



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion 2019 – Thomas Pesquet -

Date du Jury : **Décembre 2019**

L'éthique managériale du Directeur des Soins : un enjeu de performance

Sophie SANDERS

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et aidée, de près ou de loin, dans la réalisation de ce travail :

- Les élèves Directeurs des Soins de l'atelier mémoire n° 4 et son référent,
- Les Directeurs des Soins et les Cadres Paramédicaux de Pôles interviewés,
- Toutes les personnes croisées tout au long de ma carrière professionnelle antérieure et durant cette année de formation à l'EHESP,
- Le groupe des « presque meilleurs », ils se reconnaîtront,
- Mes amis chers,
- Ma famille présente et partie.

Et un merci tout particulier à François, mon mari et mes trois filles Agathe, Marthe et Louise pour leur soutien indéfectible.

« Agis de telle sorte que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre » (p 30-31)

« jamais l'existence ou l'essence de l'homme dans son intégralité ne doivent être mis en jeu dans les paris de l'agir » (p 62)

Hans Jonas. 1979. *Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique.*

Sommaire

Introduction	1
1 APPROCHE CONCEPTUELLE ET THÉORIQUE.....	5
1.1 La nécessité de prendre en compte le contexte.....	5
1.1.1 La légitimité de l'éthique dans les établissements de santé	5
1.1.2 Les recommandations : des outils de mise en œuvre de la réflexion éthique. 6	
1.1.3 Déployer une démarche éthique en établissement	7
1.2 De l'éthique clinique à l'éthique managériale.....	8
1.2.1 Les fondements philosophiques de l'éthique.....	8
1.2.2 Le concept de valeurs.....	11
1.2.3 La notion de reconnaissance et de confiance	13
1.2.4 Le concept d'éthique managériale	14
1.3 Le management, une définition choisie.....	17
1.3.1 Le management par les valeurs.....	17
1.3.2 Le management par la confiance.....	18
1.3.3 Le management éthique	19
1.4 Le concept de performance	21
1.4.1 La performance efficiente	21
1.4.2 La performance durable.....	21
1.4.3 La performance agile	22
1.4.4 La performance dans le secteur sanitaire et médico-social.....	22
2 ENQUÊTE DE TERRAIN.....	27
2.1 La méthodologie de la recherche.....	27
2.1.1 Le choix des terrains d'enquête	27
2.1.2 L'échantillon interviewé.....	29
2.1.3 Le choix de l'outil de recueil d'information.....	29
2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête.....	30
2.2 L'analyse des entretiens	30
2.2.1 Le management.....	31
2.2.2 Les valeurs	34
2.2.3 L'éthique managériale	37
2.2.4 La performance	41
3 CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS.....	45
3.1 Appréhender le contexte sanitaire et médico-social.....	45
3.2 Une gouvernance définie autour d'une réflexion éthique	46

3.2.1	Des préalables à une démarche éthique légitime	46
3.2.2	Une démarche éthique impulsée et portée par le Top management.....	46
3.2.3	Une formation commune en management pour les équipes d'encadrement paramédicales et médicales	47
3.3	Un management éthique du Directeur des Soins au bénéfice de l'équipe d'encadrement.....	48
3.3.1	Fédérer autour de valeurs communes.....	48
3.3.2	Développer l'intelligence collective.....	49
3.3.3	Professionaliser les entretiens d'évaluation.....	50
3.3.4	Conduire une politique de confiance pour donner du sens.....	51
3.3.5	Développer l'intelligence émotionnelle pour développer la performance	51
3.4	La communication : un enjeu majeur au service du management éthique	52
	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I
	Annexe n°1 : guide d'entretien destiné aux Directeurs des Soins	
	Annexe n°2 : guide d'entretien destiné aux Cadres Paramédicaux de Pôles	

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'appui à la Performance
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sanitaires et Médicosociaux
CDG : Centre Départemental de Gériatrie
CGS : Coordonnateur Général des Soins
CH : Centre Hospitalier
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CPP : Cadre Paramédical de Pôle
CS : Cadre de Santé
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, Rééducation, Médico Techniques
CTE : Comité Technique d'Établissement
DS : Directeur (rice) des Soins
EHPAD : Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes
ERER : Espace de Réflexion Éthique Régional
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation À Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hospitalisation De Jour
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PMSP : Projet Médico Soignant Partagé
PSP : Projet Soignant Partagé
QVT : Qualité de Vie au Travail
RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises

Introduction

La plupart des projets d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux mettent en avant, outre le soin, la promotion d'un management humain avec le partage de valeurs communes, en l'occurrence la bientraitance, le bien-être au travail. Le projet managérial et social ainsi que les projets de soins sont guidés par des principes éthiques tels que la responsabilité, la justice, l'autonomie, le respect ou bien encore la bienveillance. Ce qui semble faire défaut, c'est le manque d'appropriation par les acteurs institutionnels et les professionnels de terrain ; car, même s'ils ont participé à l'élaboration de ces projets, la mise en œuvre ou ce que nous appelons « la mise en musique » n'est pas toujours effective au quotidien.

Être soignant et travailler au sein du service public hospitalier et d'autant plus si on occupe des fonctions d'encadrement, c'est tenter de concilier au quotidien des logiques et des valeurs différentes. Aux logiques médicales, soignantes et administratives traditionnelles de l'hôpital s'ajoute aujourd'hui une logique gestionnaire et consumériste. La logique gestionnaire est la conséquence du poids financier de l'hôpital public sur les comptes de la sécurité sociale. La 2nde logique est liée à la place qu'ont pris les malades et leurs associations au sein des instances hospitalières (rôle d'ailleurs reconnu par la loi du 4 mars 2002¹), mais également aux aspirations qu'ont les professionnels vis-à-vis du travail. Ces différentes approches ne sont pas nécessairement en opposition ; il apparaît néanmoins qu'elles se retrouvent souvent en contradiction, ou surtout en très grande tension. Selon Paul Ricœur², la tension existante s'établit entre une éthique des relations courtes (le soin) et une éthique des relations longues avec le lointain (le service public).

En mai 2003, le rapport CORDIER³, « éthique et professions de santé » (commission éthique et professions de santé) indique qu'il est nécessaire « *d'insérer la réflexion éthique dans une approche globale du fonctionnement hospitalier.* »

L'existence d'une charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière⁴ souligne d'avoir à l'esprit continuellement ce positionnement et cette posture éthiques pour les équipes dirigeantes des établissements sanitaires et médico sociaux.

¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

² RICOEUR P, 1990, *Soi-même comme un autre*, édition du Seuil, Paris, 432 p.

³ CORDIER Alain, mai 2003, *Éthique et professions de santé*, Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

⁴ Ministère des solidarités et de la santé, Centre National de Gestion, septembre 2017, Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière.

Or, nos décisions tout comme nos pratiques managériales peuvent être parfois hâtives, au vu des contraintes internes et externes. Le manque de recul, de prise de hauteur, de questionnement, de réflexivité nous amène à des prises de décisions parfois arbitraires voire injustes ou inévitables. Tout particulièrement, lors d'injonctions paradoxales, le poids du collectif sans prise en compte de la réflexion individuelle se manifeste. Il n'existe pas, à ce moment, de questionnement ou de réflexion éthique qui permet d'éclairer l'action. Le balancement entre l'impératif du respect législatif ou déontologique et la nécessité d'atteindre des objectifs, voire d'obtenir des résultats, représentent un défi quasi permanent pour tout cadre ayant des responsabilités. Le sens des actions de travail, la reconnaissance et les valeurs sont mises à mal. Les équipes d'encadrement de proximité qui n'ont plus de repères au sein de l'institution, dénoncent cet état de fait. La plupart de nos jugements interviennent alors en situation d'incertitude. À ce titre, les philosophes ont démontré que, dans ce cas, il est naturel d'utiliser des heuristiques (réflexions méthodologiques) visant à réduire ces incertitudes. L'éthique sous toutes ses formes a donc une place à prendre pour questionner nos pratiques managériales en regard de la politique sanitaire et médico-sociale.

Dans les établissements de santé, il y a souvent une opposition entre éthique et économie. Toutefois, au cours de notre 1er stage pour préciser et cibler la thématique, nous avons interrogé un Directeur des Soins et deux Cadres Paramédicaux de Pôles sur cette supposée opposition. Il en ressort qu'elle n'existe pas. L'éthique serait vectrice de performance au sens large du terme.

Autre constat, dans les établissements de santé, la prise de décision est dite peu participative, l'information est majoritairement descendante. Cela engendre alors des tensions, des contradictions, des injonctions et par conséquent une perte de sens, de confiance et de reconnaissance. Nous nous questionnons alors sur la compatibilité avec un management éthique. Comment le Directeur des Soins peut-il faire preuve d'éthique dans son management et rendre performant ses collaborateurs ? Le passage par une réflexion éthique peut-elle permettre au Directeur des Soins la mise en œuvre d'une stratégie managériale pertinente et adaptée aux équipes d'encadrement et ainsi les rendre performantes ?

Le Directeur des Soins, de par sa formation initiale, est fortement sensibilisé à l'éthique mais plutôt sur un versant soignant. Le projet médico-soignant s'y réfère. Cette éthique clinique guide les pratiques soignantes et devient une compétence professionnelle. Elle va évoluer en fonction de nos missions et de notre fonction. Ainsi le Directeur des Soins, de par sa fonction de manager, va développer une éthique centrée sur des

problématiques managériales. Il s'agit pour lui et ses collaborateurs d'un véritable enjeu en termes de stratégie managériale. Un positionnement et une posture éthiques semblent être la clé d'un management au service des Cadres Paramédicaux afin d'améliorer la performance et la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Nous posons alors la problématique suivante :

- **En quoi l'éthique managériale du Directeur des Soins au travers d'un management par les valeurs et par la confiance influe sur la performance des cadres paramédicaux ? »**

Les sous-questions qui en découlent sont :

- En quoi le management par les valeurs de la part du Directeur des Soins permet de (re)donner du sens au soin ?
- En quoi le management par la confiance du Directeur des Soins participe à la performance des cadres paramédicaux ?

Afin de répondre à la problématique et de comprendre les sous-questions nous envisageons dans une première partie d'appréhender la dimension théorique et conceptuelle de l'éthique managériale en regard des concepts de valeurs, de confiance, d'éthique, de management éthique et de performance. Puis dans une deuxième partie, afin d'enrichir notre questionnement, nous mettons en relief l'analyse descriptive d'une enquête de terrain suite à des entretiens auprès de Directeurs des Soins et de Cadres Paramédicaux de Pôles. Et dans une troisième partie, nous abordons notre contribution en tant que Directeur des Soins à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique managériale éthique.

1 APPROCHE CONCEPTUELLE ET THÉORIQUE

1.1 La nécessité de prendre en compte le contexte

1.1.1 La légitimité de l'éthique dans les établissements de santé

L'évolution juridique est en faveur du déploiement de la démarche éthique. Cette réflexion éthique est imposée par la loi dans les établissements de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Après de nombreuses concertations, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a été promulguée le 4 mars 2002. Celle-ci a pour objectif de développer la démocratie sanitaire, d'améliorer la qualité du système de santé et de mieux réparer les risques sanitaires.⁵ Dans le titre 2 consacré au développement de la démocratie sanitaire, le législateur précise au chapitre 1 Droits de la personne, Article 5, la nécessité pour les établissements de santé de mener « en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale ». La démarche éthique mise en place de façon informelle au sein des institutions s'est vue cadrée par la nécessité de penser plus en avant à la mise en œuvre d'une réflexion éthique.

La naissance et le développement de la réflexion éthique, débutés dès les années 70 autour de la recherche biomédicale, ont vu la création en France, en 1983⁶, du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé. Différents textes législatifs sont notamment venus consacrer son rôle et ses missions. Des projets multiples se sont développés autour des thématiques de la bioéthique et de l'éthique médicale. Parmi ceux-ci, des « espaces éthiques » ont vu le jour. Ces espaces se donnaient en général pour mission de sensibiliser à l'éthique les professionnels de santé, toute catégorie confondue, et de leur offrir un lieu d'échanges et d'information. Malgré des appellations similaires, les conceptions, l'organisation et les modalités de fonctionnement étaient particulièrement diversifiées. Ainsi le législateur a souhaité harmoniser ces structures tout en consacrant leur travail en créant, par l'article 1 de la loi de bioéthique du 6 août 2004⁷, les Espaces de Réflexion Éthique Régionaux ou Interrégionaux (ERER/I).

L'arrêté du 4 janvier 2012, prévu par la loi de 2004 précitée, est venu organiser la mise en place des ERER. Cette nouvelle commande publique permet d'harmoniser le

⁵ Art L1110-1 « Garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état » ; Art L1110-2 « Droit et respect de la dignité » ; Art L1110-3 « Ne peut faire l'objet de discrimination » ; Art L1110-4 « respect de la vie privée et du secret » ; Art L6111-1 « Les établissements de santé ont en leur sein une réflexion éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale »

⁶ Décret n°83-132 du 23 février 1983 portant création d'un comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

⁷ Art L1412-6 du Code de la Santé Publique

questionnement éthique et d'ancrer celui-ci dans l'ensemble des lieux de prise en charge et de formation. Il précise les modalités relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement des ERER. Les ERER sont destinés à se positionner comme des rouages essentiels à la mise en œuvre et au développement du questionnement éthique au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Tant dans la promotion, la coordination, la formation que la documentation ou bien encore les rencontres et échanges interdisciplinaires.

Toutefois, la marge de manœuvre laissée aux professionnels et aux établissements dans l'installation des ERER est importante. De fait, des outils, sous forme de recommandations, à destination des établissements ont été produits, afin qu'ils puissent s'approprier et engager leur propre démarche.

La loi du 07 juillet 2011⁸ relative à la bioéthique a, ensuite, donné au CCNE le pouvoir d'organiser des « états généraux » avant de procéder à tout projet de réforme sur des questions éthiques ou de société. C'est dans le cadre de l'organisation de ces états généraux que la loi prône le recours à des conférences de citoyens.

1.1.2 Les recommandations : des outils de mise en œuvre de la réflexion éthique

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, entre autres, un travail méthodologique sur l'évaluation des aspects éthiques⁹. Le choix a été fait de repérer et d'analyser les questions éthiques que soulèvent les interventions en santé évaluées par la HAS. Ce travail de réflexion a donné lieu à un guide à destination des commissions et collèges de la HAS, mais qui semble, tout à fait, transposable à l'usage des établissements dans le cadre de leur démarche de questionnement éthique. Le guide inscrit la démarche dans la pluridisciplinarité des concepts et sous des angles de lecture juridique, économique et philosophique.

Dans le référentiel de certification V2, il est demandé : « existe-t-il une réflexion éthique dans l'établissement ? ». L'HAS dans la certification V3 va plus loin : « existe-t-il une structure éthique dans l'établissement ? »

Le rapport Cordier (mai 2003), par ailleurs, demandait la création dans chaque région d'un espace éthique.

D'autre part, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sanitaires et Médico-sociaux (ANESM)¹⁰ présente des recommandations en deux parties. Dans la première, il s'agit de créer les conditions du questionnement éthique, tandis que la seconde partie concerne le déroulement du questionnement lui-même. Quelques idées directrices en ressortent. Tout d'abord, il y a le rôle moteur de la

⁸ Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

⁹ HAS, avril 2013, Guide méthodologique : l'évaluation des aspects éthiques à la HAS.

¹⁰ ANESM, octobre 2010, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

direction. À savoir, qu'il est souhaitable que le directeur de l'établissement soit porteur de la démarche, appuyé par la volonté politique au travers du projet d'établissement. Du directeur dépendent les conditions matérielles et « symboliques » de la démarche et son institutionnalisation. En effet, l'ANESM promeut le développement d'une culture institutionnelle du questionnement éthique, ce qui débute par l'intégration d'une réflexion éthique dans les pratiques managériales. Lorsque la démarche éthique est inscrite dans la stratégie institutionnelle, elle doit être affirmée au travers d'une instance qui requiert trois éléments fondamentaux. D'une part, elle doit être collégiale, d'autre part elle doit être en dehors de toute contrainte temporelle, et enfin, elle doit intégrer l'ensemble des acteurs. Afin d'assurer la pérennisation de la démarche éthique, l'ANESM recommande le développement d'une stratégie de communication en direction des professionnels et des usagers, mais également, au décours de la formation, l'intégration de l'éthique dans les compétences professionnelles.

Mais en premier lieu, il s'agit de faire émerger un questionnement éthique dans l'établissement.

1.1.3 Déployer une démarche éthique en établissement

La question éthique en établissement recouvre tant la relation de soin que, d'une manière croissante, le modèle managérial adopté. De fait, le système organisationnel et l'encadrement influencent au quotidien le bon déroulement des pratiques de chacun. En conséquence, il est important de distinguer, au sein de l'institution, deux éthiques spécifiques mais néanmoins complémentaires. D'un côté, nous avons l'éthique clinique ou médicale ou bien encore l'éthique de la relation soignante ; d'un autre côté, nous avons l'éthique managériale ou l'éthique organisationnelle des soins qui représente les normes du « bien agir » en regard des valeurs soignantes au service d'un management éthique. Si le processus des soins doit devenir plus performant, plus efficace et efficient, il doit être accompagné d'un questionnement éthique managérial pertinent et adapté au contexte. Il s'agit pour le manager, de veiller et d'entretenir un esprit de « diffuseur d'éthique »¹¹, pour réduire l'écart entre les valeurs affichées et la réalité des pratiques. Cela consiste à provoquer la réflexion sur les modalités d'organisation et les pratiques de management afin que ces pratiques reflètent l'image que les professionnels se font de leur travail. Veiller à la qualité des relations humaines est un préalable au soin et à la gestion des hommes. Selon Philippe Meyer (1995), « *ce n'est pas la médecine reçue dont les malades se plaignent mais la manière dont elle est donnée(...) la médecine hospitalière a sans doute gagné en science mais non en humanité* ». ¹² Ce qui montre que la considération et la reconnaissance de la personne humaine sont un préliminaire à toute

¹¹ DUPUIS M, GUEIBE R, et HESBEEN W. *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins*. Paris. Ed Seli Arslan, 2015.

¹² MEYER P, *L'irresponsabilité médicale*, Ed Grasset, 1995.

relation, qu'elle s'inscrive dans une relation de soin, ou dans une relation managériale. Il s'agit, avant tout, d'une éthique de la relation sociale.

