

Faculté de santé publique

Pourquoi et comment envisager une réhumanisation du management intra-hospitalier ?

Étude qualitative sur le sens du travail au sein d'une unité de soins intensifs d'un hôpital bruxellois

Mémoire réalisé par

François Philippe

Promoteur(s)

Sophie Thunus

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Pourquoi et comment envisager une réhumanisation du management intra-hospitalier ?

Étude qualitative sur le sens du travail au sein d'une unité de soins intensifs d'un hôpital bruxellois

Mémoire réalisé par

François Philippe

Promoteur(s)

Sophie Thunus

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à Madame Sophie Thunus, qui m'a accompagné tout au long de l'élaboration de ce projet de mémoire. La confiance qu'elle m'a accordé ainsi que ses précieuses recommandations m'ont permis de m'épanouir dans cette recherche tout en étant fortement soutenu.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont participés de près ou de loin à la construction de la recherche et tout particulièrement les participants aux focus groups.

Je remercie les membres du jury qui ont accordé un peu de leur temps pour la lecture, l'analyse et l'évaluation de ce travail.

Enfin, je remercie fortement les membres de ma famille, ma compagne et mes proches amis qui m'ont aidé à travers de multiples soutiens et encouragements.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction.....	8
Cadre théorique	10
Problématisation.....	10
Financiarisation de la santé	12
Pressions sur le personnel hospitalier.....	15
Management humain, une question de bon sens !.....	19
Management organisationnel, du travail idéal au travail réel	19
À la recherche de la reconnaissance	23
L'appréciation comme un processus amenant à la reconnaissance	24
Le care collectif, une pratique managériale innovante pour le secteur des soins.....	32
Méthodologie.....	35
Contextualisation de la recherche.....	35
La recherche visée	36
De la conception à la réalisation.....	36
La réalisation des focus groups	39
L'analyse des données.....	40
Résultats.....	41
Perception de sens et accomplissement.....	41
Comprendre le sens par sa déconstruction	41
L'accomplissement, un travail du quotidien	42
Reconnaissance et relation avec le management.....	43
« Reconnu par qui ? ».....	43
Les relations avec le management	45
Considération et implication dans l'institution.....	46
12 points d'attention explicites.....	47
Troisième rencontre : De la frustration à l'évaluation.....	48
« On se sent limité dans nos possibilité de se faire entendre ».....	48
Des initiatives nourries par l'espoir d'un changement	50
Discussion	53
Première partie : Pourquoi réhumaniser le management intra-hospitalier ?.....	53
L'implication et la considération dans la prise de décision.....	53
Refaçonner l'image des groupes de professionnels en y remettant l'humain	54
Le sens du travail et son entretien	55
Deuxième partie : Comment réhumaniser le management intra-hospitalier ?	56

Le processus d'appréciation.....	56
Troisième partie : Limites et recommandations	59
Limites	59
Recommandations.....	59
Conclusion	61
Bibliographie	63

Introduction

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût !

Depuis une trentaine d'année, les réformes que l'état impose au système de santé semblent progressivement contraindre les établissements de soins à développer des politiques de gestion de plus en plus entrepreneuriales. À travers cela, sous l'hégémonie du contrôle de gestion et des indispensables pratiques de rationalisations, le travail des soignants en établissement hospitalier semble parfois dénué de sens jusqu'à en perdre son humanité. Il semble alors pertinent de s'intéresser aux raisons qui ont poussé les établissements de soins à se déshumaniser au fil des années. Le *leitmotiv* de ce travail de recherche s'attache à envisager des pistes qui permettront de contrecarrer ce phénomène.

En tant que jeune praticien de l'art infirmier fraîchement diplômé, le mémorant a pu constater depuis le début de sa formation que le secteur des soins de santé était empreint d'imperfections, de contradictions et de faiblesses. Soucieux de comprendre les enjeux de la revalorisation de cette profession indispensable à notre civilisation, il s'est engagé dans son master en sciences de la santé publique à travers les options de gestion et de management. La première option lui a permis d'appréhender la complexité du système de financement hospitalier belge et la deuxième lui a donné goût au management humain aux travers des fascinants aspects qui le définissent.

Ce travail vise d'une part à comprendre ce qui explique la métamorphose des hôpitaux en entreprises et le fait que ceux-ci semblent de manière presque inévitable contraints de devoir recourir à des dérives managériales. D'autre part, il souhaite également démontrer qu'il semble y avoir une option de déconnection, envisageable, à travers l'élaboration et la mise en place d'un projet de management humain. Pour ce faire, une recherche qualitative par focus groups a été réalisée au sein d'une unité de soins intensifs dans un hôpital bruxellois. Elle a pour ambition de corroborer le contexte hospitalier exposé mais également d'envisager une pratique managériale novatrice, fondée sur des bases théoriques solides tout en incluant les préoccupations des personnes présentes sur le terrain.

Le mémoire se compose premièrement d'un cadre théorique divisé en trois parties. Il permet de clarifier le contexte de financiarisation de la santé ainsi que les conséquences qu'il peut avoir sur le management hospitalier. Nous y trouvons ensuite les fondements du management humain, exposés entre autre à travers l'interdépendance de la triple expérience du travail selon Pierre-Yves Gomez. Inspiré majoritairement de l'ouvrage de Laurent Taskin et Anne Dietrich,

cette partie théorique nous amène enfin à développer la reconnaissance des collaborateurs à travers la notion d'évaluation de la performance.

À la suite de cette première partie, l'élaboration de la méthodologie qualitative qui caractérise la collecte de données par focus groups met en lumière les différents points d'attentions qui ont permis de mener à bien cette recherche.

Par conséquent, au regard des données empiriques et des liens qui ont pu être établis avec la théorie, ce mémoire tâche de répondre à la question de recherche suivante : « Pourquoi et comment faut-il envisager la réhumanisation du management intra-hospitalier ? »

Compte tenu de la crise sanitaire actuelle qui fait poindre les failles de notre système de santé, ce projet porte aussi l'ambition d'exposer le ressenti et le vécu des professionnels de santé en vue d'y rebâtir des fondations solides à travers l'Humain.

Cadre théorique

Problématisation

D'après la fiche d'information 253 déposée par la mutualité chrétienne (Crommelynck, Degraeve, & Lefèbvre, 2013), 42% du BMF (Budget des Moyens Financiers) sont alloués au financement du service clinique, c'est-à-dire essentiellement au coût du personnel soignant. En effet le secteur non-marchand, et particulièrement les organisations hospitalières, ont comme important poste de dépense les coûts du personnel. Cette charge financière semblerait être de plus en plus dictée par une économie de ressources contribuant à la rentabilité. Ceci provoque un certain mécontentement du personnel soignant et pose question. C'est autour de cette question que nous voudrions ouvrir le débat dans ce mémoire.

« Le travail infirmier est devenu très complexe et a aussi été très touché par les nombreuses transformations organisationnelles auxquelles nous avons assistés depuis plusieurs décennies. De nombreuses analyses ont pu révéler, au cours des trois dernières décennies, l'importance des contraintes et des pressions dans le quotidien des infirmières dans la foulée des différentes réformes qui se sont succédées. Les difficultés auxquelles ont été, et sont toujours, confrontés les infirmières trouvent ainsi leur origine dans les nombreuses politiques de rationalisation qui ont vu le jour et qui ont tôt fait de contraindre les infirmières à en faire plus avec moins. En a résulté une intensification importante de leur travail. » (p.108) (Grosjean, Mayère, & Bonneville, 2018)

Les plaintes du personnel concernant les conditions de travail, la charge de travail, la reconnaissance, le financement, etc. sont fortement présentes depuis bon nombre d'années et se sont accentuées depuis le début de la crise que nous traversons actuellement. Souvent comparé à un gâteau, le budget des hôpitaux belges (BMF) se partage entre les institutions hospitalières au prorata du nombre d'admissions et de leurs durées de séjour : visées de plus en plus à la baisse en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Ceci représente alors un plus gros « turn over » des patients et nous constatons aussi une augmentation de la consommation des soins qui s'apparenterait parfois plus à une création de besoins plutôt qu'à une réponse aux besoins de la population (Mathieu B. , 2019).

De plus en plus, nous constatons que les hôpitaux sont gérés comme des entreprises. N'étant pas pour autant considérées officiellement comme telles, ces organisations du non marchand semblent pourtant subir de nombreuses conséquences du phénomène de financiarisation. Un

peu moins de la moitié des hôpitaux parvient à maintenir de justesse la tête au-dessus du rouge depuis plusieurs années, leur santé financière est fragile et préoccupante (Belfius, 2018).

Baudouin Meunier dit dans l'introduction de son ouvrage « Management public et non marchand », récemment publié :

« Qu'il est étrange que ce grand secteur d'activité – et les organisations qui le composent – soient définis de manière négative comme « non marchand ». Idéalement, on devrait les appeler « à finalité sociale » ou, mieux encore, car plus précis, « à finalité sociétale ». On respecterait ainsi leur spécificité première, qui est en même temps leur but principale, d'exercer un impact positif sur nos semblables, notre environnement, notre mode de vie ... (...) Le plus souvent, le contact médecin-patient, professeur-élève ou magistrat-justiciable s'opère avec succès (...) les problèmes surgissent généralement au niveau des organisations. Les fonctions managériales semblent moins bien assumées. Quand on considère la somme de travail et les ressources engagées dans le secteur marchand pour développer, tester et mettre sur le marché par exemple une poudre à lessiver, les moyens que nous mettons collectivement en œuvre pour évaluer et corriger notre performance dans des domaines tels que l'enseignement, la santé, l'énergie ou la mobilité apparaissent misérables. » (Meunier, 2020) (p.15)

Cette problématique de rationalisation et de financiarisation au sein des hôpitaux amène à une dégradation des conditions de travail, du sens du travail, voir même à une réification du personnel et de la patientèle (Angelé-Halgand & Garrot, 2015).

Ces multiples constats qui illustrent l'incohérence du paysage hospitalier belge amènent à une déshumanisation du secteur et des personnes qui le composent. Il semble impératif de revoir son mode de fonctionnement allant du financement, de l'allocation et de l'utilisation de ses ressources, jusqu'aux conditions même du travail qui le caractérise.

Financiarisation de la santé

Avant tout, essayons de définir le concept de financiarisation et d'expliquer globalement ce qu'il engendre. Ce terme s'avère être complexe et difficilement généralisable. Dans un compte rendu de lecture (Dallery, 2018), nous trouvons une brève explication de ce qu'est la financiarisation :

« la financiarisation désigne la place croissante prise par la finance dans le fonctionnement de nos économies. La financiarisation peut donc avoir des effets à la fois au niveau macroéconomique, mais aussi au niveau microéconomique : sous son emprise, la dynamique de la croissance et de l'emploi est modifiée, mais la gouvernance des entreprises et l'exercice concret du travail de l'entreprises le sont aussi. » (Dallery, 2018)

À la source de ce compte rendu de lecture se trouve l'étude d'Olivier Favereau, professeur émérite de sciences économiques. À travers celle-ci (Favereau, 2016) l'auteur fait la distinction entre la finance, relative aux échanges d'actifs monétaires ou financiers et l'économie réelle qui se rattache plutôt à la circulation de biens et de services. Cette distinction faite, il explique que la finance, de plus en plus étendue à travers les marchés financiers, s'est détachée petit à petit de l'économie réelle et a chamboulé l'Economie de façon générale. Il ne s'agit plus de considérer la valeur économique d'une entreprise majoritairement sur base de ce qu'elle produit mais aussi sur base des actifs qu'elle possède sur les marchés financiers. Comme l'expriment Favereau (2016) et Dallery (2018), ce changement de direction qui s'est opéré dans les années 70 a engendré une modification des entreprises, du travail, de la gouvernance et des politiques économiques mondiales.

Comme l'explique Dallery (2018) sur base de l'étude de Favereau, l'organisation de l'entreprise financiarisée a mis en place des politiques de gestion ciblant la performance et la rentabilité. Ces politiques font l'usage – souvent à outrance - de suivi d'objectifs quantitatifs liés à la performance qui impactent « l'exercice concret du travail » et Dallery y évoque une corrélation directe avec un risque grandissant de déshumanisation.

Aussi, le Sydo, une agence de conseil en pédagogies innovantes, résume adéquatement l'inversion des rôles du travail et de la finance que la financiarisation a induit, *« Avant, la finance n'était qu'un outil au service du travail, unique facteur de création de la valeur. Désormais, c'est le travail qui est au service du résultat financier promis aux actionnaires. »* (Sydo, 2012)

Par conséquent, cette nouvelle ère du capitalisme a transformé de façon systématique la tournure du monde. Sans pour autant dire que l'économie dessine les directions de nos civilisations, de nombreux aspects de nos sociétés y sont intimement liés comme par exemple l'éducation ou la santé (Fine, 2012).

Voyons désormais comment est-ce que la santé « subit » cette financiarisation.

A travers leur article « Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification ? », Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot (2015) parviennent à dépeindre la transformation des hôpitaux publics français en entreprises. Si j'ai pris le parti d'utiliser cet article, c'est parce que la situation me semble similaire en Belgique de façon générale.

