d'Etat, territoriale et hospitalière) avec *de facto* une nécessité de restructuration des schémas managériaux et organisationnels. Ensuite, l'élaboration de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1^{er} août 2001 a été déterminante pour l'évolution du service public et pour le changement des conceptions. En application depuis 2006, cette loi réforme en profondeur l'ordonnance du 2 janvier 1959. Elle a pour principal objectif une diminution des dépenses publiques, par une optimisation de la gestion budgétaire et par une responsabilisation des gestionnaires. Ainsi, les crédits sont dorénavant votés en fonction de programmes et d'objectifs précis. Selon le principe de fongibilité, ces crédits au sein d'un même programme peuvent faire l'objet de réaffectations par les gestionnaires, sans pour autant que ceux alloués aux ressources humaines puissent être augmentés. La LOLF a ainsi permis d'accroître la responsabilité et l'autonomie des gestionnaires et d'assouplir un pilotage budgétaire auparavant particulièrement contraint et cloisonné. C'est cette notion de contrats d'objectifs et de moyens, associée à l'introduction des évaluations des résultats, tant quantitatifs que qualitatifs en théorie, qui marque le changement majeur de l'administration et symbolise significativement la transposition des principes du secteur privé au secteur public.

B) Les principes généraux du Nouveau Management Public

Le Nouveau Management Public représente un ensemble de méthodes managériales et gestionnaires inspirées du secteur privé. Elles ont été estimées plus adaptées à un environnement particulièrement évolutif et relativement transposables au secteur public. Ce dernier était en effet jugé trop coûteux et trop rigide, bridant ainsi l'innovation, l'évolution ou l'adaptation. Le NMP concerne les 4 principaux axes de gestion d'une administration : la stratégie, les ressources humaines, les finances et le marketing.

✚ **La stratégie** : le NMP s'appuie sur la mise en place de planifications stratégiques (ex. : choix des activités de soins d'un hôpital), ainsi que sur une gestion par les résultats et les évaluations (ex. : certification des hôpitaux). Il mise également sur la privatisation de certains services ou entreprises, le décloisonnement public / privé en favorisant l'établissement de partenariats (ex. : Groupements de Coopération Sanitaire dans le domaine de la santé) ou encore l'externalisation de fonctions support (ex. : entretien des locaux hospitaliers). Il s'appuie enfin sur une décentralisation du pouvoir (ex. : autonomie des universités, autonomie des pôles dans les hôpitaux) ainsi que sur la séparation des fonctions politiques et administratives (ex. : ARS et direction des hôpitaux).

✚ **Les ressources humaines** : le NMP se caractérise principalement par une rationalisation des effectifs et par une responsabilisation des personnels (ex. : à l'hôpital, évolution des missions des surveillants des services de soins devenus des cadres de santé ou encore apparition des cadres supérieurs de pôles). Le NMP tend également à favoriser la motivation des agents par une gestion plus individuelle des carrières (GPMC), par une individualisation des rémunérations (ex. : primes liées aux évaluations annuelles) et par une participation accrue aux décisions (ex. : CHSCT étendu depuis 2010 à toutes les fonctions publiques de l'Etat et territoriales, CSIRMT dans les hôpitaux).

✚ **Les finances** : le NMP a pour objectif principal une réduction des dépenses des administrations publiques (ex. : plans et contrats de retour à l'équilibre des établissements de soins). Il se base également sur le principe de contractualisation budgétaire en fonction de programmes (ex. : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, EPRD), avec une nécessité accrue de transparence et d'affinement des comptabilités analytiques.

✚ **Le marketing** : le NMP a introduit au sein des services publics les notions de concurrence et de fidélisation de la clientèle. Les administrations ont donc également développé leur communication externe, avec la mise en place d'outils dédiés comme les sites internet permettant d'afficher leurs missions, leurs budgets, leurs organigrammes ou encore leurs résultats (ex. : publication des résultats d'enquêtes sur les infections nosocomiales des établissements de soins). Les entités publiques ont également recours fréquemment aux enquêtes de satisfaction, et la consultation des usagers, considérés comme des partenaires responsables, s'est institutionnalisée (ex. : CRUQPC des hôpitaux).

L'organisation issue du Nouveau Management Public se positionne ainsi en opposition au modèle bureaucratique tel que défini par Max WEBER et longtemps privilégié par les administrations à caractère public. Dans une organisation wébérienne, un des principaux objectifs est le respect des règles, avec une chaîne de commandement centralisée et une hiérarchie fonctionnelle. Le NMP a pour objectifs la satisfaction des usagers, ou clients, ainsi qu'une atteinte de résultats établis et annoncés préalablement. Il est basé sur une organisation décentralisée et une gouvernance en réseau. De plus, dans une administration wébérienne, les agents sont recrutés par examen ou par concours et les promotions se font par avancements à l'ancienneté, excluant tout favoritisme, tandis que le NMP favorise la contractualisation et la promotion au mérite. Enfin, pour une administration wébérienne, le budget est axé sur des moyens alloués et fait l'objet d'un contrôle au moyen d'indicateurs de suivi (bonne affectation des dépenses sur les lignes de crédits par exemple) alors qu'il est basé sur des objectifs pour le NMP et fait l'objet d'un contrôle axé sur des indicateurs de performance.

Cette notion de performance est centrale dans le NMP. Le concept de performance semble clairement défini dans le milieu entrepreneurial : il correspond à tout ce qui tend à améliorer la balance valeur-coût. Une entreprise performante serait une entreprise innovante, réactive, capable de fidéliser sa clientèle et d'être concurrentielle sur le marché par les stratégies de développement adoptées et par la qualité de ses services ou de ses produits. C'est également une entreprise qui, par son organisation managériale, favorise l'expression ou le développement de compétences individuelles et collectives. C'est enfin une entreprise où le personnel tend à travailler en autonomie et trouve toutes les conditions de motivation et d'épanouissement autour de valeurs communes.

C'est cette recherche de performance qui a entraîné la volonté de modernisation des administrations publiques en y appliquant les modèles de fonctionnement du privé. Le secteur public a dû repenser ses organisations pour plus d'efficacité et d'efficience, revoir les missions de l'encadrement, inciter les différentes institutions à proposer elles-mêmes leurs évolutions, élaborer une politique de résultats et mettre en place des mécanismes de contrôle adaptés. Toute la difficulté pour le secteur public se situe dans la nécessité de préserver un équilibre entre d'une part, performance, compétitivité et efficacité économique exigées par le contexte financier et d'autre part, solidarité, équité sociale et cohésion en lien avec la spécificité des missions et avec les attentes des usagers. C'est pour tendre vers cet objectif, par exemple, qu'a été créée en 2009 l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), dont les missions sont d'aider les établissements de santé à améliorer leurs performances en proposant des modèles et des références de fonctionnement, des critères d'évaluation ou encore un soutien à la gestion financière.

1.1.2 La traduction du NMP dans l'Hôpital Public

Cette volonté d'insuffler un esprit d'entreprise au service public a également concerné les hôpitaux publics. De nombreuses évolutions de l'organisation hospitalière liées au NMP, à la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) de 2007 et à la Modernisation de l'Action Publique (MAP) de 2012 ont contribué à modifier en profondeur le modèle hospitalier et la vision qu'ont les professionnels de santé de leur contexte professionnel. Trois principales évolutions se dégagent : le mode de financement par la tarification à l'activité, la gouvernance par pôle et le rapprochement secteur public - secteur privé.

A) Le financement à l'activité T2A

A l'instar de la plupart des pays industrialisés, la France tente de diminuer ou de contenir les dépenses publiques liées à la santé. En modifiant à plusieurs reprises ces dernières décennies le système de financement des hôpitaux, qui représente près de la moitié des dépenses de santé à la charge de la collectivité, l'Etat français a souhaité d'une part, modifier les comportements des usagers et des professionnels et d'autre part, lisser les différences de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Jusqu'en 1983, les hôpitaux étaient financés au prix de journée. Ce prix variait d'un établissement à l'autre en fonction de l'activité (calculée en nombre de journées, durées moyennes de séjours, taux d'occupation des lits) et des dépenses prévues annuellement. Les établissements avaient donc tout intérêt à minimiser les prévisions d'activité et majorer les prévisions de dépenses afin d'obtenir un prix de journée élevé. De plus, les déficits étaient automatiquement inclus dans les charges de l'année suivante.

De 1983 à 1996, et afin de corriger ces défauts, le financement a basculé vers une dotation globale. Cependant, cette dernière ne prenait pas en compte les variations d'activité et n'avait donc aucune influence sur les pratiques et comportements des professionnels de santé. De surcroît, ce financement ne concernait pas les cliniques privées qui restaient au prix de journée, induisant ainsi une concurrence faussée.

Entre 1996 et 2004, a été mis en place le système d'information PMSI, permettant d'établir une échelle nationale des coûts (ENC) à partir de groupes homogènes de malades (GHM) ainsi qu'un l'indicateur Index Synthétique d'Activité (ISA) visant à moduler la dotation globale en fonction de l'activité. Cependant, les réajustements ne donnaient pas satisfaction, et les professionnels n'étaient pas assez impliqués dans les problématiques d'efficience et de productivité.

C'est à partir de 2004, avec le déploiement progressif du financement par la T2A, que le financement a été fondé sur l'activité médicale. Les hôpitaux doivent dorénavant prévoir leur budget en fonction de leurs dépenses et de leurs recettes (EPRD).

Cette contractualisation correspond aux principes du NMP, et a eu pour conséquence un changement de représentations des professionnels sur leur environnement. En effet, depuis une dizaine d'année, les notions de coût, d'efficience ou de productivité des soins, autrefois réservées au secteur privé, sont apparues au sein des hôpitaux publics. Ce changement visait à réduire ou contenir les dépenses. Souvent critiqué car jugé en possible contradiction avec les valeurs et missions universelles des hôpitaux publics, il avait également comme objectif de sensibiliser et de responsabiliser les acteurs aux problématiques et difficultés financières auxquelles font face les établissements publics.

B) La nouvelle gouvernance par pôle

La responsabilisation des professionnels de santé, qui deviennent des acteurs impliqués, est également une composante majeure du NMP. La gouvernance par pôle a eu pour conséquence de décentraliser les prises de décisions stratégiques en impliquant les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs dans la gestion financière de leur environnement professionnel. Le principe de contractualisation annuelle des dépenses et des recettes au niveau des pôles d'activité implique que les managers de ces entités (cadres supérieurs de pôle, médecins chefs de pôle) intègrent le poids des contraintes budgétaires dans l'élaboration de leurs projets. Ainsi, l'organisation par pôle au sein duquel les acteurs peuvent gérer en autonomie leurs ressources matérielles et humaines, dans les limites d'une enveloppe budgétaire négociée, devrait avoir contribué, au même titre que les déficits récurrents et les plans de retour à l'équilibre exigés par les ARS, à faire émerger au sein de l'hôpital la notion de nécessité d'optimisation des organisations.

C) Un décloisonnement public – privé

La troisième composante majeure introduite par le NMP dans l'hôpital public est l'ouverture vers le secteur privé. Ce décloisonnement se manifeste à plusieurs niveaux. Tout d'abord par l'introduction de la notion de concurrence (ex. : entre plusieurs hôpitaux publics ou avec des cliniques privées sur un même bassin de recrutement) autrefois réservée aux entreprises à but lucratif. Cette notion est liée aux Mécanismes de Type Marché (MTM) au même titre que l'utilisation du prix (ex. : choix stratégiques d'arrêts d'activités de soins au bénéfice d'autres plus rémunératrices), la décentralisation des décideurs ou encore le recours à des incitations financières (ex. : primes de services liées aux évaluations annuelles). Ensuite, l'hôpital public a recours de plus en plus fréquemment à l'externalisation de certaines fonctions transversales ou support, comme l'entretien des locaux ou encore du linge. Enfin, l'établissement de partenariats et de coopérations public – privé, avec pour objectifs une rationalisation territoriale des ressources et une amélioration de l'accès aux soins, contribue à ouvrir le service public hospitalier aux exigences et fonctionnements des entreprises privées, et pourrait ainsi faire évoluer les représentations des acteurs du soins concernant le service public.

1.1.3 Des freins au changement à prendre en considération

Ces nouveaux modes de management des hôpitaux ont suscité de vives réactions et critiques. Il est difficile d'établir une cartographie précise et exhaustive des liens de cause à effet entre les évolutions du contexte et les difficultés exprimées. Il semble toutefois que le NMP ait contribué, au même titre que le passage aux 35 heures, la diminution des effectifs, la rationalisation des organisations, la formalisation des actes ou encore le changement des comportements et des attentes des usagers, à déstabiliser les professionnels de santé qui déclarent peiner désormais à donner du sens à leurs actions.

Ainsi, concernant le ressenti des soignants sur les nouveaux modes de management des hôpitaux, P. CHANIAL explique : « *Pour beaucoup d'entre eux, les nouvelles formes de gestion hospitalière non seulement ne seraient pas congruentes avec la qualité des soins, mais elles leur feraient obstacle* »³. Pour les acteurs, les notions de productivité, d'efficacité ou de compétitivité, ainsi que les différents dispositifs mis en place afin d'évaluer l'efficience des organisations et tarifer les actes, ne prennent pas assez en compte le soin relationnel. Les soignants peuvent avoir développé ainsi un sentiment de déshumanisation contrainte des soins. N. BELORGEY décrit ce sentiment : « *Aujourd'hui, les infirmières développent un type de soin particulier, le « relationnel », qui s'oppose au soin technique. (...) Or les réformes managériales, en tentant d'accroître la productivité des soignants, réduisent les temps qu'ils peuvent passer auprès de chaque patient et contrarient donc directement cette dimension du soin* »⁴. Les freins aux changements observés ces dernières années seraient ainsi liés à un refus des soignants de devenir des producteurs de soins dans un domaine où se côtoient mort, maladie, souffrance physique et morale.

De nombreux articles et ouvrages ont ainsi témoigné des difficultés exprimées par les professionnels qui n'ont eu de cesse de mettre en opposition les notions de valeurs soignantes, d'engagement ou encore de don de soi, avec les leviers mécaniques actuels des évaluations quantitatives et qualitatives des soins. De nombreux soignants ont fait part de leur perte de motivation, voire de leur souffrance, car les évolutions de leur contexte professionnel ne correspondaient plus aux représentations qu'ils avaient de leurs missions. Il convient dès lors de s'interroger sur les conséquences, dans ce contexte de tensions et de perte de repères, de la mise en place d'un service payant pour les patients étrangers, pouvant être perçu comme un pas supplémentaire vers la privatisation et la commercialisation des soins. Le Nouveau Management Public a-t-il responsabilisé les acteurs du soin sur les contraintes financières, ou au contraire a-t-il exacerbé le sentiment que les valeurs soignantes et celles du service public ne sont plus prises en compte ?

³ CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS* 1/2010 (n° 35), page 138

⁴ BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010, page 224

1.2 La culture hospitalière liée aux valeurs et aux représentations professionnelles

Le projet de mise en place d'unités de soins dédiées aux personnes fortunées et payantes au sein d'un établissement public pose la problématique de l'acceptation par les personnels soignants. Leur implication, leur motivation et leur investissement dans l'exercice de leur métier sont fréquemment décrites comme étant profondément attachés aux valeurs, aux identités et aux représentations professionnelles. Ces trois notions sont étroitement liées à la forte culture hospitalière qui, comme le fait apparaître le schéma ci-après, tient une place importante dans le fonctionnement des établissements. Les notions étant polysémiques, une approche holistique ne peut être réalisée. L'étude se focalisera donc sur une analyse liée à la thématique exposée et au fonctionnement d'un hôpital public.

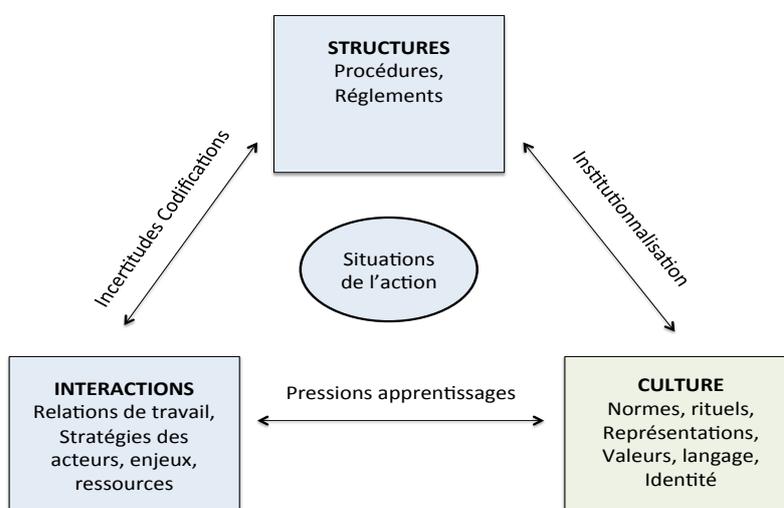


Fig. 1 : Situations de l'action, enseignement sociologie EHESP 2015, F.X. SCHWEYER

1.2.1 Les liens entre les valeurs soignantes et l'engagement professionnel

A) La complexité, la diversité et le rôle des valeurs

Si le terme de « valeur » est couramment utilisé, il n'est pas aisé d'en trouver une définition et un sens général commun à tous, dans la mesure où il fait référence à des notions qui touchent personnellement les individus. Le mot « valeur » provient de « *valor* » en latin qui signifie « qualité » ou « mérite ». Le Larousse propose un grand nombre de définitions ; « *ce que vaut un objet susceptible d'être échangé, vendu, et, en particulier, son prix en argent* », « *mesure conventionnelle attachée à quelque chose, à un symbole, à un signe* », « *ce par quoi quelqu'un est digne d'estime sur le plan moral, intellectuel, professionnel, etc.* », « *caractère de ce qui remplit les conditions requises pour être valable* » « *importance, prix attaché subjectivement à quelque chose* », ou encore « *ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre* ». C'est cette dernière définition qui correspond au champ de cette étude.

Les valeurs ont fait l'objet de nombreux travaux en sociologie, en psychologie, et en philosophie. Pour certains auteurs, comme Max WEBER ou Emile DURKEIM, elles sont essentielles pour expliquer les changements sociétaux, les organisations des groupes ou encore les comportements individuels. Les valeurs sont à l'origine des coutumes, des règles ou encore des lois qui ordonnent le fonctionnement de la société. Elles ont fait l'objet de nombreuses recherches, et la pluralité des approches et des conceptions a permis l'élaboration de différentes définitions dans le domaine des Sciences Humaines.

Pour Milton ROKEACH, 1973, la valeur serait une croyance forte, stable et personnelle qui amène les individus à juger qu'une conduite, ou un objectif, serait préférable à d'autres. Pour Shalom SCHWARTZ et Wolfgang BILSKY, 1987 et 1990, la valeur correspond à une « *adhésion des individus à des objectifs permettant de satisfaire des intérêts appartenant à des domaines motivationnels et ayant une importance plus ou moins grande dans la vie de tous les jours* ». Enfin, pour Rudolf REZSOHAZY, 2006, la valeur correspond à un idéal que les individus recherchent à atteindre.

La valeur peut être caractérisée par quatre dimensions essentielles. Tout d'abord, Il est possible de l'appréhender sous l'angle de son **objet**, comme la famille ou le travail. Cet objet peut être plus ou moins valorisé ou déprécié, ce qui introduit la seconde dimension, celle de la **valence** de la valeur, sous-tendant l'existence de valeurs bonnes et mauvaises, ou encore de valeurs utiles et inutiles. Ensuite, la valeur a une dimension plus ou moins **normative**, comme le patriotisme ou la fidélité, c'est à dire pouvant être à l'origine, ou découler, de normes et règles sociétales. Enfin, il est possible de classer les valeurs en fonction des **porteurs**, c'est à dire de leurs vecteurs de transmissions. Ce peut être des acteurs individuels comme des parents, des enseignants, des modèles charismatiques ou encore des *leaders*. Les porteurs peuvent également être des groupes comme des partis politiques, des entreprises ou des catégories professionnelles.

Les valeurs sont intimement liées aux croyances et aux convictions des individus, des groupes ou de la société. On distingue plusieurs types de valeurs, comme les valeurs **spirituelles** liées aux croyances religieuses, les valeurs **idéologiques** découlant de dogmes politiques ou encore les valeurs **morales** comme le respect et l'honnêteté. L'ensemble de ces valeurs, combinées et triées en fonction des sensibilités et des constructions personnelles, oriente les comportements et les actions vers une recherche d'idéaux et d'une éthique individuelle. Pour que ces valeurs puissent imposer à l'individu une ligne de comportement identifiable et acceptable, elles doivent au préalable faire l'objet d'une concertation collective, implicite ou explicite, puis d'une validation et d'une formalisation. L'individu doit ensuite engager un travail introspectif et subjectif d'évaluation de ses propres idéaux pour une adaptation avec les valeurs contextuelles ou sociétales.

Théorie des valeurs universelles de SCHWARTZ : Le psychologue Shalom SCHWARTZ distingue deux catégories de valeurs. En premier lieu, il identifie les **valeurs propres** à l'individu, issues d'un héritage religieux, socioculturel et éducatif, c'est à dire liées à une construction par son entourage. Elles constituent les repères essentiels, stables et constitutifs de la personnalité. Il distingue ensuite les valeurs **universelles** qui ne sont pas apprises, et qui seraient fondamentales car communes à toutes les cultures. Ces valeurs seraient également universelles car elles répondraient aux nécessités de l'existence ; satisfaire les besoins biologiques, permettre les interactions sociales et assurer la survie des groupes. C'est lorsque l'individu prend conscience de leur existence et qu'il parvient à s'y conformer qu'elles revêtent un caractère indispensable à son équilibre. Le psychologue énumère ainsi dix valeurs universelles : autonomie, réussite, pouvoir, sécurité, hédonisme, stimulation, conformité, tradition, bienveillance et universalisme. Si certaines valeurs sont contradictoires ou opposables entre elles, comme la conformité et l'autonomie, d'autres, comme la sécurité et la conformité semblent plus compatibles. Pour SCHWARTZ, il n'y a initialement pas de hiérarchie entre ces valeurs. Toutefois, toute action répond à la priorisation de plusieurs de ces valeurs par les individus ou les groupes qui opèrent alors à une hiérarchisation et à une élaboration d'échelles de valeurs.

Théorie du « in » et « ought » de HUME : Selon le philosophe David HUME, *Traité de la Nature Humaine* (1739), la valeur est également caractérisée par un rapport étroit entre l'existant (le « in ») et ce qui devrait être (le « ought »), c'est à dire entre le concret et l'idéal. Pour développer ses connaissances, la société ne peut se contenter de savoirs innés et empiriques. Des liens doivent être faits entre les expériences concrètes et des considérations, des représentations ou des jugements d'ordre plus personnel. Lors d'un choix, il convient ainsi de passer la réalité, ou le contexte, à travers le prisme des croyances et des représentations individuelles et sociales.