Une écoute et une attitude particulièrement attentives du manager, portée aux professionnels dans leurs activités quotidiennes, contribuent à leur donner plus de visibilité du travail « caché » et par conséquent viennent répondre à leur besoin de reconnaissance. Il existe différents types de management mais l'évolution de la société et ses implications sur le système de santé conduisent les managers à être vigilants à leur manière d'être et de faire. En effet, la pratique du management comme la pratique du soin font appel l'une et l'autre à un côté fonctionnel et à un côté sensible. Fonctionnel dans le sens d'une gestion des ressources humaines et de ce qu'elles produisent ; sensible car tourné vers l'humain et la façon qu'il a de vivre son quotidien professionnel le mieux possible. Le but d'être au cœur de l'éthique sociale permet de créer un climat professionnel sain et apaisé et ainsi être propice au développement d'une pratique soignante centrée sur l'autre. Ce qui amène plutôt, dans le milieu de la santé, à parler d'éthique soignante ou d'éthique clinique.

1.2 De l'éthique clinique à l'éthique managériale

1.2.1 Les fondements philosophiques de l'éthique

« *Vivre une vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes* » Paul Ricœur¹³
Cette définition de l'éthique demeure toujours valable, mais la notion de justice évolue avec les sociétés tout autant que le progrès technique. Or, la performance toujours accrue et nécessaire de la médecine peut se révéler un piège pour la société. La création en France du CCNE témoigne de cette prise de conscience. L'éthique apparaît difficile à définir, tant elle est sujette à interprétation selon les sensibilités de chacun. Il n'existe pas une seule et unique définition de l'éthique indiscutable et faisant consensus. De plus, rien dans l'étymologie ne permet dans un premier temps de distinguer morale et éthique. L'un vient du grec, l'autre du latin et les deux renvoient à l'idée de mœurs (*ethos, mores*). « Comme elle touche aux mœurs que l'on nomme en grec *ethos*, nous appelons habituellement cette partie de la philosophie « des mœurs » (*ethike*), mais il convient d'accroître notre langue en la nommant « morale » (*moralem*) (Cicéron *in* Lagarrigue et Lebe, 1997).

« Le professeur Jean Bernard, premier président du CCNE (1983-1993) explique également de la sorte cette double étymologie du mot « éthique ». Il précise que le terme *ithos* signifie « *la tenue de l'âme* ». Quant à l'*ethos*, il désigne l'ensemble des normes

¹³ RICOEUR P, *Soi-même comme un autre*. Ed du Seuil, 1990.

(habitudes communes) issu du respect de la mesure (entendue comme pondération ou équilibre). Il définit ainsi « L'éthique serait dès lors la science qui prend en considération l'ithos et l'ethos. Elle est la garante de l'harmonie qui résulte de la bonne tenue de toute chose, de tout acte, de l'accord en somme de l'âme et l'environnement. Elle suppose une action rationnelle. Elle est propre à l'homme. » Au regard de la définition de l'éthique donnée par Jean Bernard, cette notion d'équilibre rapportée aux soins, implique un questionnement sur l'art de se conduire vis-à-vis d'autrui ¹⁴ ».

Les auteurs par leurs approches différentes permettent toutefois de dire que l'éthique ne donne pas de réponse visant l'universalité ne forge pas des principes ; elle met en question la façon dont ces derniers sont actualisés dans les situations rencontrées. Dans l'éthique, deux domaines de connaissance se complètent : la forme ou la méthode d'analyse par l'écoute, les questionnements, la reformulation, la prise de parole, la négociation, l'aide à la décision, et le fond de la réflexion que sont la philosophie, les religions, la déontologie. La notion d'éthique ne peut donc être définie sans faire référence aux concepts de morale, droit, déontologie ainsi qu'aux notions de valeurs, de recommandations ou encore de responsabilité. Le droit et la déontologie renvoient à des définitions simples et demandent moins d'argumentation que de différencier éthique et morale. A cet effet, pour éclairer notre approche théorique nous faisons le choix de nous attarder sur la différence entre éthique et morale car cette notion nous semble plus complexe.

Éthique et morale

La morale représente la science du bien et du mal. C'est l'ensemble de règles de conduite et des valeurs qui définissent la norme d'une société. Elle se traduit par des injonctions, des interdits, des prescriptions catégoriques ; elle renvoie à une culture, une histoire et à des traditions sociales.

Quel lien existe-t-il entre l'éthique et la morale ? Si la morale représente le bien, le mal, l'universel, la norme, une fonction de régulation, l'éthique, elle, renvoie au bon, au mauvais, au cas particulier, à la visée ou l'intention, et à une fonction de légitimation. La morale veut être absolue, universelle, valable en toute occasion. On parle de morale chrétienne, de morale laïque ; elle se repère à des normes même si c'est parfois pour s'y opposer. L'éthique rejette l'aspect religieux de la morale ; elle se définit grâce à des jugements d'appréciation en s'adaptant aux situations nouvelles. Elle interroge les principes de la morale en situation. Elle est faite de contradictions, d'intérêts divergents et

¹⁴ *Le questionnement éthique dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, 2016, Module Interprofessionnel EHESP, groupe n°20.

non de consensus même si elle vise à établir un accord. Son principe méthodologique réside dans la critique, au sens du questionnement, et dans la recherche permanente du sens de nos actions ou décisions. Si le fondement de la morale est l'impératif, l'essence de l'éthique est le questionnement permanent. Pour Paul Ricœur (1990), l'éthique est la visée d'une vie accomplie (actions estimées bonnes) et la morale est la traduction de cette visée dans les normes : « Appelons « visée éthique, la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes »¹⁵.

Le concept d'éthique appliquée aux soins : l'éthique clinique ou médicale

On envisage l'éthique clinique dans le contexte des soins apportés aux personnes. C'est une pratique visant à intégrer le souci et la réflexion éthique dans les soins de santé et les services sociaux offerts aux usagers et à leurs proches. L'éthique clinique touche les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes auxquels les différents acteurs sont confrontés. Son but est d'améliorer la qualité des soins offerts au patient ainsi que la qualité du travail des intervenants cliniques par une approche interdisciplinaire en identifiant, analysant et proposant des pistes de solutions concernant les problèmes éthiques qui se posent en pratique clinique¹⁶.

Quatre grands principes structurent la bioéthique contemporaine et servent de méthode d'analyse pratique à de nombreux comités d'éthique clinique. A cet égard, l'ouvrage clé est le livre de T. Beauchamp et J. Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale* (2008). L'intérêt de ces quatre principes que sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, est de permettre la plupart du temps de clarifier les conflits de valeurs en jeu dans les situations complexes, en fournissant un cadre de référence qui présente de façon structurée les divers arguments recevables.

L'éthique peut être abordée par les valeurs ou les vertus. L'approche par les vertus permet de comprendre la dimension éthique des décisions cohérente et structurée¹⁷. Ces vertus qualifiées de cardinales sont l'altruisme, la prudence, le courage, la tempérance et la justice. Les vertus étant des dispositions à agir, elles permettent une déclinaison de l'éthique en comportement de référence dans un métier donné. Toutefois, nous avons fait

¹⁵ *ibid.*

¹⁶ Selon la définition de Guy Durand (1999), « l'éthique clinique ne concerne pas que les médecins, mais aussi l'équipe de soins, le patient et l'entourage ; elle ne concerne pas que les conflits de valeurs et les dilemmes, mais le comportement au quotidien : décisions, gestes communs, les attitudes, le questionnement incessant ; elle ne se limite pas à déterminer le prescrit, le permis, le toléré ou le défendu ; elle est centrée sur la recherche de l'optimal, de ce qui est préférable pour ce cas-ci, et non dans l'absolu. L'éthique clinique se développe actuellement sur trois pôles : le patient, le thérapeute (le soignant) et la société ».

¹⁷ J-J NILLES, « *L'éthique, une compétence professionnelle* ».

le choix d'aborder l'éthique par les valeurs. Car, lorsque l'on s'adresse à des dirigeants managers dans le domaine de la santé, la notion de valeurs paraît d'emblée plus légitime et transposable à leurs missions.

1.2.2 Le concept de valeurs

Qualifier une valeur n'est pas, non plus, sans difficulté. Les acceptations de ce mot sont diverses d'autant qu'il s'applique à des domaines variés : la psychologie, la philosophie, l'économie, les mathématiques, la physique, la musique. Les anglosaxons proposent de multiples approches de ce concept. Notre culture française est plus réservée à ce sujet. Historiquement, il semble que la signification du mot « valeur » venant du latin « valor » synonyme de mesure, se soit progressivement étendue à « valeur morale » (Kant) puis principalement, sous l'influence de grands auteurs (Nietzsche, Malraux, Camus, Sartre)¹⁸ à tout ce qui semble important pour une collectivité ou pour un individu. La question des valeurs est centrale tant dans les relations interpersonnelles que collectives.

La notion de valeur est étroitement liée « aux principes généraux qui orientent les gestes et les jugements des gens et cela tant dans leur vie privée que dans leur vie professionnelle »¹⁹. Ainsi chaque personne possède un ensemble de valeurs sociales qui guide ses agissements en lui permettant, entre autres, de distinguer ce qui est bien de ce qui est mal. Bien que la nature des valeurs soit fort similaire d'un individu à l'autre, c'est leur hiérarchisation, c'est-à-dire leur importance relative, qui individualise la conséquence des valeurs sur le comportement. Cette structuration particulière des valeurs c'est ce qu'on appelle, communément, « le système de valeurs ».

Les valeurs sont le fruit de nos apprentissages et de nos expériences. A l'origine, ce sont les choix et les comportements des gens qui ont notre estime, qui ont une influence sur le développement de nos propres valeurs. Ainsi, le milieu familial, l'éducation, le cercle amical, la société mais aussi le travail sont des vecteurs de valeurs que nous nous approprions ou pas. Toutefois, les dilemmes éthiques vécus de manière personnelle ou auxquelles nous sommes exposés viennent enrichir et cimenter ces valeurs initiales.

Elles ont une dimension affective et éthique. R. Sainsaulieu²⁰ (1977) a montré l'importance des valeurs dans la dimension affective, émotionnelle et passionnelle dans les capacités d'action. Pour J-D. Reynaud²¹ (1997), les valeurs sont liées aux règles ;

¹⁸BOUDON R, 1999, *Le sens des valeurs*, édition Quadrige, PUF, Paris, 397 p.

¹⁹*ibid.*

²⁰ SAINSAULIEU, R, 2014, *L'identité au travail*, Presses de Sciences Po, Paris, 608 p.

²¹ REYNAUD J-D, 2003, *Théorie de la régulation sociale*, Éd La découverte, Paris, 448 p.

elles sont l'orientation de l'action collective : « *une action collective, en imposant des règles, invente un sens, les valeurs sont l'horizon de ce sens.* »

Durkheim²² voit dans l'adhésion à des valeurs communes la source de l'intégration des individus dans la société. Cette adhésion est source de cohésion sociale ; la société étant une population avec des valeurs partagées qui permettent de faire accepter les contraintes collectives et d'inclure chacun des membres de cette société.

Max Weber²³ développe l'approche individualiste des valeurs. Pour lui nombre de nos actions ne sont pas « rationnelles par rapport à un but ». Elles peuvent être « rationnelles par référence à des valeurs ». Le sociologue envisage cette référence à des valeurs quand il veut donner du sens à ses actes.

A ce titre, selon Kant²⁴, il n'y aurait pas de société viable sans règles, potentiellement admises par tous, car elles assurent la coexistence entre individus. En d'autres termes, une bonne règle est celle qu'endosserait un individu quelconque qui ferait par hypothèse totalement abstraction de ses intérêts.

La question des valeurs est centrale dans les relations tant interpersonnelles que collectives. Masquée dans les périodes d'équilibre, elle surgit violemment dans les conflits. Les valeurs orientent très largement les comportements d'une personne. Les situations la contraignent à agir en discordance avec ses valeurs, la mettent mal à l'aise, peuvent la maltraiter. Une valeur, c'est ce qui vaut, ce qui mérite d'être recherché, une fin à atteindre.

Les valeurs sont multiples : liberté, ordre, justice, bien, beauté, vérité...elles se caractérisent par leur polarité (le bien et le mal, le vrai et le faux...) et par la difficulté qu'il y a à les classer (faut-il préférer la justice à la liberté ? Se pose surtout le problème de leur objectivité. Les valeurs sont-elles réelles ou sont-elles le fruit de notre subjectivité ? Sont-elles extérieures à nous-mêmes ou internes et donc intégrées à nos actes ? Certains auteurs (Marx, Nietzsche, Freud) considèrent les valeurs comme des illusions (arbitrage culturel, création humaine, convention...)²⁵

À cet effet, dans le contexte de l'entreprise, on distingue alors 2 typologies de valeurs dont les finalités divergent :

²² BOUDON R, 1999, *op.cit.*

²³ BOUDON R, 1999, *op.cit.*

²⁴ BOUDON R, 1999, *op.cit.*

²⁵ BOUDON R, 1999, *op.cit.*

- « Les valeurs exogènes »²⁶ qui sont diffusées à l'extérieur et qui ont pour objectif de promouvoir l'image de l'établissement.
- « Les valeurs endogènes » qui sont diffusées en interne. Elles constituent le socle identitaire au sein duquel sont identifiés les comportements, aptitudes et modes de pensée à adopter pour contribuer au projet de l'établissement. Une valeur endogène exprime une attente en matière de capacité (compétence ou aptitude à mobiliser), de comportement (manière d'être), d'état d'esprit (mode de pensée), et de vertu (valeur morale). Afin qu'elle puisse être incarnée ou animée, elle doit, tout d'abord, être en adéquation avec l'organisation et la culture d'entreprise. Elle doit être compréhensible et faire sens pour l'ensemble des acteurs. Il importe qu'elle puisse être déclinée en pratiques professionnelles observables et évaluables. La valeur endogène est donc une application concrète et elle doit se positionner en appui d'une stratégie ou un projet d'établissement²⁷.

On peut donc comprendre pourquoi certaines valeurs telles que le « succès », le « talent » ou bien encore la « performance » sont difficilement concrètement exploitables car peuvent ne vouloir rien dire. Certaines conditions peuvent être requises pour faire vivre ces valeurs. En l'occurrence la confiance et la reconnaissance en font partie.

1.2.3 La notion de reconnaissance et de confiance

Nous avons tous besoin de reconnaissance²⁸, non seulement dans nos relations privées mais également au travail. La confiance va de pair avec la reconnaissance. « Pour circonscrire la portée de la confiance, nous reprenons les propos de Marzano (2010, p.53) où il répond à la question : « qu'est-ce que la confiance ? » : « au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée que l'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier (du latin, *confidere* : cum, « avec » et *fidere* : « fier »), signifie, en effet, qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. »²⁹ Cela met en évidence que l'exercice de la confiance serait, d'abord et avant tout, une disposition volontaire envers quelqu'un ou quelque chose. Dans le contexte d'un système socio sanitaire, c'est une disposition à se fier au système en tenant compte de sa dépendance envers le système³⁰. La confiance se construit et se développe aux regards des autres. La démonstration de la confiance est importante pour exister et elle a besoin d'être réciproque. Elle n'est pas acquise à l'infini

²⁶ BOYER F, *Le management par les valeurs : mode d'emploi*, Innovation managériale.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ HONNETH A, 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Cerf.

²⁹ FERMON B, GRANDJEAN P (dir.), 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, édition DUNOD, Paris, 456 p.

³⁰ *ibid.*

et elle peut donc influencer et être influencée par les interactions entre individus, la société, le passé ou l'histoire mais également par soi-même.

La confiance, ça marche dans les deux sens, ça se donne et ça se gagne. Mettre la personne en confiance passe par l'attention qu'on le lui porte : le regard, la validation de ses propos, l'intérêt que l'on marque, etc.... mais cela passe aussi par ce qu'on livre de soi. La confiance est également indispensable à l'action, mais elle demande un environnement sécurisant qui autorise l'individu à prendre des risques et à réaliser des erreurs. Comme décrit dans le chapitre précédent, la confiance et la reconnaissance au titre de valeurs, peuvent être malmenées lorsqu'il y a déséquilibre, dysfonctionnement interne et externe. Elles constituent deux des piliers de l'éthique managériale abordée dans le chapitre suivant.

1.2.4 Le concept d'éthique managériale

En référence à la définition de Guy Durand, le concept d'éthique clinique vient à la rencontre de l'éthique managériale. Le processus préconisé par l'éthique clinique peut être transférable aux situations managériales (gestion des ressources humaines) d'un point de vue stratégique, politique ou encore opérationnel. Toutefois en appeler à l'éthique pour penser le management, ne va pas de soi. Ainsi la littérature nous invite à tenter de comprendre l'éthique au travers des sciences humaines et sociales, de la philosophie, mais aussi des sciences de gestion.

Pour rappel, l'éthique se différencie de la morale par le fait que la morale n'intègre pas les contraintes de la situation. La morale est donc binaire, elle se préoccupe de ce qui est bon ou mal, en fonction des principes qu'elle a érigés. L'éthique au contraire n'a de sens que dans une situation : c'est une disposition individuelle à agir selon les vertus pour rechercher la bonne décision dans un contexte donné.

De ces nuances, émerge le concept d'éthique professionnelle. En effet, la réflexion éthique a souvent pour objets, en environnement de travail, des cas problématiques, des dilemmes difficiles à trancher. Pour autant, cette éthique professionnelle de l'immédiateté doit à la fois reposer sur une dimension morale plutôt collective et sur une dimension éthique plus personnelle. Car, il ne s'agit pas d'ignorer les principes moraux universels pour prendre la « bonne » décision. La réflexion éthique permet alors de déterminer les valeurs qui constituent des raisons d'agir acceptables par l'ensemble de l'entreprise, et par extension, de la société.

Ainsi, l'éthique professionnelle est une éthique dans un contexte donné. C'est une éthique appliquée quotidiennement au travail, c'est-à-dire une éthique des hommes pris individuellement et collectivement en tant que travailleurs dans leurs activités et

comportements professionnels de production ou de service. Par conséquent, l'éthique devient de plus en plus une compétence professionnelle, indispensable dans le but d'accomplir le paradigme dont parle Paul Ricœur dans sa définition de l'éthique en tant que « la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes »³¹

En tant que compétence professionnelle, l'éthique managériale est donc aussi une éthique de l'action. Car en confrontant le respect de ses convictions et le fait d'agir pour assurer des responsabilités, le dirigeant est amené à choisir ou non l'attitude et le comportement, les plus justes, à prendre ou non la bonne décision, et cela, en fonction d'un environnement et de circonstances qui lui sont propres. « L'éthique peut donc être considérée comme la façon dont les managers cherchent à se construire une conduite juste en situation professionnelle. »³² précise J-F Claude (2002).