En effet, depuis plusieurs années, réformes après réformes, les établissements médico-sociaux tels que les hôpitaux, subissent indirectement un phénomène de financiarisation à travers lequel un risque de déshumanisation se fait de plus en plus ressentir. Bien que toutes ces réformes soient engagées afin de garantir une meilleure efficacité du système et une augmentation de la qualité des soins apportés aux patients, ces derniers sont d'avantage apparentés à des clients ou du moins, des consommateurs de soins. Par conséquent, si le patient devient consommateur, les hôpitaux évoluent en tant que producteurs de prestation et l'Etat qui réforme en serait de fait le régulateur, en partenariat avec des conventions de prestataires médicaux, mutuelles, etc.

Si les auteurs de cet article (Angelé-Halgand & Garrot, 2015) abordent la financiarisation de la santé de façon assez franche, il nous semble important de combler leur approche par une notion déterminante, celle du « New Public Management ». Apparu dans les années 80, ce concept établirait une corrélation entre la financiarisation et l'orientation des politiques publiques en ayant pour vocation « *d'insuffler 'l'esprit d'entreprise' dans l'appareil d'Etat en introduisant des logiques de marché dans son fonctionnement* » (Pesqueux, 2006).

« Plus concrètement, (le « nouveau management public ») se caractérise par la mise en œuvre d'indicateurs d'activité, d'outils de gestion budgétaire et comptable, d'outils de mesure de coûts dans la perspective de répondre à trois logiques d'action : celle de l'efficacité socio-économique (les objectifs énoncent le bénéfice attendu de l'action de l'Etat), celle de la qualité de service (les objectifs énoncent la qualité attendue du service rendu à l'utilisateur), celle de l'efficacité de gestion ou d'efficacité (les objectifs énoncent, pour le contribuable,

l'optimisation attendue dans l'utilisation des moyens employés en rapportant les produits ou l'activité obtenus des ressources consommées). » (Pesqueux, 2006)

En cela, l'Etat pourrait en effet s'apparenter à un régulateur de l'action d'entreprise, un actionnaire au regard duquel les organisations qui en dépendent devraient justifier leur activité.

Cette financiarisation de la santé qui s'opère progressivement depuis les années 1980 a pour conséquence aujourd'hui d'avoir créé une sorte de course à la consommation de soins ou d'épisodes de soins. Chaque patient est référencé par un DRG (Diagnostic Related Groups), une nomenclature qui permet de raccorder les dimensions cliniques et économiques. Ainsi, l'activité de l'hôpital est fonction du nombre et du type de patients et permet d'obtenir des financements sur la base de l'activité (Case-mix). En parallèle à cela, les hôpitaux sont incités à réduire leur durée de séjour et augmenter les hospitalisations de jour (Dehaspe, 2020), ce qui accentue le « turnover » de la patientèle dans les institutions.

Bien que ce système soit justifié par de nombreux objectifs, il présente diverses faiblesses. Le professeur G. Durant (2015) en énumère quelques-unes :

- L'obsolescence de la nomenclature ne correspond plus au prix de revient de soins.
- Le système subit une sorte d'inflation, plus il y a d'actes et/ou de patients (pour une durée de séjour impartie), plus il y a de ressources.
- Etant donné que le financement se base sur les années précédentes, il règne une certaine incertitude sur la prévision des budgets de financements à venir.

Dans la suite des réformes, depuis 2018, le SPF propose un financement du secteur hospitalier basé sur le P4P (pay for performance). Ce système consiste à subventionner les établissements au prorata du nombre de points qu'ils auront pu accumuler, durant une période donnée, sur base d'évaluation d'une série d'indicateurs. Dans ce programme, nous retrouvons des indicateurs structurels majoritairement liés à l'accréditation, des indicateurs de résultats (à l'échelle de l'hôpital et à l'échelle nationale) et des indicateurs de processus liés à des pathologies. De façon générale, les principaux déterminants de l'approbation de ces points sont ; Le SPF, l'activité médicale ainsi que l'enregistrement le plus complet des données relatives à cette activité, les organismes accréditeurs et les patients qui accordent ou non, leur confiance et leur recommandation à l'hôpital auquel ils ont eu à faire (SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2020).

Encore une fois, bien que cette réforme puisse être motivée par de nombreuses raisons plus ou moins nobles visant majoritairement la qualité de la prise en charge du patient, le travail au sein des institutions de soins se retrouve contraint de devoir répondre à de plus en plus d'indicateurs au nom de la performance.

Force est de constater qu'à travers ce paysage réformateur, les établissements hospitaliers n'ont d'autre choix que de se plier aux diverses recommandations, sous peine de voir leur financement fortement réduit et de basculer ainsi dans une comptabilité négative.

Pressions sur le personnel hospitalier

Ce climat brièvement décrit ci-dessus induit une pression sur le personnel hospitalier et particulièrement sur le personnel médical et soignant. Cédric Vallet (2020) nous fait part de différents faits et avis donnés par des professionnels du secteur dans un article paru en début d'année.

Premièrement, Paul d'Otreppe, directeur de la clinique Saint Luc Bouge et président de l'association belge des directeurs d'hôpitaux, nous donne son ressenti concernant le modèle de financement actuel. Considérant celui-ci comme désuet, il s'inquiète de la santé économique déjà préoccupante de nombreux hôpitaux et de l'impact que vont avoir sur eux les importantes dépenses liées au Covid19. Il insiste sur l'idée de repenser ce système de financement et de réorienter l'offre de soins vers le patient (Vallet, 2020).

Aussi, cet article (Vallet, 2020) relate le vécu d'un médecin chef d'unité dans un hôpital Wallon. Il exprime que régulièrement, dans la prise en charge, bon nombre de médecins ont intérêt à exagérer les diagnostics qu'ils attribuent à leurs patients.

Compte tenu de la durée moyenne de séjour que peuvent représenter certaines pathologies par rapport à d'autres, mieux vaut avoir un diagnostic d'admission comptant 10 jours de durée moyenne plutôt que 5 jours. Ainsi, la prise en charge du patient représente - au mieux - moins de jours que la moyenne nationale et l'hôpital peut bénéficier d'un bonus financier. Sinon le patient reste globalement le temps défini pour la prise en charge de cette pathologie et l'hôpital reçoit le financement dû sans pour autant perdre de l'argent.

« Le surcodage, cela existe partout, c'est inhérent au système. Il faut essayer de gratter tout ce qu'on peut dans le dossier médical. (...) En tant que médecin, on va rapidement trouver quelque chose de plus grave que prévu. Pour une bronchite sévère, il vaut mieux cocher pneumonie. » (Vallet, 2020)

Ce phénomène de « triche » est connu et a été documenté dans le cadre d'enquêtes menées par le KCE mais il est difficilement vérifiable et condamnable. De plus, il semblerait que ce soit une pratique commune qui finit donc par ne plus réellement avoir d'impact étant donné que le BMF est une enveloppe fermée. Si tous les établissements pratiquent le surcodage, n'est pénalisé sur le financement que celui qui ne le fait pas encore.

Cette quête au financement est cadrée par des tableaux de bord de gestion au sein des administrations hospitalières. Bon nombre d'indicateurs de performance sont définis et déposés à travers les institutions.

« Lorsque qu'on reçoit le compte du nombre de journées d'hospitalisation qui se situent au-dessus de la moyenne – et qui génèrent donc une perte pour l'hôpital -, il arrive que l'on soit convoqué. On nous dit qu'il faudra probablement compenser la perte par d'avantage de prélèvement sur nos honoraires. C'est une forme de pression. » (Vallet, 2020)

À la suite de ce constat, le secteur semble en effet subir ce que Vallet nomme des « dérives managériales ». Les tableaux de performances incitent le management à obéir à des objectifs quantitatifs, ce qui dégrade le sens du travail et du soin. On observe de façon générale une diminution de la dimension d'intérêt général et une perte de sens du bien commun d'un point de vue santé publique.

À quoi bon continuer de fournir un travail qui ne fait plus sens ? Le personnel soignant et plus précisément les infirmiers sont tout autant victimes des constats précités et se retrouvent de plus en plus contraint à fuir le secteur de la santé, empreint d'un manque grandissant d'humanité.

Depuis plusieurs années maintenant, syndicats, groupes et individus réclament un revirement de situation concernant le financement, les conditions de travail, le manque de personnel face à la charge de travail qui, nous l'avons déjà évoqué, augmente drastiquement.

Benoit Mathieu (2019) dénonce, dans son article intitulé « *Le blues des blouses blanches* », la détresse de ce personnel infirmier qui réduit son temps de travail, quitte la profession, se retrouve en incapacité de travail, avec un sentiment de culpabilité « (...) j'avais l'impression d'abandonner l'équipage, mais c'était pour sauver ma peau. » (Mathieu B. , 2019). Il rappelle également le côté inflationniste du système qui pousse à délivrer davantage de prestations, ce qui pèse inévitablement sur le personnel soignant qui ne parvient pas à suivre la cadence.

Une étude récente (KCE, 2020) a montré que la Belgique dispose encore d'un nombre moyen de 9,4 patients par infirmier et que ce résultat est, depuis dix ans déjà, au-dessus de la norme internationale de sécurité, accordée à un maximum de 8 patients par infirmier par jour en moyenne. Ce ratio patients/infirmier est non seulement peu encourageant pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des soins – tant valorisé par les politiques - mais il est également responsable d'une forte partie de la détresse hospitalière. Le KCE invite donc la Belgique à continuer son investissement en personnel soignant de façon structurelle, et ainsi rendre la profession plus sûre au sein des hôpitaux.

*« Le secteur hospitalier doit rendre l'environnement de travail attrayant, sûr et agréable. Cela signifie non seulement un cadre infirmier suffisant et monitoré en permanence, mais aussi un **investissement dans le leadership, une participation de la direction du département infirmier à la gestion de l'hôpital, de bonnes relations avec les médecins et une bonne qualité de soins.** »* (KCE, 2020) (para. 14)

Enfin, La libre (2020) reprend les résultats d'une enquête menée par Arnaud Bruyneel et Pierre Smith, tous deux infirmiers et doctorants en santé publique et à la tête de la SIZ Nursing. Cette étude démontre que 62% des infirmiers francophones en formation risquent l'épuisement professionnel. Aussi, 70% des participants à l'enquête révèlent que l'impact de l'épidémie de Covid-19 a très fortement accentué la charge de travail et représente donc aussi, une cause supplémentaire de risque d'épuisement professionnel. Par le biais de cette étude, la SIZ Nursing recommande vivement de prendre en compte la santé mentale et physique du personnel soignant de façon à diminuer au mieux sa fuite du secteur.

Clôtons ce chapitre par un paragraphe de l'article de Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot (2015). Celui-ci résume assez bien la pression vécue par le secteur et qui l'incite à dévier d'un management humanisant mais il fait part aussi d'une éventuelle alternative qu'il semble difficile à concrétiser mais qui n'est pas à négliger.

*« La philosophie de pilotage des équipes de direction, à qui la réforme impose ce qui peut être interprété comme une réduction de leur pouvoir au profit des professionnels de santé, peut être analysée selon un spectre dont les deux extrémités seraient une option fractale et une option de déconnection. La première, **largement prédominante**, consiste à **relayer en interne**, au niveau des pôles, les **pressions financières auxquelles l'hôpital est soumis** comme établissement de santé. Parmi les avantages de cette solution figure la sécurité dont l'équipe de direction s'entoure, en allant dans le sens du pouvoir central. Ce faisant, elle se prémunit*

de tout changement d'orientation de ce dernier, sachant que l'imprévisibilité des politiques est soigneusement entretenue, avec les conséquences en matière d'incertitude qui en résultent. A l'opposé du spectre se trouve l'option de la déconnection, qui consiste à accepter de ne pas aligner le management de la performance des professionnels de santé agissant au sein de pôles sur le régime de pression qui est exercé sur l'établissement par les pouvoirs publics. Il s'agit ici de construire un système de pilotage associant les acteurs concernés, pour identifier des leviers d'action et des indicateurs qui aient un sens pour eux. » (Angelé-Halgand & Garrot, 2015) (p.53)

En d'autres termes, ce que les auteurs expriment à travers leur article et particulièrement via ce paragraphe, c'est que le mode de financement des hôpitaux et les réformes qui l'accompagnent induisent une forte pression sur les gestionnaires d'établissement. Cette pression est transposée aux responsables des différents départements qui composent ces institutions et les amène à se retrouver face aux « deux extrémités » exprimées ci-dessus.

- La première revient donc à relayer cette pression financière sur l'ensemble du département via un management de contrôle et de rationalisation. L'imprévisibilité et l'incertitude entretenue par les politiques dont il est fait mention peut en partie être expliquée par les limites évoquées par Durant (2015) à savoir le fait que la nomenclature utilisée pour le financement ne corresponde plus au prix de revient des soins et que la prévision de budget soit en partie incertaine du fait que le financement soit basé sur des exercices antérieurs. Ceci contraint donc les professionnels de soins responsables de département à adopter des aptitudes de « rentabilité » en vue de rester dans les normes des budgets incertains qu'ils auront prédéfini avec leur direction.
- La deuxième option consisterait alors à faire fi de cette pression financière au sein de l'institution et ainsi d'engager non pas un management de performance mais un management plus humain, de co-construction, qui intégrerait l'ensemble des acteurs concernés par les soins et qui redonnerait du sens à chacun. Cette option permettrait aussi de déconsidérer l'aspect de consommation de soins et de redéfinir une offre de soins qui soit recentrée sur le patient et les professionnels qui l'accompagnent.