Les valeurs servent donc de critères en guidant la sélection de ce qui doit être réalisé ou encore de ce qui est bon et légitime. Toutefois, cette influence sur les actes et les décisions est rarement identifiée. C'est souvent lorsque les actions menées sont en conflit avec leurs valeurs que les individus prennent conscience de leur existence.

Lien entre valeurs et engagement professionnel : Dans le domaine de la sociologie du travail, les valeurs sont particulièrement importantes pour trois principales raisons. Tout d'abord, elles contribuent à coordonner les actions des travailleurs en leur donnant des sens communs. Elles aident ainsi à faire accepter des normes et des règles partagées par tous. Ensuite, par les interactions qu'elles favorisent, elles participent à la construction des identités et des représentations professionnelles. Enfin, elles jouent un rôle déterminant pour la motivation, l'engagement, l'estime de soi et l'épanouissement des individus qui se reconnaissent et se sentent reconnus au sein de leur entreprise.

B) Les valeurs de l'hôpital liées à son histoire, à son financement et à la religion

Les valeurs traditionnelles et les missions des hôpitaux publics sont étroitement liées à la religion, à l'histoire de la société française, aux connaissances médicales et à la construction du système de santé. Quatre principales périodes se dégagent ; le Moyen Age, la Renaissance, le siècle des lumières et la révolution française, et enfin le XXe siècle.

Charité chrétienne : Au Moyen Age, les connaissances médicales sont encore rudimentaires et fortement influencées par les croyances religieuses. Les hôpitaux ne sont pas encore de véritables lieux de soins médicaux. Ses missions sont principalement axées sur l'isolement et l'accompagnement des malades. Appartenant au patrimoine de l'Eglise, les hospices sont placés sous l'autorité ecclésiastique et leur financement provient de la charité individuelle. Tout en défendant les valeurs de la laïcité, de la bienveillance et d'universalité de l'aide apportée aux individus, les hôpitaux possèdent des liens particulièrement étroits avec la religion et la spiritualité.

Gestion par des pouvoirs laïcs : A partir de la renaissance, l'autorité royale, pourtant considérée comme pouvoir divin, a souhaité contrôler l'influence religieuse à tous les niveaux. Concernant les hôpitaux, cette volonté s'est traduite par une implication des pouvoirs laïcs dans la gestion des établissements, avec notamment l'apparition d'un financement par les communes sous forme de taxes. Cependant, le financement reste principalement basé sur la charité des fidèles. Ainsi, malgré l'arrivée de personnels soignants laïcs au côté des religieuses, et malgré la prise de contrôle administrative par des officiers dépendant de la royauté, les hôpitaux ont gardé leur implication religieuse. Cette époque est marquée par la création des Hôtels - Dieu et des hôpitaux généraux qui ont pour missions d'isoler indifféremment de la société les malades infectieux, les pauvres, les orphelins ou encore les vagabonds pour des raisons de sécurité publique.

Nationalisation des hôpitaux : La 3^{ème} étape de l'histoire des hôpitaux découle de la révolution française, avec une nationalisation des établissements et un désengagement contraint du pouvoir ecclésiastique. L'Etat ne pouvant assumer le financement des hôpitaux, la gestion a été confiée aux communes. Les progrès médicaux et en hygiène réalisés lors du siècle des lumières, puis tout au long du XIXe siècle, ont modifié les missions des hôpitaux, avec une médicalisation progressive de la prise en charge des malades.

Premières assurances sociales : Enfin, dans la première moitié du XXe siècle, apparaissent les premières assurances sociales qui seront généralisées à partir de 1945 et la fin de la seconde guerre mondiale. Les hospices sont supprimés et les hôpitaux sont juridiquement consacrés comme des établissements publics sanitaires et sociaux. Ils sont dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, tout en restant soumis à une gestion par les collectivités territoriales et les communes.

Ainsi, le socle des valeurs hospitalières actuelles s'est construit par l'association de plusieurs influences ; les principes religieux de charité et d'aide à l'individu d'une part, les idéaux du siècle des lumières ayant conduit à la révolution française d'autre part, et enfin les différents financements historiques des établissements. Ces valeurs ont été inscrites et formalisées au début du XXe siècle sous la forme de quatre principes fondamentaux :

✚ **L'égalité** : L'hôpital public est tenu de soigner les individus sans aucune discrimination de race, de religion, d'ethnie ou d'âge et ce, quels que soient leur état de santé, leur situation sociale ou encore leur lieu de vie. Cela implique que les soins, par leur accès, leur qualité et leur exhaustivité, doivent être identiques pour tous les individus.

✚ **La neutralité** : L'hôpital public doit rester neutre. Cela signifie d'une part, que les convictions des malades ne doivent pas intercéder sur leur prise en charge et d'autre part, que les soignants n'ont pas à manifester et prendre en compte leurs propres croyances et opinions dans la pratique de leur activité professionnelle.

✚ **La continuité** : L'hôpital public doit assurer la continuité des soins et de la prise en charge des patients quel que soit le contexte. Indépendamment de la conjoncture économique, financière ou politique, il doit être en mesure d'assurer l'ensemble des traitements préventifs, curatifs ou palliatifs dont ont besoin ses patients.

✚ **L'adaptabilité** : L'hôpital public doit en permanence être en mesure de s'adapter aux besoins de la population. L'intérêt général doit ainsi prévaloir dans ses stratégies et orientations, dans ses mutations ou ses réorganisations. La qualité du service rendu est un droit fondamental. Elle doit faire l'objet d'une évaluation et d'une constante adaptation des moyens attribués en fonction des besoins et des attentes des patients.

C) Les valeurs soignantes en lien avec une culture hospitalière forte

Autrefois dévouées à l'Eglise, et notamment aux religieuses, les missions d'accompagnement des exclus de la société, dont faisait partie indifféremment l'ensemble des souffrants et des malades, se sont professionnalisées au rythme des avancées médicales. C'est donc à travers l'évolution du système de santé et des établissements de soins, ainsi qu'au regard de valeurs à la fois chrétiennes et laïques, que se sont construites les valeurs soignantes. L'histoire des hôpitaux a durablement attaché aux professions de soins des valeurs universelles (théorie de SCHWARTZ) comme la bienveillance, la sécurité, la tradition, ou encore l'autonomie et la conformité. A ces valeurs universelles viennent s'ajouter les valeurs propres à l'individu et celles enseignées lors de l'apprentissage de la profession. Réaliser un catalogue exhaustif des valeurs professionnelles soignantes semble délicat et risqué, dans la mesure où s'entrecroisent de nombreuses valeurs historiques, personnelles et collectives.

Si pour certains sociologues, les valeurs sont relativement stables, avec un changement possible sur un cycle long, leur capacité à évoluer en fonction du contexte social, culturel ou historique est universellement reconnue, compliquant encore tout référencement. Cependant, la vaste littérature dédiée aux métiers de la santé fait régulièrement apparaître des valeurs fortes et durables liées à la notion de morale, comme le respect, la bienveillance, l'écoute, l'empathie, l'égalité, la bienveillance ou encore l'accompagnement.

De la religion à la spiritualité : Les professions de la santé sont particulièrement concernées par la notion de valeurs dans la mesure où les activités de soins touchent à l'humain. Ainsi, si les valeurs initiales religieuses ne sont plus explicitement mobilisées de nos jours dans les hôpitaux résolument laïques, une grande place reste accordée à la spiritualité. Dans des lieux où espoirs, souffrances et morts se côtoient, où les émotions et les questions existentielles peuvent être exacerbées, l'essence même du prendre soin, acte fondateur des métiers de la santé, réside dans l'indissociabilité de l'acte technique réalisé et de la prise en compte de l'état cognitif, spirituel et émotionnel des patients.

Des valeurs soignantes prescriptives : Une des caractéristiques des valeurs est d'être un socle fondateur des lois, règles ou normes de la société. Certaines valeurs communément admises par les soignants sont ainsi devenues normalisatrices et prescriptives, ont été inscrites dans des codes de déontologie, et peuvent donner lieu à sanctions en cas de manquement. Pour autant, afin d'assurer la personnalisation des soins dans des situations où les normes vont à l'encontre de l'intérêt particulier des patients, les soignants sont amenés à composer, à hiérarchiser ou à adapter leurs valeurs personnelles et professionnelles.

Vocation et congruence : Lorsque les individus entreprennent des études pour des professions soignantes, ils ont des motivations fondées sur des valeurs personnelles qui sont en adéquation avec les valeurs soignantes. Le terme de « vocation » est souvent évoqué concernant cette catégorie de métiers. En effet, il est impossible pour les soignants, en prenant quotidiennement leurs fonctions, de se départir complètement de valeurs personnelles qui seraient en totale contradiction avec celles de leur profession ou de leur établissement. Si des valeurs propres peuvent être momentanément adaptées, il n'en demeure pas moins que la qualité de la prise en charge des patients est directement liée à un équilibre fragile, ou une difficile congruence, entre les idéaux personnels, les valeurs professionnelles et celles portées par l'établissement hospitalier. Ces valeurs soignantes ne sont pas constamment affichées ou conscientes dans les pratiques quotidiennes. Elles se révèlent lorsqu'elles se trouvent en contradiction avec les décisions ou les actes envisagés. Dans un contexte de tension économique, de financement à l'activité, de NMP ou encore de certifications, les soignants peuvent se sentir de plus en plus soumis à divers protocoles, procédures, réglementations, ou encore à des restrictions de moyens et des restructurations des organisations qui se heurteraient à leurs valeurs et complexifieraient la congruence.

Complexification des adaptations : L'important travail cognitif d'adaptation des valeurs soignantes avec l'environnement professionnel et sociétal semble ainsi se complexifier. Pour François DUBET, le « *travail sur autrui* », c'est à dire le prendre soin des patients, serait en crise. Le système de valeurs des soignants et de l'hôpital public est confronté aux changements de la société. De nombreux facteurs, comme le développement des connaissances médicales et des modes de diffusion des informations, ont modifié le regard porté sur la santé, devenue un objet central de préoccupation, une valeur à part entière de la société. Le soin est de nos jours souvent assimilé à un véritable bien de consommation. Les consommateurs, nommé *homo sanitas* par Pierre AÏACH et Daniel DELANOË (1998), ont élevé leur niveau d'exigence vis-à-vis de leur santé, de leur maladie, de leur guérison et de leur autonomie. La transition sanitaire due au vieillissement et au développement des maladies chroniques, semble avoir également des répercussions directes sur les missions et le positionnement des personnels soignants. Les difficultés fréquemment exprimées par les soignants seraient dues à un paradoxe. D'une part, ils appuieraient leur motivation sur la satisfaction d'exercer une profession « vocation » utile pour l'autre, basée sur le don de soi et en lien avec leurs propres valeurs. D'autre part, ils ressentiraient une insatisfaction liée à un sentiment de non reconnaissance de leur contribution à la société ainsi qu'à des conditions de travail particulièrement contraignantes et anxiogènes.

In fine, les personnels sont attachés aux valeurs soignantes, car elles sont à l'origine de leur choix de carrière. Elles guident leurs actes et donnent du sens à l'exercice de professions où le don de soi et la reconnaissance de l'aide apportée sont particulièrement prégnants. « *Les valeurs transcendent les actions et les situations spécifiques. Elles sont liées de façon cohérente aux choix et aux actions des personnes dans un contexte socioprofessionnel en fonction des situations, des paramètres de l'environnement* »⁵. Malgré l'évolution historique du système de santé, les valeurs soignantes ont pleinement joué leur rôle de guide et de stabilisateur, permettant aux soignants de construire puis de maintenir un fort sentiment d'appartenance à un groupe, à une identité professionnelle.

Dans l'exercice de ses fonctions, le Directeur des Soins ne doit pas perdre de vue les liens qui existent entre les valeurs et l'engagement des soignants. Si ces valeurs peuvent progressivement évoluer en fonction de l'environnement, le DS doit être vigilant pour que les modifications du contexte ne créent pas de conflits avec les critères sur lesquels les professionnels fondent leurs actions. De part son parcours et son expertise soignante, il est véritablement une personne ressource pour identifier les valeurs soignantes qui sont les plus communément mobilisées, et ainsi anticiper les éventuels conflits pouvant atteindre et déstabiliser les personnels soignants au cœur même de leur identité professionnelle.

⁵ PÉOC'H, Nadia et CEAUX, Christine. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 108, no 1, p. 53-66

1.2.2 Une construction identitaire influencée par le NMP

A) Les définitions et les modèles de construction identitaire

Selon le Larousse, l'identité est un « *ensemble des données de fait et de droit qui permet d'individualiser quelqu'un* » et un « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* ». Le Petit Robert définit l'identité comme « *l'ensemble de traits culturels propres à un groupe ethnique, qui lui confère son individualité* » et comme un « *sentiment d'appartenance d'un individu à un groupe* ».

L'identité professionnelle a fait l'objet de nombreuses études sociologiques à partir des années 1970. Pour Renaud SAINSAULIEU⁶, l'identité professionnelle correspond à la façon dont les différents groupes s'identifient sur le lieu de travail, à leurs pairs, leurs chefs et les autres groupes (par exemple à l'hôpital, les infirmiers s'identifient avec les autres IDE, leur encadrement et les autres professionnels de santé).

SAINSAULIEU considère que l'entreprise n'est pas simplement un lieu où s'agglomèrent des cultures et des identités construites préalablement à l'extérieur (milieu social ou parcours scolaire). C'est également un lieu d'apprentissage culturel privilégié où les différentes expériences rencontrées par les individus, comme les interactions de travail notamment, ont un impact sensible et durable sur les images qu'ils portent sur eux-mêmes. Le sociologue a identifié quatre modèles de construction identitaire qui illustrent les différentes manières d'appréhender le milieu professionnel, mais également les inégalités d'accès à l'identité au travail.

Modèle du retrait : il est caractéristique des travailleurs soumis de l'ère industrielle pour lesquels la valeur du travail ne correspond qu'aux revenus qu'il procure, et qui considèrent que l'épanouissement personnel se trouve en dehors du travail.

Modèle de la fusion : les individus ne souhaitent pas se dissocier mais, au contraire, aspirent à se fondre dans le collectif pour lequel ils doivent rester soudés et unanimes. Cette identité de masse, caractéristique de la classe ouvrière, implique nécessairement une identification aux groupes et un engagement dans le conflit social.

Modèle de l'affinité : les individus sont en recherche de mobilité ascendante, ils aspirent donc à se créer sur leur lieu de travail un réseau relationnel leur permettant d'accéder aux promotions professionnelles et sociales.

Modèle de la négociation : les individus, qu'ils soient cadres ou acteurs exécutants, sont des experts dans leur domaine. Ce modèle correspond à une organisation professionnelle laissant la place à l'autonomie, et où l'épanouissement personnel par le travail et la notion de travail collectif se côtoient. C'est le modèle le plus proche des principes du NMP.

⁶ SAINSAULIEU, Renaud *L'Identité au travail, Les effets culturels de l'organisation*, Presses de la FNSP, Paris, 1977

A partir des années 1990, ces modèles ont connu un enrichissement du fait des avancées technologiques et des évolutions des conditions de travail. Les changements managériaux ainsi que les nouvelles organisations du travail, davantage basées sur la polyvalence, l'autonomie et la responsabilisation, ont également participé à la modification des modèles initiaux et à leur diversification. SAINSAULIEU décrit alors 6 modèles.

Modèle réglementaire : Il remplace le modèle de retrait. Les individus se rangent derrière les réglementations et le travail prescrit dont ils ne souhaitent aucunement sortir.

Modèle communautaire : Il s'inscrit dans la parfaite continuité du modèle fusionnel, les individus ne s'épanouissant au travail que par leur appartenance à un groupe.

Modèle de métier et modèle de parcours : Ils sont une adaptation des modèles d'affinité et de négociation au contexte professionnel et sociétal d'individualisation des comportements professionnels. Ils correspondent aux principes d'évolution au mérite du NMP des années 2000 et s'inscrivent en rupture des organisations wébériennes.

Modèle de l'identité de Service Public : il est basé sur la recherche de l'épanouissement à travers la qualité du service rendu aux usagers par leurs administrations publiques.

Modèle de l'identité entrepreneuriale : il correspond, selon le modèle anglo-saxon, à la volonté des entreprises de développer chez les acteurs un sentiment d'appartenance à une culture spécifique pour favoriser la fidélisation, la motivation, la solidarité ou la productivité.

B) Les liens entre identité professionnelle et identité personnelle

Pour le sociologue Claude DUBAR, la construction d'une identité professionnelle correspond au cheminement réalisé par l'individu pour mettre en adéquation ses valeurs et son identité personnelle avec son positionnement professionnel ou la situation souhaitée. Il considère que c'est au sein du milieu professionnel que les individus construisent leur principale identité et appartenance sociale. La sphère professionnelle serait le seul domaine où l'identification peut être évolutive, basée sur la volonté de construction sociale, liée aux déroulements de carrière et non pas « *héritée et reçue* ». Le travail tiendrait ainsi actuellement un rôle essentiel de régulateur et d'ascenseur social.

Influence du milieu social : Toujours selon DUBAR, le milieu social d'origine des individus peut modifier, à statut professionnel égal, les avis et les comportements. Ainsi, un soignant issu d'un milieu social élevé n'aura pas la même opinion sur le contexte professionnel qu'un agent d'un milieu plus populaire. Cet élément pourrait être déterminant pour le management d'un Directeur des Soins, notamment lors de la conduite de projets d'individualisation et de commercialisation des soins pour des patients étrangers fortunés et payants. Le site d'implantation de l'établissement, et donc également de recrutement des personnels, pourrait ainsi représenter un facteur favorisant les conditions d'acceptation par les soignants d'une unité de soins lucrative.

C) L'influence du NMP et de la crise financière hospitalière sur les identités

DUBAR considère que la crise financière a des effets significatifs sur les identités professionnelles, soumises aux pressions psychologiques inhérentes au risque économique⁷. Les positionnements des différents acteurs seraient devenus instables et indéterminés, et les stratégies et enjeux individuels viendraient interférer sur l'assimilation des travailleurs à une identité collective. Pourtant, un groupe professionnel devient un véritable acteur ou partenaire social, c'est à dire une ressource ou un modérateur pour une entreprise, lorsque les individus qui le composent s'approprient leur identité collective, et lorsque les intérêts individuels et communs se rejoignent. La construction des identités professionnelles apparaît donc primordiale pour le fonctionnement de l'entreprise, l'épanouissement, l'équilibre voire le bonheur des travailleurs.

En recentrant l'analyse sur les hôpitaux publics, il apparaît pour certains observateurs et professionnels de santé qu'une crise d'identité collective, due à la conjoncture économique et à la nouvelle gouvernance difficilement assimilée, entraînerait une perte de sens et un sentiment de malaise profond des personnels. Il en ressort que toute discordance entre de nouveaux projets d'efficacité économique engagés par l'institution (comme celui de créer une unité de soins payants pour les étrangers) et les modèles culturels et identitaires des professionnels de santé pourrait renforcer le sentiment naissant que les personnels soignants sont devenus de véritables producteurs de soins.

Cependant, en important les schémas organisationnels et de management du secteur privé, le Nouveau Management Public tend à rendre plus perméable la frontière entre les modèles identitaires entrepreneuriaux et publics. Ce rapprochement depuis plusieurs années pourrait avoir modifié l'identité professionnelle des soignants et ainsi les avoir préparés à la mise en place de projets lucratifs au sein des hôpitaux publics.

In fine, un Directeur des Soins chargé de porter un tel projet auprès de la filière soignante doit donc intégrer dans sa réflexion le risque de perte identitaire et mesurer la capacité des équipes à comprendre les enjeux financiers pour l'établissement. De ces approches théoriques, il apparaît qu'en intégrant un hôpital public, les soignants construisent leur identité professionnelle et leur engagement sur un équilibre fragile entre leurs valeurs personnelles et professionnelles d'une part, et leur volonté d'adhérer à un des modèles de construction identitaire d'autre part. Le choix de ce modèle se fait en fonction d'un grand nombre de critères exogènes, comme l'environnement professionnel et social ou l'éducation reçue, mais également en prenant en compte des critères endogènes comme le désir d'évolution ou encore les représentations que les acteurs du soin ont de leur profession et de leur rôle auprès des patients.

⁷ DUBAR Claude, *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2000

1.2.3 Les représentations individuelles et professionnelles évolutives

A) Les définitions de la représentation

Selon le Larousse, la représentation est une « *connaissance fournie à l'esprit par les sens ou par la mémoire* » et une « *perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet* ».

La sociologie étudie et décrit depuis plus d'un siècle les représentations que se font les individus de leur rôle dans la société, de leurs positions sociales ou de leurs professions. Emile DURKHEIM distingue deux types de représentation. D'une part, il identifie les représentations individuelles, qui sont liées à la personnalité des individus. D'autre part, il présente les représentations collectives, définies comme étant des croyances et des valeurs communes à tous les membres d'une société, d'un groupe ou d'une profession.

Selon le principe établissant que la force d'un groupe est supérieure à la somme des forces des individus qui le compose, DURKHEIM considère que les représentations collectives, ou sociales, sont plus importantes que les représentations individuelles. Il ressort de cette hiérarchisation que les représentations sociales peuvent être contraignantes pour les individus, puisqu'elles imposent des modèles de pensée et de comportement. Les représentations se concrétisent dans la société par un ensemble de normes et de règles communément acceptées. Pour Denise JODELET également (1989), les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation qui guident les relations et les conduites des individus au sein de la société.

Dans la plupart des définitions sociologiques de la représentation sociale, les notions de communication, d'interprétation de la réalité et de maîtrise de l'environnement sont présentes. Selon Serge MOSCOVICI (1961), les représentations sociales permettent aux individus d'établir une communication spécifique et adaptée à leur groupe social ou professionnel. Elles correspondent ainsi à des codes facilitant les échanges entre les individus, et permettent également une identification commune de l'environnement. Les représentations sociales dotent ainsi les individus d'une connaissance partagée, ce qui facilite la communication entre eux et favorise une interprétation collective de la réalité.

Les représentations sociales trouvent leur véritable utilité dans la mesure où elles permettent à l'ensemble des individus, quels que soient leur culture, leur éducation ou leur milieu social, de se positionner dans leur environnement et de mieux le maîtriser. Les représentations aident les individus à trouver au quotidien une dénomination et une interprétation commune de tous les aspects de la réalité et de toutes les situations rencontrées. Elles contribuent également à leur façonner une identité. Enfin, elles leur permettent d'orienter, et de justifier *a posteriori* si nécessaire, leurs décisions, leurs activités, leurs comportements ou encore leurs pratiques professionnelles.