« Éveiller la conscience éthique au sein des institutions de soins devrait être un objectif institutionnel, prioritaire et un axe majeur du projet d'établissement »³³. Mais il est nécessaire d'être conscient que : « l'éthique managériale, n'est ni une méthode efficace pour appliquer des règles éthiques, ni un facteur de production ou de réduction des 'coûts de transaction' ». ³⁴ Toute chose égale par ailleurs, nous pensons et nous sommes convaincue que la position éthique informelle du cadre dirigeant, son exemplarité, son humilité sont extrêmement porteuses au niveau de l'intensité de son engagement dans la gestion des ressources humaines. Et donc au final et, en conséquence, elles sont très positives pour la performance de l'entreprise. L'éthique managériale est cette boussole, indispensable, qui questionne et ramène toujours au sens, pour toujours plus d'humanité et d'humanisme.

Le concept d'éthique managériale peut aussi être étudié par le prisme de la philosophie. La théorie de la justice développée par J.Rawls³⁵, tout comme l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité définies par Max Weber³⁶ et travaillées également par E. Levinas³⁷ et H. Jonas³⁸ permettent d'alimenter la réflexion d'une démarche éthique managériale. L'éthique de la discussion portée par J. Habermas³⁹ ainsi que l'éthique de la sollicitude ou éthique du care définie par Carol Gilligan⁴⁰ viennent compléter l'approche

³¹ RICOEUR P, 1990, *Soi-même comme un autre*, édition du Seuil, Paris, 432 p.

³² CLAUDE J-F, 2002, *L'éthique au service du management*,

³³ BOUCHAUT-ROLNIN M-E, « L'éthique de management : une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n°436, 2007, p 103-110.

³⁴ DESLANDES G, *Le management éthique*, Paris, Dunod, 2012.

³⁵ RAWLS J, *La théorie de la justice*.

³⁶ BOUDON R, *op.cit.*

³⁷ LEVINAS E, 1984, *Éthique et infini*.

³⁸ JONAS H, 1979, *Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique*.

³⁹ HABERMAS J, *L'éthique de la discussion*.

⁴⁰ GILLIGAN C, 1982, *Une voix différente pour une éthique du care*.

théorique et conceptuelle de l'éthique managériale. Ces différentes visions participent à raisonner et à cibler la manière dont nous souhaitons manager. Le positionnement éthique suppose une approche réflexive, « un questionnement », qui vise à « déterminer le *bien agir* en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées »⁴¹

L'approche sociologique nous amène à faire référence à l'éthique sociale pour comprendre l'éthique managériale. En effet, l'éthique sociale est la branche de l'éthique qui s'intéresse non pas aux actions individuelles mais aux ensembles sociaux en général. En matière d'éthique sociale et politique, le monde anglo-saxon, suivi des Québécois, a placé au cœur de sa réflexion la notion de conflit d'intérêts.

En France, l'éthique sociale est placée au cœur de la loi du 2 janvier 2002, dit loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, avec « la charte des droits et libertés de la personne accueillie » qui garantit à la personne accueillie l'usage de son pouvoir de citoyen. Cette charte à valeur informative est affichée à l'accueil des établissements de santé. Les 12 droits essentiels qui la constituent tels que le principe de non-discrimination, le droit à l'autonomie ou bien encore le droit au respect, à la dignité et à l'intimité sont applicables aussi bien aux usagers qu'aux professionnels. Le manager est garant de cette intention qu'il devra questionner continuellement par la mise en perspective grâce à un regard éthique.

Pour Deslandes⁴², les conceptions de l'éthique managériale sont plurielles. À ce titre, dans son ouvrage, *Le management éthique*, afin de définir l'éthique managériale, il se limite à l'étudier selon trois principes que sont : la déontologie, l'utilitarisme et l'éthique des vertus. Il précise que l'éthique des vertus, « dans la littérature consacrée à l'éthique des affaires, fait actuellement l'objet d'un fort regain intérêt ». Il continue « L'éthique de la vertu s'offre pour le manager comme une voie possible d'accomplissement moral dans le contexte collectif.....L'éthique des vertus n'encourage nullement une conception contemplative de la morale. Elle réintroduit par exemple la dimension « micro-éthique » du leadership et redécouvre finalement un trait de caractère du dirigeant.....pour montrer la double dimension du leadership éthique : le manager en tant que personne, la personne en tant que manager (2000) ».

Approcher l'éthique managériale sous l'angle des vertus nous interpelle de nouveau dans ce travail. Il nous invite à concevoir notre stratégie managériale avec une dimension éthique réfléchie au travers des valeurs, certes mais peut-être surtout par le prisme des vertus.

⁴¹ HONAS H, 1979, « *Le principe de responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique.* »

⁴² DESLANDES G, 2012, *Le management éthique*, édition DUNOD, Paris, 149 p.

Se pencher sur le concept d'éthique managériale nous montre la complexité de vouloir en donner une définition stricte et précise. Elle fait appel à une multitude de références et de courants de pensée qui nous incite à penser le management autrement. Elle nous confirme que l'éthique est « une dimension nécessaire au management »⁴³. Elle nous inspire « à faire autrement »⁴⁴ en termes de responsabilité, de prises de décisions, d'exigence de qualité du travail.

1.3 Le management, une définition choisie

1.3.1 Le management par les valeurs

Le management par les valeurs a particulièrement comme objectif de donner du sens à l'action collective en réduisant l'écart qui peut exister entre les valeurs individuelles et les valeurs collectives du groupe qui compose l'organisation. L'éthique organisationnelle participe à la manière dont l'organisation énonce, vit et véhicule les valeurs de cette même organisation à l'intérieur et à l'extérieur. Mais cela nécessite qu'elles soient clairement exprimées et comprises par tous. C'est à cette étape que le management interfère de façon directe et indirecte. Notre approche éthique dans le management doit avoir le souci du respect de soi, des autres, du secret professionnel, de tolérance, de confiance, d'honnêteté, d'absence de rumeur, de rigueur, de responsabilité, d'écoute et de reconnaissance. « Alors que la reconnaissance passe par les échanges humains et la rencontre », souligne Laure Becker, consultante chez Diversity Conseil, auteure de "Pratiquer la reconnaissance au travail" (Dunod, 2018). Manque de temps, surcharge de travail, indisponibilité...les en empêchent. » « Les managers ont souvent le sentiment eux-mêmes de ne pas être reconnus par leur hiérarchie ou par leurs équipes », explique Christophe Laval, chargé de cours à HEC Montréal, professeur à l'université de Laval au Québec et co-auteur, avec Jean-Pierre Brun, du "Pouvoir de la reconnaissance au travail" (Eyrolles, 2018). Les conséquences sont réelles. Selon une étude de 2016 de la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du Travail, le manque de reconnaissance triple le risque de maladie et double celui d'état dépressif chez les salariés. L'absence de considération est la première cause de mal-être au travail »⁴⁵.

Manager par les valeurs, c'est accompagner et aider l'autre à satisfaire son désir dans un contexte professionnel, et l'une des meilleures manières d'atteindre cet objectif consiste, à faire en sorte que la personne se sente utile et parvienne ainsi à donner du sens à la tâche qu'elle accomplit. En effet, les valeurs permettent de donner du sens à l'action et à

⁴³ CASAGRANDE A (dir), 2016, *Éthique et management du soin et de l'accompagnement*, édition DUNOD, Paris, 224 p.

⁴⁴ *ibid.*

⁴⁵ REGNIER C, 11/06/2019, Article Revue Management,

orienter l'engagement. Elles renforcent la cohésion et structurent les modes de collaboration par l'adoption d'une ligne de conduite partagée par les acteurs. En conséquence, elles permettent de gérer la complexité de l'organisation et la diversité des situations. La pertinence du management par les valeurs se trouve renforcée car elle répond parfaitement au besoin qu'ont les organisations de développer plus de coopération, d'engagement, de responsabilisation, de co-construction. Néanmoins, ce travail et cet affichage autour des valeurs doivent être réels, réalistes et réalisables. Il s'agit pour les managers d'en faire un véritable levier de dynamisation individuelle et collective. Le management par la confiance interagit avec cette finalité.

1.3.2 Le management par la confiance

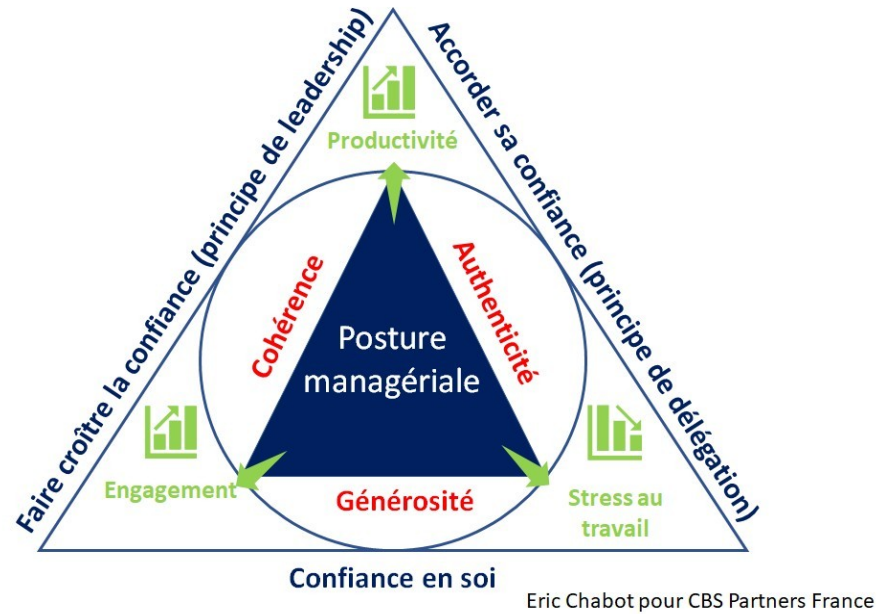
Le schéma ci-après résume au mieux le concept de management par la confiance⁴⁶. Nous pouvons souligner trois dimensions importantes de la confiance qui permettent d'assoir la posture managériale. En premier lieu, il est noté la nécessité de la confiance en soi ; ensuite, la confiance dans les autres et la confiance dans l'objectif. La posture managériale fait appel à des valeurs telles que l'authenticité, la générosité, la cohérence qui augmentent la productivité et l'engagement et qui, d'un autre côté, diminuent le stress au travail. Les principes de leadership et de délégation sont en lien avec la confiance.

Nous faisons un lien avec les cinq leviers de confiance sur lesquels les managers se basent et qui sont définis dans l'ouvrage, *Les cinq leviers de la confiance*⁴⁷, la confiance en soi, la confiance en l'équipe, la confiance hiérarchique, la confiance dans la mission et la confiance dans l'histoire. Elles se définissent de la sorte. La confiance en soi, c'est avoir le sentiment que l'on peut réussir. La confiance en l'équipe ou confiance collective consiste à croire que l'on peut appréhender et gérer la complexité à plusieurs. La confiance hiérarchique relève de la confiance que l'on a vis-à-vis de son « N+1 ». La confiance dans la mission consiste à penser que l'on est capable de prendre des risques en lien avec un objectif sûr, fiable et réaliste. La confiance dans l'histoire prévaut car on sait ce qu'il faut faire étant donné que l'on en a le souvenir.

⁴⁶ Éric Chabot, directeur associé CBS Partners, conférencier expert en confiance et en performance dans les organisations.

⁴⁷ COMBALBERT L, MERY M, 2016, *Les 5 leviers de la confiance, aidez vos collaborateurs à se dépasser*, éditions Eyrolles, Paris, 205 p.

Le triangle de la confiance dans la posture managériale



1.3.3 Le management éthique

En management, les premiers travaux sur l'éthique remontent aux années 1930 (avec notamment la contribution de Barnard dès 1938⁴⁸). Ils se sont considérablement développés, essentiellement depuis les années 1980. Toutefois il est force de constater que la contrainte gestionnaire et économique actuelle entrave l'articulation et le rapprochement entre éthique et management des organisations. Car, nous avons pu constater depuis le début de notre propos, que l'éthique n'est pas, par définition, un lieu de consensus.

Les propos recueillis sur le concept d'éthique managériale permettent, toutefois, d'éclairer la dimension de management éthique. En effet, associer le mot éthique au mot management, c'est mettre côte à côte deux disciplines bien identifiées mais dont la genèse, c'est certain, n'est en rien comparable. Si l'éthique a une longue histoire, des auteurs philosophes en référence et des textes prestigieux, le management est quant à lui une discipline récente dont la sémantique et l'épistémologie sont réajustées constamment en fonction des évolutions de société. Il s'agit donc de comprendre en quoi ces deux mots ont toute leur place, accolés l'un à l'autre. L'éthique managériale vient en référence au

⁴⁸ Samuel Mercier indique que « Barnard (...) fut l'un des premiers auteurs à examiner les responsabilités morales des Dirigeants » in Mercier S. (2000) « La formalisation de l'éthique : un outil stratégique pertinent pour l'entreprise », revue *Finance Contrôle Stratégie*, Volume 3, N° 3, p. 101 – 1

management éthique de par ses fondements normatifs et conceptuels. Elle est comme le signifie Paul Ricœur, une éthique « retravaillée et réarticulée », une « éthique régionale », comme lorsque l'on se réfère à l'éthique médicale ou l'éthique pédagogique⁴⁹. Ainsi, l'éthique managériale donne au management des termes et des concepts qui lui permettent de se définir en tant que management éthique. Les notions d'organisation responsable, d'agent moral ou de décision éthique prennent ainsi tout leur sens. Le management éthique est donc le champ d'exercice du management qui s'appuie sur des modes d'analyse philosophique. Ce qui implique au préalable une réflexion éthique pour pratiquer un management éthique. Mais, faire appel à l'éthique pour penser le management apporte son lot d'incertitudes. Et donc, le caractère singulier du management éthique est indiscutablement de prendre en compte cette incertitude.

« La scientificité du management aurait tendance à s'opposer au caractère philosophique de l'éthique, qui en soit n'est pas une science. D'où la question de sa légitimité dans une perspective théorique et heuristique voire politique. Dans une optique plus pragmatique et empirique, se pose la question des effets de l'éthique dans sa formalisation organisationnelle (chartes, codes, qui sont autant d'outils de gestion posant effectivement la question de leur impact managérial, notamment en termes d'appropriation par de multiples parties prenantes, à la fois internes et externes à l'organisation) »⁵⁰

Le positionnement éthique suppose une approche réflexive, « un questionnement », qui vise à « déterminer le *bien agir* en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées » renouant ainsi avec la distinction classique qu'opérait Max Weber entre *éthique de conviction* et *éthique de responsabilité*.

Les directeurs et notamment leurs managers doivent donc trouver un « équilibre réfléchi » selon l'expression de John Rawls⁵¹ entre le profit nécessaire à son bon fonctionnement, celui des emplois et des activités qu'elle génère, et le respect des grands fondamentaux de l'homme et de l'univers. Leur pouvoir n'est plus « éthiquement neutre » pour reprendre l'expression de Hans Jonas⁵².

⁴⁹ Paul Ricœur, « Éthique » in Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, Canto-Sperber M.(eds), 4e édition, PUF, Paris, 2004, p.689.

⁵⁰ Formalisation qui constitue, selon S. Mercier, « un outil stratégique [...] pour l'entreprise ». Mercier S (2000) *op.cit.*

⁵¹ RAWLS J, 1971, *Théorie de la justice*.

⁵² JONAS H, *Théorie de la responsabilité*.

Pour résumer ce chapitre, toujours pour G. Deslandes, « L'éthique managériale prescrit, recommande, là où le management éthique expérimente, agit dans une perspective correspondant à un ensemble de normes et de principes. Le management éthique, qui opérationnalise l'éthique managériale dans un certain nombre de techniques, de méthodes et de principes, n'est ni plus ni moins qu'une éthique managériale en action, ou encore, une action managériale capable de se définir éthiquement »⁵³.

1.4 Le concept de performance

1.4.1 La performance efficiente

La performance peut s'analyser selon deux axes : l'efficacité ou l'efficience. On entend par efficacité, le degré de réalisation des objectifs fixés. Quand nous atteignons nos objectifs, nous sommes efficaces aux yeux de l'institution. L'efficience se caractérise par l'atteinte des objectifs fixés en utilisant le moins de ressources possible : c'est l'efficacité au moindre coût. Nous devenons performants.

Toutefois, les contraintes économiques, la rareté des ressources tant humaines que matérielles imposent de savoir être meilleur mais avec moins. Il s'agit alors de faire, non pas la même chose qu'avant avec moins de moyens mais de le faire mieux et surtout autrement. D'ailleurs, ce n'est pas quand tout va bien, que l'imagination et l'inventivité sont les plus stimulées ; c'est quand le contexte est difficile que la créativité et le pouvoir de création prennent le dessus. Si nous considérons l'excellence comme une performance efficiente, pour l'atteindre sous la contrainte d'un environnement complexe, c'est à ce moment-là que l'on devient plus créatif et qu'on invente de nouvelles manières d'être plus performant. Néanmoins pouvons-nous être performant constamment ?

1.4.2 La performance durable

Nous pouvons tous être performants au moins une fois, parce que les conditions humaines, matérielles étaient réunies. Ce peut être aussi par chance ou bien encore par hasard. Mais être performant à chaque fois, c'est déjà plus difficile. Car il faut maintenir le niveau de résultats au mieux sur du long terme. Or, les conditions devenant de plus en plus incertaines, être performant durablement tient de la gageure. Les organisations capables de faire face à des situations nouvelles et complexes tout en maintenant un haut niveau d'exigence sont dans l'excellence. On peut distinguer ceux pour qui les contraintes deviennent des opportunités et qui vont relever le défi et ceux qui cherchent des excuses pour justifier qu'ils n'ont pas atteint les objectifs. Nous pouvons retrouver ce phénomène dans le milieu de la santé du fait de la complexité du système. La diversité des acteurs, les contraintes législatives, réglementaires, financières peuvent être des freins à une

⁵³ DESLANDES G, *Le management éthique*, Paris, éd Dunod, 2012.

performance durable. Cela demande de la part des équipes de direction de l'adaptation mais surtout de l'anticipation. La dynamique de projet, la culture qualité peuvent être des leviers à cette performance en mouvement.