C'est cette deuxième option qui nous intéresse, celle de ne plus entretenir le management de la performance et de s'orienter vers le management humain.

Management humain, une question de bon sens !

D'après ce que peut penser Baudoin Meunier, cité précédemment, pourquoi en effet ne pas se pencher sur la question d'un management plus assumé ? J'envisage de construire ce chapitre majoritairement sur base de l'ouvrage de Laurent Taskin et Anne Dietrich, « *Management Humain - Une approche renouvelée de la GRH et du comportement organisationnel* ».

Le management humain est une approche managériale qui s'est développée durant les trente dernières années sur base des conséquences néfastes des anciens modèles managériaux et de gestion qui ont dicté le monde de l'entreprise de façon générale. À la suite des différents déboires du capitalisme et de tout ce que ça a pu impliquer dans les entreprises depuis le taylorisme jusqu'à aujourd'hui, le management humain vient prendre part à la gestion de ce que l'on peut appeler « l'entreprise libérée ». Il considère que l'être humain, au-delà d'être une ressource de production, est un être réflexif à qui il faut redonner plus de place et d'autonomie au sein de l'entreprise afin d'agrandir son sentiment d'épanouissement et de considération. Il postule par la même occasion qu'en remettant la reconnaissance et l'épanouissement de chacun au centre du travail, celui-ci sera d'avantage performant.

*« Le Management Humain désigne un **ensemble d'activités** (pratiques et discours) et de théories qui visent à **intégrer les hommes et les femmes dans l'entreprise**. La personne humaine est considérée comme **un être réflexif**, c'est-à-dire **contribuant à définir des normes d'action collective** au regard desquelles **ses actions et celles d'une communauté de travail seront évaluées**. Cette perspective traduit une recherche collective de confiance en ces normes, en l'autre et en soi-même. **L'objet du Management Humain est le travail, sa finalité la reconnaissance. Il contribue ainsi à la réhumanisation du travail.** »* (Taskin & Dietrich, 2020, p.96)

Cette approche managériale vise à répondre aux attentes des « nouvelles générations » de travailleurs de plus en plus attentives à l'épanouissement, à la question de sens du travail et à la recherche de reconnaissance et de sécurité.

Management organisationnel, du travail idéal au travail réel

Le management humain étant considéré comme une éventuelle réponse à la contextualisation préalablement établie, il semble important de commencer par déposer les bases du management qui nous permettront ensuite de le considérer sous son qualificatif « humain ».

Pilier incontournable de l'organisation, le management compte diverses notions importantes qui le définissent et qui peuvent être rattachées à ce que l'on peut appeler le travail « idéal » et le travail « réel » (Thunus, Management Humain et Comportement Organisationnel, 2020).

Le travail « idéal » fait référence aux trois niveaux et aux quatre fonctions du management. Les trois niveaux composent la structure managériale « classique » de l'organisation :

- Le top management ; Il définit les buts de l'institution et les grandes décisions qui planifieront son organisation jusqu'à l'atteinte d'objectifs à long-terme.
- Le management intermédiaire fait le raccord entre les deux autres niveaux. Il s'approprie les stratégies définies au niveau top et s'assure qu'elles puissent être mises en action au niveau opérationnel.
- Le management opérationnel est garant de la gestion et de l'exécution des activités quotidiennes qui représentent l'objet même de l'organisation.

Les quatre fonctions managériales se retrouvent à tous les niveaux du management. Elles se pratiquent avec une ampleur variable, en termes de temps et d'implications, en fonction du niveau et caractérisent, de façon universelle, l'exercice managérial que l'on retrouve dans tous types de secteurs d'activités et d'organisations.

- La planification est un processus qui vise à définir des objectifs et les moyens nécessaires pour y parvenir. Il analyse l'environnement dans lequel doivent s'inscrire ces objectifs, définit les lignes d'actions et un plan d'implémentation. Cette fonction prend également en compte l'évaluation de l'atteinte des objectifs et par conséquent l'adaptation du plan d'action sous forme de boucle de rétroaction.
- L'organisation est une fonction qui comprend à la fois la division et la coordination du travail mais aussi la politique de gestion de l'institution. La division du travail vise la bonne répartition des tâches aux différents niveaux de l'organisme et la coordination assure la cohérence et le bon fonctionnement de l'exécution de ces tâches. En ce qui concerne la politique de gestion, il s'agit de traduire, à chaque niveau de management, une certaine logique collective reprenant les différentes règles tacites qui permettent de coordonner les comportements individuels au sein du travail.
- L'exercice du leadership est la fonction managériale qui consiste à exercer une certaine influence sur les individus via la communication afin de mobiliser leur énergie et orienter leurs actions vers un but défini. Cette fonction nécessite une importante

connaissance des acteurs concernés et l'exercice d'une communication appropriée afin de pouvoir utiliser au mieux l'aspect relationnel du travail.

- L'évaluation est la quatrième et dernière fonction du management. Elle est focalisée sur l'atteinte des objectifs et les processus qui ont permis d'y arriver. L'importance de cette fonction réside en partie dans le choix des critères qui définiront la réussite des objectifs. Ils sont en grande partie liés à la politique organisationnelle et peuvent avoir beaucoup d'impact sur la réalisation et le sens du travail.

Ces précédents points caractérisent le travail de façon « idéal » à condition que ceux-ci soient exercés de façon théorique et optimale, sans imprévu, avec une capacité d'anticipation illimitée.

En complément à ces premières notions de travail managérial, le travail « réel » se rattache aux rôles du manager qui composent de manière plus pragmatique son quotidien. Ces trois catégories de rôles sont les suivantes :

- Les rôles interpersonnels ; ils confèrent au manager une image de symbole, de leader. Le manager est celui qui représente tant son équipe que ses supérieurs, il participe aux réunions d'équipe, de département, de direction, il traite l'information relative à chacune d'elles et connecte les besoins de tous les partis. L'interaction fait partie de son quotidien et en cela, l'exercice d'un bon leadership est primordial.
- Les rôles liés à l'information permettent au manager de prendre des décisions, planifier et appliquer des plans d'actions. Il doit collecter l'information, à travers ce qui lui est transmis mais également via tout ce qu'il observe et analyse dans son environnement. Suite à quoi, il devient diffuseur de cette information récoltée.
- Les rôles décisionnels sont directement liés aux deux catégories précédentes. En étant le pont idéal entre les différents niveaux de la structure organisationnelle et le point central de l'information liée à son activité, le manager est sans hésiter la personne adéquate pour prendre des décisions. Il connaît les objectifs des différents partis de l'organisation, possède suffisamment d'informations pour entreprendre des actions et/ou décisions cohérentes, il dispose de tout le nécessaire pour organiser ces actions avec ses collègues et répartir les ressources convenablement.

Malgré tout ce qui a pu être déjà décrit ci-dessus concernant le travail de manager, il ne faut pas négliger le fait qu'il s'agisse avant tout d'un être humain, amené à collaborer avec d'autres êtres humains. Peu importe le type de travail réalisé, qu'il nécessite des procédures, des techniques ou des méthodes prescrites, le fait qu'il soit fait par un être humain inclut une singularité à

chacune des actions qui seront produites. Cette notion vient accentuer le « réel » du travail et nous permet d'arriver à ce qu'implique le management humain. Afin de théoriser l'importance de cette singularité de l'action, nous abordons la triple expérience du travail. Laurent Taskin et Anne Dietrich (2020) font référence à un ouvrage de Pierre Yves Gomez (*Le travail invisible ; enquête sur une disparition* (2013)) en abordant ces trois dimensions du travail :

- L'expérience objective du travail est probablement la dimension la plus entretenue dans les organisations de façon générale. Elle est cette dimension qui se rattache à la performance, au contenu, à la notion de résultat. Je travaille pour produire/réaliser quelque chose, cette chose est objectivable. C'est cette dimension qui permet de donner un *feed-back* au travail accompli, elle est indispensable. L'expérience objective amène à une valorisation par la performance.
- La dimension subjective fait référence à la façon dont le travail est vécu. Que ce soit relatif au sens, à la reconnaissance, ou à l'expérience du collaborateur, elle a trait à la dimension symbolique que peut avoir le travail pour un individu. L'expérience subjective est primordiale, l'individu se réalise à travers son travail. Cette expérience est valorisée par la reconnaissance.
- L'expérience du travail collectif s'incarne dans le travail d'équipe, l'interdépendance des collaborateurs, l'appartenance à une communauté, ou encore l'expérience du travail en échange avec un client ou un fournisseur. Elle se rattache aux notions de collaboration et d'identification et se valorise par la solidarité.

L'interdépendance de ces trois dimensions est un enjeu majeur de la réhumanisation du management. D'après Gomez (2013), la financiarisation de l'entreprise aurait causé la rupture de l'équilibre existant entre ces trois expériences pour faire émerger davantage l'expérience objective. Le travail qui se traduit majoritairement par le résultat, le processus ou la performance, perd son aspect collectif et atteint fortement l'épanouissement du collaborateur. Par conséquent, la qualité du travail fourni ainsi que la créativité des collaborateurs sont restreintes. Cette hypertrophie de la dimension objective du travail amène à une diminution de la capacité de production de l'entreprise, poussant celle-ci à revoir encore à la hausse ses objectifs de performance et de résultat en vue de combler les écarts, ce qui accentue encore plus l'émancipation de cette expérience.

« Ne focaliser le travail que sur l'expérience objective amènerait les travailleurs à se consumer dans une course à la performance ou aux résultats, avec le risque de l'épuisement,

du désengagement. » (Taskin & Dietrich, Management Humain : Une approche renouvelée de la GRH et du comportement organisationnel, 2020)

C'est manifestement ce qui se vit dans le secteur hospitalier. Balisée par les nombreux protocoles, suivis d'indicateurs, de procédures, de rapports administratifs, etc. la dimension objective du travail domine. La performance est une notion primordiale pour la santé et il est légitime de la promouvoir pour la qualité de nos hôpitaux mais pas au détriment des deux autres dimensions du travail. C'est en quelque sorte le serpent qui se mord la queue : la perte de sens du travail, le manque de reconnaissance, la détresse du personnel hospitalier qui est probablement induite par ce manque de considération de la dimension subjective du travail, induisent une diminution de la performance de ce personnel.

L'enjeu de ce travail de recherche est d'envisager d'assumer plus humainement le management hospitalier, de quitter ce que Taskin et Dietrich (2020) appellent « le management désincarné ». En se basant sur ce qui a déjà pu être dit précédemment, retrouver un équilibre entre les trois dimensions du travail semble être une piste cohérente et réalisable. En considérant que la dimension objective soit majoritairement présente, que l'expérience collective du travail parvienne à subsister à travers l'importance du travail d'équipe en unité de soins, il est temps de permettre au management de se réapproprier la dimension subjective et de prôner la reconnaissance des collaborateurs afin de leur permettre de se réaliser et de donner plus de sens à leur travail. La performance tant valorisée de nos hôpitaux en dépend.

À la recherche de la reconnaissance

En vue de promouvoir la reconnaissance du collaborateur au travail, Taskin & Dietrich (2020) font l'état de trois pratiques managériales « traditionnelles ». Il s'agit des systèmes de rémunération, de la gestion des carrières par le biais de la mobilité et enfin de l'évaluation de la performance. Ces trois pratiques fort différentes sont explorées à travers leur ouvrage mais l'une d'elle retiendra davantage notre attention : l'évaluation de la performance.

Ce choix s'explique en quelques mots pour différentes raisons :

- Les pratiques de rémunération au sens large (salaire, avantage extra légaux, package salarial) semblent difficilement exploitables à grande échelle dans les organisations hospitalières de part leur coût et le fait que ces organisations soient actuellement engrenées dans une politique de rationalisation. Aussi, bien qu'elle puisse être réclamée par le personnel soignant, la rémunération semble ne pas être le levier le

plus efficient pour redonner du « sens » au travail (Antoine, De Ridder, Jacquemin, & Stinglhamber, 2017)

- Concernant les pratiques relatives à la gestion des carrières via la mobilité, au vue de la contextualisation de ce travail de recherche, celles-ci ne nous semblent pas suffisamment déterminantes pour rétablir la reconnaissance des collaborateurs dans des organisations telles que les hôpitaux. De plus, étant donné la pénurie généralisée de personnel à travers tous les types de services, il n'y a généralement pas de difficulté à ce que celui qui le souhaite puisse changer de service en vue d'élargir ses perspectives et de se donner de nouveaux objectifs.
- L'évaluation de la performance nous semble en revanche être une pratique réalisable et adéquate par rapport au contexte. Le personnel soignant cherche à se faire entendre et reconnaître, quoi de mieux qu'un processus d'évaluation fondé sur les recommandations du management humain pour répondre à ces attentes ? Sans pour autant déconsidérer les deux autres types de pratique, celle-ci paraît être plus proportionnelle à l'ambition de ce projet de mémoire et pourrait appréhender de façon plus pragmatique la notion de triple expérience du travail.