B) Les mécanismes d'évolution des représentations : théorie du noyau d'ABRIC

Avec la théorie du noyau, Jean-Claude ABRIC (1988) propose une description de la structure de la représentation sociale. Elle serait constituée de différents éléments, comme les connaissances, les croyances, les idées ou encore les savoirs, parfois simplifiés ou vulgarisés, mais systématiquement partagés par l'ensemble des membres d'un groupe. L'idée principale de la théorie du noyau est que, parmi l'ensemble de ces éléments constitutifs, certains ont une importance ou des rôles spécifiques. Il est alors possible de classer ces éléments en deux catégories : les éléments centraux, regroupés en un noyau central ou structurant, et les éléments secondaires ou périphériques.

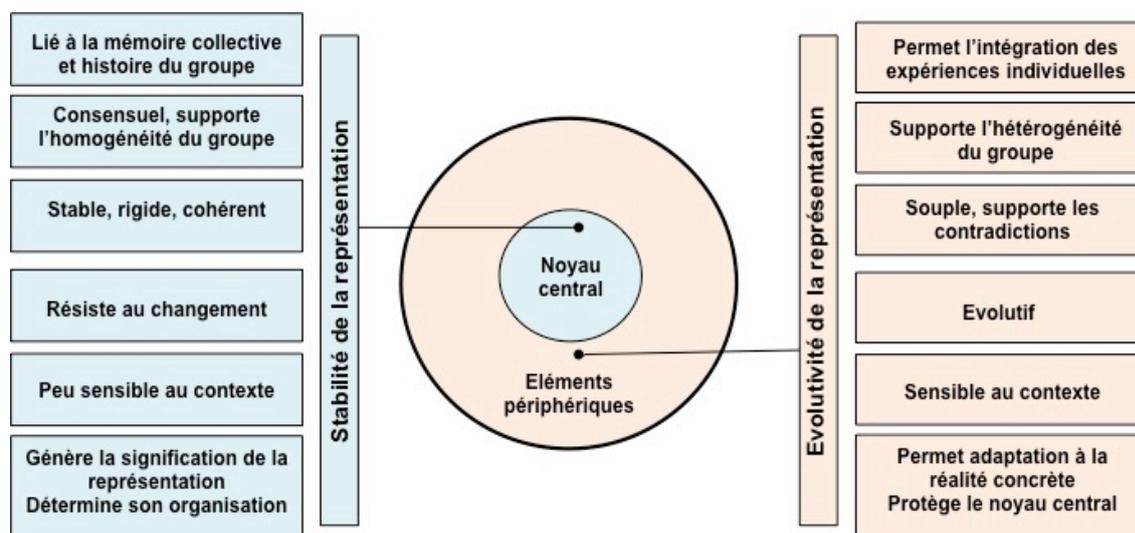


Fig 2 : Représentations sociales : théorie du noyau selon J.C. ABRIC

Un noyau central stabilisateur : Appelé également le noyau structurant, il est composé d'un ou de quelques éléments déterminants issus de notions historiques, idéologiques ou encore sociologiques. L'absence ou la modification d'un de ces éléments bouleverserait significativement la nature de la représentation. Le noyau prend ses racines dans le système de normes auxquelles la représentation fait référence. Constitué par l'ensemble des éléments d'une représentation qui sont partagés par tous, il représente la mémoire collective d'un groupe social dont il assure la cohésion. Certaines valeurs soignantes fortes pourraient ainsi être des éléments du noyau des représentationnelles professionnelles des soignants. Le noyau est stable, résiste au changement et est peu influencé par le milieu social ou le contexte. Il permet ainsi la pérennité d'une représentation. Il assure deux fonctions essentielles pour la représentation. D'une part, il est générateur de sens, c'est à dire que c'est lui qui donne l'orientation générale de la représentation sociale, et c'est par lui que les autres éléments prennent toute leur signification et leur valeur. D'autre part, il tient un rôle d'organisateur, de rassembleur ou encore de stabilisateur en déterminant la nature des liens unissant l'ensemble des éléments périphériques placés sous son contrôle.

Des éléments périphériques protecteurs : Par antagonisme au noyau structurant, les éléments périphériques sont des entités moins centrales et fondamentales de la représentation. Ils peuvent évoluer aisément, ne sont pas forcément spécifiques ou partagés par tous. Leur absence ou leur évolution ne modifie en rien la structure générale de la représentation. Plus sensibles au contexte que le noyau, ils permettent à la représentation de s'adapter aux changements d'environnement et aux différences individuelles. Ils ont donc un rôle essentiel en permettant à l'individu de comprendre et maîtriser les événements contextuels, puis en protégeant le noyau central lorsque l'individu se trouve confronté à une situation en contradiction avec la représentation.

Ainsi, la représentation serait constituée d'un noyau structurant, correspondant à la partie stable et conceptuelle, et d'un système périphérique symbolisant la partie concrète et opérationnelle. Par sa constitution en double système, un fixe et un modulable, la représentation sociale peut remplir sa principale mission d'adaptation et d'accompagnement des individus aux changements de leur environnement. Si le contexte entraîne simplement une modification des éléments périphériques, leur conférant un véritable rôle de tampon, il peut cependant amener dans un second temps une transformation progressive du noyau central et donc à terme de la représentation.

C) Les représentations professionnelles soignantes

Les représentations professionnelles se définissent comme une catégorie particulière des représentations sociales. Ce sont des connaissances, des pratiques ou des savoirs communs, partagés et socialement élaborés qui ne concernent que des groupes professionnels et l'ensemble des missions qu'ils réalisent lors de leur travail.

Dans le domaine du soin, les représentations professionnelles des personnels sur leurs métiers et sur leurs rôles sont en lien avec la culture et l'évolution du système de santé. Les enseignements et les apprentissages dédiés aux soins permettent de développer cette culture, puis d'acquérir des connaissances, des capacités et des compétences, mais aussi des représentations de la maladie, du travail en équipe pluridisciplinaire ou encore du service public hospitalier. Au même titre que les interactions professionnelles, les différents actes auprès des malades ou encore les nombreuses missions transversales au sein des hôpitaux, les représentations contribuent pleinement à construire les identités des soignants, quel que soit leur grade, leur expérience ou leur niveau de responsabilité.

Il en résulte que lors de la mise en œuvre d'un projet pouvant aller à l'encontre des valeurs soignantes, le Directeur des Soins doit être en mesure d'en évaluer l'impact sur les représentations des personnels. En se référant à la théorie d'ABRIC, il devra s'assurer que les modifications du contexte professionnel ne touchent que les éléments périphériques permettant les adaptations : une atteinte du noyau risquerait de dénaturer durablement les représentations professionnelles des soignants et de provoquer le rejet du projet.

D) De l'approche théorique aux hypothèses de recherche

In fine, les acteurs de santé ont des identités et des représentations professionnelles étroitement liées à leurs valeurs soignantes. Tout projet ou toute évolution de du contexte se posant en contradiction avec ces valeurs pourrait déstabiliser l'équilibre précaire entre réalité et représentations, et risquerait d'orienter les soignants vers des modèles réglementaires d'engagement (ou modèle de retrait) et de construction identitaire. Cependant, l'approche théorique a fait apparaître que les représentations pouvaient évoluer, sans être forcément dénaturées, afin d'adapter les individus à leur environnement.

Les personnels des hôpitaux publics évoluent désormais dans un contexte où les frontières entre modèles publics et privés sont considérablement amincies. L'apparition du NMP au sein des hôpitaux pourrait avoir contribué à modifier les représentations sur leurs professions et sur le service public. De même, les difficultés financières durables ont pu les sensibiliser sur les contraintes budgétaires et les problématiques d'efficience. Enfin, depuis la loi n°58 – 1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, l'exercice libéral est autorisé à l'hôpital public, avec pour objectifs d'attirer et fidéliser les médecins compétents et reconnus, et de proposer ainsi aux patients des soins de qualité. De fait, les personnels soignants pourraient être habitués à voir se côtoyer, au sein des hôpitaux, des patients soumis à des régimes de paiement différents.

Afin de déterminer dans quelle mesure le NMP et l'activité libérale ont pu influencer les valeurs et modifier les représentations, une enquête auprès des personnels soignants a été réalisée. Pour répondre à la question initiale « *quelle peut être la contribution d'un Directeur des Soins d'un établissement public lors de la création d'une unité dédiée aux patients étrangers payants ?* », il convient de répondre à la question de recherche ci-après :

Dans un domaine de forte influence des valeurs sur les représentations et l'engagement des soignants, le Nouveau Management Public et l'activité libérale ont-ils créé des conditions d'acceptation suffisantes pour la mise en place d'un projet d'unité lucrative ?

Lors de l'enquête auprès des personnels soignants, trois hypothèses seront étudiées :

1^{ère} hypothèse : les valeurs soignantes représentent une difficulté pour un Directeur des Soins chargé d'organiser une unité pour des patients étrangers payants.

2^{ème} hypothèse : le Nouveau Management Public a sensibilisé les personnels soignants sur les contraintes économiques et a créé des conditions favorisant l'acceptation du projet par les soignants.

3^{ème} hypothèse : la prise en charge des patients sous régime privé par les hôpitaux publics depuis de nombreuses années peut favoriser l'accueil par les professionnels d'un projet d'unité de soins lucrative.

2 Enquête auprès des personnels soignants

2.1 Le choix de la méthode exploratoire

Afin de déterminer si, dans un secteur de forte influence des valeurs sur la construction identitaire des professionnels, le contexte de Nouveau Management Public peut faciliter l'acceptation d'un projet d'unité de soins lucrative, une enquête auprès des personnels soignants a été effectuée. L'objet de cette recherche est tout d'abord de déceler les principales valeurs sur lesquelles s'appuient les acteurs pour donner du sens à leurs missions, et de déterminer dans quelle mesure, en fonction de leur nature, elles pourraient représenter une difficulté ou un levier pour un Directeur des Soins. Ensuite, l'étude doit également mesurer le niveau d'implication et de connaissance des acteurs du soin sur les contraintes ou difficultés économiques de leur établissement. Enfin, ce recueil d'informations vise à évaluer l'image et l'attachement des soignants vis-à-vis de la notion de service public. Plusieurs méthodes ont été envisagées.

✚ **Etude bibliographique** : Cette méthode n'a pas été retenue en raison du manque de références. En France, les expériences de prises en charge payantes pour des patients étrangers n'ont pas fait l'objet de publications. Seuls des articles de presse « grand public » sont parus. Ils ne sont pas exploitables pour une recherche, même s'ils sont particulièrement intéressants pour appréhender les difficultés liées à cette nouvelle offre.

✚ **Observation d'organisations similaires** : Si la prise en charge de patients fortunés et payants au sein des hôpitaux publics est déjà une réalité, et ce depuis de nombreuses années, il n'existe pas encore d'unité de soins dédiée ou d'organisation formalisée. Il n'est donc pas envisageable d'effectuer des observations sur le terrain.

✚ **Envoi de questionnaires** : L'utilisation de questionnaires présenterait l'avantage de réaliser une étude touchant un nombre élevé de personnels soignants. Cette méthode offrirait la possibilité d'objectiver et de quantifier d'éventuelles différences de valeurs, de représentations, d'approche et de sensibilité en fonction des parcours personnels, des catégories professionnelles ou encore des contextes géographiques et sociaux.

Elle permettrait également de déterminer s'il existe d'importantes divergences de vues entre les agents du service public et ceux du privé concernant les problématiques économiques. Cependant, cette méthode basée sur une liste de questions fermées ne favoriserait pas une expression libre des personnes sondées.

De surcroît, la possibilité de lire les questions dans le désordre aurait introduit un biais sur les premières réponses. Enfin, la possibilité d'ajouter des questions ouvertes, nécessitant des réponses rédigées, et donc plus chronophages, aurait diminué sensiblement le taux de retour des questionnaires.

✚ **L'enquête par entretien** : La réalisation d'entretiens auprès des soignants est la méthode qui est apparue la plus pertinente au regard de la problématique de départ et des hypothèses émises. Cette technique exploratoire permet d'échanger librement avec les personnels soignants autour des valeurs personnelles et professionnelles qui ont construit leur identité professionnelle et ce, sans avoir à dévoiler le projet étudié sous-jacent. Il en est de même concernant la prise d'informations sur leurs représentations vis-à-vis du service public et sur leur niveau de connaissance des enjeux économiques. L'enquête par entretien est donc la méthode retenue puisqu'elle favorise l'expression des personnes sur un sujet estimé sensible. Si cette méthode présente l'inconvénient de limiter le nombre d'avis, elle devrait permettre toutefois d'obtenir une richesse d'informations particulièrement intéressante et utile pour élaborer les préconisations.

2.2 Les entretiens semi-directifs : méthodologie et déroulement

2.2.1 Le choix du type d'entretien

Le choix du type d'entretien, directif, non directif ou semi-directif, est également important. L'entretien directif apparaît particulièrement contraint et risquerait de limiter l'expression des agents sur des sujets potentiellement vastes. A l'inverse, sans cadre ou fil conducteur, l'entretien non directif présenterait le risque d'obtenir des informations sans lien direct avec la problématique étudiée. Le choix s'est donc porté sur l'utilisation de l'entretien semi-directif. Tout en offrant des jalons pour la conduite des échanges, il offre l'avantage d'être modulable, notamment lorsque se présente le besoin d'approfondir certains points abordés par les agents. De surcroît, il permet d'adapter les échanges si les soignants abordent des aspects proches de la problématique étudiée qui n'auraient pas été appréhendés lors de la conception du guide.

2.2.2 Le déroulement des entretiens

Lors de la prise de rendez-vous, la durée (entre 30 minutes et 1 heure) était annoncée afin de s'assurer que les agents puissent s'organiser auprès de leurs pairs et de leur responsable. Le thème général des valeurs était également précisé. Les autres thèmes qui seraient abordés, le service public et les difficultés économiques, n'ont pas été dévoilés lors de la prise de rendez-vous afin de ne pas influencer sur les premières réponses. Les entretiens ont tous été menés selon la même méthode. Les personnels soignants ont été rencontrés sur leur lieu de travail, dans une pièce isolée afin de ne pas être interrompus par des contraintes professionnelles. La possibilité d'effectuer des entretiens par rendez-vous téléphonique n'a pas été retenue afin de favoriser les face-à-face plus propices à l'instauration d'un climat de confiance et à l'expression des avis personnels des agents. Après en avoir obtenu l'autorisation, les entretiens ont tous fait l'objet d'un enregistrement avec un engagement de respecter l'anonymat.

2.2.3 Le choix des personnels ciblés et l'élaboration d'un guide d'entretien

Personnels ciblés : La mise en place d'une unité pour les patients payants au sein d'un établissement ne concerne pas uniquement les personnels soignants qui y sont affectés. Par la transversalité des prises en charges, notamment lors de la réalisation de différents bilans ou d'examen d'imagerie par exemple, d'autres acteurs seront impliqués dans les parcours de soins. De surcroît, un tel projet aurait vraisemblablement un impact sur l'opinion de tous les agents hospitaliers. Il apparaît donc pertinent que le Directeur des Soins prenne en compte les conséquences sur l'ensemble des catégories professionnelles de la filière soignante lors de l'élaboration de ses préconisations. Ainsi, il a été décidé de cibler les entretiens sur des infirmières, des aides-soignantes, des manipulateurs en radiologie, des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé.

Choix des sites : lors de l'étude théorique, il est apparu que le contexte social et l'environnement professionnel, au même titre que les parcours de vie ou l'éducation, contribuent à construire les valeurs et les représentations. Afin de déterminer si le contexte professionnel et géographique de l'hôpital concerné par le projet peut faciliter l'acceptation par les soignants, les entretiens ont été menés dans 3 établissements.

2 établissements publics : Les entretiens ont été effectués au sein d'un CH situé dans une région à faible revenu moyen, et au sein d'un CHU implanté dans une région prospère. Le choix s'est porté sur ces établissements car ils étaient en difficulté financière (CRE en cours de finalisation pour le premier et un EPRD déficitaire pour le second). Ces difficultés ont fait l'objet d'une importante communication au sein des établissements.

1 clinique privée : Quelques entretiens ont également été menés dans une clinique privée. L'étude contextuelle a souligné que le NMP correspondait à un transfert de principes managériaux et organisationnels du privé vers le secteur public. Il paraissait intéressant d'évaluer l'impact du contexte entrepreneurial et de l'approche lucrative des cliniques sur les valeurs et les représentations. Un différentiel entre les réponses des agents du privé et du public objectiverait l'importance du contexte pour l'évolution des valeurs soignantes. *A contrario*, des similitudes dans les réponses, malgré des environnements différents, amèneraient à envisager que le noyau dur des représentations (ABRIC) ne serait que peu impacté par le projet d'unité de soins pour des patients payants.

Elaboration du guide d'entretien : Un guide d'entretien a été élaboré pour cadrer les échanges et obtenir des éléments de réponses aux hypothèses posées. Le choix et l'ordre des questions, ainsi que les attentes en fonction des thématiques étudiées (les valeurs qui motivent les agents, le niveau de responsabilisation des soignants sur les contraintes financières et leurs avis sur l'activité libérale en secteur public) sont explicités en annexe⁸.

⁸ Cf. annexe 2, page VI : Guide d'entretien et cf. annexe 3, page VII : Support d'entretien semi-directif

2.3 L'analyse des entretiens

Les entretiens ont été menés auprès de 22 personnels soignants répartis comme suit : 8 infirmières, 5 aides-soignantes, 3 Manipulateurs en Radiologie, 4 cadres et 2 cadres supérieurs. 11 agents sont employés par le CH, 7 par le CHU et 4 par la clinique privée⁹.

Ce nombre relativement restreint ne permet pas de poser des conclusions formelles sur les hypothèses avancées, mais il permet cependant de dégager des éléments de réponses et des orientations pour un Directeur des Soins chargé de mettre en œuvre une unité de soins dédiées aux patients étrangers.

L'analyse des entretiens se décompose en trois axes : une analyse par thème abordé, une étude en fonction du contexte professionnel, c'est à dire du type d'établissement et du bassin géographique, et une analyse en fonction des catégories professionnelles.

2.3.1 L'analyse par thématique

✚ **Thématique des valeurs** : la première thématique visait à confirmer l'hypothèse selon laquelle les valeurs soignantes représenteraient une difficulté pour un DS chargé d'organiser une unité de soins pour des patients payants. L'objectif était de mesurer l'importance de ces valeurs dans l'engagement et les représentations professionnelles.

A la question « *j'aimerais que vous me racontiez comment vous avez été amené(e) à vous engager dans des études d'infirmière, manipulateur, aide-soignante ...* », une large majorité des agents a répondu dans le sens recherché. Ils ont ainsi exprimé relativement spontanément un engagement initial attaché à des convictions ou des valeurs essentiellement liées à l'humanisme, notamment les infirmières et les aides-soignantes. Pour les manipulateurs, l'aspect technologique de leur profession était également évoqué, et la question optionnelle « *arriveriez-vous, en quelques mots, à me décrire les principales satisfactions que vous retirez en exerçant votre profession ?* » a été nécessaire.

De cette spontanéité, il n'est cependant pas pertinent de conclure trop hâtivement que les valeurs exprimées représentent l'exclusivité des raisons de leur engagement, et que tous exercent leur profession en réponse à une vocation ou motivés par le besoin de don de soi. En effet, le thème des valeurs étant annoncé lors de la prise de rendez-vous, puis présenté à nouveau lors du préambule, il paraît raisonnable de penser que les agents, par souci de désirabilité sociale, ont volontairement orienté leurs réponses. Pour autant, les valeurs qui ont été exprimées leur appartiennent et les échanges qui ont suivi, parfois stimulés par la question « *qu'est-ce que « respect, empathie, égalité ... » évoque pour vous ?* », ont confirmé qu'ils leur donnaient réellement du sens.

⁹ Cf. Annexe 4, page VIII : Grille de recueil des entretiens.

Concernant la nature des valeurs recueillies, la palette exprimée est apparue très large. L'empathie, l'écoute, la tolérance, la neutralité, le respect, la bienveillance, l'égalité, l'équité, la laïcité, l'accompagnement, la congruence, le prendre soin ou encore la bientraitance ont été explicitement ou implicitement évoqués.

Parmi toutes ces valeurs ou notions, le respect, la neutralité et la bienveillance sont celles qui ont été les plus exprimées. Cette information est particulièrement intéressante dans le cadre de la problématique de mise en œuvre d'une unité de soins lucrative. En effet, elles ne paraissent aucunement incompatibles avec le principe de « commercialisation » des soins. Dans les entretiens, les personnels ont souligné leur détermination, et même leur fierté, à prendre en charge tous les patients sans aucune discrimination sur leurs opinions ou leur niveau social. Si la qualité de leurs soins, techniques et relationnels, se base sur le respect de la personne, pourquoi les soignants perdraient-ils cette neutralité avec des patients fortunés ? Les sens à donner à la neutralité et le respect sont donc des axes sur lesquels le Directeur des Soins pourrait s'appuyer pour accompagner la mise en œuvre d'une unité dédiée à des patients perçus comme socialement privilégiés.

L'égalité, pourtant socle important des valeurs de l'hôpital public, n'a été paradoxalement que peu évoquée en tant que valeur soignante guidant les pratiques quotidiennes. Cependant, cette valeur normative représente un pilier formateur de la société, au point de faire partie de la devise de la république française. De surcroît, l'approche théorique a révélé que l'influence des valeurs sur les actes et les décisions est rarement identifiée par les acteurs. Les individus en prendraient conscience lorsque le contexte ou les actions qu'ils doivent mener sont en conflit avec leurs valeurs. Enfin, si l'égalité n'a pas souvent été abordée lors des échanges autour des valeurs individuelles, elle a été plus fréquemment évoquée autour de la thématique du service public. Ce constat confirme que cette valeur, sous-jacente au quotidien, est bien présente dans la conscience des soignants. Lors de l'ouverture de l'unité pour patients étrangers fortunés, le Directeur des Soins ne doit donc pas sous-estimer l'influence tacite, et doit au contraire anticiper les éventuels risques de discordance entre le « *in* » et le « *ought* » de D. HUME.

 **Thématique des contraintes financières** : cette thématique visait à confirmer l'hypothèse selon laquelle, évoluant dans un contexte de NMP depuis plusieurs années, les personnels hospitaliers étaient dorénavant responsabilisés sur les contraintes économiques et les difficultés rencontrées par les établissements de santé publics.