1.4.3 La performance agile

Dans un monde qui change et qui bouge, l'agilité devient une nécessité. Cette notion difficile à définir est souvent confondue avec l'adaptation. Mais il existe une nuance entre les deux. L'adaptation est une capacité chez l'homme dans ce sens où tout le monde peut finir par s'adapter de sa propre initiative ou forcé par les événements. L'agilité est une qualité qui permet de s'adapter avant les autres, à faire évoluer voire changer nos modes de fonctionnement sans pour autant renier les valeurs fondamentales du groupe. D'après des observations d'équipes « agiles »⁵⁴, « elles sont à la fois solides et rapides. Solides sur leurs bases, sur leurs valeurs...capables de maintenir leurs fondamentaux contre vents et marées. Rapides dans leurs capacités d'analyse et d'action, capables de prendre des risques que les autres ne prennent pas, pour avoir ce temps d'avance qui fait qu'elles sont souvent admirées pour leurs performances. »⁵⁵ Pour permettre cette agilité, les organisations et tous les acteurs confondus évoquent et travaillent sur des notions telles que la complexité, l'incertitude, les risques, la loyauté, l'excellence. Pour y arriver, les membres et les dirigeants de ces organisations « placent la confiance dans son acceptation la plus large au-dessus de tout. »⁵⁶ La performance dans le secteur sanitaire et médico-social ne déroge pas à la règle.

1.4.4 La performance dans le secteur sanitaire et médico-social

Quand on parle de performance hospitalière, on envisage une performance globale et multidimensionnelle qui recouvre comme indiqué précédemment, les notions d'efficacité et d'efficience, deux notions très étroitement imbriquées et complémentaires. Il s'agit pour l'hôpital d'être efficace à différents niveaux :

- Niveau clinique : l'efficacité de la qualité et la sécurité du soin sont mesurées grâce aux résultats au regard des références et des recommandations. Il doit y avoir constamment une adaptation de la prestation aux standards de qualité attendu.
- Niveau du service : l'accessibilité équitable des soins dans des délais acceptables doit être respectée ainsi que la réactivité.

⁵⁴ COMBALBERT L, MERY M, « Les 5 leviers de la confiance » (2016)

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Ibid.*

- Niveau socio-économique : il est nécessaire qu'il y ait adéquation des services aux besoins de la population et que la réponse de la prestation de soins aux besoins de santé soient adaptés et pertinents.
- Niveau de la communication et transmission de l'information, des connaissances : l'objectif est de véhiculer à l'extérieur mais aussi et surtout en interne des valeurs communes qui donnent du sens au service fourni.

La dimension de l'efficience se mesure à la réalisation du service au moindre coût avec une utilisation optimale des ressources, une productivité en adéquation avec les services rendus. L'enjeu est de composer entre maîtrise des coûts, sécurité et qualité des soins. Il s'agit de faire une place particulière à la satisfaction et la confiance de l'utilisateur mais aussi du professionnel de santé vis-à-vis de l'établissement par un pilotage interne structuré. Comme nous le constatons, l'enjeu est double. Il est alors complexe car il y a des logiques à rapprocher pour une nécessaire collaboration de tous les acteurs et services.

Pour les soignants, c'est le plus souvent l'efficacité qui prime parfois au détriment de l'efficience ; alors que la vision plus « administrative » des dirigeants porte sur l'efficience des activités d'un établissement.

Dans cette dualité efficacité/efficience, la perception de l'utilisateur et la qualité attendue doivent être prises en compte. « La satisfaction est définie comme étant la réaction du patient à son expérience personnelle dans les services, selon 2 approches : une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (processus affectif) aux structures, processus et résultats des services »⁵⁷.

Le secteur sanitaire et médico-social doit donc s'adapter continuellement à l'environnement, au contexte politique, juridique, économique, sociétal et faire preuve d'innovation. A ce titre, il doit pouvoir compter sur une organisation efficace et efficiente qui passe par le développement d'une efficience individuelle, collective, relationnelle et managériale. Elle se joue auprès des équipes médicales, paramédicales, administratives et logistiques, de l'équipe d'encadrement, de l'équipe de direction ainsi que les instances. Ainsi, au vu des différents éléments, il apparaît difficile de donner une définition précise et construite. « Les établissements sont confrontés à des contextes auxquels ils doivent s'adapter.....Par ailleurs, les évolutions techniques introduisent de nouvelles manières de soigner.....La performance médicale d'hier n'est pas celle d'aujourd'hui, ni celle de demain. En plus de ces évolutions dans le temps, le secteur de la santé combine plusieurs caractéristiques qui rendent illusoire une définition de LA performance. Les

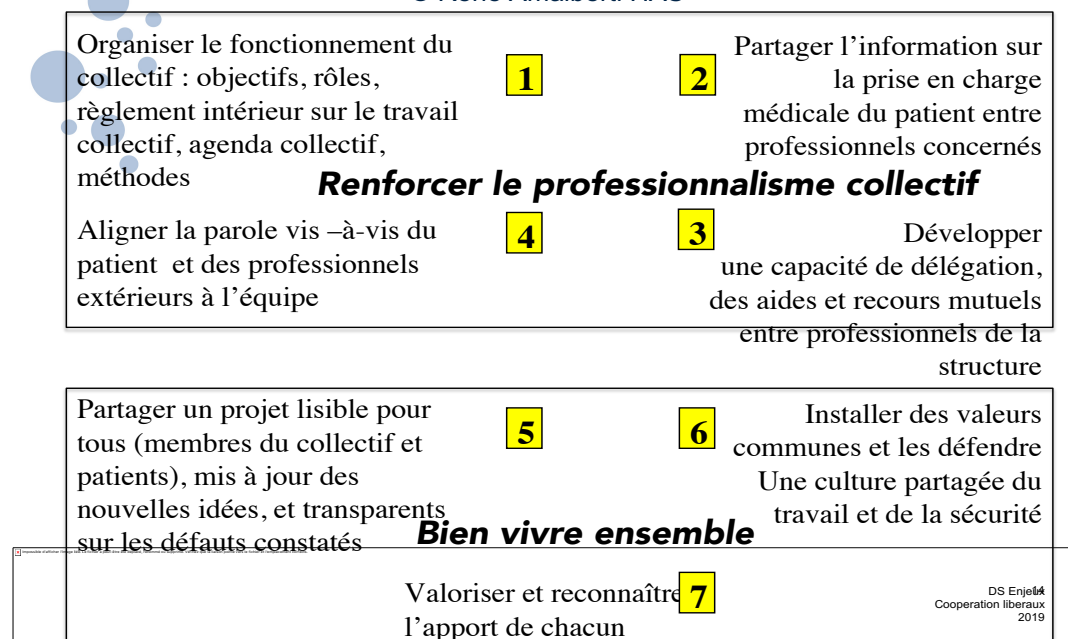
⁵⁷ SCHWEYER F-X, Sociologie de l'organisation hospitalière, document pédagogique, formation filière Directeur des Soins, EHESP, promotion 2019.

missions des établissements, leurs modes de gouvernance, leurs tailles, les différentes parties prenantes auxquelles ils sont confrontés constituent de notre point de vue, des discriminants pertinents du secteur de la santé. »⁵⁸

Pour compléter notre approche théorique et conceptuelle de la performance, nous faisons aussi référence à René Amalberti⁵⁹. Dans sa contribution aux travaux de la HAS, il évoque la performance collective dans les établissements de santé au travers de sept critères. Nous pouvons repérer des dimensions évoquées dans les chapitres précédents qui font appel aux valeurs, telles que la reconnaissance, la confiance, l'équité, au management au travers de l'organisation, des projets, de l'information, de la délégation. Cette approche nous invite à penser une vision stratégique de la performance au profit du collectif mais en ayant un point d'ancrage centré sur l'individu.

Sept critères de performance collective

© René Amalberti HAS



⁵⁸ FERMON B, GRANDJEAN P (dir.), 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, édition DUNOD, Paris, 456 p.

⁵⁹ SCHWEYER F-X, Sociologie de l'organisation hospitalière, document pédagogique, formation filière Directeur des Soins, EHESP, promotion 2019.

En guise de conclusion de la première partie,

Le détour par la théorie permet de construire un socle de connaissances au regard de notre problématique. Il est une base de réflexion et d'argumentation à notre questionnement. Toutefois, nos lectures et nos recherches sont à l'origine de nombreuses hésitations, de va et vient, d'aller et retour qui ont enrichi ou parfois déstructuré notre pensée. Mais, à ce titre, il procède à une réelle ouverture de notre champ d'investigations en regard des concepts étudiés. Les apports théoriques vont assoir notre stratégie managériale en matière d'éthique vis-à-vis de nos collègues directeurs, de nos collaborateurs, cadres de santé et par extension vis-à-vis des professionnels de santé sur le terrain. L'objectif ultime est de fournir une qualité des soins aux usagers en garantissant aux professionnels une qualité du travail, dans un environnement sécuritaire.

La deuxième partie de notre travail qui va suivre, fait appel à l'expérimentation sur le terrain de nos sous-questions. La confrontation de notre problématique à la réalité doit nous permettre un éclairage et un étayage pratiques au travers d'entretiens auprès de Directeurs des Soins et de Cadres Paramédicaux de Pôles suivis d'une analyse.

2 ENQUÊTE DE TERRAIN

En préalable, avant d'envisager l'expérimentation sur le terrain, nous avons réalisé des entretiens exploratoires. Nous avons profité d'un autre travail mené à l'EHESP (Module Interprofessionnel) pour effectuer notre exploration dans un centre de réadaptation décrit ci-après. Nous avons rencontré un médecin, un dirigeant et un professionnel de santé de cet établissement. Cela nous a aidée à orienter notre recherche, préciser les questions de nos entretiens et identifier la catégorie de personnes à interroger. De plus, nous avons pris appui sur des outils de diagnostic développés par la HAS⁶⁰ ou bien l'ANAP⁶¹ pour affiner et cibler notre questionnement par thématiques en lien avec notre problématique.

2.1 La méthodologie de la recherche

Afin d'étayer notre problématique et les sous-questions qui en découlent, nous avons eu une approche théorique centrée sur le management éthique et la performance. Les concepts de valeurs, de confiance, d'éthique managériale en regard du concept de performance ont permis d'éclairer notre problématique.

Pour rappel, notre problématique est :

- **En quoi l'éthique managériale du DS au travers d'un management par les valeurs et par la confiance influe sur la performance des cadres paramédicaux ? »**

Au travers de notre enquête, nous allons donc tenter d'explorer et de comprendre des éléments exprimés dans les questions suivantes :

- En quoi le management par les valeurs de la part du DS permet de (re)donner du sens au soin ?
- En quoi le management par la confiance participe à la performance des cadres paramédicaux ?

2.1.1 Le choix des terrains d'enquête

Pour confronter nos questions à la réalité du terrain, nous avons choisi d'enquêter dans des lieux de taille, de structure et d'organisation différentes. L'objectif premier de ce choix est de nous permettre de comparer des établissements dans lesquels la politique managériale a fait l'objet d'une réflexion éthique.

Ainsi, nous avons pu rencontrer des acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social dans 2 types d'établissements.

⁶⁰ HAS, avril 2013, Guide méthodologique : l'évaluation des aspects éthiques à la HAS.

⁶¹ ANAP, mars 2010, Pilotage opérationnel des pôles, manuel à l'attention de l'exécutif des pôles. ANAP, avril 2012, Piloter et manager les projets au sein du pôle,

Le premier type d'établissements où l'éthique et la bientraitance font partie des pratiques managériales et sont formalisées dans le projet d'établissement au travers du projet social et du projet de soins. Nous les désignons par les établissements (A) qui se composent de 2 établissements.

Le deuxième type d'établissements (B), à orientation sanitaire et médico-sociale tout comme les établissements (A) est dans une démarche de bienveillance et de bientraitance vis-à-vis de la population accueillie sans pour autant avoir mener une réflexion approfondie sur l'éthique managériale vis-à-vis des professionnels de santé. Il est représenté par 2 établissements également.

Pour (A), il s'agit d'un centre de réadaptation à orientation neurologique et orthopédique, établissement privé à but non lucratif, qui dispose de 120 lits en hospitalisation complète (HC), 87 lits et places en Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD), 20 lits en Hospitalisation À Domicile (HAD) ainsi qu'une Unité de Post-Réanimation de 8 lits, 20 places d'Hôpital de Jour (HDJ), des équipes mobiles en gériatrie et en soins palliatifs et une cellule d'insertion professionnelle pour les patients. Le projet d'établissement, le projet de soins, le projet managérial tout comme les informations et les communications au grand public mettent en avant l'éthique et la bientraitance dans les prises en charge des usagers et la Gestion des Ressources Humaines (GRH)

L'autre établissement de type (A) est un Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) à orientation sanitaire principalement. De par sa capacité totale d'accueil de 1275 lits et places (1107 lits HC + 168 places HDJ) il est le premier établissement hospitalier non universitaire de la région. Nous avons, en Court séjour (MCO) : 781 lits, en psychiatrie : 218 lits, en moyen séjour : 128 lits, en Hébergement : 148 lits (50 en SLD et 98 lits en EHPAD).

Un des axes stratégiques du Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) et du Projet de Soins Partagé (PSP) est la promotion de la bienveillance et de la bientraitance. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est également mentionnée au travers de la promotion d'organisations de travail bientraitantes. La philosophie des soins s'ancre sur des valeurs de référence telles que l'humanité, l'égalité et l'équité ainsi que l'éthique.

Pour le deuxième type de lieux d'enquête (B), nous avons un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un Centre Départemental de Gérontologie (CDG)

Le CHU est un CHU d'une capacité de 1445 lits et places répartis en 8 pôles hospitalo-universitaires avec 60 services cliniques et biologiques spécialisés et entre autres, 49 centres de maladies rares. Le projet d'établissement est centré sur les soins, l'enseignement, la recherche et la prévention.

Le CDG est un centre de référence dans le domaine de la prise en charge gériatrique avec 600 lits et places. Ils sont répartis en HC avec du court séjour gériatrique et du Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de l'ambulatoire qui regroupe de l'HAD, des équipes mobiles, des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et de l'hébergement avec des services de Long Séjour (LS) et des EHPAD. Le CDG intervient dans le secteur du soin, de la prévention, de l'accompagnement, de la recherche et de l'enseignement. Il intervient aussi dans le maintien à domicile et dans l'hébergement des Personnes Âgées.

2.1.2 L'échantillon interviewé

Nous avons fait le choix de nous entretenir avec 2 types d'acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

- Des Directeurs des Soins (DS) ; en tant que managers directs des équipes d'encadrement paramédical et plus spécifiquement les Cadres Paramédicaux de Pôles.
- Des Cadres Paramédicaux de Pôle (CPP) qui sont les interlocuteurs privilégiés du DS en cas de difficultés ou de problématiques managériales, en particulier. De plus, ce sont eux, qui, par la suite, diffusent auprès des cadres de santé.

Nous avons rencontré 6 DS et 7 CPP répartis de manière égale sur les 2 types de lieux décrits dans le précédent paragraphe. Parmi les DS, nous avons 2 coordonnateurs des soins. Les CPP sont tous de filière infirmière avec une expérience de cadre de pôle significative. Parmi eux, un CPP possède un Diplôme Universitaire d'éthique et un autre, a un Master en éthique.

Nous avons étudié les différents projets d'établissement et projets de soins. Nous avons également observé dans 2 établissements des temps formels et informels de la vie institutionnelle. Nous n'avons pas construit de guide à cet effet. La prise de notes lors de réunions ou de rencontres contribue à enrichir les affirmations des interviewés.

2.1.3 Le choix de l'outil de recueil d'information

La démarche choisie nous a conduit à effectuer des entretiens semi-directifs à partir d'un guide d'entretien adapté à chaque catégorie d'acteurs (voir annexe n°1 et n°2). Cette

technique d'interrogation nous a semblé plus appropriée que l'enquête par questionnaire. Elle vise à faire verbaliser grâce à des questions ouvertes qui permettent de comprendre les mécanismes, les conceptions, les représentations, la logique d'une action. Les questions ouvertes permettent une adaptation au déroulement de la discussion. Il s'agit d'une enquête qualitative par l'étude de groupes restreints qui fait apparaître les processus et les « comment » dans les résultats.

Les questions sont posées en fonction des thématiques que nous souhaitons explorer aussi bien auprès des DS que des CPP. Cette méthodologie contribue à l'analyse des entretiens par thème. Les questions ciblées des entretiens destinés aux DS et aux CPP intéressent et donnent un étayage sur les thématiques en regard de la problématique et des sous-questions et sont : les valeurs, le sens au travail, la confiance et la performance.

2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête

⇒ Les limites

Les limites tiennent à l'échantillon très restreint de personnes interviewées. Bien qu'un nombre de 4, les établissements enquêtés ne sont pas, non plus, suffisamment représentatifs pour que les résultats de cette étude soient reproductibles et généralisables.

Concernant le fond, les questions posées restent perfectibles. Les questions ouvertes peuvent être une limite tout comme un point fort. Car elles donnent la possibilité de façon permanente au déplacement du questionnement. Donc, elles permettent de la liberté dans la discussion mais le risque est de se disperser. Concernant la forme, nous n'avons pas pu enregistrer tous les interviews. La prise de notes durant l'entretien peut parasiter le dialogue. Nous avons peut-être parfois induit les réponses en interrompant les interlocuteurs, en acquiesçant ou en ne laissant pas de temps de silence qui permettent la réflexion et l'argumentation.

⇒ Les points forts

L'intérêt des entretiens est d'avoir pu rencontrer des personnes d'un grand professionnalisme et d'une grande richesse. Leur disponibilité, leur honnêteté intellectuelle témoignent de leur capacité de remise en question sur un sujet complexe telle que l'éthique. Malgré le guide, l'entretien semi directif permet d'ouvrir le dialogue et ainsi de recueillir d'autres données qui vont enrichir l'argumentation.

2.2 L'analyse des entretiens

L'analyse descriptive de l'enquête est réalisée par thèmes et croise entretiens, observations et étude des projets de soins et d'établissements.

2.2.1 Le management

A) Le point de vue des Directeurs des Soins

Même si la réponse qui vient dans l'immédiat est de ne pas différencier le management RH à l'hôpital et dans une entreprise Lambda, les arguments au fur et à mesure de la discussion sont en faveur d'une différence importante. Elle réside dans le fait que les gens que l'on manage à l'hôpital sont des personnes qui ne produisent pas quelque chose ; mais qu'ils sont des soignants avant tout qui prennent soin de personnes humaines ; et c'est là qu'est toute la différence. « Notre produit de base, c'est l'Humain. » souligne le DS du CHU (B). Les exigences et attendus seraient donc différents par rapport à une entreprise où la logique de production et d'efficacité prime. Mais, certains avancent qu'être soignant auparavant, ne fait pas obligatoirement un bon manager, par la suite ; même si la relation empathique apprise pendant la fonction soignante est transposable aux personnes managées. Sont mises en exergue les valeurs soignantes sur lesquelles le manager doit s'appuyer et en particulier la bienveillance ; car, pour que les soignants soient bienveillants avec les personnes soignées, les managers doivent eux-mêmes être bienveillants vis-à-vis des professionnels. Le lieu d'exercice des professionnels, plus particulièrement la spécialité dans laquelle ils exercent influe sur la façon de les manager ; Le DS du CDG (B) dit qu'on ne manage pas de la même manière une équipe de CS formateurs, qu'une équipe de CS en gestion ; tout comme dans un établissement qui accueille uniquement des personnes âgées et, de surcroît, très dépendantes.