Voyons désormais comment est-ce que, d'un point de vue théorique, la pratique de l'évaluation de la performance pourrait amorcer la reconnaissance du collaborateur hospitalier.

L'appréciation comme un processus amenant à la reconnaissance

L'appréciation ou l'évaluation de la performance est une pratique de GRH (gestion des ressources humaines) fortement répandue dans le monde du travail. Comme Taskin et Dietrich (2020) peuvent l'aborder, parler d'appréciation plutôt que d'évaluation permet à ce procédé de récupérer quelque peu ses lettres de noblesses.

« (...) il s'agit de substituer à l'image négative parfois associée à l'évaluation (sanction) celle, plus dynamique et plus positive, de l'appréciation ou l'enjeu est de faire participer le travailleur à son développement professionnel et personnel. C'est dans cette perspective que l'appréciation est un élément de la reconnaissance au travail : il s'agit d'identifier et de valoriser la contribution de chacun au travail, au regard des résultats atteints, de l'effort accompli et des compétences mobilisées. » (Taskin & Dietrich, 2020, p.170)

En effet, trop souvent perçue comme une pratique d'inspection et de jugement, l'évaluation de la performance a régulièrement servi au contrôle organisationnel avant de se concentrer

d'avantage sur l'individu et l'évolution de ses compétences. Afin de ne pas retomber dans cette dérive, commençons par conceptualiser adéquatement la performance.

Dans le cadre d'une recherche (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) menée pour la Chaire UCL laboRH sur « L'évaluation de la performance », les auteurs font un état des lieux à travers la littérature de ce qu'est la performance et de comment l'évaluer.

Ils définissent la performance comme un concept multidimensionnel (économique, social et environnemental) et dynamique (à travers le temps). Au fur et à mesure des années, la performance a pu se détacher de l'unique notion de rendement. Cette dernière faisant d'avantage référence à l'attente d'un résultat, la performance ne peut se résumer à une simple mesure quantitative et se rattache à la résultante d'une action produite par un certain comportement adopté face à un contexte particulier (Taskin & Dietrich, 2020).

Cette recherche (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) met en exergue trois variables prédictives de la performance :

- La première s'intéresse à l'individu et aux différences cognitives qui le caractérisent quant à sa performance. Notamment la motivation, le besoin de réussite, le sentiment d'efficacité personnelle.
- La deuxième perspective s'attache aux dimensions situationnelles. Les auteurs distinguent les facteurs facilitants ou menaçants de la performance individuelle en agissant sur l'état psychologique des travailleurs. Les facilitants seraient liés aux caractéristiques même du travail comme la disponibilité des ressources ou le temps alloué à l'exécution des tâches, etc. Tandis que les facteurs menaçants seraient dûs au manque d'informations, aux éléments de stress liés à l'environnement, à l'ambiguïté ou aux conflits de rôle, etc.
- La troisième et dernière variable porte sur le « processus de régulation de la performance », majoritairement lié à la façon dont les tâches sont comprises et réalisées. Les facteurs clés de ce processus visant à optimiser la performance tiendraient du fait d'avoir une bonne « représentation mentale des objectifs », que ceux-ci soient planifiés de façon détaillée avec des attentes relativement élevées et d'y accorder de bons et nombreux feedbacks.

En considérant ces aspects, nous pouvons désormais nous atteler à mettre en avant les points d'attention nécessaires à l'appréciation en vue d'y promouvoir la reconnaissance. Cette même

étude (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) désigne quatre aspects qui peuvent être sources de limites à l'évaluation individuelle : les objectifs de l'évaluation ; les individus y prenant part ; ce qui y est mesuré et la manière de le faire ; l'outil utilisé en tant que tel. Ces éventuelles sources de limites feront l'état des quatre prochaines sous parties et seront accompagnées des points d'attention afférant. Ceux-ci nous permettront, à terme, d'imaginer un processus d'évaluation « idéal » en quête de reconnaissance.

Les objectifs de l'évaluation

Tout d'abord, il est important de déterminer l'objet même de l'évaluation au sein de l'institution. Sommes-nous dans une dynamique de contrôle organisationnel ou dans une approche développementale du collaborateur en vue de reconnaître ses performances ? La réponse sera déterminante pour l'entièreté du processus, son implémentation dans l'institution et sa réalisation.

Aussi, l'évaluateur et l'évalué doivent être rattachés quant à cette finalité du processus d'évaluation afin d'annihiler tout soupçon d'incompréhension de celui-ci et de ses objectifs. Ils pourront ainsi se concentrer sur l'individu considéré par le processus.

Nils, Taskin et Bouchat (2013) dressent l'état d'une série de bonnes pratiques de l'évaluation et plusieurs d'entre elles peuvent s'imbriquer dans cette notion d'objectif :

- « *Le contenu de l'évaluation de la performance doit reposer sur une analyse crédible du travail.* » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013). L'importance de la triple expérience du travail précédemment abordée doit se retrouver dans cette analyse crédible. En considérant que la performance s'évalue sur base de comportements amenant à des résultats, il semble primordial de considérer toutes les dimensions du travail dans le processus d'évaluation et donc dans la définition des objectifs.

-Les auteurs recommandent d'« *aligner l'évaluation de la performance avec les objectifs organisationnels* » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) en considérant que cela « *améliore la consistance des messages envoyés lors de l'évaluation et des résultats de celle-ci.* » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013). Ceci permettrait également de renforcer le sentiment de considération organisationnelle et d'appartenance, un point déterminant dans une démarche de réhumanisation du management. En composant l'évaluation avec des objectifs organisationnels, l'individu concerné pourrait prendre part à leur définition et ainsi être davantage considéré comme étant un être réflexif, « *contribuant à définir les normes d'action* »

collective au regard desquelles ses actions et celles d'une communauté de travail seront évaluées ». (Taskin & Dietrich, 2020)

-Il faudrait « *Permettre aux employés de participer au processus à travers l'élaboration de leurs objectifs.* » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013). C'est là l'un des plus grands enjeux de cette redéfinition du processus d'évaluation. Cet aspect peut atteindre directement la satisfaction de l'employé et augmenter le contrôle qu'il a sur son travail, son développement personnel. Il est important que l'évalué soit considéré comme acteur central de son évaluation.

Les individus prenant part au processus d'évaluation

Chaque personnes engagée dans le processus d'évaluation peut être source de limites et de problèmes pour le bon déroulement de celui-ci. Je distinguerai ici trois types d'intervenants, à savoir les membres de GRH, l'évaluateur et l'évalué.

Les départements de ressources humaines ont paradoxalement souvent été considérés comme peu humains, comme s'ils étaient un organe à part à la botte de la direction responsables de la gestion des ressources humaines au même titre qu'une ressource matérielle. Pourtant, ils ont dans leurs fonctions celle de cadrer le processus d'évaluation et disposent d'une place déterminante dans la conception et la réalisation de celui-ci. Taskin et Dietrich (2020) abordent l'importance du leadership dont la GRH doit faire preuve pour s'engager dans un management humanisant. Ils parcourent la littérature et font ressortir, sous forme de tableau, différentes activités émergentes qui viennent s'imbriquer aux rôles traditionnels de la GRH.

Rôles traditionnels	Activités émergentes
Développeur du capital humain <i>« activités contribuant au moral, au développement et à l'implication des travailleurs »</i> p. ex. formation, parcours professionnel, reward ...	-Gestion et valorisation des talents , en particulier de l'expertise managériale -Dynamisation des parcours professionnels -Développement des capacités à la gestion du changement, à la transversalité et aux modes de « co- » (co-décision, collaboration, co-leadership ...)
Défenseur des employés <i>« activités contribuant à la qualité et à la réciprocité de la relation d'emploi »</i> p. ex. bien être au travail, work life balance, feed-back...	-Veille sociale sur la réalité de la vie dans l'entreprise (adhésion des travailleurs aux projets...)

Partenaire stratégique <i>« activités contribuant à la réalisation de la stratégie de l'entreprise, au renouvellement et au changement organisationnel ainsi qu'à la transformation des activités »</i> p. ex. gestion du changement, accompagnement, innovation RH, NWOW...	-Imitation et accompagnement du changement -Co-production de la stratégie d'entreprise -Transformation de l'organisation et sa gouvernance en cohérence avec le modèle du Management Humain -Connaissance des clients, de l'activité, inscription dans des réseaux d'influence
Expert opérationnel / processus <i>« activités contribuant au développement de processus efficaces et de leur qualité »</i> p. ex. shared service centre, HR analytics, contrôle qualité...	

(Taskin, De Mortier, Kempinaire, & Verweyen, 2019)

En considérant tant les rôles traditionnels que les activités émergentes, on peut constater l'impact que la GRH peut avoir dans l'élaboration d'un outil comme le processus d'appréciation. C'est grâce à eux et à la politique organisationnelle que l'outil d'évaluation sera davantage développemental et construit autour de l'individu. Elles peuvent être un relais idéal entre la direction et le niveau opérationnel pour incarner le Management Humain.

En ce qui concerne l'évaluateur, il est primordial que le manager en charge de ce rôle soit formé adéquatement et baigné dans une culture organisationnelle qui intègre le processus pour éviter que l'évaluation soit utilisée comme un outil d'assujettissement. Le manager doit être considéré comme étant un coach et pas un juge (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013). C'est d'ailleurs l'un des principes fondamentaux de la pratique du « lean », un outil managérial qui a déjà fait ses preuves dans bon nombre d'organisations. Dans son ouvrage, Baudouin Meunier (2020) aborde la pratique du lean dans les organisations du non-marchand et y fait part entre autre d'une des conditions de sons succès, celle que le chef d'équipe puisse

« inspirer son équipe comme un leader : coacher plutôt que diriger ses collaborateurs ; proposer, influencer et motiver plutôt qu'imposer ; (...) se concentrer sur les personnes plutôt que les tâches ; les développer plutôt que les utiliser ; les mettre en avant plutôt que se promouvoir soi-même ; dire « nous » et « allons-y », plutôt que « je » et « allez-y » (Meunier, 2020, p.190)

Un article (Carel, 2017) relate l'utilisation du lean dans des établissements de soins et explique comment cette pratique, par l'intermédiaire d'un manager leader, parvient à mobiliser une équipe de soins à déceler et résoudre progressivement des problèmes liés à son quotidien de travail. Le lean pourrait parfaitement inspirer le dessin d'un processus d'appréciation de la performance en considérant que « *La démarche lean cherche avant tout à mettre en place une dynamique d'amélioration continue* » (Carel, 2017).

Enfin, les évalués doivent se sentir en confiance dans l'utilisation du processus. Une évaluation inadéquate ou inappropriée qui s'apparenterait à de l'injustice aux yeux de l'évalué pourrait l'amener à se retirer du processus (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013). C'est une raison supplémentaire pour l'impliquer dans la définition des objectifs de son appréciation.

Pour ce qui est des bonnes pratiques déposées par Nils, Taskin et Bouchat (2013), je retiendrai les suivantes :

- Les « experts de l'évaluation » doivent être intimement proche de ce qui doit être évalué, il faut qu'ils aient une réelle connaissance du travail. Ceci pour permettre de renforcer la crédibilité et l'efficacité du processus et accentuer la perception de justice auprès de l'évalué.

- il est également proposé d'« utiliser plusieurs observateurs - de différents niveaux hiérarchiques » afin de multiplier les points de vue, d'éviter les biais et de mettre peut-être plus en évidence certains aspect dans l'appréciation de l'évalué.

- Enfin, il faut « *entraîner les évaluateurs sur les facettes objectives de l'évaluation mais également sur les aspects interpersonnels* » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) en vue d'augmenter l'acceptation du processus et sa fiabilité aux yeux des évalués.

Ce qui est mesuré et la manière de le mesurer

« *Les problèmes concernant la nature de ce qui est mesuré et la manière de faire peuvent être rencontrés dès la phase de design du processus d'évaluation* » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013)

En considérant l'appréciation comme un processus, c'est-à-dire un « *enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à quelque chose* » (Larousse, 2021), regroupant donc une série de pratiques et procédures en vue d'aboutir à une appréciation de la performance, nous espérons lever les limites potentielles qu'engendrerait l'utilisation d'un seul et unique outil. Considérer l'évaluation à travers une combinaison

d'approches permettrait d'apprécier le travail et le développement de l'individu sous un maximum d'aspects.

Par conséquent, l'enjeu d'un bon processus d'évaluation repose en grosse partie sur la conception de celui-ci, ce qu'il englobe comme approche et ce qu'il mesure. Son design est en effet déterminant.

Ce qui sera mesuré dépendra fortement du secteur d'activité. Concernant l'art infirmier, de nombreuses compétences peuvent permettre de cadrer ces mesures, qu'elles soient relatives au descriptif de fonction, à la formation ou aux « impératifs » de la profession, il est cependant toujours important de considérer ces mesures à travers le travail réel.