A la question principale « *la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût : qu'est-ce que cela évoque pour vous ?* », peu d'agents ont répondu dans le sens attendu, notamment concernant le coût. Cette phrase, quelque peu provocatrice, a été choisie pour positionner les agents devant un choix, entre obligation de continuité des soins et nécessité de rationalisation, et déceler ainsi s'ils se considéraient face à une injonction paradoxale.

Pour la plupart d'entre eux, seule la première partie de la maxime a été retenue. Ainsi, ils considèrent que tout doit être mis en œuvre pour soigner au mieux les patients, quels que soient le contexte économique et le profil social des patients. Afin d'amener les agents à s'exprimer sur les difficultés financières et sur le coût des soins, la question optionnelle « *que pensez-vous des difficultés financières rencontrées par de nombreux établissements de santé* » a finalement dû être posée systématiquement. Tous les agents sont apparus informés et sensibilisés sur les difficultés financières. Cependant, les avis ont divergé sur les causes, les conséquences et les solutions.

Certains considèrent que c'est l'Etat qui est responsable, par une « *gestion catastrophique et bien loin de nos problèmes* », quand d'autres focalisent les causes sur une mauvaise gestion par les équipes de direction. La décentralisation des pouvoirs, principe du NMP qui se concrétise dans les hôpitaux par une répartition des responsabilités au niveau des pôles, en impliquant personnels médicaux et paramédicaux (chefs de pôle et CSS de pôle), ne semble pas avoir modifié significativement les représentations des soignants. Sur cette thématique, l'influence du NMP apparaît donc limitée, les professionnels semblant considérer qu'ils évoluent encore dans un système de gouvernance wébérien, où les responsabilités sont hiérarchiquement sectorisées.

Les conséquences de ces difficultés financières sont également ressenties sur deux axes. Tout d'abord, une très large majorité des agents a une vision circonscrite à leur unité de soins, avec de nombreux exemples concrets exposés. Manque de personnel, dégradations des conditions de travail, accélération des cadences, manque de matériel ou encore qualité indigne du mobilier ont été les références les plus récurrentes. « *On nous demande de faire plus, mais on nous donne moins* ». Au cours des entretiens, et notamment lors des discussions autour des conséquences des contraintes économiques, des agents ont ainsi exprimé un réel sentiment de manque de reconnaissance de leur profession et de respect pour les patients par « *ceux qui ne soignent pas* ».

Ensuite, certains agents ont également formulé des inquiétudes plus larges, avec notamment des appréhensions sur les conséquences néfastes pour la pérennité de la qualité et de l'universalité des soins. « *Si on continue à ne rien faire (...) tout peut s'effondrer et on va finir avec un système injuste à l'américaine* ». Il semble ainsi que ces agents aient pleinement conscience des difficultés financières des établissements de soins ainsi que des limites économiques actuelles du système de santé. Ils reconnaissent que des solutions doivent être trouvées. Cependant, quand les agents étaient orientés en cours de discussion vers les solutions qu'ils envisageraient, les réponses ont été particulièrement pauvres en enseignements. Beaucoup considèrent en effet qu'ils ne sont pas directement concernés par la gestion financière de leur établissement, et que les difficultés économiques du système de santé ne sont pas de leur ressort.

Une phrase d'une IDE symbolise pleinement ce positionnement, même si les autres agents partageant cette idée l'ont exprimée plus modérément : « *ça, c'est le problème des administratifs. Nous, on est là pour soigner. Pas pour compter. Et encore moins pour faire leur travail* ». Ce refus de reconnaître leur contribution pour la maîtrise des dépenses de soins pourrait expliquer pourquoi les recherches d'efficience sont souvent vécues comme des contraintes, et non comme des solutions pour pérenniser l'exercice de leurs missions.

Pour d'autres, les solutions doivent découler d'un changement de politique de l'Etat, qui doit soutenir financièrement les hôpitaux publics. Les personnels soignants qui considèrent que l'interventionnisme étatique est la seule solution ont exprimé implicitement un sentiment de fatalisme. En dépit de l'orientation plus libérale abordée et annoncée lors de la mise en œuvre des principes du NMP au sein des établissements publics de santé, il semble donc que les représentations sur l'Etat providence perdurent.

La dernière question sur cette thématique « *T2A, état prévisionnel des recettes et des dépenses, contrat retour à l'équilibre ou encore capacité d'autofinancement, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?* » avait pour objectif de mesurer les connaissances des personnels soignants sur le financement des hôpitaux et sur l'actualité économique de leur établissement. Hormis la notion de tarification à l'activité qui fait l'objet de niveaux de connaissances très hétérogènes, les autres notions abordées par la question n'étaient que peu connues, voire totalement méconnues par un nombre important d'agents interrogés (à l'exception des personnels d'encadrement).

La méconnaissance de la CAF, vocabulaire exclusivement attaché au domaine financier, paraît légitime et compréhensible, et ne permet donc aucun enseignement particulier. En revanche, l'EPRD (pour le CHU) et le CRE (pour le CH) correspondaient parfaitement à l'actualité des établissements dans lesquels les entretiens ont été tenus. De surcroît, cette actualité faisait alors l'objet d'une large communication par voie d'affichage institutionnel et par l'ensemble des partenaires sociaux.

Il en résulte que ce manque de connaissances des personnels rencontrés sur les EPRD et les CRE interroge en deux points. D'une part, et au-delà de cette méconnaissance, se pose la question de l'intérêt des professionnels pour les difficultés de leur établissement, ainsi que celle de leur volonté de s'impliquer pour des problématiques ne concernant pas directement leur domaine de compétence. Il semble donc qu'à nouveau, les principes de responsabilisation et d'implication des professionnels du NMP n'aient pas eu l'influence attendue sur les engagements professionnels des soignants. D'autre part, ce constat remet en cause l'efficacité des leviers de communications institutionnels. Lors de la mise en œuvre du projet de l'unité lucrative, et au regard de sa sensibilité particulière, la communication en place au sein de l'établissement permettra-t-elle au Directeur des Soins de toucher l'ensemble des personnels soignants ?

✚ **Thématique du service public** : la dernière thématique abordée avait pour objectif d'évaluer l'attachement des agents aux valeurs du service public hospitalier (pour rappel : égalité, continuité, neutralité et adaptabilité). A la question « *pourriez-vous me donner les raisons qui vous ont amené(e) à choisir de travailler dans un établissement hospitalier public ?* », posée uniquement aux personnels du public, les réponses ont été diversifiées, certaines correspondant à des choix de vie sans réel lien avec le service public comme la proximité avec le lieu de résidence ou le rapprochement familial.

De nombreux agents ont également explicité leur choix par les possibilités de déroulement ou d'évolution des carrières, par la diversité des soins ou encore par le niveau de technicité et d'équipements proposés par un établissement public.

Sur les 18 agents interrogés, près de la moitié a indiqué que l'engagement faisait suite à un apprentissage en institut de formation attaché à l'établissement hospitalier. Certains ont précisé qu'ils avaient souhaité continuer dans un milieu qu'ils avaient apprécié lors de leurs stages, les thèmes de la culture et de l'état d'esprit revenant à plusieurs reprises.

Cette information souligne l'importance des liens entre les instituts de formation et les établissements de soins pour l'attractivité à l'embauche et la fidélisation du personnel. Elle semble aussi confirmer que les valeurs et les identités professionnelles se construisent pour partie lors de l'apprentissage de la profession. Le Directeur des Soins pourrait s'appuyer sur ces liens pour faciliter l'évolution des représentations des futurs soignants. Enfin, cette information met en avant l'influence de la culture d'un établissement sur l'engagement professionnel. Cette culture peut être un frein à tout projet qui serait en contradiction avec elle, ou *a contrario* une force pour le DS qui l'aurait identifiée et saurait la prendre en compte.

La sécurité de l'emploi, résultant du statut des agents hospitaliers et des besoins constants de la population, est un argument qui est également revenu quasi systématiquement dans les échanges. Elle est très étroitement liée à la valeur hospitalière de continuité, qui introduit dans la conscience de nombreux professionnels l'idée que le service public hospitalier ne peut disparaître. « *De toute façon, les hôpitaux seront toujours là parce les gens en auront toujours besoin* ». Ainsi, cette obligation fondamentale de continuer à soigner peut expliquer les manques d'intérêt et de responsabilisation de certains agents vis-à-vis des difficultés financières de leur hôpital.

Les valeurs du service public hospitalier sont apparues spontanément dans la plupart des échanges. Ainsi, le recours à la question optionnelle « *quelles sont, selon vous, les principales missions et valeurs d'un hôpital public ?* » n'a pas été nécessaire. La continuité, l'adaptabilité et l'égalité ont été explicitement abordées pour cette thématique, alors que la neutralité a été plutôt évoquée lors des échanges sur les valeurs soignantes.

Les soignants attendent ainsi du service public un accès pour tous à des soins de qualité égale. « *Ce que j'apprécie à l'hôpital, c'est que même si le patient n'a pas d'argent, on va quand même le prendre en charge du mieux qu'on peut* ». Les plus démunis doivent avoir accès aux mêmes soins que les plus favorisés : cette notion d'égalité correspond donc plutôt à la charité chrétienne historique des hôpitaux qui venaient en aide aux nécessiteux et aux exclus. Cependant, cette notion d'égalité, au même titre que la neutralité précédemment évoquée, n'implique-t-elle pas de satisfaire également les patients aisés, en leur proposant une prise en charge à la hauteur de leurs besoins et de leurs attentes ?

L'adaptabilité est une valeur qui a également été souvent citée, avec deux axes évoqués : une obligation de s'adapter aux attentes spécifiques de chaque patient, ainsi qu'un ajustement de la palette de soins et de prises en charge aux besoins d'un bassin de population. Cette information est intéressante, puisque les agents semblent pleinement admettre que la mission d'un hôpital public est de satisfaire les besoins des usagers. Il paraît rationnel d'avancer qu'un CH qui a décidé de créer une unité de soins dédiée aux patients étrangers fortunés se trouve logiquement implanté dans un bassin attractif et au niveau social élevé. Le projet étudié correspondrait donc à une véritable et indispensable adaptation de l'offre à l'environnement. L'adaptabilité semble donc être une valeur importante et un axe de communication intéressant pour un Directeur des Soins afin d'aider les soignants à accepter ce nouveau mode de prise en charge.

Quelques agents ont également expliqué leur choix de service public en exposant les raisons qui les ont amenés à écarter le secteur privé : un rejet de la « *monétisation des soins* », de la sélection des patients, ou encore de la rationalisation et de la recherche de profit. Cette représentation peut paraître paradoxale puisque dans le même temps certains d'entre eux considèrent que leurs « *collègues du privé* » sont des privilégiés au regard de leurs conditions de travail qu'ils jugent mieux préservées que les leurs.

Ces propos sont donc à modérer, et à confronter avec ceux des personnels du secteur privé. En effet, à la question « *pourriez-vous me donner les raisons qui vous ont amené(e) à choisir de travailler dans un établissement hospitalier privé ?* », ces derniers ont avancé le salaire, les conditions de travail, la qualité des soins, ou encore les conditions d'accueil des patients. Cependant, ils ont également considéré que les agents du public avaient des avantages importants, comme leur statut de titulaires et une absence de pression liée à une nécessité de résultats. L'exemple de l'optimisation des durées des séjours a été donné pour expliquer la pression jugée plus importante dans le secteur privé.

La confrontation de ces différents avis ne peut donc être considérée comme contributive au regard de ces représentations croisées. Ces dernières pourraient être faussées d'une part, par le besoin de conforter pour soi-même et autrui un choix de carrière et d'autre part, par le sentiment très répandu que « *l'herbe est plus verte chez le voisin* ».

Enfin, la dernière question de la thématique « *que pensez-vous de l'autorisation d'activité libérale, c'est à dire de régime privé, accordée à certains médecins hospitaliers ?* » visait à recueillir les avis sur la cohabitation des systèmes publics et privés au sein des structures publiques. Les agents ont répondu dans la grande majorité qu'ils n'avaient pas d'opinion particulière ou qu'ils étaient même plutôt favorables pour certains : « *au moins, ils ne partent pas dans le privé* ». Il convient toutefois de souligner que les soignants qui étaient contres ce mode de prise en charge (4 personnels sur 18 au total) ont vivement critiqué l'activité libérale au sein du secteur public : « *patients privilégiés* » « *injustices* » « *passe-droit* » ou encore « *abus des médecins sur notre dos et celui du contribuable* ».

Il semble donc que l'activité libérale et la présence de plusieurs types de patients et de prises en charge financières ne se posent pas en contradiction avec les valeurs soignantes et celles du service public. En référence à la théorie d'ABRIC, l'instauration de ce système depuis de nombreuses années aurait permis aux éléments périphériques de protéger puis de modifier le noyau dur de la représentation professionnelle. Cette information représente une nouvelle piste de communication pour le Directeur des Soins : les patients étrangers payants pourraient être présentés comme des patients privés particuliers, sans changement majeur dans le système de santé public.

Pour autant, l'opinion tranchée des agents défavorables ne doit pas être sous-estimée. Ces derniers évoluent tous dans le même établissement, et plus précisément dans le même pôle. Leur ressentiment pourrait donc résulter d'une organisation de l'accueil des patients privés vécue comme défavorable pour les patients du secteur public, générant ainsi des conflits avec les valeurs des soignants. Le DS devra donc être particulièrement attentif dans les organisations à mettre en place afin que la qualité de la prise en charge des patients étrangers ne soit pas au dépend des usagers du secteur public.

2.3.2 Une influence du contexte inégalement objectivée selon les thématiques

L'objectif de cette comparaison est d'évaluer dans quelle mesure le contexte peut influencer sur la construction et la mobilisation des valeurs soignantes, ainsi que sur la responsabilisation des personnels sur les problématiques financières.

Influence sur les valeurs soignantes : aucune différence significative entre les personnels des trois établissements n'a été relevée. Les références à la notion d'égalité par des agents qui ont choisi le secteur privé semblent confirmer que l'adaptation des valeurs au contexte est possible, à condition de répondre à une démarche volontaire. Il en résulte que les soignants, dans un environnement particulièrement évolutif (NMP, projets d'efficacités, restructurations...), doivent s'inscrire dans une démarche permanente de congruence afin de ne pas perdre leurs repères identitaires. Ces similitudes entre les acteurs du privé et du public indiquent également que les valeurs soignantes contribuent à construire, lors des apprentissages, une identité professionnelle particulièrement forte.

Influence sur les valeurs du service public : Des différences significatives sont apparues entre le CH et le CHU. Ces inégalités pourraient souligner l'influence, décrite par DUBAR, de l'environnement social et des missions spécifiques des hôpitaux sur le choix des valeurs mobilisées et sur les représentations professionnelles.

Les valeurs d'égalité et de neutralité ont été les plus fréquemment avancées au CH. Ce dernier propose des soins de proximité et de relais, mais ne prend pas en charge tous les soins. La continuité et l'adaptabilité ne sont donc pas totales. De surcroît, la prépondérance de ces deux valeurs pourrait être en lien avec le niveau de revenu moyen relativement bas du bassin d'implantation et avec la forte culture de solidarité de la région.

Pour le CHU, implanté dans un bassin de population au niveau social plus élevé, ce sont la continuité et l'adaptabilité qui ont été le plus évoquées. Si l'établissement assure lui aussi des missions de proximité, il est surtout un recours dans des domaines de soins plus pointus, avec de fait une continuité et une adaptabilité des soins indispensables.

Influence sur l'approche financière : Il paraissait rationnel de supposer que les agents d'un CH, hôpital de petite taille, soient plus aisément informés sur les difficultés budgétaires de leur hôpital. Les entretiens n'ont pourtant pas objectivé de différences notables avec le CHU, la ligne principale et commune de réponse étant une contradiction ou une opposition entre les restrictions financières et la volonté de soins de qualité.

En revanche, le personnel du privé a démontré une connaissance et une implication nettement plus importante, avec à nouveau une démonstration de la possibilité de conciliation entre leurs valeurs soignantes et le contexte (contraintes de rentabilité).

Influence sur la cohabitation des secteurs publics et privés : des différences importantes sont apparues entre le CHU et le CH. Ainsi, au CHU, une très large majorité des personnels a répondu n'avoir aucune critique à formuler sur la mixité des activités publiques et libérales « *pour moi, c'est normal qu'ils puissent choisir, du moment qu'ils sont en mesure de payer, pourquoi ils s'en priveraient ?* », alors que des agents du CH s'y sont plus souvent opposés, pour certain assez fortement. Cette différence pourrait s'expliquer par le lieu d'implantation et donc de recrutement du personnel : une région particulièrement aisée pour le CHU avec des soignants habitués à la mixité sociale, et une région plus pauvre et politiquement plus orientée vers la solidarité et le partage pour le CH.

Cet enseignement est particulièrement intéressant dans le cadre du projet étudié. Un établissement qui décide de créer une unité de soins pour une patientèle fortunée se trouve logiquement implanté dans un bassin de population au revenu moyen relativement élevé. Il paraît alors rationnel d'avancer que les personnels soignants recrutés, issus du même bassin, aient déjà intégré dans leur construction identitaire personnelle et professionnelle les notions de mixité sociale et de possibles différences de mode de vie.

2.3.3 Une rupture importante observée entre les soignants et l'encadrement

Les valeurs soignantes et celles du service public : Aucun écart significatif n'est apparu entre les différentes catégories professionnelles. Ainsi, les CSS et les CS ont déclaré qu'ils étaient toujours animés par les valeurs qui ont orienté leur engagement vers une profession soignante. Leur cheminement et leur évolution de carrière vers des postes d'encadrement et de responsabilités n'ont pas modifié les représentations originelles. Cela souligne à nouveau la possibilité de concilier les approches soignantes et financières, même si certains cadres ont fait part de leurs difficultés quotidiennes dans la gestion des ressources. S'ils comprennent et acceptent la recherche d'efficience et la rationalisation des soins, certains ont pourtant tenu à déclarer leur solidarité avec leur équipe en difficulté.

Responsabilisation sur les contraintes financières : Si les valeurs engageant les cadres et les soignants sont apparues identiques, une très nette différence d'implication et de connaissance sur les problématiques financières a été observée. Cette disparité pourrait s'expliquer par les niveaux de formation des professionnels, ainsi que par les responsabilités et les missions qui leur sont confiées au sein de l'organigramme de l'établissement. Cependant, cette nette rupture pourrait également démontrer que l'assimilation par les agents des principes d'implication et de responsabilisation du Nouveau Management Public s'est arrêtée au niveau hiérarchique des cadres.

Une observation significative : Un cadre a tenu des propos très rationnels concernant les problématiques d'efficience, les EPRD, les CRE, ainsi que sur les raisons et les bénéfices de l'introduction de l'activité libérale au sein des hôpitaux publics. Les trois soignants interrogés ensuite, travaillant pourtant dans la même unité, et donc sous la responsabilité de ce même cadre, ont été en difficulté pour répondre. Cet exemple illustre parfaitement, sur des thématiques sensibles, la rupture observée entre les cadres et les soignants au cours de la plupart des entretiens. Si les échanges ont fait apparaître un déficit d'intérêt des soignants pour les problématiques financières, il paraît dès lors pertinent de s'interroger sur les moyens et les outils mis à la disposition des cadres pour les aider à communiquer sur des sujets risquant de les mettre en difficulté avec leurs équipes.

Le positionnement des cadres, entre appartenance à une équipe de soins avec laquelle ils souhaitent rester solidaires d'une part, et loyauté envers l'institution d'autre part, doit être un sujet majeur de préoccupation pour un Directeur des Soins. Les cadres ont besoin de trouver un véritable soutien auprès du DS lorsque des sujets sensibles, comme ceux des rationalisations successives des organisations ou des contraintes financières, doivent être explicités aux agents. Il en va de même pour la mise en œuvre d'une unité de soins lucrative. Au regard de sa particularité et des conséquences pour les représentations professionnelles, un tel projet pourrait ne pas être compris et accepté si la communication institutionnelle auprès des soignants n'est pas optimisée et accompagnée.

2.3.4 Synthèse des entretiens

Le choix des entretiens semi-directifs s'est avéré pertinent au regard de la richesse des propos recueillis et des enseignements pour l'élaboration des préconisations et la prise de décision. La taille de l'échantillon étudié, 22 agents répartis sur plusieurs sites et de différentes catégories professionnelles, n'autorise pas de conclusions définitives. Cependant il permet d'apporter d'une part, des éléments de réponses en lien avec les trois hypothèses de recherche et d'autre part, de poser des principes généraux et des axes de réflexion pour la mise en œuvre du projet d'unité pour patients étrangers fortunés.

1^{ère} hypothèse : les valeurs soignantes représentent une difficulté pour un Directeur des Soins chargé d'organiser une unité pour des patients étrangers payants.

Cette hypothèse a été confirmée. Les valeurs soignantes comme l'égalité et la neutralité sont très influentes dans les représentations des professionnels. Elles semblent en constituer le noyau central et doivent, à ce titre, être préservées de toute déstabilisation. Cependant, les valeurs et les représentations peuvent respectivement s'adapter et évoluer. En conséquence, les difficultés pourraient être maîtrisées si le Directeur des Soins les anticipe, les intègre dans sa réflexion sur l'organisation des soins de l'unité lucrative, et élabore une stratégie de communication dédiée.

2^{ème} hypothèse : le Nouveau Management Public a sensibilisé les personnels soignants sur les contraintes économiques et a créé des conditions favorisant l'acceptation du projet par les soignants.

Cette hypothèse n'a pas été confirmée. L'influence du NMP est apparue limitée sur le personnel soignant qui ne semble pas pleinement impliqué par les problématiques financières des établissements de santé. Les principes de responsabilisation et d'implication des professionnels de la filière soignante se limiteraient à l'encadrement.

3^{ème} hypothèse : la prise en charge des patients sous régime privé par les hôpitaux publics depuis de nombreuses années peut favoriser l'accueil par les professionnels d'un projet d'unité de soins lucrative.

Cette hypothèse a été confirmée. L'activité libérale semble acceptée et comprise par une large majorité des personnels soignants. Les représentations professionnelles ont évolué au cours des décennies, et la mixité de prise en charge « public – privé » ne s'oppose pas aux valeurs soignantes et à celles du service public. La forte influence de la valeur « égalité » implique toutefois de veiller à préserver les intérêts des patients du secteur public lors de la mise en œuvre du projet étudié.