La notion de missions de service public est évoquée et aurait un impact dans le management du DS qu'il soit en établissement privé ou public.

Ce qui ressort principalement des entretiens, en tant que fondamental dans le management des DS interrogés, c'est la disponibilité vis-à-vis des CPP ainsi que l'écoute et le dialogue. S'ajoute la simplicité dans la relation de proximité qui va alimenter la relation de confiance. Dans le discours de chacun, il est primordial et prioritaire qu'un CPP puisse être reçu par le DS, quand il a besoin, qu'il a une problématique et de déprogrammer un autre RDV, si besoin. S'occuper des CPP et des CS, être attentif à ceux qui pourraient « aller mal », être « assez » à l'écoute, valoriser en étant dans l'équité, relativiser les choses, aller à leur rencontre régulièrement de façon formelle mais aussi de façon informelle sont des propos tenus par les DS interrogés.

Le management par la confiance est cité car il permet l'engagement, de donner du sens au travail. « *Les relations doivent être saines sans aucune suspicion de qui que ce soit sinon, il est impossible de travailler. Il y a perte de productivité quand il n'y a pas de climat de confiance et la méfiance amène de la non productivité.* » indique le DS du centre de réadaptation (A)

La place de la reconnaissance du travail des CPP est très importante dans le management mais, aux dires des DS, elle n'est hélas pas souvent exprimée aux personnes concernées. Ils le déplorent, néanmoins, chacun en a conscience et tente par différents moyens d'y remédier. Soit en réalisant des mails de remerciement suite à des situations de crise qui ont été bien gérées ; soit suite aux résultats de la certification en les remerciant de leur implication lors d'un temps convivial où tous les acteurs sont conviés ; soit tout simplement leur montrer par une attitude bienveillante qu'on les reconnaît, qu'on les considère (sourire, dire bonjour tout simplement et dire merci aussi tout simplement sur le travail engagé). Engager, prévoir, organiser des temps de rencontres de CS en dehors de l'hôpital permet leur reconnaissance ; cela peut montrer qu'on leur porte une attention particulière et ainsi contribuer à la Qualité de Vie au Travail⁶².

La place de la confiance est unanimement reconnue dans la manière de manager de part et d'autre chez les DS. Elle a déjà été citée plusieurs fois au décours des entretiens, lorsqu'il est question des valeurs soignantes mais également du management éthique. C'est un principe absolu qui se gagne mais qui peut être retiré quand cela ne fonctionne pas, quand il y a de la malhonnêteté que ce soit dans les propos ou bien le comportement. La confiance permet la liberté de paroles, la remise en question, la confrontation des idées. Cela implique de la loyauté de la part des acteurs, valeur qui est, très souvent, mise en parallèle.

B) Le point de vue des Cadres Paramédicaux de Pôles

Du point de vue des CPP, les DS ont un management de proximité vis-à-vis d'eux ; mais il est plus distancié auprès des CS. Le mode de fonctionnement et de collaboration permet *« une réactivité sans intermédiaire entre DS et CPP et ainsi, parfois une prise de décisions stratégiques ensemble »* précise un CPP du CHI (A). Le management est basé sur l'expression des différents acteurs grâce à une relation honnête et loyale et basée sur la confiance. Le reporting par différents canaux de communication (téléphone, mails, SMS, messages.....) est attendu par les deux parties et contribue à la fluidité dans la manière de manager.

Le management exercé par les DS auprès des CPP est caractérisé comme participatif au sens de Blake et Mouton. C'est-à-dire qu'il y a des propositions de part et d'autre, des discussions autour des points positifs et négatifs en collégialité. Mais, il y a toujours un arbitrage du DS et une décision finale qui lui revient. D'où, parfois, un sentiment de management directif. À ce titre, une distinction est faite entre le management du CGS et le DS. La façon de diriger du CGS apparaît plus « directif » sans pour autant être

⁶² La QVT désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent à la fois l'amélioration des conditions de travail et la performance globale des entreprises d'autant plus grande que les organisations se transforment. Définition de la QVT de l'Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013.

« répressif ». Les CPP interrogés expliquent que cela est lié à la fonction stratégique du CGS qui doit suivre la politique et la stratégie de l'établissement. Nous avons pu observer ce positionnement et cette posture lors d'une Commission de Soins infirmiers, de Rééducation et Médico Technique (CSIRMT) ou lors d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Cette position politique et stratégique du CGS apparaît également au travers du projet de soins dans lequel sont déclinées les missions du CGS et du DS. La fonction de CGS implique plus de distance et moins de proximité sans pour autant diminuer la qualité des relations. Le DS adjoint « pallie » à cette « distance » en étant plus disponible d'où une complémentarité de leurs fonction et missions respectives.

Tous les CPP considèrent que les missions sont bien définies ainsi que les responsabilités. Les objectifs et les résultats à atteindre sont précis ; ils sont argumentés et fixés en regard du projet de soins et du projet d'établissement. Pour eux, les missions sont claires et font référence à la fiche de poste ou à la fiche de répertoire des métiers que ce soit dans la gestion du pôle ou dans les missions transversales confiées par la DS. Sont cités l'encadrement des CS, l'application des règles, l'aspect législatif, la sécurité, la qualité, la responsabilité du personnel.... L'aspect financier est abordé mais les CPP ne se sentent pas impliqués en tant qu'acteur. Certains souhaiteraient être plus associés à la dimension financière. Leurs projets s'en trouveraient peut-être modifiés.

A l'unanimité, est pointée une autonomie fonctionnelle pour réaliser leurs missions. Ils se sentent écoutés, ils trouvent avoir une marge de manœuvre et du pouvoir pour exercer leur fonction. Avec toujours cette notion de reporting, de rendre compte pour savoir s'ils sont sur la bonne voie, s'ils ont besoin d'aide ou de conseils pour poursuivre leurs missions, faire évoluer le projet ; et ainsi avoir l'approbation et la validation du DS.

Les CPP reconnaissent que la DS est garante de la politique de soins et de la mise en œuvre du projet de soins.

Un CPP du CHI (A) indique « *Je ne suis pas dans le brouillard, je connais mon rôle, mes limites, je sais quand je dois m'arrêter, quand cela ne relève plus de mes compétences.* » Elle complète en disant « *Cela donne une ligne de conduite, on ne fait pas notre petit bonhomme de chemin tout seul ; quand on monte un projet, on voit toujours si c'est en lien avec le projet institutionnel* ».

Le bilan d'activités de pôle réalisé par les CPP dans certains établissements est cité comme étant un outil qui permet de formaliser les objectifs posés, comme une aide grâce à une trame institutionnelle.

En très grande majorité, les enjeux, l'utilité d'une action ou d'une décision prise par la DS sont expliqués au préalable ou a posteriori. S'il y a incompréhension de la part des CPP, il

Il y a toujours la possibilité d'en discuter, d'exprimer les incompréhensions, d'avoir des explications et des éclairages avec la DS. Les relations avec la DS sont transparentes, honnêtes, sans ambiguïté et permettent d'être très rarement confronté à des problématiques sans solutions. C'est important pour les CPP de pouvoir comprendre, d'avoir « les tenants et les aboutissants » pour pouvoir expliquer aux agents telle ou telle décision. « *Je dois pouvoir comprendre ce que l'on demande pour pouvoir moi, après, le transposer au niveau des équipes !* », complète un CPP du CHI (A).

L'expression de la satisfaction et de la reconnaissance du travail des CPP par le DS se fait essentiellement, de façon formelle et individuelle au cours des entretiens annuels. Elle peut parfois se faire, en réunion, à l'issue d'une mission menée avec succès ; mais c'est plus rare. Ces affirmations corroborent les propos des DS à ce sujet. Toutefois, cette reconnaissance, elle s'exprime au travers des projets qui sont confiés aux CPP, en fonction de leurs compétences, au travers des différentes missions « un peu importantes » pour l'établissement pour lesquelles ils sont sollicités. Le fait de se voir confier un projet constitue une preuve de confiance de la part du DS. Sans pour autant le formaliser par des paroles ou des écrits, tout simplement « *S'il valide ou laisse faire, c'est satisfaisant, c'est reconnu !* »

Pour conclure ce chapitre, nous souhaitons souligner une remarque d'un CPP du CDG (B) qui qualifie le management du DS « enrobant » à la place de participatif. Nous trouvons cet adjectif, certes peu professionnel ni technique mais plutôt humaniste. Le CPP l'argumente par les propos suivants : « il entend les personnes et beaucoup de choses, il essaie de donner satisfaction tout le temps, il fait confiance mais il sait donner des limites. »

Ce type de management décrit semble être en adéquation avec les valeurs soignantes qui sous-tendent le management et que nous allons analyser dans le chapitre suivant.

2.2.2 Les valeurs

A) Le point de vue des Directeurs des Soins

Les réponses chez les DS sont unanimes sur le fait que, les valeurs sur lesquelles s'appuient les soignants au travers du projet de soins, sont transposables dans le management hospitalier. Les valeurs soignantes tels la bienveillance, l'humanisme et la non-discrimination sont citées. Les valeurs sont déclinées dans le projet de soins et de fait dans le projet d'établissement, tout comme dans le projet social et/ou managérial. Il n'existe pas partout de charte de bienveillance ou de bienveillance. Quand il en existe, elle a été travaillée et élaborée en concertation avec les différents acteurs institutionnels et ensuite diffusée dans le bulletin mensuel ou avec la fiche de paie ; elle est également affichée à l'entrée des unités de soins, tout comme la charte du patient hospitalisé.

Toutefois, ces valeurs ne sont pas partagées par tous les acteurs de l'établissement et surtout du côté médical où il existe des postures peu respectueuses avec un positionnement de pouvoir. Cela amène le DS à intervenir quand il y a déviance dans le savoir être de certains médecins en particulier. Ce positionnement éthique du DS est apprécié de la part des CS et avait déjà été mentionné lors des entretiens avec les CPP.

Dans le cas du centre de Réadaptation, établissement privé à but non lucratif qui, auparavant, était une communauté religieuse, les valeurs sont fortement ancrées dans la culture et l'histoire de l'établissement. Il continue à prôner les valeurs d'écoute, de compréhension de la personne dans son entier qui « rejaillissent » sur le personnel. De plus, les cadres et médecins ont bénéficié d'une formation commune au management basée sur l'éthique et la bientraitance dans les pratiques managériales. L'objectif réussi a été d'acquérir des outils de management mais principalement de recevoir et d'avoir un langage commun et permettre une cohésion entre des acteurs qui ont parfois des logiques différentes. Nous avons pu le constater en nous rendant dans cet établissement. Nous avons pu rencontrer dans le cadre d'un autre travail mené à l'EHESP la directrice de l'établissement, un médecin et un professionnel paramédical. Leur discours et leur façon d'être concordent avec la philosophie diffusée dans l'établissement. Les attitudes, les mots utilisés sont en adéquation avec les valeurs prônées par le centre. (Politesse, empathie, questionnement, réflexivité, accompagnés de bienveillance)

À cet effet, une DS de CHU (B) appuie les propos précédents. Elle met en avant des postures et des manières d'être ou de parler primordiales pour la gestion des ressources humaines que sont la simplicité (« *rester simple et s'adresser aux autres avec simplicité* »), la chaleur, l'accueil, l'attention à l'autre, la proximité, la disponibilité, l'engagement (attendu de part et d'autre), la transparence et la loyauté.

B) Le point de vue des Cadres Paramédicaux de Pôles

Toutes ces valeurs humaines sont reprises par les CPP dans leurs affirmations. On y retrouve la confiance, la loyauté vis-à-vis de l'institution et de l'esprit de l'institution, le respect de la personne, l'humanité, l'écoute et la bienveillance, le respect mutuel, l'honnêteté professionnelle, la bientraitance, l'authenticité, l'empathie, le souci de l'autre avec ses forces et ses faiblesses.

Ces valeurs sont définies en regard du projet de soins et se réfèrent la plupart du temps au projet de soins, autour principalement du respect et de la dignité du patient ou de la personne âgée qui est au centre. « *Tout tourne autour du patient !* », précise un CPP du CDG (B).

Concernant la bienveillance tout comme l'humanité, il s'agit de considérer la personne, prendre en compte son avis, d'écouter son point de vue, son ressenti, de ne pas mettre la personne en difficultés mais également de ne pas mettre en difficultés l'institution, d'être en adéquation avec l'organisation générale de l'établissement. La DS essaie pour chaque situation compliquée ou complexe de trouver une solution la meilleure possible pour l'agent concerné tout en répondant aux attentes de l'établissement. « *Ce n'est jamais au détriment de l'institution tout comme jamais au détriment de l'humain* ».

Il nous paraît intéressant, à ce stade de l'analyse, de partager quelques définitions choisies par certains CPP, en regard de ce que nous dit une CPP de CHU (B).

« *Je pense que l'on est dans l'éthique de la considération telle que la décrit Corinne Pelluchon dans son dernier ouvrage* »⁶³

Pour elle, la considération va au-delà du respect ; « *dans le respect on est plus dans quelque chose de politesse de courtoisie alors que dans la considération, on est dans un niveau au-dessus.* » C'est la reconnaissance de l'autre dans ce qu'il a à dire. Il s'agit de reconnaître l'autre dans la fonction occupée, dans les valeurs qu'il porte, que ce soit la DS tout comme l'ASH. « *Et dans ce sens, la hiérarchie me semble importante* ». Tout en restant proche des équipes et en respectant la fonction de chacun.

L'empathie, c'est encore autre chose que la considération, « *c'est l'attention portée à l'autre à un moment donné quand il est en difficultés* ».

Concernant, l'authenticité, c'est « *l'absence de langue de bois* », « *c'est dire les choses même si, parfois, ça peut être difficile à entendre ; c'est prendre une décision qui n'est pas en lien avec ce que l'on aurait souhaité, mais qui, en même temps, appartient au DS ou au N+1* » « *mais toujours avec cette volonté d'associer les points de vue, d'échanger, d'écouter et de délibérer ensemble sur un projet pour être partie prenante.* »

Nous observons une cohérence et une unanimité dans les réponses des CPP avec celles des DS au sujet de l'affichage des valeurs dans le projet de soins ou le projet d'établissement ou bien encore dans une charte ou un projet de charte managériale. Car, ils évoquent tous l'écart entre le discours et les actes qui sont, parfois totalement en opposition ; et ce, tout particulièrement avec le corps médical. Ce qui entraîne parfois une « *grosse souffrance chez les CPP et les CS* » d'où le rôle primordial de la DS qui soutient, défend et véhiculent les valeurs soutenues par les équipes d'encadrement paramédical. D'où l'importance d'avoir une DS qui défende les valeurs de respect, qui soit dans un management bienveillant pour recadrer les dérives ou les déviations de certains acteurs institutionnels. La notion d'exemplarité de la DS et des autres directions est mise en

⁶³ PELLUCHON C, *Éthique de la considération*, édition du Seuil, Paris, 2018.

avant, tout comme la nécessité d'une certaine cohésion entre les membres de la direction.

Toutefois, les intentions de chacun d'être respectueux, loyal, honnête, authentique, empathique ne sont pas remises en question ; ce qui est remis en cause, ce sont les faits, les actions réelles, la façon de se comporter, de dire les choses. Tout comme les DS et les CPP interviewés, nous exprimons notre interrogation et notre scepticisme sur les « belles chartes managériales qui affichent haut et fort des valeurs mais qui, au quotidien, ne sont pas véhiculées voire même totalement bafouées. » Ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elles ne doivent pas exister. Car elles peuvent être un point de repère ou une référence pour faire vivre un projet d'établissement.

La diffusion, la communication et l'explication des grands axes du projet de soins sont également questionnées. Il semble y avoir une connaissance partielle voire inexistante du projet d'établissement ou du projet de soins, et donc une non appropriation des valeurs qui, pourtant, sont travaillées en groupes de travail institutionnels.

L'analyse des thèmes du management et des valeurs nous permettent de poursuivre sur le thème de l'éthique managériale, point central de notre réflexion.

2.2.3 L'éthique managériale

A) Le point de vue des Directeurs des Soins

« *L'éthique managériale est tournée vers soi, c'est sa représentation à soi de l'éthique* » nous dit le DS du centre de réadaptation (A). Cette remarque nous renvoie au concept de morale qui s'oppose au concept d'éthique. Car si la morale représente le bien, le mal, l'universel, la norme, une fonction de régulation, l'éthique, elle, renvoie au bon, au mauvais au cas particulier, à la visée ou l'intention, et à une fonction de légitimation.

« Faire preuve d'éthique managériale » ou « pratiquer un management éthique » renvoie dans chacun des entretiens à la notion d'équité, le respect de l'équité entre les agents, et la bienveillance. Ne pas porter de jugements de valeurs, tout comme, ne pas culpabiliser et faire confiance. « Faire preuve d'éthique managériale » passe aussi par le fait d'être exemplaire, c'est-à-dire porter soi-même les valeurs que l'on attend des autres.

L'éthique demande aussi de ne pas être déconnectée de la réalité. L'environnement de vie, tout comme pour les patients, doit être pris en compte et demande une participation citoyenne de la part des acteurs institutionnels de santé. Ces propos rejoignent la

définition que donne Guy Durand (1999)⁶⁴ de *l'éthique clinique qui se développe actuellement sur 3 pôles : le patient, le soignant et la société*.

Un DS fait un lien entre management de la qualité et management éthique. Il indique que « *la notion de qualité est très en lien avec l'éthique* ». L'éthique de par son questionnement permanent, sa recherche de sens des actions, la critique constructive alimente la qualité du travail en général. Sans pour autant être annoncé aussi clairement, nous retenons dans les affirmations des interviewés que la dimension Qualité du service rendu auprès des usagers mais également auprès des professionnels est primordiale ; et pour y parvenir, ils font appel à l'éthique.