Concernant la façon de les mesurer, les auteurs de cette recherche précitée (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) relèvent la complexité du choix de l'approche. Ils abordent les approches comparatives/normatives, les approches comportementales ou encore les approches axées sur la production et la dimension de résultats. Chacune de ces approches dispose d'avantages et d'inconvénients et pourraient, à raison, faire l'objet d'une complémentarité plutôt que d'être mis de côté.

Les bonnes pratiques de l'étude (2013) correspondant à ce point d'attention peuvent être regroupées en deux points.

-Il faut que le processus puisse mesurer un maximum de données objectives, que les comportements étudiés soient observables afin de pouvoir documenter au maximum l'appréciation et ses résultats. Ceci pour permettre d'objectiver le processus, lui donner de la consistance et limiter les biais majoritairement liés à la subjectivité.

-Il est important de communiquer sur le processus en tant que tel, ce qu'il mesure et l'usage de ce qu'il mesure en insistant sur l'aspect développemental qu'il recherche. On pourra alors assurer une relation transparente avec les évalués, qui permettra aussi de les valoriser en tant qu'individus, inclus dans un processus qui les soutient et les respecte.

Le processus en tant que tel

Pour ce dernier point que Nils, Taskin et Bouchat (2013) identifient comme une éventuelle source de failles au processus d'évaluation, nous retiendrons six recommandations qu'ils proposent en vue de soumettre un processus « idéal » de l'évaluation/l'appréciation de la performance. En considérant que les trois points précédemment cités nous ont permis

d'appréhender ce que pourrait être un bon processus ou du moins ne pas en être un mauvais, ces conseils viennent corroborer et appuyer les précédentes bonnes pratiques énoncées.

1. Se baser sur la littérature actuelle pour construire le processus et le revoir continuellement. Ce conseil est d'ailleurs à l'origine des diverses bonnes pratiques qui ont pu être abordées. Comme énoncé en début de chapitre, la performance est dynamique et multidimensionnelle, une bonne façon de l'évaluer ne peut être immuable et nécessite d'être continuellement évaluée et revue, sur base de recommandations littéraires actuelles.
2. Il faut que les objectifs et les buts de l'évaluation soient limpides pour chaque individu concerné de près ou de loin par le processus. Chacun pourra alors, se former, se renseigner, s'engager dans le processus, de façon adéquate et approfondie.
3. Pour ne pas négliger les aspects comportementaux liés à la performance individuelle, le processus doit s'attacher tant aux résultats (en termes d'*outputs*) qu'aux comportements (en termes d'actions). Ce sont les comportements adoptés au travers des trois dimensions du travail qui amènent à des résultats, ils doivent être considérés comme tels.
4. Le processus d'appréciation doit être construit en connaissance et en fonction du contexte dans lequel il s'inscrit. Il fait référence non seulement au travail réel mais aussi à l'environnement, aux supports organisationnel, matériel, etc.
5. Il faut pouvoir donner au processus le temps nécessaire dont il a besoin pour se réaliser en de bonnes conditions. Le « manque de temps » est un problème récurrent dans la pratique des évaluations. Il est important de fixer des « *deadlines* » en lien avec les objectifs, et de les respecter. En parallèle à ces deadlines, des feedbacks formels et informels peuvent être envisagés en vue d'améliorer le suivi et la continuité des objectifs.
6. De sa création à son utilisation, le processus d'appréciation doit inclure de nombreux acteurs. Premièrement les trois types d'acteurs pouvant faire état d'éventuelles barrières à celui-ci, à savoir les membres de GRH, les évaluateurs et les évalués. Ensuite, en envisageant que le processus puisse inclure, en partie, une évaluation en groupe, (p.ex évaluation 360° ou autre), la multiplicité des acteurs doit être considérée comme un enrichissement.

Enfin, cette revue littéraire (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) évoque brièvement d'autres modes d'évaluation comme alternatives à l'évaluation individuelle à savoir l'évaluation 360° ,

l'évaluation en groupe et l'assessment center. La première semble globalement pertinente et intéressante dans un contexte hospitalier et pourrait être intégrée en partie dans le processus.

« Cette méthode (...) a pour objectif d'améliorer la performance de l'individu compris dans sa complexité et indirectement, l'amélioration du fonctionnement de son équipe. (...) il s'agit d'une méthode centrée sur les aspects comportementaux » (Nils, Taskin, & Bouchat, 2013) (p.24)

Par ailleurs, nous avons découvert à travers la littérature, une forme d'évaluation de groupe particulièrement adaptée au secteur de soins. Sa présentation fera l'objet du dernier point de cette partie théorique.

Le care collectif, une pratique managériale innovante pour le secteur des soins

En 2011, Christel Beaucourt et Pierre Louart publient un article intitulé « Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : L'impact du care collectif ». Par ce titre relativement évocateur, ils abordent le principe du care collectif comme une éventuelle réponse aux besoins du personnel soignant, exprimés sous le même angle qui a débuté ce mémoire. Ils insistent sur l'idée que la santé d'un collectif soignant, tant au niveau personnel qu'organisationnel, a des répercussions sur les soins qu'ils transmettent à leur patientèle et qu'il est donc primordial de la soigner également.

Le Care collectif y est défini comme un processus « interactif en contexte » ; c'est-à-dire qui invite à prendre soin, (Care) en équipe (collectif), de remettre en question les buts, les valeurs, les comportements, les conséquences des actions relatives à autant de situations cliniques non généralisables qui le nécessitent.

« Pour mieux se comprendre, les soignants ont besoin d'échanger sur leur action, sur ses conditions et instrumentations. Grâce à leurs conversations, ils mettent leur travail à distance et se réinscrivent dans un contexte social et organisationnel qui donne sens à ce qu'ils font. Sans recul sur leur pratique, ils seraient peut-être dans l'illusion de « prendre soin ». Mais leur attention serait biaisée par la technicité (des exigences externes) ou par les normes (des croyances d'experts). (...) C'est en étant créatifs dans leur travail que les individus et les groupes construisent de la santé organisationnelle, en épanouissant à la fois leur être et leur potentialité d'action. » (Beaucourt & Louart, 2011) (p.117-118-119)

Le care collectif aurait ainsi des impacts sur les plans cognitif, relationnel et managérial.

Sur le plan cognitif, le fait d'échanger sur les expériences vécues et de partager une même réalité de travail difficilement explicable, permet à l'équipe de donner, en collectivité, davantage de sens à leur travail. Ils coconstruisent un « *réel acceptable* » qui leur permet de donner et de se donner du bien-être. À travers le care, ils se réapproprient l'Humain infiniment présent dans les soins qu'ils donnent en essayant de se détacher de la technicité et de l'approche normative et impersonnelle qui peut y persister.

Concernant les impacts relationnels, rappelons que les pratiques du processus sont avant tout interactionnelles. Les acteurs de soins travaillent en proximité les uns des autres tant physiquement que psychiquement. Le corps et l'esprit font partie de la relation de soin. La technicité et les règles tacites sont inévitables mais ne résument pas leur pratique. Le care fait le lien entre les normes de soins et le réel du travail quotidien. « *Chacun est entendu dans ce qu'il éprouve et apprend à dépasser ses convictions, en s'enrichissant d'autres pratiques et en écoutant comment leurs acteurs interprètent ce qu'ils font.* » (Beaucourt & Louart, 2011). Le care collectif apporte la reconnaissance par les pairs tandis que son absence atteint le potentiel d'action de l'ensemble de l'équipe.

Enfin, à propos des impacts managériaux, le plus évident est que le processus permet au manager d'ouvrir un espace de rencontre pour le développement cognitif et relationnel de son équipe. Aussi, le care « *contribue à la santé du groupe de soignants dans la mesure où il pousse à ce que ces discussions ne soient pas polarisées sur des questions de personnes mais puisse s'ouvrir à des problématiques plus larges en rapport avec l'interaction professionnelle, l'action collective et l'organisation du travail.* » (Beaucourt & Louart, 2011)(p.122). De plus, au-delà du cadre normatif déposé par le contexte actuel de la Santé, ce processus permet au groupe de se réapproprier ses activités quotidiennes et de les concerter en vue de les approfondir et y donner plus de sens.

Cet article (Beaucourt & Louart, 2011) inclut des récits professionnels qui soulèvent différents enjeux du care collectif :

- La multidisciplinarité (infirmier, médecin, kiné) au sein du collectif peut approfondir son caractère interpersonnel et améliorer son autorégulation.
- Ce procédé doit avoir la volonté de se réapproprier un réel du travail quotidien qui soit acceptable et qui donne sens.
- Il doit faire part d'une volonté d'entraide mutuelle.

- Le respect de chacun est un impératif. Le Care collectif sert aussi à réduire la lourdeur de l'impact émotionnel induit par la relation de soins (accompagnement des familles, décès, attaches, etc.)
- Le management et l'organisation du travail doivent permettre à ce type de processus de se mettre en place en termes de temps, d'espace, de formation, etc.

La conclusion de Christel Beaucourt et Pierre Louart (2011) fait l'état de trois points, indispensables à la réalisation du projet. Ceux-ci font transparaître les exigences d'un management humanisant dont un processus d'évaluation aurait besoin pour s'établir dans les établissements de soins. Ces quelques lignes clôturent adéquatement ce cadre théorique et illustreront sa conclusion.

*« **Manager les processus de care collectif demande :***

*-Une **reconnaissance des acteurs comme sujets de leur travail**, en acceptant leurs différences personnelles et le fait que leur besoin d'aider (d'être utile à eux-mêmes et aux autres) soit un vecteur d'**intelligence relationnelle au même titre que leur capacité mentales** (les savoir, les compétences formalisées).*

*-Un accord pour que **les lieux et temps de travail servent aussi à l'aide mutuelle** et à un partage d'interprétations sur **l'action collective** (ses enjeux, ses objectifs, ses expertises, dans une dynamique d'ensemble qui intègre la complémentarité de chacun).*

*-Une **gestion ouverte des interactions** et des répartitions de rôles d'activité, **au-delà du prescrit**. Cela implique des marges de manœuvre dans les choix opératoires, à travers des **dispositifs de gestion laissant place au bricolage local**, aux rapport entre acteurs et, plus globalement, à une « **régulation conjointe** » (Mintzberg, 1982) sans contrôle qui la ligote ou l'asservisse au nom des normes ou des procédures à priori. Plus les acteurs sont eux-mêmes compétents, plus il faut consentir à de la subsidiarité.*

***Le bien-être au travail** (Steiler et alii, 2010) ne peut être une idéalisation par des normes ou des pratiques d'assujettissement. Il s'agit plutôt d'**un art de vivre ensemble dans les difficultés quotidiennes, en mêlant performance et plaisir de travailler.** » (Beaucourt & Louart, 2011) (p.129)*

Méthodologie

Contextualisation de la recherche

La première partie de ce travail de recherche a permis d'exposer les conséquences d'une dérive managériale induite par le phénomène de financiarisation qui asphyxie progressivement les établissements de soins depuis plusieurs années. Ces conséquences traduisent une perte de sens du travail, une déshumanisation, un manque de sécurité et de reconnaissance et un désengagement de la part du personnel soignant. Face à cela, le KCE (2020) invite à investir dans le leadership, Baudouin Meunier (2020) se questionne sur la possibilité d'aller vers un « management plus assumé » dans le non-marchand et Nathalie Angelé-Halgand & Thierry Garrot (2015) évoquent une option de déconnection du management de la performance (en termes de pressions liées au rendement) concernant les professionnels de soins de santé et les invitent à s'émanciper, en les poussant vers la co-construction de projets qui ont un sens et de la valeur pour eux.

La suite de ce cadre théorique évoque alors le management humain comme une éventuelle réponse à cette problématique. Elle parcourt globalement le management organisationnel à travers les approches du travail idéal et réel, l'amenant à aborder les niveaux, les fonctions et les rôles du management jusqu'à la notion de la triple expérience du travail. Evoquée par P-Y. Gomez (2013), ces trois dimensions du travail réel semblent avoir perdu leur interdépendance dans le management organisationnel de façon générale et cette perte d'interdépendance serait en partie la cause du manque de reconnaissance grandissant dans les organisations.

Le processus d'appréciation est enfin appréhendé pour globalement clôturer cette première partie théorique. C'est un éventuel moyen de reconnaissance qui permet également de redonner du sens au travail. Celui-ci est déconstruit via l'approche de la notion de performance, les éventuelles limites de son évaluation et enfin les moyens disposés dans la littérature pour restreindre ces limites.

Cette recherche qualitative a pour première vocation de sonder le vécu et la perception du travail du personnel infirmier d'une unité de soins intensifs dans un hôpital Bruxellois et ainsi essayer de corroborer le contexte actuellement vécu dans les établissements de soins. La deuxième vocation de ce travail est de pouvoir identifier des recommandations et des actions qui émanent du terrain pour s'inscrire dans un éventuel processus d'évaluation, d'appréciation qui répondrait à cette demande de reconnaissance et de considération de ce même personnel. En confirmant le

cadre théorique et en le complétant, cette collecte de données espère pouvoir dessiner un projet de processus d'évaluation « idéal ».