Principes généraux et pistes de réflexion :

- ✚ Travailler sur le sens des valeurs de neutralité, d'égalité et de respect et souligner en quoi, à travers la notion de satisfaction des patients, elles ne s'opposent pas au projet.
- ✚ Communiquer sur l'importance ou le devoir d'adapter l'offre de prise en charge aux attentes de l'ensemble des patients du bassin de recrutement (valeur d'adaptabilité).
- ✚ Mettre en place une organisation préservant la qualité du service public
- ✚ Travailler sur le sentiment exprimé par les soignants de manque de reconnaissance de leurs problèmes et de leurs besoins.
- ✚ Identifier puis s'appuyer sur l'influence la culture de l'établissement.
- ✚ S'appuyer sur l'acceptation quasi générale de l'activité libérale au sein du CH.
- ✚ Evaluer et renforcer la communication institutionnelle dans les services de soins.
- ✚ S'appuyer sur les cadres et les aider à communiquer sur ce sujet sensible.

Les préconisations exposées ci-après s'appuient sur le modèle d'unité de soins lucrative choisi par l'hôpital public observé. L'objectif n'est pas de poser un cadre prescriptif pour l'ensemble des modes de prises en charge des patients étrangers payants. En effet, si le CH étudié a choisi de centraliser les prises en charge dans une unité dédiée, d'autres établissements envisageant de proposer une offre similaire pourraient s'orienter vers d'autres solutions, comme par exemple en aménageant des chambres dans chaque unité de soins. Certaines préconisations devraient alors être adaptées en fonction du modèle adopté.

Le choix du mode d'accueil n'appartient pas au Directeur des Soins, même s'il peut être amené, en tant que membre de la Direction et au regard de son expertise soignante, à contribuer à cette décision. Regrouper les patients payants étrangers au sein d'une unité dédiée présente notamment l'avantage de centraliser la logistique hôtelière, mais la pluridisciplinarité des soins nécessite une adaptation des effectifs et une gestion particulière des compétences soignantes. Créer des chambres dédiées au sein de chaque unité de soins pourrait faciliter la gestion des effectifs et des compétences, mais la proximité et la mixité des prises en charge, ainsi que le différentiel important de qualité des prestations hôtelières, pourraient engendrer des difficultés managériales et opérationnelles.

Particulièrement discret jusqu'à ce jour, l'accueil de patients étrangers fortunés n'est pas nouveau mais ne faisait l'objet d'aucune prise en charge structurée au sein des établissements publics. Sa réelle intégration dans le fonctionnement des hôpitaux présenterait *a minima* l'avantage de l'organiser et de le coordonner avec l'ensemble des prestations hospitalières. Le Directeur des Soins ne peut donc se positionner en marge de ces changements. Il doit être une personne ressource, par ses décisions et ses propositions, pour l'organisation des soins et de la prise en charge des patients étrangers payants.

3 Préconisations pour une unité dédiée aux patients étrangers payants

3.1 Quelques précisions sur le fonctionnement de l'unité étudiée

Une présentation succincte du fonctionnement de l'unité prévu par l'établissement est nécessaire, afin de mettre en évidence les liens entre les préconisations envisagées à l'issue des études théoriques et exploratoires, et les contraintes liées directement au projet.

Le principe du projet est de proposer une prise en charge hôtelière personnalisée à des patients étrangers fortunés qui seraient prêts à déboursier des sommes importantes pour bénéficier des compétences médicales et soignantes, de la richesse des équipements technologiques de l'établissement et des atouts hôteliers et touristiques de la région.

Le principe d'égalité d'accès aux soins et de qualité de prise en charge médicale est fortement revendiqué et affiché par l'établissement. L'objectif est donc de différencier la prise en charge globale de ces patients payants par une prestation hôtelière particulièrement attractive, en lien avec leurs attentes : chambres individuelles luxueusement aménagées, service de restauration personnalisé ou encore accès privilégié, pour les accompagnants, aux hôtels haut de gamme partenaires du projet¹⁰. En supplément de ces prestations, un service de conciergerie (type hôtellerie de luxe) sera mis en place. Il a pour objectif d'accéder aux *desiderata* des patients sans lien avec les soins, comme la réalisation de diverses courses à l'extérieur de l'établissement.

Le projet prévoit un dimensionnement de 10 lits en chambres individuelles. L'unité proposera deux types de prise en charge médicale. Elle sera principalement une unité de bilans, accueillant des patients désireux de réaliser des bilans de santé complets sur une à trois journées d'hospitalisation en moyenne, mais également et plus ponctuellement une unité de soins lorsque, en cas de pathologie, les patients doivent bénéficier d'un traitement.

Cette unité ne sera pas attachée à un pôle médical, mais elle sera placée sous la responsabilité d'un médecin chef de service qui coordonnera l'intervention des différents médecins spécialistes. L'unité fonctionnera principalement en hospitalisation de semaine, en lien avec l'activité programmée de bilans. Cependant, certaines prestations médicales comme des activités chirurgicales ou plus globalement des traitements médicaux nécessiteront ponctuellement un fonctionnement en unité d'hospitalisation complète.

Enfin, la palette de prise en charge médicale sera large et correspondra à l'offre de soins de l'établissement : médecine générale, oncologie, urologie, cardiologie, pneumologie, ou encore chirurgie viscérale et orthopédique... Le domaine obstétrical ne sera pas concerné, au regard de la spécificité de la prise en charge (l'établissement s'oriente vers l'aménagement de chambres de luxe au sein de la maternité pour les patients ciblés).

¹⁰ Cf. Annexe 5, page IX : Plaquette commerciale de l'unité pour patients étrangers payants

3.2 S'impliquer pleinement dans les décisions et la mise en œuvre

Les entretiens ont confirmé que la création d'une unité de soins pour patients étrangers fortunés et payants risquait de heurter les personnels soignants au regard de l'importance des valeurs dans leurs pratiques professionnelles et de leur représentation vis-à-vis du service public. Par son appartenance à l'équipe de direction, son expertise soignante et ses compétences managériales, le Directeur des Soins est un acteur incontournable pour la conception, la mise en œuvre et l'accompagnement d'un tel projet.

La première préconisation, importante au regard des difficultés objectivées, est donc d'afficher, et ce sans aucune ambiguïté, son implication et sa légitimité dans l'élaboration des organisations et dans leur mise en œuvre. En effet, si dans un contexte de NMP, le principe de subsidiarité tient une place importante, il paraît inopportun pour un Directeur des Soins, au regard des difficultés d'acceptation par les personnels soignants et des risques induits pour le management global de la filière soignante, de déléguer l'organisation opérationnelle à un CSS lors de la phase initiale du projet. Cette délégation pourrait toutefois être envisagée lorsque le fonctionnement de l'unité serait pérennisé.

La contribution du Directeur des Soins a deux principaux objectifs : assurer la qualité des soins et de la prise en charge des patients étrangers d'une part, et maintenir celle des patients du secteur public d'autre part. Les domaines de compétences du DS orientent ses décisions et son action essentiellement autour de l'approche soignante. Cependant, par ses responsabilités au sein de la direction de l'établissement, et par les interactions inévitables entre les prestations hôtelières particulières et la prise en charge médico-soignante, il se trouve de fait impliqué dans un processus décisionnaire plus global.

Il en résulte qu'à la question initiale « *quelle peut être la contribution d'un Directeur des Soins d'un établissement public lors de la création et la mise en œuvre d'un projet d'unité de soins dédiée aux patients étrangers fortunés ?* », il existe deux types de réponses : des décisions qu'il serait pertinent de prendre (par délégation du DH) dans son domaine de compétences, et des recommandations quand la décision ne lui appartient pas ou doit être partagée avec d'autres acteurs de la direction. Pour cette étude, ces réponses seront présentées indifféremment sous forme de préconisations.

Le fonctionnement prévu par l'établissement pour l'unité de soins étudiée n'est en rien prescriptif ou universel, les modalités de prise en charge et d'organisation de cette nouvelle filière pouvant varier d'un hôpital à l'autre. Les préconisations exposées dans cette étude sont directement et exclusivement liées à l'environnement décrit. Cependant, les raisonnements appliqués pour aboutir aux préconisations devraient permettre une adaptation de l'organisation des soins proposée aux nombreux modèles de prise en charge des patients étrangers payants.

3.3 Mettre en place une stratégie d'influence

Quelles que soient les organisations qui seront mises en place pour intégrer le fonctionnement de l'unité au sein de l'établissement, la communication adoptée par le Directeur des Soins et par l'institution tiendra une place prépondérante dans la réussite du projet. Les entretiens ont fait apparaître que le NMP n'avait que peu, voire pas, préparé le personnel soignant à une telle évolution du système de santé. Les valeurs soignantes et celles du service public pouvaient représenter des facteurs d'échec. La création des conditions d'acceptation, en amont de toute annonce, paraît donc essentielle pour le projet. La communication institutionnelle doit s'appuyer sur une stratégie d'influence des environnements. Elle représente donc un enjeu majeur et incontournable pour le DS, afin de préparer l'opinion avant toute diffusion d'information sur l'unité lucrative, puis pour accompagner le changement des représentations lors de la mise en œuvre.

3.3.1 Préparer l'opinion avant l'annonce du projet

Au regard des enseignements théoriques et exploratoires, trois préconisations peuvent être proposées : travailler sur la charte de la personne hospitalisée, valoriser la culture historique du financement des hôpitaux par les dons et renforcer la chaîne de diffusion des informations institutionnelles au sein de la filière soignante.

✚ Créer un groupe de travail sur la charte de la personne hospitalisée

Au regard de l'influence des valeurs sur les représentations des soignants, il serait pertinent de mettre en place un groupe de travail sur les valeurs de l'établissement auquel participerait le DS. Un travail de mise en adéquation de la charte de la personne hospitalisée¹¹ avec les valeurs du CH serait un sujet intéressant à de nombreux titres.

S'impliquer dans l'animation du groupe : Ce travail collectif permettrait tout d'abord au Directeur des Soins de mesurer l'opinion des acteurs et le climat social de l'établissement concernant la problématique de prise en charge des patients hospitalisés. Sa participation lui permettrait également d'être identifié plus fortement comme un garant du respect des droits des patients et de la qualité de leur accueil. Cette légitimité pleinement reconnue sur ce sujet faciliterait ultérieurement l'acceptation par la filière soignante de son positionnement et son implication en faveur de l'unité de soins pour patients payants. Enfin, l'implication des différents acteurs du soin est indispensable pour deux raisons essentielles. Elle contribuerait à toucher un large public dans la recherche de congruence entre les valeurs personnelles, professionnelles et institutionnelles. De surcroît, le travail introspectif nécessaire à l'expression de ces valeurs pourrait éviter, lors de l'annonce de la mise en œuvre du projet, que des valeurs sous-jacentes non appréhendées ou non exprimées par les agents ne surgissent et ne soient en conflit avec le nouveau contexte.

¹¹ Cf. Annexe 6, page XI : Charte de la personne hospitalisée, circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

S'appuyer sur la CSIRMT : La pluralité des professions et des positionnements doit offrir une large représentativité des personnels. Cette mission pourrait être confiée à des membres de la CSIRMT, instance qui est présidée par le DS et qui aurait toute légitimité pour représenter les agents de la filière sur un sujet véritablement « cœur de métier ».

Travailler sur le sens donné aux valeurs stratégiques : C'est au niveau du sens donné derrière les notions et les valeurs abordées par les membres du groupe que la stratégie d'influence serait significative. Les résultats de la recherche ont fait apparaître que la neutralité, le respect, l'égalité et la bienveillance étaient des valeurs essentielles pour les soignants. Elles apparaissent à travers la charte nationale de la personne hospitalisée. Ainsi, par exemple, pour la notion d'égalité, « (...) *le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale (...)*», l'adaptation de la charte à l'établissement pourrait permettre d'ajouter « *La recherche de la satisfaction concerne l'ensemble des patients, quels que soient leurs besoins et leurs attentes* ». Si le sens général reste le même, avec notamment la préservation de l'accès aux soins pour les plus démunis, cette modification permet d'élargir la notion d'égalité à l'ensemble des patients qui auraient tous le droit à la satisfaction de leurs attentes. Cette modification soulignerait ainsi que cette valeur n'est pas incompatible avec la prise en charge de patients fortunés payants. Un autre exemple pour le respect et la neutralité, où les notions de besoins et d'attentes des patients pourraient également être mis en avant : « *La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées* » pourrait devenir : « *La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances, ses attentes et ses besoins sont respectés* ».

Au sein de ce groupe, le DS pourrait ainsi préparer l'opinion à la mise en œuvre du projet, en favorisant la prise de conscience que les valeurs soignantes ne sont pas en opposition avec le devoir de satisfaire les attentes de l'ensemble des patients, y compris ceux les plus exigeants en terme d'accueil et de confort. Lors de ces travaux, il pourrait également s'appuyer sur la valeur d'adaptabilité du service public, également apparue lors de la recherche exploratoire, imposant aux établissements publics de santé de s'adapter pour répondre aux besoins spécifiques de leur bassin de population.

Valoriser la culture historique du financement par les dons

Historiquement, les hospices étaient financés grâce aux dons et à la charité chrétienne. De nos jours, cette tradition perdure malgré l'évolution des modes de financements. Les hôpitaux bénéficient ponctuellement de l'acquisition d'équipements grâce aux donateurs, mais le personnel n'en est pas systématiquement informé. Valoriser ces dons par une communication ciblée permettrait de souligner la nécessité de satisfaction des usagers. Ultérieurement, lors de l'annonce de la création de l'unité luxueuse pour patients fortunés, le DS pourrait faire valoir son intérêt pour générer un nombre plus important de dons.

Améliorer la diffusion des informations au sein de la filière soignante

Sur les différents sites observés lors de l'enquête exploratoire, une nette démarcation entre le niveau d'information des cadres et celui de leurs équipes a été objectivée, notamment sur les sujets institutionnels qui ne concernent pas directement les soins. Les limites de la recherche par entretien n'autorisent pas de conclusions définitives, ni d'extension du constat à l'ensemble des hôpitaux, mais elle permet *a minima* d'alerter sur la nécessité d'évaluer, puis éventuellement de renforcer, les leviers de communication de la filière avant l'annonce et la mise en œuvre du projet d'unité lucrative.

Le DS pourrait, en collaboration avec le service de communication, mettre en place un outil dédié à la filière soignante, sur support papier ou informatique. Toutefois, l'efficacité de ce mode de communication, chronophage et à sens unique descendant, paraît très variable. Le CH observé lors des entretiens possède en effet un outil de communication dédié au personnel soignant (courrier trimestriel), mais pourtant les professionnels rencontrés semblaient relativement peu informés de l'actualité économique et de la signature du CRE.

Le Directeurs des Soins pourrait également envisager des formations dédiées à la communication pour aider les cadres sur des sujets délicats comme les difficultés financières des établissements. Cette option paraît pertinente au regard de leur rôle de relais entre les équipes opérationnelles et la direction, et en fonction du nombre important de personnels soignants qu'ils encadrent. Former l'ensemble des cadres représenterait cependant un long processus dont la temporalité ne serait sans doute pas en adéquation avec celle du projet. Cette possibilité pourrait donc être retenue dans un second temps.

A plus court terme, et en amont de l'annonce de la création de l'unité de soins particulière, il paraît plus opportun de mettre en place dans chaque service un temps dédié à la transmission des informations institutionnelles, bien différencié des réunions ou staffs opérationnels. Un ordre du jour serait établi conjointement par le Directeur des Soins et les CSS de pôle. Les informations seraient ensuite abordées et explicitées aux CS en réunion d'encadrement de pôle par chaque CSS, puis diffusées lors de ces temps dédiés par les CS dans leur unité. La présence des CSS de pôle ne serait pas obligatoire, mais fortement recommandée pour que les CS ne se retrouvent pas en difficulté en cas de sujets difficiles. Les CSS feraient ensuite un retour au DS dont l'évaluation de l'impact des mesures ou décisions institutionnelles auprès des équipes soignantes serait ainsi facilitée.

In fine, parmi les actions préconisées pour consolider et pour maîtriser la diffusion des informations à l'ensemble des personnels soignants, préalable indispensable au lancement d'un projet risquant de les déstabiliser, il semble que cette dernière proposition soit la plus adaptée au contexte. Avant d'annoncer le projet d'unité de soins pour patients étrangers, il conviendrait donc de mettre en place des temps d'échanges institutionnels, s'ils n'existent pas déjà dans l'établissement, de les évaluer puis de les pérenniser.

3.3.2 Accompagner l'annonce par une communication adaptée

Lors de la mise en œuvre du projet, et notamment lors de l'annonce, la communication doit également faire l'objet d'une stratégie pertinente. Le Directeur des Soins doit travailler en étroite collaboration avec le service de communication afin de déterminer les principaux axes pour faciliter l'adhésion des soignants.

✚ **Choisir un nom stratégique** : La dénomination de l'unité ainsi que l'ensemble du vocabulaire mobilisé autour du projet devraient faire l'objet d'une attention particulière. Les expressions comme « unité VIP » ou « patients étrangers payants » sont à éviter car ils souligneraient trop fortement les aspects discriminants et lucratifs de l'unité. Un groupe de travail à l'initiative du DS, et avec le consentement du DH, pourrait être constitué afin de nommer cette unité. Le choix des participants serait alors important : il conviendrait d'inclure les spécialistes de la communication, des personnels soignants, des partenaires sociaux et des représentants des usagers. Cette approche participative faciliterait l'adhésion des professionnels. De surcroît, en dirigeant les échanges, le DS pourrait directement évaluer la réaction des acteurs et les probables difficultés. Sans anticiper les résultats de ce groupe, une dénomination proche de « unité de bilans programmés » pourrait être envisagée. Elle sera donc employée pour la suite de cette étude.

✚ **Impliquer les cadres de proximité** : Les entretiens semblent confirmer que les cadres sont tout à fait en mesure d'appréhender les difficultés financières de leur établissement et de comprendre les enjeux du projet. Il est donc préconisé de leur présenter, sans détour ou non-dits, les tenants et les aboutissants de la mise en place de l'unité de bilans programmés. Cela permettrait d'une part, de mesurer et partager leurs éventuelles inquiétudes ou réticences et d'autre part, de s'appuyer sur leur loyauté et leur participation lors de la mise en œuvre. Si le relais par les CSS est nécessaire, une information directe et préliminaire par le DS lors d'une réunion plénière paraît opportune.

✚ **Donner aux cadres de proximité des éléments de langage** : Les entretiens ont fait ressortir des difficultés de diffusion des informations institutionnelles entre les CS et leurs équipes. En s'appuyant sur les réunions de service dédiées, mises en place préalablement, il conviendrait d'aider les cadres en leur donnant des éléments de langage. Sans totalement occulter les aspects financiers, ils pourraient ainsi souligner la qualité des soins et le professionnalisme des agents, internationalement reconnus et recherchés par des patients étrangers (valorisation et reconnaissance attendues par les soignants). Le respect de la mission de service public (adaptation et obligation de rechercher la satisfaction de l'ensemble des patients), le rapport étroit avec l'activité libérale existant déjà au sein de l'hôpital public, les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge de tous les patients, les liens avec la culture des dons ou encore les bénéfices attendus pour les conditions de travail pourraient également être mis en avant.

✚ **Négocier les avantages substantiels pour les patients et pour la filière** : Le DS devrait se positionner fortement auprès des autres membres de la direction pour qu'une partie des recettes générées permette des améliorations rapides et visibles pour la prise en charge des patients classiques et pour les conditions de travail des agents. Acquisition de nouveaux matériels, recrutement de personnels, obtention de formations professionnelles supplémentaires ou encore primes exceptionnelles pour l'ensemble des agents sont autant d'axes de négociation et de témoignages de reconnaissance des besoins des soignants.

✚ **Valoriser les avantages d'organiser un accueil déstructuré existant** : le CH a opté pour cette offre de soins lucrative car la demande existait au préalable et que de nombreux patients étrangers payants étaient déjà accueillis sans véritable organisation dédiée. Le Directeur des Soins pourrait dès lors communiquer sur l'opportunité, pour améliorer le fonctionnement général du CH, de pouvoir organiser et anticiper des prises en charge qui, lorsqu'elles sont gérées ponctuellement, peuvent déstabiliser les organisations.

3.4 Choisir les effectifs et organiser la prise en charge dans l'unité

Afin d'explicitier les préconisations concernant la gestion des personnels de l'unité étudiée, il convient dans un premier temps de présenter l'organisation de la filière soignante de l'établissement étudié. La Direction des Soins est composée d'un DS coordonnateur général et de 2 CSS chargés de missions (GPMC, SICS¹² et qualité des soins). 6 CSS sont affectés à la gestion des pôles médicaux, et une trentaine de CS assurent l'encadrement des unités de soins, de rééducation et des services médico-techniques.

3.4.1 Négocier une dotation plus importante que les effectifs cibles du CH

Ce dimensionnement de l'effectif doit être un élément déterminant dans la réflexion du DS qui, garant de la qualité et la sécurité des soins, a toute compétence et légitimité pour évaluer les besoins et soumettre au DH et au DRH ses préconisations¹³. Afin de proposer une qualité de prise en charge adaptée au niveau d'exigence des patients payants, il paraîtrait pertinent d'opter pour une dotation supérieure à celle des autres unités de soins. Mais au regard des tensions générées par les rationalisations successives, décrites lors des entretiens par les soignants et les cadres comme des sources de difficultés, cette décision risquerait d'entraîner de l'incompréhension, voire un rejet du projet. Un taux partiel d'occupation des lits, envisageable lors du lancement du projet, pourrait amplifier ce mécontentement. *A contrario*, proposer des effectifs identiques aux autres unités risquerait de nuire à la qualité d'accueil recherchée. De surcroît, la taille de l'unité (10 lits) impliquerait la présence d'un effectif très restreint : une absence entraînerait immédiatement des dysfonctionnements voire une rupture de la continuité de la prise en charge.

¹² Service Infirmier de Compensation et de Suppléance = *pool* de remplacement

¹³ EHESP – Référentiel de compétences des Directeurs des Soins – 2011 (mise à jour 2014)

Afin de prendre en compte l'ensemble de ces paramètres, il pourrait être proposé l'organisation suivante : **une dotation supérieure aux effectifs habituels**, avec une réaffectation ponctuelle des agents, en renfort, dans les autres unités de soins lorsque les taux d'occupation de l'unité de bilans ne nécessitent pas leur présence. Cette organisation, qui permettrait ainsi de profiter d'une variable d'ajustement des effectifs de l'unité de bilans, présente également l'avantage d'une amélioration visible et immédiate des conditions de travail des autres personnels soignants. En effet, l'ensemble des unités de soins pourrait bénéficier d'une dotation supplémentaire ponctuelle.