Nous faisons le constat qu'il n'existe pas réellement de réflexion éthique à proprement parlé pour le management dans 3 établissements sur 4. Mais les valeurs ou les principes de base comme l'entraide ou la solidarité entre collègues CS/CPD ou bien dans l'équipe de direction existent. Des principes de base entre directeurs comme le respect, le bien-être au travail, la transparence sont posés afin de « contrer » les déviations de certains acteurs. Mais cela se fait de manière informelle, cela est acquis dans la façon dont les équipes de direction travaillent ensemble et qui portent le projet d'établissement co-construit par les nombreux acteurs institutionnels. L'étude du projet d'établissement du CHU (B) montre que les principes éthiques dans le domaine du management ne sont pas à l'ordre du jour. Les axes prioritaires restent les soins, l'enseignement, la recherche et la prévention.

De plus, la priorité et les pré requis pour mener une réflexion éthique dans le management, c'est d'avoir la confiance des équipes, de savoir comment et sur qui compter, de définir le rôle chacun dans cette réflexion. Ce projet doit être à l'initiative de la direction afin de diffuser à l'ensemble des professionnels. La direction des soins semble être la plus pertinente pour mener ce type de réflexion au sein d'un établissement de santé. Elle doit porter sur les valeurs et la confiance de façon simultanée. Le management par les valeurs et par la confiance se complètent avec cette notion de temporalité entre les 2 ; car la confiance demande du temps. Il est souligné qu'il est important d'écrire les valeurs qui sous-tendent le management avec un travail sur l'éthique qui va évoluer dans le temps.

Dans l'absolu, il ne semble pas y avoir de freins à engager une réflexion éthique dans le management. Car, comme évoqué précédemment, l'éthique semble être la base du management, le fondement, une évidence qui structure l'action. Il serait donc naturel de

⁶⁴ Durand Guy, *Introduction générale de la bioéthique : histoire, concepts et outils*. Anjou (Québec), Paris : Fides-Cerf, 1999.

faire preuve d'éthique et de pratiquer un management bienveillant chez les DS tout comme chez les CPP. Mais, l'argument avancé sont les contraintes économiques qui empêcheraient de réfléchir et de penser le management sous le prisme de l'éthique. Car l'éthique passe après les problématiques économiques. Cette question reste en suspens dans les établissements de santé en général, même si elle semble être prégnante et qu'elle pourrait améliorer l'organisation et apporter des bénéfices au fonctionnement des centres hospitaliers.

De plus, une DS exprime le fait que « ce n'est pas parce qu'il existe une charte de management que cela garantit un management bienveillant de la part de l'encadrement supérieur et de la direction. Et qu'en revanche, il y avait des établissements où ce n'était pas formalisé mais où le climat social était bon et où il y avait une relation de confiance qui contribuait à un management bienveillant ! ». Cet état de fait alimente, peut-être, que certaines directions d'hôpital ne voient pas d'intérêt à se consacrer à y réfléchir plus avant.

B) Le point de vue des Cadres Paramédicaux de Pôles

Un médecin interrogé dit que « *Dans le management, l'éthique semble être la base, le fondement, une évidence qui structure l'action.* » Néanmoins, cette question a demandé le plus de réflexion et d'hésitation pour répondre voire pour certains, une question à laquelle ils n'ont pas pu répondre. Car les 2 mots « éthique et management » ont été mis en opposition l'un vis-à-vis de l'autre par quelques-uns. L'éthique s'adressant aux soins et non au management, dans le sens où l'éthique c'est l'attention que l'on va porter à l'autre, c'est le respect, alors que dans le management, c'est diriger, c'est conduire les hommes vers un objectif précis. Alors que dans l'éthique, il n'y a pas d'objectif précis si ce n'est que le Bien de l'Autre dans un environnement Juste (Paul Ricoeur). Donc, quand on déploie une éthique managériale, on ne peut pas être dans de la production.

L'éthique managériale est principalement vue comme étant au service du patient, d'où l'importance de toujours sensibiliser les équipes soignantes à l'éthique au travers du management.

« *L'éthique managériale, c'est agir pour le bien de l'établissement mais aussi pour le bien des agents, avec comme porte d'entrée, la prise en charge du patient au travers des valeurs véhiculées par le projet de soins.* » précise un CPP du CHI (A).

Un CPP du CHI (A) également, donne la définition suivante : « *Faire preuve d'éthique managériale, c'est un management partagé, on ne peut pas agir en pensée unique, c'est un partage des compétences, de stratégies communes pour la prise en charge des patients* ». Elle poursuit : « *C'est un management participatif au travers duquel je donne*

des orientations, où l'on travaille et on réfléchit ensemble à la prise en charge commune des patients, en l'occurrence, aux urgences. ». Elle termine en disant : « *L'éthique managériale, c'est aussi respecter sa profession et donc savoir refuser une candidature de professionnel soignant par manque de compétences* ». Nous pouvons faire un lien avec les principes de Beauchamps et Childress⁶⁵ et en particulier les principes de justice et de non-malfaisance qui structurent la bioéthique contemporaine et qui servent de méthode d'analyse pratique à de nombreux comités d'éthique.

L'éthique permet un questionnement sur sa pratique managériale, sur l'organisation, ses missions en tant que CPP et CS. Plutôt que de répondre aux dysfonctionnements par des tableaux, des protocoles, des procédures..., c'est avoir le souci des personnes qui réalisent ces missions et des limites qu'elles peuvent avoir en questionnant les situations complexes.

L'éthique managériale permet de donner du sens pour le manager par rapport à des décisions voire des injonctions paradoxales et donc de donner du sens au travail pour les professionnels. « *Ça éclaire les situations, ça donne une lisibilité sur ce qui est attendu pour tout le monde, de la direction jusqu'au professionnels sur le terrain au lit du malade !* ». En référence au concept étudié en première partie, le questionnement, essence de l'éthique, prend ici toute sa place. Le principe méthodologique de l'éthique réside dans la critique, au sens du questionnement, et dans la recherche permanente du sens de nos actions ou décisions.

Comme le confirme un CPP du CGD (B), « *L'éthique managériale implique de savoir questionner et expliquer même après l'action. C'est l'importance de revenir sur une décision par exemple et l'argumenter.* »

« *L'éthique managériale, ça passe aussi par la valorisation des agents qui travaillent avec vous, c'est aussi savoir toujours rester humble.* » indique un CPP du CHU (B). La notion d'humilité, de remise en question, d'honnêteté vis-à-vis des agents, de loyauté, d'équité, de reconnaissance de ses « failles » mais aussi de savoir donner des limites sont abordés.

Néanmoins « faire preuve d'éthique managériale » ou « avoir un management éthique ayant été difficile à définir, l'intérêt et les conséquences ont également été peu développés. Même, si la nécessité de réfléchir à un management éthique ou à une éthique managériale semble indispensable à tous les acteurs interrogés afin d'avoir un langage commun. Un management éthique contribue en ayant le souci de l'Autre à créer

⁶⁵ Beauchamp Tom et Childress James, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.

une cohésion entre les acteurs ainsi que la confiance, mot répété plusieurs fois au cours des discussions. L'éthique managériale serait alors la façon dont on accompagne son équipe, la façon dont on va laisser une marge d'autonomie, dont on va reconnaître son travail. L'autonomie est également un des quatre grands principes développés par T. Beauchamps et J. Childress⁶⁶.

Pour conclure, une dernière idée à retenir d'un CPP du CHI (A) qui met en parallèle management éthique et qualité du travail et qualité de vie au travail. La dimension de plaisir au travail serait également en lien avec l'éthique managériale.

2.2.4 La performance

A) Le point de vue des Directeurs des Soins

Avant de pouvoir répondre à la question du lien entre le management éthique et la performance, les DS ont eu besoin de définir la notion de performance.

Nous y retrouvons une dimension de productivité, de plaisir au travail mais aussi le fait d'être au top dans l'exercice de ses fonctions et en regard des missions qui leur sont confiées. D'après les différents propos, il appartient au DS d'accompagner les CPP à être performants en leur permettant d'être partie prenante des projets institutionnels mais également en participant à des missions transversales et en leur permettant de suivre des formations qui les amènent à enrichir leurs compétences.

Le management par la confiance est mis en exergue pour favoriser la performance. La confiance doit être accordée pour pouvoir confier des projets aux CPP. Pour ce faire, il ne doit pas exister de suspicion, les relations doivent être saines. Un DS indique que « *il y a perte de productivité quand on n'est pas en climat de confiance* » ; il ajoute que « *la méfiance amène de la non productivité* »

Il existerait, donc un lien entre éthique et performance ; l'éthique serait un gage de performance avec un mouvement de dynamique de projet pour donner du sens et valoriser l'activité de soins. Nos recherches théoriques sur le lien entre la performance et l'éthique confirment les propos des différents acteurs interrogés.

La dimension du souci de l'autre, voire du prendre soin de l'autre est mentionnée pour permettre aux équipes d'encadrement de s'engager et donc d'être dans la performance. Un DS dit « *prendre soin, avoir le souci de l'autre c'est essentiel dans notre métier compliqué et complexe* ». La performance est également mise en lien avec la qualité au travers de la culture de l'erreur. Plus particulièrement, un DS souligne le fait que prendre soin de l'autre passe aussi, même si cela peut paraître contradictoire par le « recadrage » d'un CS en cas d'erreurs managériales. L'objectif n'étant pas de sanctionner la personne

⁶⁶ *ibid.*

mais bien de lui permettre de s'améliorer au profit de la qualité. On peut y voir, ici, la culture de l'erreur initiée au travers du management de la qualité. Mais nous pouvons aussi l'analyser en termes d'équité et de justice managériales.

La performance passe aussi par l'autonomie et la marge de manœuvre laissées aux CPP. Elles sont d'ailleurs attendues dans la gestion de leurs missions au sein de leurs pôles en particulier. Mais les DS trouvent cette autonomie toute relative dans la mesure des contraintes réglementaires existantes dans les établissements ; de par les procédures institutionnelles, les règles à respecter et le reporting. Cela pourrait être un frein à la performance. Toutefois, si nous faisons le parallèle avec les entretiens auprès des CPP sur cette question de l'autonomie, ils se disent être autonomes dans leur fonction et leurs missions et sont tout à fait conscients et en accord avec le reporting et les règles institutionnelles imposées. Car tout cela leur est expliqué, argumenté, justifié et ne s'oppose pas à la performance.

B) Le point de vue des Cadres Paramédicaux de Pôles

« La performance, c'est réussir à remplir ses missions, à atteindre ses objectifs tout en se remettant en question constamment. » En citant la remise en question, cette définition d'un CPP du CHI (A) renvoie au concept d'éthique. Un autre CPP dit *« Un cadre performant, c'est être dynamique, réactif, disponible, faire un retour et surtout savoir prendre le temps pour faire ce retour. »* *« C'est savoir gérer son temps, déléguer, être très organisé, savoir prendre du recul, ne pas avoir peur de dire non, de s'opposer en particulier aux médecins ! »*

La performance demande donc des conditions indispensables. Elle se base et implique l'écoute, la communication, la connaissance du terrain, le compagnonnage, l'autonomie tout en mettant un cadre, le travail en équipe, les partages d'expériences, les échanges, le lien de confiance, la remise en question. Les valeurs de confiance, d'écoute, l'autonomie rentrent donc en ligne de compte pour être performant. Un CSS fait remarquer : *« Bien connaître les agents avec qui l'on travaille, c'est primordial afin de les faire évoluer et ainsi ne pas être « maltraitant » en les laissant « végéter pendant 25 ans dans le même service, à un même poste ! »*. Nous mettons ici en évidence le souci pour les CPP de faire évoluer les professionnels de santé afin de les rendre performants mais également d'être bien traitants.

Est soulignée 2 fois, l'importance pour le CPP afin d'être performant, d'être en « osmose » avec le chef de pôle, tout comme le CS avec le chef de service. Un travail en partenariat est plus productif et performant mais nécessite un lien de confiance très, très important. Travailler ensemble participe à la performance car permet d'aborder tous les

aspects pour mener à bien des projets. La crédibilité et la légitimité vis-à-vis des DS s'en trouvent alors améliorées.

L'adéquation entre l'atteinte des objectifs et la performance amène certains CPP à aborder les entretiens d'évaluation. Ils souhaitent différencier le temps de l'évaluation du temps d'échange informel sur le terrain qui est tout aussi important et qui permet de communiquer sa reconnaissance aux CS. La reconnaissance participerait aussi à la performance.

Un CPP fait remarquer : « *Bien connaître les agents avec qui l'on travaille, c'est primordial afin de les faire évoluer et ainsi ne pas être « maltraitant » en les laissant « végéter pendant 25 ans dans le même service, à un même poste ! ».*

Ils évoquent des outils possibles pour permettre une cohésion au sein des équipes CS et CPP en créant un collège cadre. La mise en place de réunions de réflexion sans OJ où peuvent être abordées des problématiques qui peuvent être professionnelles mais aussi d'ordre personnel. L'objectif est de mutualiser et permettre un accompagnement les uns vis à vis des autres. Les différents acteurs sont ressources entre eux, il y a du lien et ils sont sur une même dynamique. Des temps de rencontre DG/DS/CS sont également mis en avant comme conditions requises à la performance et comme temps de reconnaissance du travail des CS.

En guise de conclusion de la deuxième partie,

Tout comme la première partie théorique permet de conceptualiser notre problématique, l'analyse des entretiens permet d'éclairer et de comprendre les questions qui en découlent. Pour rappel, notre problématique est :

- **En quoi l'éthique managériale du DS au travers d'un management par les valeurs et par la confiance influe sur la performance des cadres paramédicaux ? »**

Nous avons pu au travers des propos des DS et des CPP expliquer et argumenter :

- En quoi le management par les valeurs de la part du DS permet de (re)donner du sens au soin ?
- En quoi le management par la confiance participe à la performance des cadres paramédicaux ?

Les arguments des acteurs en présence contribuent à étayer la nécessité d'une réflexion éthique dans le management des équipes d'encadrement. La mise en lumière d'une

démarche éthique managériale au service de la performance des CS semble souhaitable au bénéfice d'une qualité de travail mais également de la qualité de vie au travail.

Les différentes discussions avec les DS et les CPP autour des valeurs, du management éthique et de la performance constituent des bases de réflexion pour nos préconisations à venir. Nos observations lors de réunions institutionnelles ou lors de rencontres informelles ainsi que l'étude des projets d'établissement et les projets de soins, nous confirment la nécessité de décliner et de formaliser les principes humanistes sur lesquels ils s'appuient. En effet, cela permet de s'y référer en cas de dérives ou de dysfonctionnements. Nous soulignons que le fait d'avoir mené une réflexion approfondie sur l'éthique (établissements de type (A)) engendre des conduites et des comportements visibles et en adéquation avec la philosophie mise en avant. En effet, cela se traduit par des paroles chaleureuses, des entretiens respectueux ou des réunions bienveillantes. Ce n'est pour autant que nous ne faisons pas ce constat dans l'autre type d'établissement (B). Car, le croisement du discours des DS et des CPP fait émerger des valeurs communes, le respect d'une éthique dans l'établissement. Néanmoins, elle semble moins incarnée et alignée dans les actes.

Les éléments apportés par les uns ou les autres sont riches d'enseignement aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel. A ce titre, nous pouvons prendre appui sur des notions souvent évoquées par nos interlocuteurs mais, qui, par choix de notre part, n'ont pas fait l'objet de recherche théorique et conceptuelle. Il s'agit de réfléchir à la notion de loyauté, de théorie des parties prenantes en lien avec le management éthique et la performance mais aussi mettre en parallèle qualité et éthique. Placer la qualité et l'éthique au centre de chacune de nos réflexions et chacun de nos projets semble être un enjeu majeur.

Les différents enseignements des entretiens invitent à nous projeter dans notre prise de poste de directrice des soins avec une éthique managériale renforcée. Tout l'enjeu va résider à envisager les contributions à notre niveau, qui vont suivre, avec pragmatisme et objectivité.

3 CONTRIBUTION DU DIRECTEUR DES SOINS

3.1 Appréhender le contexte sanitaire et médico-social

La prise en compte du contexte est primordiale avant d'apporter toute contribution à notre niveau. Il s'agit pour nous Directeur des Soins de réaliser un « diagnostic » de l'établissement mais également un « autodiagnostic ». L'autodiagnostic va constituer à poser et à se poser, entre autres les questions suivantes :

- Existe-t-il un code, une charte éthique dans l'établissement ?
- Ou tout du moins, la dimension éthique est-elle formalisée dans le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins ou bien encore le projet social ou managérial ?
- Mon management est-il exemplaire en regard des valeurs incarnées ?
- Les références à l'éthique sont-elles uniques ou hétérogènes dans l'institution ? et quelles explications donner si ce n'est pas le cas ?
- Les valeurs affichées sont-elles incarnées à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement et dans tous les lieux ? Si non, y-a-t-il possibilité de faire des rappels auprès des acteurs et comment ?
- Existe-t-il un lieu ou un moyen de faire remonter librement et sans crainte un manquement à l'éthique au niveau de toutes les strates de l'organisation ?

Ces différents diagnostics établis ont pour objectif, par la suite, de trouver un consensus vis-à-vis des valeurs affichées et incarnées et de pouvoir mettre en exergue des enjeux stratégiques forts en matière d'éthique au sein de l'équipe de direction.

Les bénéfices d'une politique managériale proactive en matière d'éthique sont également à mettre en avant. Nous pensons que les enjeux et les leviers de la performance managériale y sont liés. Il s'agit de fédérer les équipes autour des valeurs et de l'éthique de l'établissement, de créer les conditions pour une innovation managériale et sociale, de participer à l'émergence ou au maintien d'un climat social/humaniste/éthique positif, de développer la confiance individuelle et collective. Tout ceci afin de donner du sens au travail, de prévenir les risques psycho-sociaux au bénéfice de la qualité du travail et de la qualité de vie au travail des équipes d'encadrement et par extension des professionnels de santé de terrain.

3.2 Une gouvernance définie autour d'une réflexion éthique

3.2.1 Des préalables à une démarche éthique légitime

- La définition des valeurs devra se faire de manière collaborative, dans une démarche de co-construction qui permet la reconnaissance, voire l'adhésion de ces valeurs.
- Elles devraient être, dans l'idéal, utilisées pour éclairer et étayer les prises de décision. Au-delà, des études, des tableaux de bord, des reportings, c'est un levier intéressant faire valoir la dimension humaine de l'établissement.
- Elles doivent être « mises en musique », diffuser et irriguer l'organisation en interne, bien entendu, mais vis-à-vis de l'extérieur.
- Elles doivent faire partie des points abordés avec les collaborateurs dès leur arrivée.
- L'exemplarité du top management aussi bien dans le discours que dans la pratique reste un point d'ancrage pour le déploiement de la réflexion éthique à tous les niveaux de l'hôpital.
- La charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la FPH⁶⁷ nous semble un bon outil de travail pour échanger en équipe de direction.