La recherche visée

À l'inverse de ce fameux phénomène de financiarisation, cette recherche veut se construire sur une approche qualitative. Au vu des questions qui nous animent, cette méthode semble plus adéquate et pertinente. La collecte de données visant à comprendre, expliquer et appliquer le sens du travail, la reconnaissance et le management humain, justifie l'utilisation de cette approche.

Ce mémoire tente de répondre à la question : « Pourquoi et comment faut-il envisager la réhumanisation du management intra-hospitalier ? » . Après avoir établi un premier abord à travers la problématisation et le cadre théorique, la partie pratique de ce mémoire tentera d'essayer de répondre à la question suivante : « Comment est-ce qu'un processus d'évaluation pourrait répondre aux besoins de reconnaissance du personnel hospitalier infirmier, selon les recommandations du management humain ? ».

Pour ce faire, la technique de collecte de données utilisée sera celle des Focus Groups, elle s'attache à répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment » (Clauzard, 2013) et correspond donc particulièrement bien à notre recherche. Cette technique inductive est riche de ses dynamiques d'interactions sociales et de groupe (Touré, 2010) qui permettent de mettre en lumière les représentations sociales (opinions, croyances et normes) des participants (Kohn & Christiaens, 2014) à propos d'un sujet donné, sans y avoir apporté d'idées préconçues. L'intérêt des focus groups dans ce travail de recherche s'explique par son utilisation à des « *fins confirmatoires, exploratoires ou d'interventions* » (Touré, 2010). Via la discussion, les collectifs feront émerger leurs points de vue qu'ils soient partagés ou contradictoires, l'objectif n'étant pas d'aboutir à un consensus (Clauzard, 2013). Aussi, la collecte de données en groupe permet de donner plus de poids au contenu que si les participants avaient été interviewés en entretien individuel (Moreau, et al., 2004). Enfin, ces rencontres permettront également, à posteriori, de confirmer ou non l'hypothèse d'une santé organisationnelle fragilisée suite à un manque de reconnaissance et une perte de sens du travail. Ceci qualifie donc notre étude de recherche qualitative hypothético-inductive.

De la conception à la réalisation

Le focus group est une technique de recherche qualitative couramment utilisée pour les recherches relatives au secteur de soins de santé au même titre que les entretiens et l'observation

(Kohn & Christiaens, 2014). Cette méthode nécessite de nombreux points d'attention à savoir : La définition du sujet, l'échantillonnage, le modérateur (qui animera les groupes) et l'observateur, la spatialité, la temporalité et la matérialité relatives à la bonne organisation des rencontres, le recrutement des participants et enfin l'élaboration des guides d'entretiens (Thunus, 2019).

Trois focus groups ont été réalisés au sein d'une unité de soins intensifs d'un hôpital bruxellois. Les contraintes de temps et de contenu liées au travail de recherche de type mémoire justifient en partie la raison de ces trois rencontres, au sein d'un même hôpital. L'étendue du projet aurait pu être plus importante dans le cadre d'un doctorat. Aussi, l'ambition de ce mémoire est d'envisager l'éventuelle mise en place d'un projet pilote innovant en terme de management, à l'échelle d'un service. Le chercheur a donc concentré la récolte de données sur un type de service, au sein d'un seul hôpital.

Ainsi, deux focus ont d'abord été réalisés pour explorer le ressenti et le vécu du sens du travail et de la reconnaissance du personnel infirmier dans sa pratique quotidienne et donc potentiellement confirmer le cadre théorique. Le troisième focus a eu pour ambition d'affirmer la bonne compréhension du recensement organisé dans les deux premières phases et d'explorer les différentes réponses en termes d'actions et d'attentes de ce même personnel pour reconsidérer la reconnaissance et le sens du travail à travers l'imagination d'un processus d'évaluation, ceci dans une volonté d'intervention innovante.

Concernant l'échantillonnage, il convenait de réaliser deux premiers groupes relativement homogènes, regroupant exclusivement des infirmiers d'une même équipe de soins intensifs afin de couvrir une certaine cohérence dans les approches abordées. Cependant les groupes étaient relativement hétérogènes concernant l'âge des participants en vue d'y apporter peut être un peu plus d'innovation (Thunus, 2019). Travaillant dans ce dit service, le chercheur a pu constituer les deux premiers groupes sur base volontaire des futurs participants, en y excluant la présence de manager de soins et autre personnel médical ou paramédical. Ceci pour éviter une trop grosse divergence de points de vue et de peut-être limiter la libre discussion par la présence d'un supérieur hiérarchique. Compte tenu du contexte compliqué lié à la crise sanitaire induite par le SARS-CoV-2 dans les établissements de soins, il a été difficile de rassembler le nombre idéalement définit (Clauzard, 2013) de dix personnes par groupe. Le premier groupe a pu rassembler le minimum requis de six personnes et le deuxième en a regroupé sept. La troisième rencontre avait pour condition de rassembler des participants aux deux premiers focus groups

et s'est réalisée avec un total de huit participants. Chacun de ces trois groupes comportait en plus un modérateur et un observateur.

Le chercheur a endossé le rôle de modérateur pour chacun des groupes. Ses qualités de chercheur lui ont accordé une bonne maîtrise des sujets abordés et sa pratique dans l'équipe lui a conféré une connaissance du contexte lié au secteur de soins et une certaine compréhension des différents caractères présents dans les groupes.

Un observateur différent a été désigné par le chercheur pour chacune des trois rencontres. Ces trois personnes contactées au préalable sont toutes infirmières de formation et membres actifs de l'UCL à travers leur master en science de la santé publique. Ceci leur a permis de connaître et comprendre le contexte des soins de santé mais aussi d'être conscientes des modalités pratiques relatives à l'observation de focus group. Ces trois observatrices ne connaissaient ni les participants, ni le service étudié avant d'avoir participé aux rencontres.

Ces entrevues se sont déroulées dans une salle de réunion, un espace clos, calme et connu de tous les membres de l'équipe. Le choix de l'endroit s'est porté sur l'hôpital dans lequel les participants travaillent afin de faciliter son accessibilité. Les participants ont été invités à prendre place en rond, autour d'une table, afin que chacun puisse se voir. Le chercheur a pris soin de désigner les places des participants qui devaient soit se trouver à ses côtés soit en face de lui. Ceci pour privilégier le contact avec les personnes installées en vis-à-vis (peut être plus discrètes et réservées) et limiter quelque peu celui avec ses voisins directs (peut-être plus à risque de prendre beaucoup de place dans les échanges). Deux heures de rencontres avaient été prédéfinies en vue de promouvoir un timing suffisamment ouvert pour laisser libre court aux échanges. Les trois focus ont globalement tous durés une heure et demie. L'enregistrement des contenus a été effectué via un téléphone afin d'éviter les éventuels blocages que certains auraient pu avoir en présence d'un dispositif plus imposant.

Enfin, pour recruter les participants, le chercheur a invité les membres de l'équipe étudiée à participer à ces rencontres par l'intermédiaire d'une application donnant accès à une conversation de groupe à laquelle l'intégralité des membres de l'équipe a accès. En parallèle à cette invitation écrite il a, à plusieurs reprises, échangé oralement avec ses collègues pour les inviter à participer. Il a déposé dans le service une feuille avec différentes propositions de dates, pour que chacun puisse s'y inscrire et y indiquer ses disponibilités. Comme évoqué précédemment, la crise sanitaire a fortement impacté l'organisation des services de soins et a rendu plus compliquée l'organisation de ces rencontres. Le chercheur s'est alors organisé

autrement en proposant d'agencer les rencontres en fonctions des shifts de travail afin d'avoir la « garantie » que les participants ne seraient pas trop impactés dans leur vie privée en venant deux heures avant leur shift ou en restant deux heures après. C'est finalement cette méthode qui a permis d'arranger au mieux l'ensemble des participants. Afin de maintenir un canal de conversation clair et structuré, l'enquêteur a ouvert une conversation pour chaque groupe, sur la même application évoquée ci-dessus.

Deux guides d'entretien différents (disponibles en annexe) ont pu être élaboré. Le premier porte sur la question de sens au travail, la reconnaissance et la considération au niveau institutionnel et managérial et enfin, les attentes du personnel concernant ces précédents points. Le deuxième guide d'entretien a été construit sur base des informations principales des deux premiers focus groups, leurs différences et similitudes marquantes. Il avait pour deuxième intention de faire émerger les actions et les attentes envisageables dans l'imagination d'un processus d'évaluation dit « idéal » qui pourrait répondre aux points d'attentions qui étaient ressortis de la collecte de données et plus généralement à la reconnaissance et la récupération de sens au travail.

La réalisation des focus groups

Les focus groups se sont déroulés successivement le 15/04/2021, le 30/04/2021 et le 28/05/2021. En entamant ces rencontres le modérateur a, pour chacune d'elle, introduit la discussion en expliquant les modalités pratiques relatives à l'enregistrement et l'anonymisation des retranscriptions. Il a rappelé les règles de bonne conduite à appliquer au débat en insistant sur l'idée de se sentir libre de parler, d'écouter les intervenants sans les interrompre et de profiter du partage et des réactions pour interagir et rebondir.

Afin de faciliter le suivi de la rencontre pour l'observateur, le modérateur a invité chacun des participants à brièvement se présenter. En parallèle à ce bref instant de présentations, le modérateur a mis à disposition des participants quelques boissons et commodités en vue d'appuyer la convivialité de la rencontre. Ceci servant aussi d'une certaine manière à remercier la participation de chacun.

À la fin des focus, l'observateur a pu intervenir en faisant part de ses remarques, questions, etc. Pour les deux premiers focus, le modérateur a clôturer la rencontre en rappelant qu'une partie des participants seraient invités à la troisième rencontre. Il a également demandé aux participants de respecter le caractère « confidentiel » de la discussion, ceci pour deux raisons. La première étant de ne pas influencer la deuxième rencontre qui allait se dérouler sur base du

même guide d'entretien que la première. La deuxième raison tient du fait que si ces rencontres se déroulent « à huit clos », c'est pour permettre à chacun de s'exprimer librement, en dehors de tout jugement et sans ambition de colporter les dires de ces rencontres à l'extérieur de celles-ci. Enfin, les participants des deux premiers focus ont tous reçu un questionnaire anonyme reprenant diverses informations personnelles en vue de permettre au chercheur de rassembler les caractéristiques des échantillons.

L'analyse des données

Une première analyse des deux premiers focus groups a été réalisée en vue de construire le guide d'entretien du troisième focus. Cette analyse s'est effectuée sur base de multiples écoutes des enregistrements afin de pouvoir recenser, point par point, les convergences et divergences d'avis des deux groupes. De cela, le chercheur a pu identifier douze points d'attention qui ressortaient globalement des deux premières rencontres et qui ont pu être vérifiés et recontextualisés au début du troisième focus groupe.

Pour la suite de l'analyse des données, les retranscriptions des trois focus groups ont été réalisées par un étudiant doctorant de la faculté de l'UCL. La qualité de la retranscription a donc été soumise aux recommandations formelles de l'université.

L'analyse des données des deux premiers focus s'est faite par une déconstruction des enregistrements en fonction des thèmes globalement abordés à travers le guide d'entretien. Chaque thème a alors fait l'état des représentations similaires et différentes des deux groupes. Après avoir rapporté l'essentiel des informations relatives aux deux premiers groupes, le chercheur a identifié douze points d'attentions qui ont pu être regroupés en trois catégories différentes.

Résultats

Avant d'exposer les résultats, il est important de contextualiser ceux-ci à travers l'impact de la crise pandémique du SARS-CoV-2. Elle a ébranlé les soins de santé en de nombreux points et a touché fortement le personnel y travaillant. Les deux premiers focus groups ont été spontanément entamés en abordant ce contexte. Cette crise a apporté une composante particulière à la notion de sens du travail, notamment suite à l'intensification tant physique que psychologique de la charge de travail, mais elle serait aussi une sorte de reflet de certaines failles du système des soins de santé comme le manque de personnel, les coupes budgétaires amenant à des fermetures de lits, le manque de moyen pour mener à bien des projets, etc. Il est par conséquent « normal » que cette notion de crise soit mentionnée à travers l'exposition des résultats.

Ceux-ci seront repris dans un premier temps à travers les trois thématiques globales qui ont dressé dans les grandes lignes le guide d'entretien qui a dirigé les deux premières rencontres. Ces thématiques sont la perception de sens et d'accomplissement au travail (1), la reconnaissance et les relations avec le management (2) et enfin la considération et l'implication dans l'institution (3). Après quoi, douze points d'attention émanants de ces deux premières rencontres seront listés et permettront d'arriver à l'exposition des résultats du troisième focus group.

Perception de sens et accomplissement

Comprendre le sens par sa déconstruction

De façon assez similaire, les groupes ayant réalisé les deux premiers focus groups ont abordé la question relative à la perception de sens de leur travail en évoquant dans un premier temps ce qui retirait du sens à leur pratique quotidienne.