L'objet de cette étude n'est pas d'organiser la mise en œuvre complète de l'unité de bilans, mais de dégager les principales orientations et décisions qu'il conviendrait d'envisager, et qui pourraient être reproduites sur d'autres sites. Ainsi, le calcul des effectifs requis en ETP, qui prend en compte les accords ARTT et les accords locaux sur les temps de travail, n'est pas opportun. A titre d'exemple et en ce référent aux ratios en personnels communément acceptés (1 IDE et 1 AS pour 14 patients), la dotation en personnel soignant pourrait être envisagée et proposée au DH comme suit :

4 IDE et 4 AS de jour (2 binômes le matin et 2 binômes le soir), 1 IDE et 1 AS la nuit

Cette dotation importante prend en compte l'obligation de qualité de prise en charge et le niveau d'exigence des patients, mais également le fonctionnement en unité de bilans prévoyant des séjours courts et donc un fort *turn over* des patients. Elle devrait également permettre d'assurer le passage ponctuel de l'unité en hospitalisation complète.

Concernant le brancardage, il paraît également pertinent, au regard de l'activité nécessitant de nombreux transports internes, de proposer le recrutement d'un agent.

Si les prestations hôtelières ne dépendent pas de la direction des soins (confiées à la DRM du CH), leurs interactions avec la prise en charge soignante représentent des points de vigilance importants. Le DS doit s'assurer que les décisions des autres directions fonctionnelles, sur le dimensionnement, la qualité et le fonctionnement des effectifs hôteliers (gouvernantes, ASH, concierges ...), soient en adéquation avec les exigences soignantes.

3.4.2 S'appuyer sur des critères de sélection stratégiques

Recruter en interne : Les critères de sélections sont déterminants, pour la qualité des soins et de la prise en charge des patients ciblés, mais également pour la cohésion de l'ensemble des personnels du CH. La première préconisation est de recruter en interne, afin de sélectionner des agents qui ont pleinement intégré la culture de l'établissement. Leurs compétences et leurs qualités auraient ainsi fait l'objet de plusieurs évaluations, notamment lors des entretiens annuels. Les critères, spécifiés lors de la diffusion des vacances de postes, doivent être explicités en réunions d'informations institutionnelles au sein des unités de soins afin d'éviter les incompréhensions, les interprétations ou les éventuelles contestations de la part des agents non retenus.

Utiliser le critère de mobilité : Il pourrait être envisagé de fixer comme critère un certain nombre de mobilités internes, à déterminer en fonction de la politique de l'établissement. Cette mobilité, parfaitement objective et donc totalement incontestable, permettrait de s'assurer d'un niveau d'expérience et de polyvalence suffisant des agents au regard des nombreuses spécialités accueillies dans l'unité. De surcroît, elle contribuerait, avec les entretiens de sélection, à s'assurer des réelles motivations des postulants de s'ouvrir à de nouvelles approches. Elle pourrait ainsi aider à écarter des candidatures dont les objectifs et les motivations ne seraient pas en adéquation avec les enjeux du projet.

Le critère de la mobilité, représentatif du désir d'ouverture et de développement des compétences, est donc à privilégier par rapport à celui de l'ancienneté qui, s'il garantit une expérience certaine, semble apporter moins de garanties sur les véritables motivations. Il est à noter que le fonctionnement proposé, c'est à dire la réaffectation des agents dans les autres services de soins lorsque l'activité de l'unité ne nécessite pas leur présence, devrait également permettre de filtrer ou de freiner des candidatures non souhaitées.

S'appuyer sur des critères de compétences spécifiques : en lien avec la mobilité, la pluri-compétence technique peut également être un critère déterminant pour exercer dans l'unité pluridisciplinaire. Une IDE ayant exercé en pneumologie et en chirurgie orthopédique, avec une large palette de compétences techniques, pourrait ainsi être préférée à une infirmière avec une expérience en pneumologie et en cardiologie, services de soins qui développent des compétences plus proches. Au regard des attentes élevées des patients payants en terme d'accueil, de grandes compétences relationnelles, qui auraient été soulignées lors d'évaluations annuelles notamment, devraient également être privilégiées.

Prioriser certaines qualités indispensables : Une prise en charge de qualité des patients étrangers, aussi bien pour les soins techniques que relationnels, implique de choisir en priorité des agents maîtrisant *a minima* une langue étrangère. Cette nécessité est soulignée dans le rapport KERVASDOUE. Au regard du profil des patients et de leur possible notoriété, les agents qui seraient sélectionnés devraient également démontrer des qualités personnelles et posséder des valeurs indispensables comme la discrétion, la neutralité, l'intégrité, ou encore la disponibilité. Si ces qualités, parfois difficiles à appréhender, sont attendues de tous les agents du service public, elles sont d'autant plus importantes que l'attractivité de l'unité et la réputation du CH en dépendent étroitement.

Déléguer le recrutement : Malgré la recommandation d'un investissement opérationnel, le Directeur des Soins ne devrait pas effectuer lui-même la sélection. Il serait plus pertinent de le déléguer à l'encadrement de l'unité, puis de recevoir en réunion les membres de la nouvelle équipe. L'objectif serait de leur présenter l'organisation mise en place, mais également et surtout de leur rappeler les obligations de probité et de discrétion, aussi bien à l'extérieur de l'établissement qu'au sein des autres unités de soins.

3.4.3 Gérer la mobilité, la disponibilité des ressources et les interfaces

La double vocation de l'unité, principalement de bilans et ponctuellement de soins spécifiques, implique une organisation particulière des équipes soignantes (notamment des IDE) et une gestion des compétences à mettre à disposition. Ainsi, une fois la sélection interne effectuée, il convient de mettre en place le système d'ajustement des effectifs en fonction des activités et une coordination efficace des ressources.

 **S'appuyer sur le SICS** : Le remplacement numérique des agents sélectionnés pourrait se faire par des recrutements (externes ou internes) de personnels qui seraient affectés au SICS. Ce choix paraît pertinent dans la mesure où ce service de suppléance a déjà mis en place, et validé, tous les leviers de coordination entre son responsable (un des deux CSS chargés de missions auprès de la Direction des Soins) et les unités de soins.

- Les agents sélectionnés pour l'unité de bilans exerceront dans leur service d'origine lorsque leur présence n'est pas requise dans l'unité de bilans. Leurs missions ainsi que le cadre organisationnel devront être précisés dans des fiches de postes spécifiques.

- Lorsque des agents sélectionnés ne sont pas mobilisés par l'unité de bilan, le personnel du SICS est affecté en renfort dans l'ensemble des services de soins du CH.

- Lorsque des hospitalisations pour bilans sont programmées (majorité des cas), les agents sélectionnés seraient détachés pour une durée déterminée. Leur remplacement dans leur service d'origine serait assuré et aisément anticipé par les soignants du SICS.

- En cas d'hospitalisation non anticipée, nécessitant la présence d'agents aux compétences techniques spécifiques, ou en cas d'un passage ponctuel en hospitalisation complète, les soignants sélectionnés et mobilisés seraient prioritairement remplacés par le personnel du SICS, lors de leurs missions mais également lors des RH générés.

- Afin de ne pas déstabiliser les cycles horaires des services de soins, les agents du SICS devront adapter leurs horaires à ceux des agents sélectionnés qu'ils remplacent. Il convient donc de le spécifier lors des entretiens d'embauche et sur leur fiche de poste.

- Pour les mêmes raisons, des cycles pourraient être envisagés entre les agents sélectionnés pour l'unité lorsque l'activité ne requiert pas la présence de tous ces acteurs, ou lorsque qu'aucune compétence technique particulière ne doit être mise à disposition.

Cette organisation doit cependant faire l'objet d'un travail de collaboration du DS avec le DRH et le DAF pour les problématiques d'affectations de postes et de comptabilité analytique. La proposition présente plusieurs avantages : réactivité et adaptation en fonction des besoins de l'unité, préservation de la stabilité des cycles horaires des unités de soins ou encore implication de l'ensemble des soignants pour le fonctionnement de l'unité de bilans. Enfin, en permettant le maintien de leurs compétences et de leurs liens professionnels, cette organisation faciliterait la réintégration des agents sélectionnés dans leur équipe d'origine au terme de leur engagement dans l'unité de bilans programmés.

✚ **Limiter les affectations à 3 ans** : Afin de faciliter l'adhésion du personnel soignant, il conviendrait de limiter la durée des engagements pour l'unité de bilans. Cela éviterait une sédentarisation ou une mise à l'écart des agents sélectionnés. D'autre part, cela préserverait les autres soignants du sentiment d'exclusion définitive d'un projet professionnel qui pourrait les intéresser. En décidant de restreindre ces engagements à 3 années, le Directeur des Soins pourrait ainsi maintenir un des axes essentiels de sa stratégie d'influence : la reconnaissance des compétences de tous les soignants. Il anticiperait également d'éventuelles tensions entre les personnels liées au sentiment que certains agents seraient privilégiés. Enfin, pour ne pas générer de mécontentement des patients payants avec un *turn over* trop important du personnel, pour maintenir la qualité de la prise en charge et pour assurer une continuité des organisations, un minimum de 3 années paraît pertinent. De surcroît, un renouvellement des postes étalé sur plusieurs mois serait préférable à un changement complet de l'équipe en un temps unique.

✚ **Consolider les interfaces et cadrer les interactions** : Une attention particulière devra être portée aux interfaces, notamment lors des transports internes des patients par le brancardier. Il serait opportun, dans les limites des effectifs accordés, qu'une IDE ou une AS accompagne les patients lors des examens hors de l'unité. Il conviendrait également de bien cadrer les missions du concierge qui ne doit pas interférer sur la prise en charge soignante. Des fiches de poste spécifiques pour le brancardier et le concierge devraient donc être élaborées, et celles des soignants adaptées à cette spécificité.

3.4.4 Confier l'encadrement de l'unité à un cadre supérieur de pôle

Pour l'encadrement, le DS a le choix entre plusieurs options : confier l'unité à un CS, à un des deux CSS chargés de missions (celui qui gère le SICS), ou enfin à un CSS de pôle.

Une unité de 10 lits, avec un taux d'occupation non garanti, ne justifie pas à elle seule la création d'un poste de CS. Confier cette mission à un cadre déjà affecté à un autre service ne semblerait également pas pertinent : ce dernier pourrait se retrouver en difficulté vis-à-vis de ses pairs lors de problèmes de prise en charge transversale.

Confier l'encadrement au CSS responsable du SICS paraîtrait logique au regard de la centralisation de l'organisation des remplacements, mais son détachement auprès de la Direction des Soins en fait un acteur trop éloigné du terrain.

Il en résulte que le DS pourrait mettre l'unité sous la responsabilité d'un CSS de pôle qui, par son positionnement hiérarchique, aurait toute légitimité vis-à-vis des CS pour gérer les interactions avec les autres unités et les services prestataires. Le choix pourrait se porter sur le CSS du pôle, où est installée géographiquement l'unité de bilans, afin d'assurer une présence régulière et recommandée de l'encadrement. Enfin, le choix d'un CSS plutôt qu'un CS permettrait un suivi plus étroit du fonctionnement de l'unité par le DS.

3.5 Identifier et organiser les principaux parcours de soins

La prise en charge transversale des patients de l'unité de bilans représente un enjeu déterminant pour la réussite et l'acceptation du projet. L'objectif est de permettre un accès aux soins et aux examens à l'extérieur de l'unité dans des délais correspondant aux durées de séjours et aux attentes des patients. Le risque majeur réside dans l'introduction de dysfonctionnements ou une baisse de la qualité de prise en charge des autres patients hospitalisés. Lorsque les patients payants sont hospitalisés pour des bilans, les séjours sont programmés et les examens peuvent être anticipés. Cependant, ces séjours sont relativement courts et nécessitent donc une coordination optimisée entre les services. Lorsque des patients viennent pour des soins spécifiques, les séjours pourraient être plus longs, mais l'anticipation et la programmation des examens seraient plus délicates.

En collaboration avec les équipes médicales, la Direction des Soins doit identifier les différents types de pathologies ou bilans, puis élaborer les principaux parcours de soins. Ce travail conjoint entre les deux filières, médicale et paramédicale, souligne l'importance de la collaboration entre les DS et les PCME. Si la palette complète des besoins et des situations ne peut être traduite en parcours prédéfinis, la formalisation des principales prises en charges devrait significativement favoriser l'intégration fonctionnelle de l'unité.

3.6 Evaluer le fonctionnement de l'unité et l'impact sur les organisations

Les Directeurs des Soins ont à leur disposition plusieurs outils pour évaluer le fonctionnement d'une unité de bilans programmés et mesurer l'impact de sa mise en œuvre sur les organisations de l'établissement. Comme dans toute conduite de projet, ces évaluations représentent une étape incontournable, avant validation, pour identifier les éventuelles modifications à apporter. Elles sont particulièrement importantes pour ce projet au regard des probables impacts sur les représentations professionnelles et du fait de l'absence de modèle validé et consolidé d'unité de bilans pour patients payants.

Evaluer le fonctionnement de l'unité : Il est préconisé d'utiliser les questionnaires de satisfaction institutionnels, après avoir vérifié leur adéquation à la spécificité de l'unité et avoir réalisé une traduction dans les principales langues étrangères accueillies. D'autres indicateurs pourraient être pertinents, comme le taux d'occupation de l'unité, le taux de fidélisation des patients ou encore les temps d'attente au sein des services prestataires, comme en imagerie par exemple, pour évaluer la coordination au niveau des interfaces.

Evaluer l'impact sur le CH : Pour évaluer l'impact de l'unité sur les organisations et sur la qualité de la prise en charge au sein de l'hôpital, il conviendrait de surveiller attentivement toute modification significative des bilans de satisfaction des patients hospitalisés. Le délai moyen de rendez-vous pour des examens ou des consultations dans les services prestataires, pour ces mêmes patients, serait également un critère pertinent.

Communiquer sur les résultats : La communication autour des résultats est tout aussi importante que leur exploitation. En présentant régulièrement et concomitamment les résultats sur le fonctionnement de l'unité et sur l'impact pour l'établissement, le Directeur des Soins démontrerait toute l'attention qu'il porte à la qualité du service public. Cela rejoindrait donc la stratégie d'influence élaborée en amont de l'annonce et prégnante tout au long de la mise en œuvre. Au-delà des voies habituelles de communication prévues en réunions plénières d'encadrement ou en instances comme la CME et la CRUQPC, il conviendrait à nouveau de s'appuyer sur les réunions de service dédiées aux informations institutionnelles présentées précédemment. Cela permettrait au DS de s'assurer de la bonne information de l'ensemble des personnels soignants.

3.7 Pérenniser le fonctionnement de l'unité au sein de l'établissement

La dernière étape de la mise en œuvre du projet consisterait à ajuster les organisations, en fonction des évaluations, puis à valider et assurer la pérennité du fonctionnement.

Rédiger les procédures définitives et ajuster les fiches de postes : Après avoir apporté les éventuelles modifications, le DS pourrait déléguer la rédaction définitive des procédures et des fiches de postes au CSS responsable de l'unité. Il conviendrait d'associer les soignants sélectionnés pour ce travail. Cette participation serait d'autant plus importante si des modifications significatives étaient à envisager par rapport aux fiches réalisées et présentées lors des entretiens de sélection.

Maintenir la stratégie d'influence : Afin de maintenir cette stratégie, il serait opportun de communiquer sur chaque nouveau bénéficiaire pour la filière ou pour l'ensemble des patients qui serait directement lié à l'activité de l'unité. Il conviendrait également de présenter régulièrement les résultats des évaluations conjointes du fonctionnement et de la satisfaction des patients. Enfin, le prochain projet de soins devrait intégrer cette nouvelle unité ainsi que la notion d'égalité des droits des patients à la satisfaction de leurs attentes.

Créer ou modifier le livret d'accueil du personnel : Le DS pourrait travailler en collaboration avec le service de communication afin de concevoir un livret d'accueil présentant l'hôpital, ses valeurs et ses principales activités, dont l'unité de bilans. Dès leur recrutement, les nouveaux agents seraient informés du contexte professionnel, avec ainsi un changement progressif, « au fil de l'eau », des représentations professionnelles.

Collaborer avec l'IFSI : L'IFSI dépendant du CH représente la principale source de recrutement des IDE. L'étude théorique a fait apparaître que les valeurs professionnelles se construisaient principalement lors des apprentissages. Une collaboration étroite entre le DS et la Direction de l'IFSI permettrait d'envisager un travail avec les étudiants sur les valeurs spécifiques de l'hôpital. Par cet investissement sur l'avenir, la stratégie d'influence du DS influencerait ainsi progressivement et durablement sur la culture de l'établissement.

3.8 Synthèse des préconisations

In fine, ces préconisations sont liées au fonctionnement de l'hôpital étudié. Pour autant, elles sont, pour la plupart d'entre elles, applicables à tout autre établissement. Elles représentent des pistes de réflexion pour les DS qui pourront les adapter à leur contexte.

Anticiper l'annonce par une stratégie d'influence des opinions

Travailler sur une charte locale de la personne hospitalisée
Communiquer sur la culture historique du financement par les dons
Renforcer les réseaux de diffusion des informations institutionnelles dans les unités de soins

Accompagner l'annonce par une communication adaptée

Faire participer les soignants et les représentants des usagers pour choisir le nom de l'unité
Maîtriser le lexique utilisé et donner des éléments de langage aux cadres
Annoncer les bénéfices attendus pour les autres patients et pour les soignants
Présenter aux soignants les avantages de structurer un accueil existant déjà au sein du CH

Dimensionner des effectifs importants et sélectionner les agents sur des critères précis

Proposer des effectifs IDE, AS et brancardiers plus importants que les effectifs cibles du CH
Sélectionner les agents en fonction du nombre de mobilités internes
Rechercher les compétences relationnelles et la pluri-compétence technique
Prioriser la discrétion, l'intégrité, la neutralité, la disponibilité et les langues étrangères
Limiter les affectations à 3 ans
Participer et être vigilant sur le choix des organisations et effectifs hôteliers

Organiser la mise à disposition des ressources en s'appuyant sur un SICS

Maintenir les agents de l'unité dans leur service d'origine quand l'activité de bilans le permet
Les détacher dans l'unité quand nécessaire, les remplacer dans leur service par des agents du SICS
Affecter au SICS les agents recrutés pour remplacer numériquement ceux de l'unité de bilans
Positionner les agents du SICS en renfort dans les autres services quand l'activité de bilan le permet
Confier l'encadrement à un CSS de pôle
Identifier et formaliser les principaux parcours de soins
Consolider les interfaces par la présence d'une IDE ou AS lors des examens hors de l'unité

Evaluer régulièrement le fonctionnement de l'unité de bilans programmés

S'appuyer sur les questionnaires de satisfaction (à adapter) des patients hospitalisés
Contrôler les taux d'occupation et les taux de fidélisation
Mesurer les temps d'attente dans les services prestataires

Evaluer également l'impact de l'unité sur le fonctionnement général du CH

Mesurer les délais de rendez-vous des patients hospitalisés dans les services prestataires
Surveiller les résultats des questionnaires de satisfaction des patients hospitalisés

Pérenniser le fonctionnement et l'acceptation de l'unité

Présenter régulièrement et concomitamment les résultats des 2 types d'évaluations
Rédiger les procédures et les fiches de poste
Intégrer l'accueil des patients étrangers payants dans le prochain projet de soins
Créer ou modifier le livret d'accueil des nouveaux personnels
Travailler avec les étudiants de l'IFSI sur les valeurs de l'établissement
Annoncer régulièrement les bénéfices obtenus pour les patients hospitalisés et les soignants

Conclusion

La création d'unités de soins ou de bilans pour des patients étrangers payants et fortunés au sein des établissements publics ne représente pas encore une véritable réalité pour notre système de santé. En témoigne le nombre très restreint, voire quasi nul, d'hôpitaux envisageant actuellement cette possibilité. Cependant, à l'ère de la mondialisation des flux commerciaux et financiers, de l'accès instantané et universel à l'information, ou encore de la libre circulation des individus au sein de l'Europe, les pouvoirs publics semblent considérer que le domaine de la santé, dans un contexte de crise économique durable, ne doit pas rester en marge de ces changements sociétaux.

Le rapport de Jean de KERVASDOUE pourrait ainsi représenter la première étape d'une évolution de notre service public de santé. Les valeurs soignantes et les représentations professionnelles sur le service public ont été présentées par le rapporteur comme des possibles freins au déploiement de cette nouvelle offre de soins, au même titre que les aspects administratifs et comptables qui, situés en dehors du champ de responsabilités du Directeur des Soins, n'ont volontairement pas été abordés dans cette étude.

Dans ce contexte de possible nouvelle évolution du système de santé, il est apparu intéressant, sans émettre de jugement de valeur, de se questionner sur la contribution des Directeurs des Soins dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'accompagnement de projets d'unités lucratives au sein des établissements publics. Cette étude a fait apparaître que le Nouveau Management Public, présent au sein des hôpitaux depuis plusieurs années et basé sur une responsabilisation des professionnels, n'avait pas créé les conditions d'acceptation suffisantes pour l'introduction, sans un accompagnement spécifique, d'une offre s'apparentant à une marchandisation des soins. Des valeurs fortes, comme la neutralité, ou l'égalité issue de la charité chrétienne historique des hospices publics, se situent au cœur de l'engagement des professionnels et constituent encore à ce jour le socle de leurs représentations et identités. C'est donc dans ce champ d'actions que la contribution et la responsabilité du Directeur des Soins prennent tout leur sens.

« *La valeur d'une idée dépend de son utilisation* ». Cette citation de Thomas EDISON, dont les découvertes sur l'électricité ont permis l'invention de l'ampoule électrique, mais aussi, et incidemment, celle plus contestée de la chaise électrique, symbolise parfaitement le nouvel enjeu pour un Directeur des Soins. Son appartenance à l'équipe de direction, ainsi que son expertise soignante et managériale lui donnent toute légitimité et compétence pour participer à la réussite de cette nouvelle offre de soins. Garant de la qualité et de la sécurité des soins, ses propositions ou décisions doivent contribuer à résoudre la délicate équation : proposer des soins à la hauteur des attentes et du niveau d'exigence des patients étrangers payants, tout en préservant la qualité du service public à laquelle les usagers et les personnels soignants sont particulièrement attachés et attentifs.

Les préconisations proposées dans cette étude s'appuient sur l'exemple d'un centre hospitalier public qui a décidé de proposer une unité de soins avec une prestation hôtelière haut de gamme pour les patients étrangers payants. Adaptables en fonction des contextes structurels, économiques ou encore sociaux des différents établissements, ces recommandations ne doivent pas être considérées comme prescriptives, mais plutôt comme une aide à la prise de décision. Enfin, certaines propositions, comme le dimensionnement élevé des effectifs ou l'utilisation d'une partie des recettes pour la filière soignante, ne dépendent pas du seul périmètre de responsabilité du Directeur des Soins et doivent faire l'objet de négociations avec les autres acteurs décisionnaires.