3.2.2 Une démarche éthique impulsée et portée par le Top management

Si, à l'hôpital, la Direction des Soins semble de prime abord être la plus légitime pour assumer et assurer la démarche éthique, ce choix se discute. Car il peut présenter quelques limites. Il peut y avoir confusion en termes de problématiques éthiques. À savoir s'agit-il de problématiques faisant appel à l'éthique clinique ou bien à l'éthique managériale ou bien encore à l'éthique organisationnelle. Toutefois, la DS est, à notre avis, un acteur clé pour la mise en œuvre de la démarche éthique. En collaboration avec la DRH en premier lieu, le DS va impulser et porter la culture éthique de l'établissement. Ils ont pour mission d'appréhender le déploiement en interne des formations, des sensibilisations ou d'autres dynamiques au regard de la réflexion éthique à diffuser dans l'établissement. Ces directions sont aussi garantes des manquements à l'éthique par des sanctions à l'aide d'entretiens dits de « recadrage » mais que nous préférons appeler entretien de « progression » en référence à la culture de l'erreur positive en regard du management de la qualité.

Clef de voûte de la politique et de la stratégie de l'hôpital, le conseil de surveillance, entre autres, a comme responsabilité d'assurer le suivi et le contrôle de la gestion des risques en regard des prises en charges des usagers mais aussi juridiques, financiers mais aussi

⁶⁷ Ministère des solidarités et de la santé, Centre National de Gestion, septembre 2017, Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière.

d'image et de réputation. Le conseil de surveillance d'un point de vue pratique mais aussi idéologique est le gardien naturel et incontournable des valeurs éthiques de l'établissement. Par extension, les autres instances (CTE, CME, CSIRMT...) doivent également tenir ce rôle. La démarche et l'engagement éthiques des acteurs institutionnels devront apparaître et transparaître au travers du projet d'établissement.

3.2.3 Une formation commune en management pour les équipes d'encadrement paramédicales et médicales

La mise en place d'une formation en management incarné par des valeurs où la culture éthique prend tout son sens nous semble essentielle. Elle rassemblera les équipes de direction, les équipes d'encadrement paramédicales et les équipes médicales. Il s'agit dans un premier temps de dialoguer et incarner les valeurs afin de posséder un langage commun en matière de management. La finalité est de former les acteurs décideurs à prendre soin du travail. Autour de valeurs partagées telles que la confiance, l'équité, l'autonomie, les objectifs sont de :

- Réhabiliter la reconnaissance de chacun dans ses missions
- Agir sur les individus et sur l'équipe
- Découvrir les potentiels et les réserves d'ingéniosité
- Développer la co-élaboration
- Favoriser l'interdisciplinarité

Plutôt qu'une formation formelle, une sensibilisation par des cas pratiques permet aux acteurs institutionnels de rentrer dans la thématique d'une manière proche de leur quotidien. La dimension opérationnelle sous la forme d'un atelier contribue aux échanges et apprécie les différentes positions managériales des acteurs intéressés. Cela permet de développer de l'intelligence collective autour d'une problématique d'éthique managériale. Tout comme, cela renforce l'appropriation de valeurs et de pratiques managériales éthiques, améliore la coopération et développe un leadership éthique.

Ces temps formels sont aussi le moyen de mettre en exergue la perception des personnes travaillant dans et pour la même organisation, de la culture éthique mais aussi leur engagement. C'est l'occasion d'identifier les points sur lesquels il est important de dynamiser la démarche, la communication... Cela représente un réel engagement de l'établissement qui démontre l'importance accordée au sujet et la façon dont il souhaite que chaque acteur l'intègre dans sa fonction. Il est souhaitable, et sans aucun doute, de co-élaborer ce projet avec la communauté médicale en la personne du PCME.

3.3 Un management éthique du Directeur des Soins au bénéfice de l'équipe d'encadrement

Le rôle de l'encadrement supérieur et de proximité est fondamental dans le processus d'élaboration de la stratégie. Il n'est pas limité à la mise en œuvre. Il est le traducteur de la stratégie. L'enjeu du Directeur des Soins est donc de rendre lisible sa stratégie managériale éthique. Il nous importe d'accorder une place aux Hommes qui forment l'organisation en tant que ressource stratégique majeure. Nos orientations sont d'accompagner les équipes d'encadrement à participer aux projets, de préciser la complexité et l'intensité du travail, d'identifier les exigences émotionnelles, les rapports humains et sociaux, les dilemmes éthiques tout comme les conflits de valeurs. Sur la base d'un management de proximité, de confiance, de reconnaissance du travail nous avons l'intention d'accompagner tout professionnel en difficulté, et ainsi d'accompagner le développement des compétences et l'émergence de talents. L'anticipation et la prise en compte de l'impact social et humain des changements doivent faire l'objet d'un plan de communication et d'échanges de ces réorganisations internes. Cette philosophie partagée doit permettre d'envisager un futur pour un meilleur équilibre entre éthique et performance.

La traduction de la stratégie managériale éthique du Directeur des Soins est envisagée par les quelques pistes opérationnelles suivantes plus ou moins innovantes.

3.3.1 Fédérer autour de valeurs communes

Cela présuppose qu'il vaut mieux peu de valeurs mais une bonne incarnation. Il est primordial également, au-delà de l'affichage, de donner aux valeurs un rôle « opérationnel » dans l'institution et donc aligner les paroles et les actes.

L'expression des valeurs doivent être source de bénéfice pour l'établissement et lui permettre de :

- Fédérer tous les acteurs, quels qu'ils soient, autour d'un sens commun
- Faciliter le changement (réorganisation, restructuration, nouvelle stratégie, nouvelle gouvernance...)
- Animer une équipe au quotidien (engagement, appartenance, attractivité)
- Introduire de la simplicité, de l'authenticité, de l'honnêteté, de la justice face à la complexité des modes d'organisation (cloisonnement fonctionnel, organigramme matriciel, double rattachement hiérarchique...)

La définition des valeurs se fait idéalement au sein même de l'hôpital. Elles peuvent être déterminées et sélectionnées ou bien par la direction, un groupe de travail ou encore par

tous les professionnels de santé de l'établissement. Dans la mesure où elles satisfont aux critères indiqués en première partie du mémoire (adéquation, accessibilité, alignement, application concrète) les valeurs doivent être respectées sans trop de digression ou d'incohérence.

Même si la vraie valeur dans le domaine de la santé reste l'innovation technologique au service des usagers, ceux-ci, tout comme les soignants sont sensibles à la valeur humaine qui se dégage d'un hôpital.

L'idée est de pouvoir réunir des acteurs institutionnels afin d'initier une réflexion sur les valeurs et le sentiment d'appartenance à un établissement hospitalier. Les objectifs de ce groupe de travail sont d'identifier et de promouvoir les valeurs communes au personnel de l'établissement et de faire émerger une « culture d'entreprise » pour l'ensemble des collaborateurs, quel que soit leur métier, leur grade, leur niveau de responsabilité. Une culture qui accorde au sens, à l'engagement et à l'éthique une place centrale, au-delà d'une simple politique RSE. Nous pensons que l'ancrage de ce groupe de travail peut prendre appui sur les valeurs et les missions du service public hospitalier. De plus, l'organisation de temps d'échanges autour de ces thématiques en dehors de ce groupe (réunions cadres, réunions de service) est à privilégier également. Le dialogue, les échanges doivent venir enrichir le débat autour des valeurs et du sentiment d'appartenance. La production finale type charte éthique, manifeste ou code éthique est à définir en fonction des avancées de la réflexion. L'édition de principes de fonctionnement fondés sur des valeurs travaillées et partagées par une grande majorité de professionnels peut constituer un socle de référence au bénéfice de la qualité du travail.

3.3.2 Développer l'intelligence collective

Outre la mise en œuvre de formation qui regroupe des acteurs aux logiques parfois opposées, la découverte des métiers des uns des autres encourage à mieux se comprendre et à favoriser l'esprit d'équipe.

Les temps d'échanges informels sont tout aussi importants pour les cadres. Ils peuvent également prendre la forme d'analyse de pratiques managériales. Cela participe à développer l'intelligence collective. Nous devons nous attacher à promouvoir des espaces de débat et de mise en contradiction des points de vue. Cette option vise à venir questionner et argumenter les choix du moment. Tout comme les situations cliniques sont débattues en réunions, en comités...les situations managériales méritent de l'être également. À un niveau local, cela nous semble peu probable voire inadapté. Mais concevoir des espaces à la dimension régionale pour examiner des situations de façon plus neutre et distanciée nous paraît plus pertinent.

Au-delà de valoriser les compétences des équipes d'encadrement, il est primordial, dans une dimension éthique du management d'optimiser les talents, de faire grandir les

potentiels. Cela passe par une démarche d'initiation permanente de l'autre à la connaissance de soi et de son environnement, par la relation, le partage d'expériences, le développement d'actions intelligentes, la préservation du sens de l'action et la valeur de l'accompagnement soignant. Le changement de paradigme dans les prises en charge des patients invite le top management et le management de proximité à s'inscrire dans de nouvelles logiques. Les analyses de pratiques managériales offrent à l'encadrement la possibilité de comprendre les changements augurés dans le domaine sanitaire et médico-social. Elles permettent la montée en compétences indispensables et nécessaires aux nouveaux processus de prises en charge dont la maîtrise de la dimension médico-économique. L'évolution voire la révolution du champ d'intervention des cadres de santé les amène à passer d'une logique de service à une logique de projet mais aussi d'une logique de territoire à une logique de trajectoire. Le positionnement de l'encadrement à l'interface, centré sur l'accompagnement des professionnels est l'occasion d'impulser une dynamique de régulation du travail au travers de la question de la pertinence des soins et des organisations.

Le management éthique du Directeur des Soins que nous souhaitons faire vivre doit aussi passer par une professionnalisation des entretiens d'évaluation.

3.3.3 Professionnaliser les entretiens d'évaluation

Si l'on fait le lien entre éthique et performance, l'entretien annuel qui, en première intention, évalue l'atteinte des objectifs, doit prendre en compte la dimension éthique de la pratique managériale. Ainsi, il s'agit pour le directeur des soins de considérer les qualités humaines en qualité de savoir être attendu au même titre que les objectifs et les résultats chiffrés. L'évaluation ne doit pas être l'objectif en soi. Au-delà, l'enjeu est double. Il doit permettre, d'une part, cette considération, telle que la préconise Corinne Pelluchon⁶⁸, comme un levier de bien-être au travail pour les collaborateurs évalués ; et d'autre part, il doit marquer, au travers de la direction des soins, l'importance que l'hôpital accorde aux valeurs et à l'éthique et donc par extension, au sens de la performance.

Faire le point lors de l'entretien sur les qualités relationnelles, la manière dont l'éthique a été abordée et la confiance cultivée avec l'équipe durant l'année (mise en œuvre de projets collégiaux, rencontres formelles et informelles entre membres des équipes...).

Il est, également, intéressant de poser des questions sur les dilemmes éthiques rencontrés et les solutions mises en place. Il s'agit pour le Directeur des Soins de faire évoluer les activités des cadres de santé d'une gestion de Ressources Humaines au pilotage du parcours patient. En cas de difficultés persistantes, il appartient au Directeur

⁶⁸ Ministère des solidarités et de la santé, Centre National de Gestion, septembre 2017, Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière.

des Soins d'identifier les besoins en formation en matière d'éthique, de coaching pour accompagner les équipes d'encadrement au regard de la réalité de terrain.

3.3.4 Conduire une politique de confiance pour donner du sens

Cela implique de la part du Directeur des Soins de considérer l'être avant le faire et le savoir. En s'appuyant sur un système de valeurs, des missions bien définies et reconnues dans l'institution, des outils, des méthodes et des démarches mis à sa disposition, le DS incite les cadres de santé à plus d'autonomie et d'inventivité. Les leviers pour mener une politique de confiance consiste, en premier lieu, à créer des conditions favorables au contenu et à l'organisation du travail. Introduire de la confiance c'est reconnaître l'excellence telle que définie en première partie du mémoire en tant que performance agile. C'est aussi rendre autonome l'encadrement supérieur, créer du lien entre les équipes, favoriser l'accomplissement et mesurer la croissance. La communication et le partage de l'information sont vecteurs d'une mise en confiance entre les parties prenantes. Un dernier point important et assez peu développé, c'est de ne pas hésiter à montrer sa vulnérabilité. Il s'agit de développer l'intelligence émotionnelle de part et d'autre. Cela s'avère nécessaire au vu du développement de l'intelligence artificielle, entre autres et ainsi de permettre de retrouver du sens au travail. Certaines entreprises, face aux enjeux posés par l'intelligence artificielle ont décidé de faire appel à un philosophe. Sa tâche consiste à la fois de définir les valeurs qui fondent la société mais aussi de réfléchir aux questions éthiques posées par l'intelligence artificielle. L'innovation technologique dans le domaine de la santé demande donc, aux dirigeants des établissements de santé d'être pro actifs sur cette question et plus exactement sur cette remise en question des pratiques. L'objectif semble se tourner vers l'ouverture à d'autres horizons tout en se recentrant sur l'humain.

3.3.5 Développer l'intelligence émotionnelle pour développer la performance

L'intelligence émotionnelle est la capacité à comprendre et à gérer ses émotions pour les mettre au service de son activité. Les compétences contribuant à l'intelligence émotionnelle sont la conscience de soi, l'autorégulation, la motivation, l'empathie et les compétences sociales. Cela représente une plus-value pour le management, le pilotage et la stratégie mis en œuvre par le DS. Quand il y a conflit ou autre problématique, nous avons tendance à vouloir résoudre le problème en donnant les raisons ou les solutions. Alors que la plupart du temps, les gens sont dans l'émotion, il faudrait travailler sur ces émotions afin de faire baisser la charge émotive. L'intelligence émotionnelle est aujourd'hui présentée comme une des clés du succès, notamment parmi les compétences managériales obligatoires. D'après certains auteurs notre niveau d'intelligence émotionnelle explique en grande partie notre performance au travail.

A titre individuel, laisser de la place aux émotions permet de mieux vivre son quotidien en améliorant la gestion du stress, la créativité, l'attention, la résolution de problèmes, l'innovation. Écouter ses émotions aide à mieux se connaître, à aligner nos valeurs et nos actes. L'intelligence émotionnelle favorise ainsi le bien-être global et la confiance en soi. Ceux qui ont une intelligence émotionnelle élevée sont mieux armés face aux transformations. Ils sont résilients et s'adaptent avec agilité.

A titre collectif, une bonne intelligence émotionnelle est aussi un atout de taille. Elle aide à entretenir des relations plus saines et sereines avec ses collègues. Ainsi, elle facilite grandement la communication, la collaboration, la cohésion, la bonne ambiance. Elle permet un environnement de travail respectueux et ouvre la porte à l'authenticité. Il s'agit néanmoins d'être dans la posture de comprendre ce que l'autre ressent. On constate souvent qu'il ne cherche pas à nous nuire, qu'il a ses propres besoins à remplir et que les tensions viennent de la contradiction entre ses besoins et les nôtres. Une bonne intelligence émotionnelle permet de se mettre dans les « chaussons » de l'autre, tout en gardant de la distance, et aide à désamorcer les tensions. Sans les éviter pour autant, elle permet de rendre les différends et débats plus constructifs. Lorsqu'on sait exprimer ses émotions de manière appropriée, on se donne plus de chances que l'autre les entende, les comprenne et les accepte. Savoir déchiffrer les émotions des autres permet aussi de capter leurs humeurs et leurs attentes et d'apprendre à choisir, par exemple, le bon moment pour faire une demande.

L'intelligence émotionnelle nous paraît plus importante que jamais à l'heure de la territorialisation et du déploiement d'équipes pluri professionnelles et interculturelles, ce qui augmente la complexité des interactions, des émotions et de leur mode d'expression.

3.4 La communication : un enjeu majeur au service du management éthique

Le contexte actuel impose la mise en œuvre des stratégies de communication. Nous devons avoir, obligatoirement, dans les établissements de santé, une approche stratégique de la communication. C'est une position de responsabilité sociétale.

Or la seule transmission n'a pas d'effet sur les comportements ; il doit y avoir communion, au sens premier du terme de communiquer et donc un partage du sens.

Il existe quatre raisons d'avoir à communiquer :

- Communication organisationnelle : donner la direction, préciser les objectifs collectifs, donner le sens ; définir et faire partager les référentiels d'action (projet d'établissement, fiches de postes...) afin de s'ajuster mutuellement.

- Communication managériale : s'assurer de la mobilisation des acteurs dans l'action, favoriser leur engagement, gérer les conflits, assurer une médiation entre acteurs. La communication managériale c'est encadrer efficacement.
- Communication institutionnelle : donner du sens, informer sur les activités, la performance, la qualité du service, rappeler les valeurs (service public, solidarité), expliquer les décisions (restructuration, fusions), rétablir la vérité, installer la confiance. Il s'agit d'instaurer un rapport entre la communication et la légitimité ; il y a alors légitimation de l'institution, de ses acteurs et de ses actions.
- Communication commerciale : promouvoir, la communication est une ressource.

La fonction communication doit être une fonction support de la politique générale des écrits et écritures professionnelles et d'appui du management.

Un des facteurs de la performance dans la communication, c'est la légitimité institutionnelle (dirigeants, médecins), charismatique (être un bon communicant) et rationnelle légale (expertise du sujet)⁶⁹. C'est être au clair avec les objectifs à atteindre, connaître le public, utiliser les ressources cognitives de l'autre, choisir les moyens de communication. La condition et la compétence indispensables à avoir c'est l'empathie.

En résumé, nous identifions quatre axes forts pour inscrire pleinement l'éthique managériale à l'hôpital :

- Un projet managérial qui pose des valeurs managériales partagées et les décline en principes de fonctionnement,
- Des « comités éthiques en management » ou bien des « espaces de pensée pour les managers ⁷⁰ » instaurant un lieu de réflexion, de partage et d'analyse des pratiques managériales et des dilemmes éthiques posés par la fonction,
- La formation et le coaching pour développer un leadership éthique.
- Une communication forte en tant que fonction support de la politique inscrite dans une démarche de réflexion éthique

⁶⁹ PARENT B, Communication stratégique, document pédagogique, formation filière Directeur des Soins, EHESP, promotion 2019.

⁷⁰ FERMON B, GRANDJEAN P (dir.), 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, édition DUNOD, Paris, 456 p.