D'abord, comme énoncé en amont, il semblerait que la Covid ait fortement impacté le sens du travail. La difficulté de traitement de la maladie jumelée à l'important nombre de décès qui ont été constatés en service de soins intensifs a fait transparaître un sentiment d'impuissance qui a fortement atteint le sens du travail. Considérant parfois d'aller jusqu'à l'acharnement thérapeutique, les infirmiers témoignent d'une perte de l'humain dans les soins.

« Aujourd'hui avec le Covid, on ne donne plus de sens à notre travail, on fait ce qu'on doit faire parce qu'il faut le faire mais quand on rentre chez soi et on y repense, ce que j'ai fait sur ma journée avait-il un sens ? On soigne maintenant parfois plus des chiffres que des

patients, c'est une période très dure pour ça, on a envie qu'ils s'en sortent mais où est l'être humain là-dedans ? »

Ensuite, une autre atteinte au sens du travail d'infirmier s'expliquerait par la multiplicité des missions à accomplir quotidiennement et qui sortent du cadre de la profession. Les intervenants font mention de tâches administratives, *« de paperasserie et de trucs que tu dois faire sinon tu as le coup de massue »*, et ils en arrivent au constat qu' *« il y a quand même beaucoup de parasites qui empêchent de faire du nursing »*. En conséquence, *« tu fais un peu de tout mais de moins en moins bien »*, *« il y a une perte d'investissement dans ce que tu fais »*, *« ça empiète sur ton contact patient aussi »*.

On en arrive alors à ce qui permet à ces infirmiers de trouver du sens à leur travail. Ils évoquent la technicité des soins, le fait d'aider les gens, de donner beaucoup d'eux même pour le patient et d'être auprès de lui, de soigner comme si le patient était un proche ou un membre de leur famille, *« Moi je soigne comme je voudrais qu'on me soigne »*.

L'accomplissement, un travail du quotidien

« L'accomplissement c'est qu'à 21h s'ils sont tous en vie, c'est parfait »

La notion d'accomplissement semble, d'après les deux premiers focus, se réaliser au jour le jour. Les témoignages parlent de faire au mieux pour le patient *« J'essaye de terminer ma journée en faisant le mieux que je pouvais (...) Si j'ai pu avancer sur quelque chose super ! Sinon au moins que ce soit le moins pénible pour lui (le patient) mais c'est au jour le jour ! »*. Cet accomplissement du quotidien semble se faire grâce à une remise en question continue de la pratique du soins en fonction des conditions de travail.

Ces conditions seraient dépendantes des contraintes de temps, de ressources et de communication. La contrainte de temps s'expliquerait par la multiplicité des tâches évoquée précédemment. Le manque de ressources fait appel au manque de personnel et de moyens, une intervenante parle de son passé professionnel dans un autre pays et explique

« Il y avait 3 aides-soignantes avec chaque infirmière et le travail était divisé. (...) cette façon de travailler, elle épargnait beaucoup de temps pour nous, pour être présent à côté du patient. Chacun fait son travail donc j'ai plus le temps de communiquer avec le patient, de faire peut-être des éducations, expliquer, répondre à ses questions parce que les patients ont beaucoup de questions. (...) Je trouve qu'ici, c'est une question de la direction mais on a besoin d'avoir plus de personnel. »

Arrivent alors les contraintes de communication qui atteignent les conditions de travail. Les infirmiers expriment ne pas être écoutés, entendus, concertés « *On était énervés comme c'est pas possible parce que tu es à 3 pour gérer 10 lits, c'est la foire ! Alors oui ils prennent des notes et 'oui on vous a entendu' mais 5 ans ou 6 ans après, t'as rien ! (...) Je n'ai même plus envie de m'investir* »

Ne parvenant peut-être pas à atteindre un niveau d'accomplissement suffisant, les participants expriment avoir le besoin de se détacher de leur pratique « *j'ai fait ce que j'avais à faire, tout est en ordre, j'ai transmis à ma collègue et je peux tout chasser de ma tête et rentrer chez moi. Moi c'est ça qui m'aide à me sentir bien.* »

Reconnaissance et relation avec le management

« Reconnu par qui ? »

Les réactions relatives à la question de la reconnaissance ont fait référence à plusieurs acteurs à savoir, les patients et leur famille, les collègues et médecins du service, les managers y compris la direction, le gouvernement et enfin, l'entourage direct et/ou indirect des infirmiers.

Certains intervenants sont surtout attentifs et sensibles à la reconnaissance qu'ils peuvent avoir de la part des patients et leurs familles ainsi que celle de leurs collègues et de leurs proches mais ils n'estiment pas ou n'attendent « plus » la reconnaissance de la part de la hiérarchie.

Ce manque de reconnaissance ou d'intérêt de reconnaissance de la part de la direction s'expliquerait en partie par des problèmes de communication et d'écoute dont il a déjà été fait mention précédemment.

« Je ne sais même pas si c'est de la reconnaissance. J'ai l'impression que quand tu dis quelque chose, on t'écoute parce qu'il faut, parce que te dire 'tu saoules', c'est pas la bonne technique, c'est 'oui on vous a entendu mais ... c'est compliqué, ça va prendre du temps' ... et entre temps il n'y a jamais rien qui va. Te donner un jour de congé, te donner un chèque c'est sympa mais c'est pas ça qui va améliorer ton quotidien. »

« Au lieu de nous dire 'on vous entend' super mais reviens derrière avec des propositions, 'qu'est-ce que nous (la direction) on pourrait proposer' mais avec une suite ! 'Ah oui mais non ça c'est pas possible' ou 'on envisagerait plutôt ça' mais pas 'je vous entends et ... restez à vos places'. Il n'y a aucun échange ! C'est vraiment ça le problème des infirmières ou des infirmiers en général, c'est une majorité de femmes et on compte sur nous en tant que bonne épouse, bonne mère de famille, juste notre empathie, notre dévotion à ce qu'on fait,

l'engagement qu'on porte à nos patients mais surtout l'engagement qu'on a vis-à-vis de nos collègues. »

Une intervenante exprime par conséquent vouloir travailler la reconnaissance via une communication plus sincère et transparente.

« quand ils (la direction) n'ont pas les choses entre leurs mains, qu'ils sachent le reconnaître et qu'ils ne nous fassent pas croire 'oui mais non en fait c'est parce qu'il n'y a pas besoin ...' (...) c'est vraiment la communication parce que la considération ils en ont certainement besoin aussi et ils ont des réalités dont on a pas conscience je pense. C'est vraiment être sincère. »

« Qu'on arrive à voir l'humanité dans l'autre (...) ça apaise tout le monde. »

Une autre raison qui expliquerait de façon plus générale le manque de reconnaissance perçu par les infirmiers s'expliquerait par un décalage entre la réalité du travail vécue sur le terrain et l'image que toute personne qui ne s'y trouve pas s'en fait.

« Les gens ne se rendent pas compte, ils ne savent pas ce qu'on vit. On est à un triple investissement et personne ne reconnaît, ne comprend et nous soutient. »

« Il y a un énorme décalage entre ce qu'on vit ici, ce que les autres voient à l'extérieur, ce que la direction nous ramène et toute l'implication physique, émotionnelle, c'est très lourd. »

« Peut-être qu'ils (la direction) sont là-haut dans les bureaux, ils ne sont pas sur place, ils ne voient pas. »

Enfin, il a également été fait mention de la reconnaissance salariale. C'est un point qui a été plus fortement discuté dans le deuxième groupe. En rapport à cela, les intervenants faisaient plutôt référence à la reconnaissance de la part du gouvernement, du fédéral.

« La valorisation d'un métier passe aussi par le côté financier, (...) par exemple, en France, la 1^{ère} vague et la 2^{ème} vague, c'est pareil, le métier d'infirmier n'était pas autant valorisé. En Belgique, le métier d'infirmier est beaucoup plus valorisé, l'image de l'infirmier. Mais depuis le Covid, en France on est passé par un surplus financier. Le taux horaire a été doublé voir triplé. Et maintenant, avec l'état en juillet 2021, les salaires vont être rehaussés au nets d'impôts. Donc l'état a revalorisé. Ça fait du bien au moral et aussi au métier. »

Ils ont également abordé la pénibilité de la profession et la prépension. Bien conscients que ces différents points n'interviendront pas directement sur le besoin de reconnaissance relatif au quotidien, ils soulignent là une attente de se faire également davantage reconnaître par l'état.

Les relations avec le management

Force est de constater à travers ce qui s'est dit dans les focus groups et ce qui a déjà pu être exposé précédemment que la notion de management ne semble pas explicite pour les intervenants. Beaucoup de leurs réactions concernant le management se tournent rapidement vers « la direction », « la hiérarchie ».

Cependant, lorsqu'ils évoquent le management opérationnel, ils considèrent que leur chef de service est facilement atteignable pour parler mais qu'il est débordé, ce qui amène aussi à un manque de changement et de retour.

Une intervenante a aussi évoqué une expérience antérieure dans un autre service et exprimait un manque de leadership de la part de son ancien chef de service « *Je ne sais pas ce que c'est d'être porté et soulevé par un chef* ».

Aussi, à travers les deux groupes, les soignants estiment que la structure managériale est trop grande.

« Déjà je ne connais pas la moitié de la hiérarchie qu'il y a au-dessus de moi. Il y a des gens qui débarquent, tu sais pas qui c'est. T'as l'impression qu'il y a autant de gens au-dessus de nous que de petites mains, on ne connaît pas ces gens. »

« il y a trop de chefs »

« Qu'ils suppriment certains postes (...) la base n'est déjà même pas là »

En vue d'approfondir ce questionnement relatif aux relations avec le management la notion d'évaluation a été abordée. À l'unanimité, les usagers n'auraient jamais été vraiment évalués.

« Moi je n'ai jamais eu d'évaluation en 23 ans. »

Ils évoquent une éventuelle évaluation à trois ou six mois après l'embauche et puis rien. Certains seraient demandeurs d'en avoir, « *d'un chef qu'on reconnaît* » et d'autres « *pas du tout. Je ne demande pas d'être évalué par un chef* ».

Tout ceci témoignerait, d'une certaine manière, d'un manque d'exercice concret de la fonction managériale.

Considération et implication dans l'institution

Les soignants interviewés estiment ne pas être suffisamment considérés dans l'institution. Différentes interventions marquantes ont fait l'état de cette constatation :

« On avait écrit une lettre et directement [le directeur des ressources humaines] est revenu avec tout un mail en disant qu'on ne pouvait pas parler comme ça (...) Je me suis senti comme un enfant de 10 ans qui se faisait gronder ! Très très paternaliste comme ça, j'avais juste envie de dire 'écoutez on est d'être humain à être humain, il faut pas me parler ...' enfin le chef de ressources humaines c'est pas mon père donc il n'a pas à avoir ce côté paternaliste. J'ai l'impression que dans beaucoup de sujets comme ça ... c'est vraiment position haute, position basse et il faut dire 'amen' à tout. (...) C'est une gestion d'il y a un siècle ! Gestion pyramidale, 'je suis le chef et tu fais ce que je te dis.' »

« Humain avec les patients, robot avec la hiérarchie. »

« Ils fonctionnent comme si on était une grosse entreprise »

« C'est souvent noyer le poisson pour ne pas ... ou juste ne pas voir la vérité en face. Tant que ça continue, c'est comme ça, c'est une entreprise ... tant que ça continue ça continue. Si il y en a une qui s'écroule (référence au burn-out) c'est pas grave, hop on continue. »

Néanmoins, ils expriment vouloir s'impliquer davantage dans les décisions de l'institution. C'est une ambition qui s'est fortement fait sentir dans le premier groupe. Les intervenants y ont abordé spontanément le désir et la nécessité de mettre en place des évaluations, des feed-back aux interactions avec la direction, en vue de pouvoir s'impliquer collégialement dans la mise en place d'action ou de projet.

« Entre la 2^{ème} et la 3^{ème} vague, il y a la direction qui avait fait le tour de tous les services et ça j'avais trouvé super bien ! (...) mais ... J'ai pas entendu de suite de leur passage... Et ça avait du sens de faire ça pendant le Covid mais ça aurait tout autant de sens d'instaurer ce truc comme une continuité. (...) Il faudrait leur demander (...) de venir de façon trimestrielle, passer dans les service, faire une évaluation de 'la dernière fois qu'on est passé, qu'est ce qui a changé ? Qu'est ce que vous voulez mettre en place ?'. Je trouvais qu'à ce moment là c'était bien, tu te sentais écouté, tu avais vraiment LA direction, tes supérieurs qui viennent, qui t'écoulent, c'est super ! (...) Mais j'ai pas entendu de suite de ce truc et je trouve que ça aurait vraiment du sens de mettre ça en place ... allé tout le temps quoi ! Le Covid a été là et a mis, je

pense, en lumière énormément de choses de façon très forte maintenant il faut rebondir là-dessus et continuer ! »

12 points d'attention explicites

Au terme des deux premiers focus groups, nous avons pu lister douze points d'attention qui ont surgi de ces rencontres et qui font globalement l'état des besoins et des attentes des participants par rapport au trois thématiques générales qui viennent d'être abordées. Ces expectatives ont soit été énoncées quasiment mot pour mot ou alors abordées et discutées au sein des groupes.