Un autre principe d'EDISON illustre parfaitement les difficultés que le Directeur des Soins doit avant tout prendre en compte : « *Ne jamais inventer quelque chose dont les gens ne veulent pas* ». Les actions et les décisions du Directeur des Soins, comme la stratégie d'influence des opinions, les organisations de soins ou la gestion des effectifs, devront converger vers un objectif unique mais incontournable : s'assurer de la pleine adhésion de l'ensemble des personnels à un projet pouvant les heurter dans leurs représentations. Si l'acceptation par les soignants est indispensable pour la réussite de l'unité payante, elle représente plus globalement, et à plus long terme, un enjeu majeur pour le positionnement du Directeur des Soins au sein de l'équipe de Direction et auprès de la filière paramédicale.

Les entretiens menés auprès des soignants ont fait apparaître un fort différentiel entre les niveaux de connaissance et de responsabilisation des cadres et ceux de leurs équipes sur les problématiques financières. Au-delà du périmètre conjoncturel de la création d'une unité de soins lucrative, et dans un contexte de rationalisation des ressources, ce constat doit interpeler les Directeurs des Soins sur les difficultés actuelles de certains cadres pour communiquer avec les soignants sur des thématiques sensibles comme les contraintes budgétaires. Au regard de leur champ d'activité auprès de l'ensemble des personnels, les cadres sont pourtant des acteurs essentiels de la transmission des informations institutionnelles. *In fine*, cette étude ciblée sur la problématique des étrangers payants a mis en évidence l'importance, pour le management et le fonctionnement général de la filière soignante, d'identifier les leviers à la disposition des Directeurs des Soins pour accompagner les cadres de santé dans le difficile exercice de la communication.

Bibliographie

ARTICLES

AMAR, Anne et BERTHIER, Ludovic. Le nouveau management public : avantages et limites. *Gestion et management publics*, 2007, vol. 5, p. 1-14.

CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS* 1/2010 (n° 35), p. 135-150

CUEILLE, Sandrine. Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public. *Politiques et management public*, 2007, vol. 25, no 4, p. 63-80.

DESMARAIS, Céline et ABORD DE CHÂTILLON, Emmanuel. Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé ? *Revue française d'administration publique*, 2009, no 4, p. 767-783

DURAND, Charline. Le rôle des valeurs dans l'activité de soins. 15 oct. 2007. (Consulté le 18/3/15) Disponible à l'adresse : <http://www.cadredesante.com/spip/profession/sante/Le-role-des-valeurs-dans-l.html>

FOUCHET, Robert. Performance, service public et nouvelles approches managériales. *Politiques et management public*, 1999, vol. 17, no 2, p. 35-49.

GANGLOFF, Florence. Le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle. In : *La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit*. 2009. p. CD ROM.

HONDEGHEM, Annie et VANDENABEELE, Wouter. Valeurs et motivations dans le service public. *Revue française d'administration publique*, 2005, no 3, p. 463-479

MOISDON, Jean-Claude et TONNEAU, Dominique. Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? *Politiques et management public*, 2008, vol. 26, no 1, p. 111-126.

PÉOC'H, Nadia et CEAUX, Christine. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 108, no 1, p. 53-66

SCHWARTZ, Shalom H. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, 2006, vol. 47, no 4, p. 929-968

VENAUT, Frédéric. Donner du sens aux valeurs soignantes. 14 juil. 2003. (Consulté le 20/6/15) Disponible à l'adresse <http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Donner-du-sens-aux-valeurs.html>

RAPPORT

DE KERVASDOUE Jean, *Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers*, rapport remis au Ministre des Affaires Etrangères et à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, juin 2014. (Consulté le 15/9/15) Disponible à l'adresse : <http://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-kervasdoue-juin2014.pdf>

OUVRAGES

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010, 330 pages.

DUBAR Claude, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, A. Colin 1991, 4^{ème} éd. [2010], 256 pages.

DUBAR Claude, *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2000, 2^{ème} éd. [2004], 248 pages.

SAINSAULIEU, Renaud *L'Identité au travail, Les effets culturels de l'organisation*, Presses de la FNSP, Paris, 1977, 3^{ème} éd. [1988], 480 pages.

ARTICLES INTERNET

Hôpitaux : la CGT veut l'annulation de la filière VIP à l'AP-HP. 9 août 2012. (Consulté le 15/9/15) Disponible à l'adresse : http://www.lepoint.fr/societe/hopitaux-la-cgt-veut-l-annulation-de-la-filiere-vip-a-l-ap-hp-09-08-2012-1494530_23.php

Des patients étrangers fortunés pour renflouer les caisses de l'AP-HP. 10 août 2012. (Consulté le 11/9/15) Disponible à l'adresse : <http://www.leparisien.fr/economie/des-patients-etrangers-fortunes-pour-renflouer-les-caisses-de-l-ap-hp-10-08-2012-2120442.php>

Faites place aux patients étrangers VIP pour renflouer les caisses. 13 sept. 2012. (Consulté le 15/9/15) Disponible à l'adresse : <http://www.infirmiers.com/forum/faites-place-aux-patients-etrangers-vip-pour-renflouer-les-c-t124525.html>

DEMEY, J. *Soins aux émirs : Martin Hirsch "assume"*. 18 mai 2014. (Consulté le 20/9/15) Disponible à l'adresse : <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Soins-aux-emirs-Martin-Hirsch-assume-666872>

Si, Monsieur Hirsch, à l'AP-HP, l'accueil des émirs se fait au détriment des autres patients, KIERZEK N. 19 mai 2014. (Consulté le 20/9/15) Disponible à l'adresse : <http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2014/05/19/31003-20140519ARTFIG00230-si-monsieur-hirsch-a-l-ap-hp-l-accueil-des-emirs-se-fait-au-detriment-des-autres-patients.php>

Le fantasme des riches étrangers se faisant soigner en France. 5 déc. 2014. (Consulté le 11/9/15) Disponible à l'adresse : http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/le-fantasme-des-riches-etrangers-se-faisant-soigner-en-france_1629393.html

BEGUIN, J. *Les riches patients étrangers, bouée de sauvetage des hôpitaux français ?* 6 fév. 2015. (Consulté le 20/9/15) Disponible à l'adresse : http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/02/06/les-riches-patients-etrangers-bouee-de-sauvetage-des-hopitaux-francais_4571743_3224.html

Jean de Kervasdoué remet un rapport sur la valorisation de l'accueil des patients étrangers à Laurent Fabius et Marisol Touraine. 12 mars 2015. (Consulté le 16/3/15) Disponible à l'adresse : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/jean-de-kervasdoué-remet-un,17722.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : Articles de presse internet sur les patients étrangers payants

Annexe 2 : Guide de l'entretien semi-directif

Annexe 3 : Support de l'entretien semi-directif

Annexe 4 : Grille de recueil des entretiens

Annexe 5 : Plaquette marketing d'une unité pour patients étrangers payants

Annexe 6 : Charte de la personne hospitalisée

Annexe 1 : Articles de presse internet sur les patients étrangers payants



Des patients étrangers fortunés pour renflouer les caisses de l'AP-HP

Confrontée à un lourd déficit financier, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) veut inciter les riches malades étrangers à venir se faire soigner dans ses établissements.

Un pari qui fait polémique.

Le Parisien | 10 Août 2012, 08h21

Assistance publique, service privé. Voilà le cocktail détonant qui échauffe, au cœur de l'été, les professionnels du premier groupe hospitalier de France. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) vient de missionner une société d'assurances du Moyen-Orient pour recruter des patients fortunés voulant se faire soigner à Paris et capables de payer leur séjour au prix fort.

L'institution espère ainsi sortir ses finances de la zone rouge, quitte à déclencher la tempête chez les blouses blanches. Au nom de l'« égalité de traitement » que doivent garantir les hôpitaux publics, le syndicat CGT-Santé menace déjà l'AP-HP de « poursuites judiciaires »

Un service VIP. Emboitant le pas des hôpitaux allemands, en pointe sur le sujet, l'Assistance publique aimerait réserver 1% de ses lits d'hospitalisation à des malades étrangers « payants », non bénéficiaires de la Sécurité sociale. La directrice du groupe, Mireille Faugère, a signé fin juin un contrat en ce sens avec GlobeMed, une société partenaire de l'assureur Axa basée au Liban. L'assurance, que Globemed proposera à des particuliers fortunés, des Etats ou à de grandes entreprises du Moyen-Orient, permettra aux bénéficiaires d'accéder, en cas de besoin, à une prise en charge médicale de pointe dans les hôpitaux parisiens. Ce ballon d'essai lancé dans le Golfe est appelé à s'étendre, notamment en Russie ou en Chine (lire encadré).

3 à 4 M€ de recettes espérées. Les malades, à travers leur assurance, paieront leur hospitalisation à un tarif supérieur à celui normalement remboursé par la Sécurité sociale. Pour l'Assistance publique, qui a déjà commencé à vendre une partie de son patrimoine immobilier pour éponger ses déficits, cette nouvelle manne pourrait rapporter « entre 3 à 4 M€ par an », estime Jean-Marie Le Guen, le président du conseil de surveillance de l'AP-HP, favorable au projet. « Mais cela ne sert à rien de mettre de l'eau dans une baignoire qui fuit ! » réagit Michel Naiditch, chercheur à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Il serait plus efficace de revoir globalement la politique de tarification des soins médicaux. »

La crainte d'un service à deux vitesses. Les usagers aussi s'inquiètent. « Si un seul de ces patients privés empêche l'accès aux soins d'un malade des urgences, c'est la trahison du service public et ce sera la guerre », prévient Tim Greacen, porte-parole des usagers de l'hôpital européen Georges-Pompidou, dépendant de l'AP-HP. Contactée hier à ce sujet, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a fait savoir qu'elle n'avait « pas d'objections » à la politique d'accueil des patients étrangers, à condition qu'elle « ne porte pas préjudice à l'accueil des usagers et qu'elle ne devienne pas une priorité pour les hôpitaux publics. »

La médecine française séduit aussi la Chine

Les hôpitaux français ont développé de longue date une politique de coopération pour les pays en développement cherchant à se doter d'un système de santé performant. De cette expertise, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris espère désormais tirer un bénéfice financier. Le fleuron de la médecine hexagonale vient ainsi de signer une « convention de partenariat » de cinq ans avec la Chine. En vertu de cet accord, révélé par le site Huffington Post, les médecins parisiens pourront se rendre à Pékin pour travailler sur des programmes de recherche scientifique ou encore délivrer à leurs homologues des méthodes de travail et d'organisation calquées sur celles de leurs établissements d'origine. En échange de ce savoir-faire, la Chine s'est engagé à déboursier un chèque, au montant encore secret.

Cet accord ne surprend pas parmi les professionnels de l'Assistance publique. « La Chine avait déjà fait appel à notre expertise, notamment pour l'organisation des Jeux olympiques de Pékin en 2008, se souvient Christophe Prudhomme, porte-parole de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (Amuf). Le système d'urgences que les Chinois ont développé à cette occasion s'inspirait du Samu français. »

Les riches patients étrangers, bouée de sauvetage des hôpitaux français ?

Le Monde.fr | 06.02.2015 à 17h47 • Mis à jour le 07.02.2015 à 00h25 | Par François Béguin

Le sujet serait-il tabou ? Cela fait maintenant six mois que le rapport sur l'accueil des riches patients étrangers dans les hôpitaux français, dévoilé jeudi 5 février par *Challenges*, a été remis à ses deux commanditaires, Marisol Touraine, ministre de la santé, et Laurent Fabius, celui des affaires étrangères. Depuis, silence radio.

A l'heure où les internes se joignent au mouvement de protestation des médecins libéraux contre la loi santé, serait-il délicat d'annoncer de quelle façon il conviendrait de déplier le tapis rouge pour accueillir davantage de « *patients étrangers très solvables* », à même de remplir les caisses de l'Etat ? A la CGT Santé, on dénonce d'ores et déjà le risque d'une « *médecine à deux vitesses* », selon Christophe Prudhomme de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Aujourd'hui, ces patients étrangers fortunés payent 30 % de plus que les Français. Selon les calculs de l'économiste Jean de Kervasdoué, auteur du rapport, en attirer davantage permettrait de dégager en cinq ans 2 milliards d'euros, et de créer « *25 000 à 30 000 emplois* ». « *Nous avons, médicalement, la capacité de répondre à cette demande* » de soins, qui connaît une croissance annuelle « *à deux chiffres* », assure-t-il. Mais en dépit de ses « *atouts* », la France a pris du retard face à la concurrence de pays comme l'Allemagne, Dubaï ou la Thaïlande. Il évalue à 1 % la proportion que pourrait atteindre d'ici à dix ans ces malades étrangers payants en France.

En mai 2014, la privatisation de neuf chambres de l'hôpital Ambroise-Paré, à Boulogne-Billancourt (Hauts-de-Seine), pendant six jours, afin de soigner un émir du Moyen-Orient et accueillir sa famille, avait suscité une forte polémique. Jean de Kervasdoué se félicite que cet épisode ait pu ouvrir « *le débat sur l'acceptabilité sociale et politique* » de cette pratique, souvent qualifiée – à tort, selon lui – de « *tourisme médical* ». « *Le seul scandale avec l'émir, c'est de ne l'avoir fait payer que 30 % de plus que le tarif de la Sécu* », assure-t-il.

« *L'augmentation systématique des tarifs de 30 % est dans la majorité des cas trop bas et dans quelques autres trop élevé* », note-t-il dans son rapport. Outre la simplification de la procédure de délivrance des visas pour les patients et leurs familles, l'économiste préconise la mise en place d'une agence – nommée « *Médical-France* » –, qui serait chargée, par l'intermédiaire d'un site Internet en six langues, de « *promouvoir, organiser et contrôler la prise en charge des patients étrangers* ».

Il souhaite que les établissements hospitaliers puissent proposer un devis « *tout compris* » en quelques heures et préconise le développement de sociétés privées de « *conciergerie médicale* » afin d'accompagner les malades étrangers. Pour lui, « *ce sont des gens particulièrement fragiles, ils ont besoin d'être accueillis directement à l'aéroport et d'avoir affaire à des gens qui parlent leur langue, ou au minimum l'anglais* ».

Jean de Kervasdoué note également qu'« *à de très rares exceptions près, aucun établissement sanitaire français n'est au standard international* » en terme de conditions d'accueil, dont il juge la qualité « *le plus souvent spartiate* ». « *Pour accueillir cette patientèle exigeante, il faudrait donc offrir les conditions hôtelières auxquelles ils sont habitués, et bien entendu, les facturer en conséquence* », fait-il valoir. La restauration proposée devra « *s'habituer aux habitudes alimentaires* » de ces patients étrangers et les professionnels de santé et paramédicaux devront être formés à parler une ou plusieurs langues étrangères. « *Les Français qui voudraient bénéficier de ce type de service haut de gamme le pourraient dans les mêmes conditions* », précise-t-il.

« Destruction de l'hôpital public »

Pour le professeur André Grimaldi, membre du Mouvement de défense de l'hôpital public, la mise en place d'un tel service marquerait « *la destruction de l'hôpital public* ». « *Le principe de l'égalité est fondamental, estime-t-il. Si ces patients veulent être soignés en France, ils doivent accepter le système.* » Pour lui, « *créer un secteur particulier de tourisme médical au sein des hôpitaux, c'est faire entrer le ver dans le fruit du système* ».

« *Jusqu'à preuve du contraire, je n'ai jamais vu de moyens supplémentaires mis à disposition pour accueillir ces patients étrangers. Les accueillir à moyen constant, c'est donc le faire au détriment des autres patients* », constate pour sa part Jean-Marc Devauchelle, secrétaire général de Sud Santé à l'AP-HP. « *Je me battraï pour que ces patients ne soient pas accueillis* », ajoute M. Prudhomme.

Pour Jean de Kervasdoué, les craintes de ses détracteurs sont infondées. « *Ces éventuels futurs patients n'auraient aucun passe-droit et, d'un point de vue médical, seraient accueillis comme ils l'ont toujours été, et comme le sont les patients français.* » Il se dit par ailleurs convaincu que les hôpitaux seraient en mesure « *d'absorber* » ce flux supplémentaire « *sans pénaliser les Français* ». Reste à savoir quelles suites les ministres de la santé et des affaires étrangères donneront à ses propositions.

Soins aux émirs : Martin Hirsch "assume"

L'AP-HP accueillera cette année 3.000 riches patients étrangers. Le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'explique.

Un émir du Golfe a réquisitionné neuf chambres, du 8 au 13 mai, dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne, pour s'y faire opérer. Il a aussi demandé des aménagements, l'installation de douchettes et de mobilier, révèle *Le Canard enchaîné*. Cet accueil VIP dans un établissement public a choqué...

Qu'est-ce qui choque ? Des assurés sociaux ont-ils subi des délais plus longs pour être soignés ? Non. Cela n'a pas été fait au détriment de malades français. Ce type d'opération n'est jamais réalisé en urgence mais planifié et dans ce cas précis lors du pont du 8 mai, car nous savons que des lits sont inoccupés. L'AP-HP a-t-elle engagé des fonds pour se mettre en quatre pour ce riche patient ? Non. Au contraire ! Ces malades étrangers attirés par la renommée de nos établissements paient 30% plus cher que le tarif de la Sécurité sociale. Et s'ils ont des exigences particulières en termes de nourriture ou de confort, ils les payent eux-mêmes.

Combien de riches patients de ce type l'AP-HP soigne-t-elle chaque année ?

Sur les quatre premiers mois de 2014, nous en avons accueilli 1.000, ce qui représente 0,4% de nos patients. On atteindra sans doute 3.000 patients fin 2014, un peu plus que les années précédentes.

En 2012, l'AP-HP souhaitait développer cette activité et avait noué un accord en ce sens avec GlobeMed, société active au Moyen-Orient et partenaire d'Axa... Avec quels effets ?

J'ai mis fin à ce partenariat il y a quelques semaines, car cette société ne nous a finalement pas envoyé de malades. Il s'agit plutôt de patients qui connaissent la réputation des équipes médicales et peuvent choisir d'aller dans tous les hôpitaux du monde, Berlin, Genève, New York ou Londres... Certains établissements accueillent 10 à 15% de malades étrangers de cette nature.

À l'AP-HP, en en débattant avec la communauté médicale, nous avons décidé de ne pas dépasser un taux de 1% pour éviter de créer des interférences avec notre mission première de service public. Pas les uns au détriment des autres. Mais à l'inverse, renoncer à ces riches patients étrangers serait contre-productif.

Combien ces 1.000 patients ont-ils rapporté dans les caisses de l'AP-HP ?

Ils nous ont permis de dégager une marge de 2,5 millions d'euros depuis janvier. D'ici à fin 2014, on peut tabler sur environ 8 millions d'euros de gains. De quoi réduire de 15% notre déficit, qui s'élève à 59,9 millions d'euros en 2013. J'assume ce côté "Robin des bois" : à un moment où nous avons besoin de tous les moyens pour soigner les plus modestes, où nous devons maîtriser nos dépenses tout en innovant, gagner de l'argent sur ces patients qui en ont les moyens, cela ne me choque pas. Je préfère que l'AP-HP les accueille plutôt que de voir certains médecins délaisser les patients français et aller opérer dans les pays du Golfe. Je préfère aussi garantir une tarification claire dans le cadre public, et voir cet argent revenir dans les caisses de l'hôpital, plutôt que d'encourager le développement des clientèles privées. Et cela doit aider, dans l'AP-HP, les hôpitaux qui soignent des patients précaires.

Encore faut-il que ces patients paient leurs soins ! L'AP-HP déplorait une ardoise de 90 millions d'impayés de pays étrangers en 2012, venus de particuliers et d'organismes : entre 15 et 20 millions auprès de l'Algérie, 10 millions pour le Maroc, autant pour les pays du Golfe... Avez-vous récupéré cet argent ?

Les créances de l'Algérie et du Koweït se sont réduites de 6 à 7 millions d'euros. Mais dans l'ensemble, ce montant, avec des dettes parfois vieilles de dix ans, n'a malheureusement pas diminué. Je ne considère pas encore l'argent perdu et j'espère pouvoir vous annoncer des progrès d'ici à un an... Mais ce n'est pas en envoyant des lettres recommandées. C'est avec de la diplomatie, et une plus grande rigueur de notre part, des conventions plus claires. C'est précisément pourquoi nous établissons un devis et un paiement en avance depuis septembre 2013.

Et si ce riche patient ne s'acquitte pas des soins en amont, que se passe-t-il ?

Pour les patients programmés qui ont les moyens, il faut que cela soit une condition préalable. Mais aujourd'hui, cette procédure n'est pas encore complètement au point : nous obtenons le paiement en avance dans 60% des cas en moyenne, avec de grandes disparités selon les établissements de l'AP-HP. Nous devons tendre vers 100%. J'ai recréé cette semaine une direction des relations internationales dont le but sera notamment d'assurer des relations saines avec les autres pays pour éviter de creuser de nouvelles dettes. Nous ne sommes pas là pour faire des cadeaux !

Juliette Demey - Le Journal du Dimanche

dimanche 18 mai 2014

Si, Monsieur Hirsch, à l'AP-HP, l'accueil des émirs se fait au détriment des autres patients ...

FIGAROVOX/OPINION - Dans une interview au JDD, Martin Hirsch, patron de l'AP-HP, assume la privatisation de neuf chambres d'un hôpital public du 92 à un émir... Gérald Kierzek, urgentiste à l'AP-HP dénonce un «privilège inadmissible» dans un contexte où les lits manquent cruellement.

A la suite des révélations du Canard Enchaîné sur l'accueil, dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne, d'un émir du Golfe du 8 au 13 mai, le directeur général de l'AP-HP² (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), Monsieur Hirsch³, a assuré que cet accueil VIP dans un établissement public "ne s'était pas fait au détriment de malades français". Il a même invoqué "Robin des bois" (oui, celui qui prend aux riches pour donner aux pauvres!).

Ce même 8 mai, les équipes médicales de l'Hôtel-Dieu, hôpital vidé de ses capacités d'hospitalisation, ont passé tout un après-midi à chercher une chambre pour un patient de 60 ans, victime d'un problème neurologique.

Mais, cet accueil privilégié ne s'est-il pas fait au détriment de patients? Certes, l'opération avait été planifiée et -heureusement- on n'a pas «sorti» de patients lambda pour le confort de l'émir. Il se trouve en revanche que ce week-end de pont du 8 mai, les hôpitaux de l'AP-HP étaient pleins et des patients attendaient dans les services d'urgence des lits d'hospitalisation.