Conclusion

Ce travail de mémoire nous a permis, grâce à des lectures et des rencontres, de progresser dans notre réflexion sur l'éthique managériale du Directeur des Soins et la performance. Notre démarche méthodologique a participé à comprendre, que la dimension relationnelle du management s'appuie sur la confiance, la loyauté et la coopération. Il existe, grâce à l'éthique, une logique de lien contractuel clair avec des règles du jeu permettant de fonder des échanges réciproques aux différents niveaux du pilotage institutionnel. L'approche du management par le prisme de l'éthique souligne que les qualités relationnelles entre collaborateurs déterminent la qualité de la relation avec l'utilisateur, d'où l'importance de l'amélioration des relations de proximité. Ce travail confirme les décisions du rapport Cordier en 2003⁷¹ sur le fait « d'insérer la réflexion éthique dans une approche globale du fonctionnement hospitalier » où il est indiqué « qu'il n'y a pas de bonne gestion dans un climat de défiance ou d'irresponsabilités réciproques. Le pari de la confiance est infiniment plus fructueux. Bien gérer, c'est savoir fixer et prendre des engagements au nom de principes fondateurs et mobilisateurs ». Il est en de même pour la stratégie « Ma santé 2022 » qui préconise de « prendre soin des professionnels ». Ce qui suppose de la part des équipes de direction hospitalière de mettre en œuvre une politique, un pilotage et une stratégie inspirés de principes éthiques.

La notion de valeurs et de confiance à laquelle s'ajoute la reconnaissance participent à donner du sens au travail et contribuent à la performance. L'inscription dans un environnement mouvant, en constante mutation, avec des enjeux forts que sont le virage ambulatoire, le développement des maladies chroniques et de la dépendance, la performance des prises en charges, l'hôpital numérique, la territorialisation et l'évolution des pratiques nous invite à considérer la réflexion éthique comme un levier dans la compréhension de ce contexte complexe.

La dimension pédagogique dans la fonction du Directeur des Soins prend alors aussi toute sa place. Il lui importe d'assurer et d'assumer ce positionnement et cette posture éthiques dans son pilotage et sa stratégie. Il s'agit donc de l'expliquer et de l'argumenter. À plus forte raison, du fait de la multiplicité des acteurs, des Groupements Hospitaliers de territoire qui complexifient les fondamentaux du management qui sont, à la fois, ressources mais aussi, sources de tension. Le recours à l'éthique peut donc être la voie à suivre pour questionner, échanger sur la fonction de Directeur en général. L'ambition éthique de l'établissement prend alors tout son sens, à toutes les strates de l'organisation.

⁷¹ CORDIER Alain, mai 2003, *Éthique et professions de santé*, Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Toutefois, contrairement à notre choix d'aborder l'éthique managériale par le biais des valeurs dans notre travail, nous prendrions l'option de l'approcher en regard du courant de « l'éthique des vertus » dont parle G. Deslandes dans son livre⁷² et déjà exprimé en première partie. Car « les vertus managériales s'intéressent en premier lieu aux traits de personnalité du manager, à ses dispositions à agir pour le bien. Le point de départ est le système de motivation du manager, ce qui le pousse à faire le bien pour lui-même et la société.⁷³ »

À ce titre, envisager le pilotage et la stratégie managériale sous l'angle de la prudence, de l'altruisme, de la justice, du courage ou bien encore de la tempérance peut nous fournir une vision innovante d'un management plus respectueux de l'éthique et de nos propres valeurs et remettre les relations humaines au cœur de nos préoccupations.

⁷² DESLANDES G, 2012, *Le management éthique*, édition DUNOD, Paris, 149 p.

⁷³ *ibid.*

Bibliographie

Ouvrages :

- ARCOS C, KEMF A, MARTINEZ É, 2010, *Éthique et management hospitalier*, sous la direction d'Édouard COUTY, éditeur DE SANTE, Paris, 87 p.
- BENOIT C, 2017, *Manager un établissement de santé*, GERESO édition Le Mans, 185 p.
- BLANCHARD K, PEALE N.V, 1988, *Éthique et Management*, Éditions d'Organisations, Paris, 144 p.
- BOITTE P, 1995, *Éthique, justice et santé, allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*, collection Catalyses, édition ARTEL-FIDES, 272 p.
- BOUDON R, 1999, *Le sens des valeurs*, édition Quadrige, PUF, Paris, 397 p.
- CASAGRANDE A (dir), 2016, *Éthique et management du soin et de l'accompagnement*, édition DUNOD, Paris, 224 p.
- CLAUDE J-F, 1998, *L'éthique au service du management*, éditions Liaisons, collection entreprises et carrières, Paris, 254 p.
- COMBALBERT L, MERY M, 2016, *Les 5 leviers de la confiance, aidez vos collaborateurs à se dépasser*, éditions Eyrolles, Paris, 205 p.
- DESAULNIERS M-P, JUTRAS F, 2016, *L'éthique professionnelle en enseignement, fondements et pratiques*, 2^{ème} édition, Presse de l'université de Québec, collection éthique, 250 p.
- DESHAIES J-L, 2017, *L'humain d'abord, Pour des professionnels bien traités et bien traitants*, Presses de l'EHESP, Rennes, 199 p.
- DESLANDES G, 2012, *Le management éthique*, édition DUNOD, Paris, 149 p.
- DUPUIS M, 2014, *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé, Ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, éditions Seli Arslan, Paris, 182 p.
- DUPUIS M, GUERBE R, HESBEEN W (coordi.), 2015, *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins, réflexions pour la pratique quotidienne*, éditions Seli Arslan, collection perspectives, Paris, 189 p.
- FERMON B, GRANDJEAN P (dir.), 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, édition DUNOD, Paris, 456 p.
- GOSSELIN E, L. DOLAN S, MORIN D, 2017, *Aspects humains des organisations, Psychologie du travail et comportement organisationnel*, éditions de la Chenelière, Montréal, 496 p.

- HESBEEN W, 1997, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Inter Éditions, Éditions Masson, Paris, 208 p.
- HESBEEN W, 2011, *Cadre de santé de proximité un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien du soin*, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 176 p.
- HEINICH N, 2017, *Des valeurs, une approche sociologique*, éditions Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, Domont, 405 p.
- HONNETH A, 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Cerf, Paris, 232 p.
- JANVIER R, 2015, *Éthique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF éditeur, Issy les Moulineaux, 127 p.
- KUTY O, 1998, *La négociation des valeurs, introduction à la sociologie*, édition De Boeck Université, Bruxelles, 384 p.
- LARAT F, CHAUVIGNE C, 2016, *Vivre les valeurs du service public, appropriations, pratiques et défis*, préface de Jean Marc SAUVE, éditions presses de l'EHESP, collection profession cadre service public, Rennes, 170 p.
- LEFEVRE M, 2013, *Dynamique de la bientraitance*, ADICE édition, Paris, 171 p.
- LEGAULT G-A, 1999, *Professionalisme et délibération éthique*, Presses de l'Université du Québec, collection éthique, Québec, 312 p.
- LENHARDT V, 1997, *Les responsables porteurs de sens, culture et pratique du coaching et du team-building*, INSEP Éditions, Paris, 302 p.
- LOUAZEL M, MOURIER A, OLLIVIER E, OLLIVIER R, 2018, *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*, édition Presses de l'EHESP, 544 p.
- MARTIN B, LENHARDT V, JARROSSON B, 1997, *Oser la confiance, Propos sur l'engagement des dirigeants*, INSEP Éditions, Paris, 165 p.
- MAZEN J-N, 2008, *La démarche d'éthique appliquée, contribution à l'étude du processus de décision*. Préface de Hélène GAUMONT PRAT, éditions Les études hospitalières, Bordeaux, collection l'école pratique des hautes études, 212 p.
- MEYER P, 1993, *L'irresponsabilité médicale*, Ed Grasset, 224 p.
- MICHALON D, ROCHE L, 1997, *L'entreprise sans la psychologie*, MAXIMA Laurent du Mesnil Éditeur, Paris, 229 p.
- MINVIEILLE E, DURAND V (coord.), 2016, *A la découverte des innovations managériales, Ce que nous enseignent les acteurs de terrain*, Presses de l'EHESP, Rennes, 151 p.
- POTVIN P, 2016, *L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience, un regard sur le transfert de connaissances*, Béliveau éditeurs, Boucherville (Québec), 274 p.
- RICOEUR P, 1990, *Soi-même comme un autre*, édition du Seuil, Paris, 432 p.

- RICOEUR P, 2005, *Parcours de la reconnaissance*, édition Gallimard, Paris, 448 p.
- SICARD D, 2006, *L'alibi éthique*, édition Plon, Paris, 237 p.
- SINGLER E, 2018, *Nudge management, comment créer du bien-être, de l'engagement et de la performance au travail avec la révolution des sciences comportementales*, édition Pearson, 328 p.
- TROSA S, BARTOLI A (coordo.), 2016, *Les paradoxes du management par le sens*, Presses de l'EHESP, 167 p.
- ZARIFIAN P, 1996, *Travail et communication, Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Presses Universitaires de France, Paris, 213 p.

Mémoires et thèses :

- BECU Sophie, 2010, *La bientraitance managériale, recherche et développement*, mémoire filière Directeur des Soins, EHESP.
- MIREMONT Marie Claude, 2014, *La dynamique « éthique du Care » nouvel enjeu pour la gouvernance, contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital*. Thèse pour l'obtention du titre de docteur en sciences de gestion, université de Pau et des pays de l'Adour.
- PAILLET Anne Séverine, 2018, *Concilier éthique et performance, un challenge managérial pour le cadre de santé*, mémoire cadre de santé, IFCS de Toulouse.

Articles :

- BREHAUX Karine, *le management éthique ?* les tribunes de la santé 2015/4 (n°49), page 77-89.
- BREHERET Jean-Pierre, *Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud*, dans *Revue Française de gestion* 2008/4 (n°184), p 13-34.
- GAUTIER L. *L'impact des chartes éthiques*, dans *Revue Française de gestion* 2000 (n°130), sept-oct. 2000, p 77-87.
- GILLIGAN Carol, *le care, éthique féminine ou éthique féministe*, dans *Multitudes* 2009/2 (n°37-38), p 76-78.
- MELCHIOR Jean-Philippe, *de l'éthique professionnelle des travailleurs sociaux* dans *infos sociales* 2011/5 (n°167) p 123-130.
- PERREIRA Brigitte, *Chartes et codes de conduites : le paradoxe éthique*, dans *Revue des sciences de gestion* 2008/2 (n°230) p 25-34.
- REYNAUD Jean-Daniel, *Pour une sociologie de la régulation sociale*, dans *Sociologie et sociétés*, volume n°23, n°2, automne 1991, p 13-26.
- ROMATET, Jean-Jacques., (2010), *Éthique et nouvelle gouvernance hospitalière*, in E. Hirsch [dir.], *Traité de bioéthique. Fondements, principes, repères*, Toulouse, Erès, Toulouse, p. 529- 543.

- ROMATET Jean-Jacques, *Éthique et spiritualité dans le management de l'hôpital*, chapitre 11
- TERRENOIR Jean Paul, *sociologie de l'éthique professionnelle, contribution à la réflexion éthique*, article Sociétés contemporaines n°7, septembre 1991, Éthique professionnelle, p 7-33.

Charte et Recommandations :

- ANESM, juin 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- ANESM, octobre 2010, *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- Ministère des solidarités et de la santé, Centre National de Gestion, septembre 2017, Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière.

Manuels et guides :

- ANAP, mars 2010, Pilotage opérationnel des pôles, manuel à l'attention de l'exécutif des pôles.
- ANAP, avril 2012, Piloter et manager les projets au sein du pôle,
- HAS, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, janvier 2005, guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissements de santé.
- HAS, avril 2013, Guide méthodologique : l'évaluation des aspects éthiques à la HAS.

Lois et textes juridiques :

- Code de la Santé Publique
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n°94-653 du 24 juillet 1994 relative au respect du corps humain
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.
- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
- Arrêté du 4 janvier 2012 relatif à la constitution, à la composition et au fonctionnement des espaces de réflexion éthique régionaux et inter-régionaux.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Rapports :

- CORDIER Alain, mai 2003, *Éthique et professions de santé*, Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- LACHMAN H, LAROSE C, PENICAUD H, fév. 2019, *Bien être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, rapport à la demande du premier ministre.
- LIBAULT Dominique, 2019, *Rapport de la concertation grand âge et autonomie*, Paris, Ministère des Solidarités et de la Santé.
- PIVETEAU Denis et CASAGRANDE Alice, 2019, *Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie*, Paris, Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

Sites internet consultés :

- cairn.info
- economie.gouv.fr
- erudit.org
- hal.archives-ouvertes.fr
- la-philosophie.com
- larousse.fr
- legifrance.fr
- persee.fr
- sietmanagement.fr

Documents pédagogiques :

- PARENT B, Communication stratégique, document pédagogique, formation filière Directeur des Soins, EHESP, promotion 2019.
- SCHWEYER F-X, Sociologie de l'organisation hospitalière, document pédagogique, formation filière Directeur des Soins, EHESP, promotion 2019.

Liste des annexes

Annexe n°1 : guide d'entretien destiné aux Directeurs des Soins

**Annexe n°2 : guide d'entretien destiné aux Cadres Paramédicaux
de Pôles**

Annexe n°1

Guide d'entretien destiné aux Directeurs des Soins

Management

Question 1 : Pensez-vous que diriger, manager les ressources humaines à l'hôpital comporte des spécificités qu'on ne retrouve pas dans la direction ou le management d'une entreprise lambda ? Si oui pourquoi ? si non pourquoi ?

Valeurs

Question 2 : Y a-t-il des valeurs sur lesquelles s'appuient l'accueil, le soin et ou l'accompagnement des personnes soignées, des familles que vous pensez transposables dans la gestion des ressources humaines ? et quelles sont-elles ?

Question 3 : Où sont-elles déclinées ? Projet d'établissement ? projet de soins ? projet social ? projet managérial ? Pensez-vous que ces valeurs soient partagées par tous les acteurs hospitaliers ?

Question 4 : Existe-t-il une réflexion sur les principes éthiques d'un management humain et durable afin que les valeurs qui en découlent soient partagées par tous les acteurs hospitaliers ? et en quoi est-ce un enjeu pour l'hôpital ?

Question 5 : Limites, freins, difficultés rencontrées pour mener une réflexion éthique dans le management ? ou au contraire leviers possibles ?

Éthique managériale

Question 6 : Un agir éthique en management c'est quoi ? ou que signifie pour vous faire preuve d'éthique managériale ?

Question 7 : Comment qualifiez-vous votre mode de management auprès des équipes de cadres ? qu'est qui est fondamental pour vous, qu'est-ce qui fait qu'on est un bon manager ?

Confiance / reconnaissance

Question 8 : Quelle est la place, ou pas, de la reconnaissance dans la manière de diriger, de manager vos cadres, vos agents votre équipe ?

Question 9 : Quelle est la place, ou pas de la confiance dans la manière de manager vos cadres, vos agents de l'équipe ?

Question 10 : Quelle est la place, ou pas, du care (dans le sens du souci de l'autre) ? principe de justice ?

Performance

Question 11 : Quelles est la place donnée à l'autonomie, marge de manœuvre, pouvoir, donnés ou attendus du cadre, de l'agent ? Comment est-il favorisé, stimulé ? par qui ?

Question 12 : Qu'est-ce qui dans votre management favorise ou contribue à la performance de votre équipe de cadres ?

Annexe n°2

Guide d'entretien destiné aux Cadres Paramédicaux de Pôles

Management

Question 1 : Quel lien ou quelle relation entretenez-vous avec le DS ?

Question 2 : Comment qualifiez-vous le type de management exercé par le DS auprès de vous, CSS ou CS ?

Valeurs

Question 3 : Pouvez-vous décliner les valeurs qui sous-tendent le management du DS ?

Question 4 : Quelles définitions donneriez-vous à ces valeurs ?

Question 5 : Pensez-vous que ces valeurs soient partagées ? si oui lesquelles et par qui ? les cadres, les soignants, les médecins, les autres directeurs ? en quoi est-ce important ou pas que ces valeurs soient partagées ?

Sens au travail / management

Question 6 : Les missions qui vous sont confiées sont-elles définies ? ainsi que vos responsabilités ?

Question 7 : Les objectifs et résultats à atteindre sont-ils précis ? sont-ils argumentés ?

Question 8 : Les enjeux et l'utilité d'une action, d'une décision prise par le DS vous sont-ils expliqués ?

Éthique managériale / confiance

Question 9 : Avez-vous le sentiment d'être autonome, d'être écouté et entendu, d'avoir une marge de manœuvre ou du pouvoir pour réaliser vos missions ?

Question 10 : Le DS vous exprime-t-il sa satisfaction, sa reconnaissance vis-à-vis de votre travail ?

Question 11 : Que signifie pour vous, *faire preuve d'éthique managériale* ? ou un agir éthique en management c'est quoi ?

Performance

Question 12 : Quel intérêt voyez-vous à mettre en œuvre un management éthique de la part du DS ? conséquences dans votre travail ? performance ? QVT ? efficacité, efficience ?

Question 13 : Quelles sont pour vous les conditions requises, préalables à la performance des cadres ?

SANDERS

Sophie

Décembre 2019

Filière Directeur des Soins
Promotion 2019 Thomas PESQUET

**L'éthique managériale du Directeur des Soins :
un enjeu de performance**

Résumé :

L'équation Éthique + Management = Performance ne va pas de soi. Or, c'est ce que nous avons voulu démontrer au travers de ce travail de mémoire. Le Directeur des Soins participe à la politique de l'établissement hospitalier au travers du projet de soins et du projet social. Il est confronté à des choix stratégiques qui, outre la responsabilité sociale de l'établissement, engagent son éthique personnelle et les valeurs. Le souci de soi, de l'autre et de l'organisation sont ainsi liés et s'inscrivent au cœur de sa responsabilité, pour un pilotage juste. Toutefois, sa stratégie doit prendre en compte un contexte sanitaire, médico-social, environnemental et humain de plus en plus complexe où la performance tient une place importante. L'éthique vient donc à la rencontre du management du Directeur des Soins au bénéfice de la performance de l'organisation et des hommes qui la structurent. L'enjeu du management éthique du Directeur des Soins par les valeurs et la confiance doit contribuer à la qualité du travail des professionnels au bénéfice de l'utilisateur.

Mots clés :

Éthique – Management – Performance – Valeurs – Stratégie - Directeur des Soins –
Projet de Soins – Projet social – Responsabilité – Pilotage – Qualité – Usager.

L'École des Hautes Études 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.