Les lits sont le maillon faible

Ce jeudi 8 mai justement, dans le cadre de ma garde au SAMU/SMUR, j'ai pris en charge une patiente SDF de 41 ans, victime d'un accident de la route à Paris. Elle présentait une double fracture des deux jambes et a dû être conduite aux urgences générales par les pompiers, alors que la place adaptée à son état aurait été justement un service d'orthopédie. Pourquoi n'y a-t-elle pas été emmenée directement? Tout simplement parce qu'il n'y avait pas de place! La régulation du SAMU, en charge de la recherche de lits, était en proie à une impossibilité, comme tous les jours, de trouver des lits pour ces malades nécessitant une intervention chirurgicale orthopédique.

Pendant que l'AP-HP satisfait les désirs d'un émir, d'autres patients s'entassent dans des conditions indignes dans les salles d'attente ou les couloirs des urgences.

Ce même 8 mai, les équipes médicales de l'Hôtel-Dieu, hôpital vidé de ses capacités d'hospitalisation, ont passé tout un après-midi à chercher une chambre pour un patient de 60 ans, victime d'un problème neurologique. Elle ont finalement réussi à l'hospitaliser...hors de l'AP-HP, faute de place.

Les lits, on ne cesse de le dire, sont le maillon faible de l'hôpital et des urgences en particulier.

La mixité doit être préservée mais pas la privatisation d'un service de l'hôpital public

Pendant que l'AP-HP satisfait les désirs d'un émir, d'autres patients s'entassent dans des conditions indignes dans les salles d'attente ou les couloirs des urgences. Certes, l'AP-HP espère combler 15% de son déficit grâce à ces patients VIP ; encore faut-il qu'ils soient de bons payeurs, ce qui reste à démontrer.

Ensuite, réaliser des travaux de confort et réserver un étage entier pour satisfaire cette « clientèle » a quelque chose d'indécent quand on sait que les travaux tardent à être réalisés dans nombre d'établissements décrépis.

Pendant que la ministre de la Santé espère réaliser des économies, en augmentant l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire, elle semble faire preuve d'un déni: oui, un hôpital a besoin de lits. L'émir ne pourrait-t-il pas être opéré en ambulatoire, lui aussi?

Ensuite, réaliser des travaux de confort et réserver un étage entier pour satisfaire cette «clientèle» a quelque chose d'indécent quand on sait que les travaux tardent à être réalisés dans nombre d'établissements décrépis. L'AP-HP n'a d'ailleurs pas expliqué pourquoi ce patient avait réquisitionné neuf chambres et demandé des aménagements tels que l'installation de douchettes et de mobilier «démontés après son passage».

L'AP-HP doit être le symbole de l'hôpital pour tous. La mixité au sein de l'hôpital public a du bon, côté médecins pour retenir les meilleurs et côté patients pour offrir les mêmes soins. Mais est-il admissible que l'égalité d'accès aux soins soit rompue et que l'opacité la plus totale règne dans le service public hospitalier au bénéfice d'intérêts particuliers?

Drôle de Robin des bois qui détrouse les riches... pour redonner aux riches!

Liens:

¹ http://www.laffont.fr/site/101_consells_pour_ne_pas_atteirrir_aux_urgences_%26100%269782221141557.html

² <http://plus.lefigaro.fr/tag/hirsch>

Annexe 2 : Guide de l'entretien semi-directif

Après avoir renseigné l'établissement, le prénom, la profession et l'ancienneté d'exercice dans le domaine du soin, le contexte de cette étude est brièvement exposé. Le projet d'unité de soins pour patients payants n'est pas évoqué afin de ne pas influencer les futures réponses des personnels soignants. **L'entretien se divise ensuite en 3 parties.**

✚ **1^{ère} thématique** : dans un premier temps, l'objectif de l'entretien est d'identifier les valeurs personnelles et professionnelles des agents interrogés. Afin de mettre en confiance l'agent sur un sujet très personnel qu'il est censé parfaitement maîtriser, et afin de faire apparaître les valeurs professionnelles, la question est formulée comme suit :

« J'aimerais que vous me racontiez comment vous avez été amené(e) à vous engager dans des études d'infirmière, manipulateur, aide-soignante... »

Pour les CS et CSS interrogés, la recherche se focalise sur l'engagement professionnel initial, et non sur les raisons de leur orientation secondaire de carrière vers l'encadrement. Cette question est indirecte afin d'écartier les réponses sous forme de liste de valeurs. Si les réponses narratives obtenues ne font apparaître aucune valeur sous-jacente, deux questions optionnelles sont prévues :

« Arriveriez-vous, en quelques mots, à me décrire les principales satisfactions que vous retirez en exerçant votre profession ? »

« Selon vous, quelles sont les principales valeurs attachées à votre profession ? »

Cette dernière question, posée en ultime recours et qui amène une réponse énonciative, nécessite d'approfondir l'exploration en reprenant chaque valeur annoncée :

« Qu'est-ce que « respect, empathie, égalité... » évoque pour vous ? »

✚ **2^{ème} thématique** : dans un second temps, l'objectif était de mesurer les effets du NMP, après plusieurs années au sein des hôpitaux, sur les connaissances et le niveau de responsabilisation (volet important du NMP) des personnels vis-à-vis des contraintes ou des difficultés financières. La question était formulée comme suit :

« La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût : qu'est-ce que cela évoque pour vous ? »

En cas de réponse peu contributive, une question optionnelle était prévue :

« Que pensez-vous des difficultés financières rencontrées par de nombreux établissements de santé ? »

Enfin, une seconde question principale était posée, hormis pour les agents qui ont évoqué ces notions lors de précédentes réponses :

« T2A, état prévisionnel des recettes et des dépenses, contrat retour à l'équilibre ou encore capacité d'autofinancement, qu'est-ce que cela évoque pour vous ? »

✚ **3^{ème} thématique** : en dernier lieu, l'objectif est d'évaluer l'attachement des agents au service public, et d'estimer dans quelles mesures leur engagement professionnel pouvait être lié aux valeurs de l'hôpital public. Le thème était abordé ainsi :

« Pourriez-vous me donner les raisons qui vous ont amené(e) à choisir de travailler dans un établissement hospitalier public ? »

Une question subsidiaire pouvait être posée en cas d'absence de notion de valeurs du service public dans la première réponse :

« Quelles sont, selon vous, les principales missions et valeurs d'un hôpital public ? »

Une adaptation pouvait être alors nécessaire si la réponse était sous forme d'énoncé de valeurs afin d'inciter l'agent à exprimer les liens qu'il faisait avec ses propres valeurs et représentations.

Après presque 60 années d'exercice libéral, il était intéressant de poser une question pour évaluer la capacité des agents à accepter la mixité des prises en charge des patients :

« Que pensez-vous de l'autorisation d'activité libérale, c'est à dire de régime privé, accordée à certains médecins hospitaliers ? »

Enfin, ce dernier thème centré sur le service public n'est pas adapté aux entretiens avec les personnels de la clinique privée. Les questions ont donc été remplacées par :

« Pourriez-vous me donner les raisons qui vous ont amené(e) à choisir de travailler dans un établissement hospitalier privé ? »

Annexe 3 : Support de l'entretien semi-directif

SUPPORT D'ENTRETIEN

Date : CH CHU Clinique Entretien n°

Profession Ancienneté CS CSS

Préambule

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Remerciements pour temps accordé | <input type="checkbox"/> Thème principal : valeurs soignantes |
| <input type="checkbox"/> 30 mn à 1 heure maximum | <input type="checkbox"/> Quelques questions, parole libre |
| <input type="checkbox"/> Contexte mémoire EDS EHESP | <input type="checkbox"/> Anonymat, enregistrement autorisé ? |
-

Thème 1 : les valeurs soignantes

Question principale 1

- J'aimerais que vous me racontiez comment vous avez été amené(e) à vous engager dans des études d'infirmière, manipulateur, aide-soignante...**

Questions optionnelles

- Arriveriez-vous, en quelques mots, à me décrire les principales satisfactions que vous retirez en exerçant votre profession ?
- Selon vous, quelles sont les principales valeurs attachées à votre profession ?
- Qu'est-ce que « *respect, empathie, égalité...* » évoque pour vous ?
-

Thème 2 : les contraintes financières

Question principale 2

- La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût : qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**

Question optionnelle

- Que pensez-vous des difficultés financières rencontrées par de nombreux établissements de santé ?

Question principale 3

- T2A, état prévisionnel des recettes et des dépenses, contrat de retour à l'équilibre ou encore capacité d'autofinancement, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**
-

Thème 3 : le service public

Question principale 4

- Pourriez-vous me donner les raisons qui vous ont amené(e) à choisir de travailler dans un établissement hospitalier public (ou privé) ?**

Question optionnelle

- Quelles sont, selon vous, les principales missions et valeurs d'un hôpital public ?

Question principale 5

- Que pensez-vous de l'autorisation d'activité libérale, c'est à dire de régime privé, accordée à certains médecins hospitaliers ?**

Annexe 4 : Grille de recueil des entretiens

Entretiens	CH	CHU	CP	Prof.	Q1			Q2 Contraintes financières			Q3				Q4	Q5
					Valeurs soignantes	Causes	Conséquences	Solutions	T2A	EPRD	CRE	CAF	Valeurs S. Public	Activité libérale		
1	X				IDE	Bienveillance Respect	Sans commentaire	Manque RH	Pas notre problème	Oui	Non	Non	Non	Neutralité Continuité	Rien contre	
2	X				MER	Tolérance	Direction responsable	Augmentation cadences	Sans commentaire	Oui	Non	Non	Non	Egalité Neutralité	Pas d'avis	
3	X				CS	Respect Neutralité	Sans commentaire	Rationalisations	Sans commentaire	Oui	Oui	Oui	Non	Neutralité Adaptabilité	Favorable	
4	X				MER	Respect Ecoute	Sans commentaire	Manque matériel	Aide de l'état	Non	Non	Non	Non	Continuité	Pas d'avis	
5	X				MER	Neutralité Equité	Direction responsable	Manque matériel	Sans commentaire	Oui	Non	Non	Non	Neutralité Continuité	Pas d'avis	
6	X				CSS	Neutralité Bienveillance	Sans commentaire	Manque RH	Rationalisations des organisations	Oui	Oui	Oui	Oui	Egalité Continuité	Très favorable	
7	X				IDE	Empathie Egalité	Abus des patients	Pas respect patients	Aide de l'état	Oui	Non	Oui	Non	Egalité Neutralité Continuité	Opposé +++	
8	X				AS	Respect Bienveillance	Etat responsable	Locaux indignes	Fatalisme ++	Non	Non	Non	Non	Neutralité Egalité	Opposé +++	
9	X				AS	Tolérance Bienveillance	Etat responsable	Manque reconnaissance	Pas notre travail	Non	Non	Non	Non	Neutralité	Opposé +++	
10	X				IDE	Accompagnement Laïcité	Sans commentaire	Baisse qualité soins	"Pas sur notre dos"	Non	Non	Non	Non	Egalité	Opposé +++	
11	X				CS	Ecoute Congruence	Etat responsable	Locaux indignes	Aide de l'état	Oui	Oui	Oui	Oui	Neutralité Adaptabilité	Favorable	
12		X			CS	Neutralité Egalité	Sans commentaire	Risque système santé	Sans commentaire	Oui	Oui	Oui	Non	Continuité Neutralité	Pas d'avis	
13		X			IDE	Prendre soin Respect	Sans commentaire	Augmentation cadences	Aide de l'état	Oui	Non	Non	Non	Continuité Egalité	Opposé	
14		X			CSS	Empathie Respect	Etat responsable	Baisse qualité soins	Rationalisations des organisations	Oui	Oui	Oui	Non	Egalité Adaptabilité	Favorable	
15		X			AS	Ecoute Bienveillance	Direction responsable	Manque RH	Aide de l'état	Non	Non	Non	Non	Adaptabilité Neutralité	Rien contre	
16		X			IDE	Respect Bienveillance	Direction responsable	Risque système santé	Aide de l'état	Oui	Non	Non	Non	Adaptabilité Continuité	Pas d'avis	
17		X			IDE	Tolérance Laïcité	Sans commentaire	Augmentation cadences	Sans commentaire	Oui	Non	Non	Non	Neutralité Continuité	Pas d'avis	
18		X			AS	Bienveillance Ecoute Respect	Sans commentaire	Locaux indignes	Aide de l'état	Oui	Oui	Non	Non	Adaptabilité Egalité	Rien contre	
19			X		IDE	Respect Empathie	Sans commentaire	Baisse qualité soins	Sans commentaire	Oui	Non	Non	Non	NA	NA	
20			X		AS	Neutralité	Sans commentaire	Sans commentaire	Sans commentaire	Oui	Non	Non	Non	NA	NA	
21			X		IDE	Egalité Empathie Respect	Etat responsable	Risque système santé	Sans commentaire	Oui	Non	Non	Non	NA	NA	
22			X		CS	Bienveillance	Sans commentaire	Risque système santé	Rationalisations des organisations	Oui	Oui	Oui	Oui	NA	NA	

Annexe 5 : Plaquette marketing d'une unité pour patients étrangers payants



Photographie du Centre Hospitalier



Photographie aérienne de la ville



Photographie du Centre Hospitalier

Nom de la ville

Healthcare and luxury stay in



Logo du CH

Highly qualified doctors and professionals for a unique stay

High quality and personalized care are fundamental values for the Hospital Center beyond its public service mission. Our highly qualified staff ensures the Hospital Center provides a full range of care, thus sparing you complementary visits to other centers.

An experienced medical staff The Doctors have a recognized level of expertise. They were trained in the best European Universities, and they give you continuous access to the latest medical advances. Many of them attend or address international congresses with other experts in their field. For its part, the Hospital Center welcomes physicians from all over the world for training.

A large staff at patients' service Our nurses and medical teams are assessed and trained on a regular basis to make sure you will get the best quality of service. They are skilled and concerned by your well-being and they are trained on a regular basis to offer the best quality of service. The Hospital Center staff is available to provide health-care 24/7, and offers optimal pain management. During the selection and recruitment process, our professionals are made aware of the Hospital Center's values: high quality and personalized hospitality and stay.

Des médecins et professionnels d'excellence pour un accueil unique

Qualité et personnalisation de l'accueil sont des valeurs fondamentales du Centre Hospitalier au-delà de sa mission de service public. Notre personnel hautement qualifié assure au patient le meilleur des soins. Le Centre Hospitalier propose une offre de soins très complète afin de vous éviter des déplacements complémentaires vers d'autres centres.

Un corps médical expérimenté Les médecins du Centre Hospitalier sont reconnus dans les meilleures universités européennes. Ils vous font bénéficier en permanence des derniers progrès médicaux. Nombre d'entre eux participent ou interviennent dans des congrès internationaux avec les experts de leur spécialité. De son côté, le Centre Hospitalier accueille des médecins du monde entier pour des formations.

Un personnel nombreux au service des patients Nos infirmières et nos équipes soignantes sont régulièrement évaluées et formées afin de vous offrir la meilleure qualité de service. Elles sont évaluées et formées régulièrement pour garantir la meilleure qualité de service. Le personnel du Centre Hospitalier est disponible pour vous assurer des soins de qualité 24h sur 24 et 7 sur 7 afin d'assurer une prise en charge de la douleur optimale. Au moment de leur sélection et recrutement, nos professionnels sont sensibilisés aux valeurs du Centre Hospitalier : qualité et personnalisation de l'accueil et du séjour.



recognized experts



Hospital

Позаботьтесь о своем здоровье благодаря знаниям и опыту наших высококвалифицированных врачей. Вы можете пройти профилактическую проверку состояния здоровья или же курс лечения. Медицинский центр располагает самым современным оборудованием и находится в уникальной по своей красоте и роскоши части города.

Медицинский центр расположен на возвышенности и открывается на море; аналогов ему в мире лишь считанные единицы. Медицинский центр отличается той исключительностью и уникальностью, которыми можно охарактеризовать и само место.

exceptional living environment

Come to be cared for by highly qualified professionals - for a check-up or as an in-patient - and benefit from ultra high performance equipment in the exclusive luxury setting of the Hospital Center.

Located in an exceptional site on the heights of the Hospital Center overlooking the sea, the Hospital Center has only few parallels in the world. It benefits from the privileged and exclusive environment which is the hallmark of the Hospital Center.

Venez vous faire soigner par des professionnels d'excellence - pour un bilan ou bien un séjour en hospitalisation - bénéficier d'équipements ultra-performants, le tout dans le cadre exclusif et luxueux de notre Centre Hospitalier.

Dans un site exceptionnel sur les hauteurs de la ville, le Centre Hospitalier dispose d'un équipement de pointe qui n'a pas d'équivalent dans le monde. Il bénéficie de l'environnement privilégié et d'exclusivité qui caractérise la ville.



exceptional living environment

Photographie Centre Hospitalier

Photographie monument de la ville

maximum security

High technology at your service

When you come to the [redacted] Hospital Center for a medical check-up or as an in-patient, you are offered ultra-high performance equipment and state-of-the-art technology.

A constantly evolving high performance technical platform:

- Da Vinci surgical robot (Urological, visceral and gynaecological surgery)
- Medical Imaging Unit, with a High-Field 3T MRI and a multi-slice continuous rotation scanner for interventional activities
- Department of Cardiology with electrophysiology suite equipped with a magnetic navigation system (Treatment of cardiac rhythm disorders)
- PetiScan with multi-slice continuous rotation scanner (128 slices/rotation), airborne time and two gamma-cameras
- High-end Interventional Endoscopy Department with in particular, "Celtivao" endomicroscopos, video-capsules system, etc.
- High-tech Lithotripter (Urology, removal of kidney stones)

Une haute technologie à votre service

Lors de votre venue au Centre Hospitalier [redacted] pour un bilan ou un séjour en hospitalisation, nous vous faisons bénéficier d'équipements ultra-performants et de technologies de pointe.

Un plateau technique hautement performant et en évolution constante

- un robot chirurgical Da Vinci (Chirurgie urologique, viscérale et gynécologique)
- un Service d'Imagerie Médicale avec une RM haute champ de 3 Tesla et un scanner à rotation continue multicoups pour l'activité interventionnelle
- un Service de Cardiologie doté d'une salle d'électrophysiologie avec système de magnéto-navigation (Traitement des troubles du rythme cardiaque)
- un PetiScan avec scanner à rotation continue multicoups (128 coupes/rotation), temps de vol et deux gamma-caméra
- un Service d'Endoscopie interventionnelle haut de gamme avec notamment : endomicroscopie "Celtivao", système de vidéo-capsules, etc.
- un Lithotripteur de pointe (Urologie, traitement des calculs rénaux)

high technology

Luxury hospitality

www. [redacted] Adresse du site internet du CH

Your contacts at [redacted]:

- VP patients Medical Consultants: [redacted] ([redacted])
- VP patients Administrative Consultant: [redacted] ([redacted])
- Communication Contact: [redacted] ([redacted])

avenue [redacted] - +31

Logo du CH

Photographie Centre Hospitalier

high stay

Your High Standard Customized Stay

Coming for a check-up or for hospital care in the [redacted] the level of the [redacted] gives you the privilege of combining high medical quality with an exceptional living environment: luxury hotels, shopping centers, high-quality services, security, confidentiality, etc.

The [redacted] Hospital Center is ready to welcome you for your personalized check-up, medical examinations, through checkups, etc, with our specialists using the best medical techniques.

In order to offer you the best comfort, in a high-end hotel environment, your checkup unit will be dedicated to your own private use as soon as 2014.

For the time being, the exceptional hotel resort of [redacted] will welcome you and your family.

Our Hospital also has two VIP rooms - convertible into suites - in our Maternity Ward.

Votre séjour haut de gamme et sur mesure

Venir pour un bilan ou des soins hospitaliers en [redacted] vous offre de [redacted] c'est avoir le privilège de concilier haute qualité médicale et un cadre de hauts standards : hôtels de luxe, shopping center, haute qualité de services, sécurité, confidentialité, etc.

Dès à présent, le Centre Hospitalier [redacted] vous accueille pour réaliser des bilans et la suite de soins. check-up, bilans approfondis, etc, ainsi que les meilleures techniques médicales de nos spécialistes. Afin de vous offrir le meilleur confort possible, dans un cadre hôtelier haut de gamme, notre unité de bilan vous sera dédiée pour un accueil privé dès 2014.

Pour l'instant, l'exceptionnel resort hôtelier de [redacted] vous accueille avec votre famille.

Notre établissement dispose également de deux chambres VIP - transformables en suite - au sein du service Maternité.

Annexe 6 : Charte de la personne hospitalisée



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

MALGHERINI

Yann

8 et 9 décembre 2015

ELEVE DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2015

Patients étrangers payants au sein de l'hôpital public Nouvel enjeu pour le Directeur des Soins ?

Résumé :

Le système de santé français est reconnu internationalement pour l'excellence de son offre de soins. A l'instar de dispositifs dédiés mis en place par de nombreux autres pays, les pouvoirs publics ont engagé une réflexion sur l'opportunité de valoriser cette expertise médicale auprès de patients étrangers désirant bénéficier de la qualité des établissements hospitaliers. Dans un contexte économique particulièrement contraint, un rapport sollicité par le Ministre des Affaires Etrangères et la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, remis en Juin 2014 par Jean de KERVASDOUE, préconise la mise en place au sein des établissements publics d'une prise en charge personnalisée des patients étrangers payants et « *très solvables* ».

En s'appuyant sur le modèle d'un Centre Hospitalier public qui a décidé de créer une unité de bilans et de soins dédiée aux patients étrangers fortunés, cette étude vise à déterminer dans quelle mesure un Directeur des Soins peut contribuer, dans son champ de responsabilités, à la mise en place de ce nouveau mode de prise en charge. Les enjeux sont multiples : proposer une organisation soignante à la hauteur des attentes de ces patients, préserver la qualité des soins de la filière publique et obtenir la pleine adhésion de l'ensemble des personnels soignants.

Les valeurs soignantes des professionnels et leurs représentations sur le service public, prégnantes dans leur engagement, pourraient constituer un frein important pour ce type de projet. Dans un contexte de Nouveau Management Public qui modifie les modèles managériaux et organisationnels, mais qui peut également influencer sur les représentations professionnelles, le Directeur des Soins doit être en mesure, en collaboration avec les différents décideurs de l'établissement, de créer les conditions d'acceptation d'une unité lucrative dans un hôpital public. Membre de l'équipe de Direction et responsable de la filière soignante, il est un acteur légitime et déterminant pour mettre en place des organisations soignantes adaptées, émettre des préconisations et accompagner cette nouvelle évolution de notre système de santé.

Mots clés :

Directeur des Soins, patients étrangers fortunés, valorisation de l'offre médicale, unité de soins lucrative, service public, Nouveau Management Public, valeurs soignantes, représentations professionnelles, stratégie d'influence, opinion publique, qualité des soins, organisation des soins.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.