1. Le besoin de considération dans la concertation avec la direction et le management de façon générale.
2. Le désir d'être acteur pour changer les choses.
3. Le besoin de créer des moyens de communication
4. Le besoin de se remettre continuellement en question
5. Le besoin d'avoir des perspectives à long-terme qui soient un minimum concrètes
6. Le besoin de remise en question en équipe et que ce soit préparé, encadré, accompagné
7. La volonté d'améliorer les compétences individuelles à travers des évaluations d'équipe
8. Le désir de repenser l'évaluation, qu'elle soit portée sur l'individu, ce qu'il voudrait, ce qu'il attendrait de l'institution et sa satisfaction
9. Le besoin d'avoir des relations qui soient plus engagées au sein du service et de l'institution avec une « obligation de retour »
10. Le désir d'être impliqué dans des objectifs organisationnels (*« Ils investissent dans des choses qui ne nous aident pas »*)
11. Le besoin d'un schéma Écoute → Analyse → Proposition → Feedback → Mise en place → Évaluation
12. Le désir d'arriver à voir l'humanité dans l'autre via une communication plus transparente et des échanges plus égaux

Ces points d'attention ont ainsi pu introduire le troisième focus composé par des membres des précédentes entrevues. Ce dernier entretien groupé a permis dans un premier temps de recontextualiser ces résultats avant de s'engager dans des discussions relatives à l'imagination

collective d'un processus d'évaluation « idéal » qui permettrait de répondre à cette liste d'attentes. Les résultats de cette dernière rencontre seront donc présentés comme suit : une première partie explicitera les données complémentaires aux précédents focus et une deuxième exposera les idées du groupe concernant la conception d'un processus d'appréciation.

Troisième rencontre : De la frustration à l'évaluation

« On se sent limité dans nos possibilité de se faire entendre »

Ce troisième focus group a été entamé par les participants en évoquant une réunion d'équipe qui avait eu lieu dans le service la veille de cette rencontre. Il semblerait que cette réunion soit tombée à point nommé pour recontextualiser les problématiques évoquées dans les focus groups.

« Quand on entend le résumé que tu as fait, je trouve que la réunion d'hier est très représentative du truc (...) à la dernière minute, il y a [le directeur des soins infirmiers] qui débarque 'Je suis super content de ce que vous faites !' (...) que nous, à notre demande, on ait demandé une réunion (...) donc ça vient de nouveau de la base, pour la base, et lui vient 'ah oui c'est super, c'est magnifique' (...) et c'est tellement pas à propos. »

« Il venait voir [le chef infirmier de l'équipe] pour tout à fait autre chose et il a vu qu'on était là et donc il a dit 'J'ai entendu...' et après il a dit aussi 'C'est pas parce que vous ne me voyez pas que je ne suis pas là !' »

Suite à quoi les participants exprimaient qu'ils avaient l'impression que les informations transitaient à travers les différents niveaux managériaux mais par l'intermédiaire de filtres et qu'elles apparaissaient donc « minimisées ».

Ainsi, ils expliquaient ce décalage de réalité qui a déjà pu être évoqué en amont et qui amènerait à une perte de motivation et de l'épuisement.

« Moi je ne ressens pas de sincérité dans ce qu'ils (la direction) font. (...) C'est vraiment dommage que pour finir (...) c'est de nouveau 'oui on va faire une évaluation, on va se remettre en question', tu as toujours l'impression que quelque chose vient de la base (...) on veut avancer, on veut progresser, on veut s'améliorer entre nous mais au bout du bout, ça ne va pas plus loin. Si, on le fait pour nous, pour se sentir bien, pour essayer de travailler au mieux pour les patients mais ça vient toujours de nous. Ils sont tout étonnés que (...) il manque 32 équivalents temps plein sur [l'hôpital] en dehors des certificats maladies. (...) et là ça ne leur paraîtrait pas cruel d'évidence qu'à un moment il faut faire un feedback ? (...) Après il ne faut

pas s'étonner qu'elles (les infirmières) quittent le métier, qu'elles en ont marre, qu'elles sont en burn-out ... »

Ils estiment être limités en terme de moyens pour se faire entendre et comprendre.

Le groupe a ensuite poursuivi cette première étape de recontextualisation en développant la problématique sous un angle plus large qui inclus l'impact du fédéral.

« Moi j'ai entendu 'on a pas les ressources financière', 'l'hôpital est toujours dans le rouge parce que ça coute et ça ne rapporte pas assez', 'vous ne vous rendez pas compte, de toute façon les infirmières c'est ce qui coute le plus cher dans un hôpital' (...) 'on veut bien engager mais on ne trouve pas de personnel' (...) C'est toujours les mêmes chose qui tournent en boucle. (...) Il y a probablement d'autre solutions mais pour l'instant je ne les vois pas. Je veux bien qu'on construise quelque chose ensemble mais il faut que eux (la direction) aient les possibilités de pouvoir changer quelque chose. »

« Si eux même sont bloqués parce que effectivement ils n'ont pas d'argent ... (...) il y a probablement d'autres choses auxquelles nous on est pas informé, de eux, des pressions qu'ils ont. »

En poursuivant cet échange visant à comprendre les origines de ces problématiques, une intervenante remet en question le management pratiqué dans les hôpitaux en le comparant à celui qui peut être pratiqué dans des entreprises et qui semble parfois plus efficient.

« Tu as des entreprises, après tu vas me dire 'c'est différents parce que c'est privé' mais il y a des usines ou des entreprises bien plus compliquées que ça (les hôpitaux) et où ça passe bien mieux parce qu'ils mettent plus le point là-dessus (le management). Regarde chez nous, (...) [le chef infirmier], au niveau management et tout ça, il ne s'y connaît pas donc comment il peut agir par rapport à en haut ou en bas ? Bah lui il obéit à [la cadre] c'est tout, parce qu'il se dit que c'est sa cheffe alors que si ça tombe, il y a 1000 possibilités qu'il pourrait faire mais il ne connaît pas. Alors que quand tu vas dans des autres trucs (entreprises) bah ce sont des gens qui connaissent leur boulot. Regarde les ressources humaines chez nous, elles ne connaissent rien ! (...) c'est toi qui leur apprends des choses. (...) il y a un moment où il y a des problèmes de ... Moi je ne m'y connais pas en management et tout ça mais j'imagine que c'est pas parce que c'est un hôpital que ça doit être aussi mal géré, que du contraire ça devrait être encore mieux géré puisqu'on est dans l'humain ... »

Après ce constat fortement parlant, la rencontre a été dirigée par le modérateur vers une discussion amenant à l'imagination d'un processus d'évaluation qui puisse répondre aux attentes des participants.

Des initiatives nourries par l'espoir d'un changement

En présentant l'évaluation comme quelque chose de justifié à travers la littérature et qui semble être abordable à l'échelle d'un service et d'une institution, l'animateur a invité les participants à se projeter dans la construction d'un idéal. En réponse à cela, les soignants ont parlé de différentes initiatives d'évaluation qui pourraient s'imbriquer dans la construction d'un processus. Celles-ci sont reprises ci-dessous selon trois approches ; collective (1), individuelle (2), organisationnelle (3).

L'évaluation à travers le collectif

Cette approche de l'évaluation se matérialiserait par des réunions d'équipe. Bien qu'elles aient déjà lieu, elles ne participent pas forcément à une dynamique d'évaluation. Selon les inspirations des participants, ces réunions pourraient prendre trois formes différentes.

- Premièrement il faudrait inviter l'équipe médicale et l'équipe nursing à se rencontrer à intervalle régulier pour évaluer collégialement les aspects collaboratifs et relationnels de leur travail au sein du service. Cette initiative semble déjà avoir été pratiquée mais elle devrait être plus régulière et popularisée. Ceci permettrait d'évaluer le service dans sa globalité, d'éviter les tensions et ainsi promouvoir le travail collectif.

- Le deuxième format proposerait « *une réunion d'équipe avec un membre de la direction, une fois par an (...) et il faudrait d'office un feedback de la direction par rapport à cette réunion. Que ce ne soit pas juste la réunion annuelle où (...) ils le font un peu par obligation, mais qu'il y ait un feedback de cette réunion auprès de l'équipe 'ok, on a discuté de tel et tel point, ça et ça on pense qu'on peut améliorer', (...) juste ça je pense que ça allègerait déjà beaucoup de demandes* ». Cette initiative imposerait à la direction une « obligation » de retour plutôt qu'un acte de présence.

- Enfin, le troisième type d'évaluation d'équipe proposé serait encadré par « *un médiateur* », « *un coach* », « *quelqu'un qui n'a rien à voir avec l'institution et qui est tout a fait neutre* », « *qui connaisse les soins infirmiers, le milieu médical et qui s'y connaisse en management* ». Cette personne pourrait ainsi redynamiser l'évaluation, la rendre plus objective et « *ça serait mieux dit et mieux accepté* » que si c'était réalisé par le manager direct.

L'évaluation individuelle

Les intervenants ont abordé la nécessité d'avoir une évaluation individuelle tant pour les nouveaux engagés que pour les anciens.

Ils ont premièrement évoqué l'approche relativement classique de l'évaluation des compétences en insistant surtout sur l'importance d'y intégrer des aspects positifs en vue d'« *encourager la personne* ». Aussi, pour ne pas « *vexer* » l'évalué, il faudrait que les critères d'évaluation soient à la fois personnalisés et universels à l'équipe. Réalisée de façon régulière, cette évaluation permettrait des « *remises à niveau* » de l'ensemble du collectif.

Par après, une intervenante imaginait une évaluation individuelle qui se déroulerait en plusieurs étapes. D'abord, chacun devrait, par l'intermédiaire d'« *un petit questionnaire* », s'auto-évaluer, évaluer le service et enfin estimer son épanouissement et son intégration dans l'équipe. Le contenu de ce format écrit serait ensuite discuté avec le manager. Enfin, « *après avoir discuté avec toutes les personnes* », celui-ci pourrait organiser un retour en équipe sur les points marquants et déterminants de ces évaluations et éventuellement les transmettre aux cadres et directeurs.

L'évaluation organisationnelle

Enfin, les participants aimeraient avoir l'opportunité d'évaluer le management organisationnel.

Une intervenante fait allusion aux évaluations qui peuvent être demandées aux étudiants dans les universités pour évaluer leurs professeurs. De ce fait, elle envisage que tous les membres de l'hôpital soient invités, chaque année, à compléter un document qui leur permettrait d'évaluer leur encadrement managérial direct (n+1, le chef infirmier) et indirect (n+2, le cadre de département, n+3, le directeur de soins). Par exemple « *êtes-vous satisfait de votre hiérarchie ? oui/non, pourquoi ? Est-ce que vous trouvez qu'ils sont accessibles ? etc.* ». Une fois complétées, ces évaluations feraient l'objet d'un compte rendu qui arriverait entre les mains de la direction et leur permettrait d'avoir une appréciation de l'exercice managériale de l'institution.

Il a également été fait mention de pouvoir définir des projets organisationnels, qui répondraient aux recommandations du niveau opérationnel, pour lesquelles la direction s'engagerait à amener des réponses. « *Il y en aurait - sur tout l'hôpital - une liste incommensurable mais qu'ils en prennent quelques-unes et qu'ils disent 'on va essayer d'agir sur ceci et cela'* ». Ces recommandations seraient définies en objectifs encadrés par des deadlines et il y aurait « *un*

feedback dans l'autre sens ». Ce serait les opérateurs qui évalueraient les réponses que la direction estime apporter à travers leurs actions.

En conclusion à ce dernier focus groups, les participants ont exprimé vouloir donner « *la place qu'il faut* » à un processus d'évaluation.

« Je pense que c'est quelque chose qui est complètement sous-estimé pour l'instant et la preuve en est qu'il n'y a rien qui est vraiment mis en place à ce niveau-là. La direction vient faire acte de présence mais je pense qu'ils sous-estiment l'importance de l'écoute et de processus d'évaluation comme ça en hôpital. »

« C'est super important et primordial si tu veux garder un personnel qui est content de venir travailler. »

Discussion

L'analyse des focus groups a permis d'identifier trois composantes du besoin de reconnaissance des soignants qui ont participé à la recherche. Il s'agit d'une part d'être considéré et impliqué dans les prises de décisions, d'autre part de remettre l'humain au sein des différents groupes de professionnels qui interagissent en milieu hospitalier et enfin d'aiguiser le sens du travail et son entretien quotidien. Ces trois points construiront la première partie de la discussion et tâcheront de répondre à « Pourquoi faut-il envisager la réhumanisation du management intra-hospitalier ? ». Ensuite, compte tenu des résultats et des points théoriques exposés, une ébauche de processus d'appréciation sera présentée en vue de répondre à « Comment faut-il envisager la réhumanisation du management intra-hospitalier ? ». Enfin, une troisième partie permettra de mettre en évidence quelques recommandations et ouvertures que cette recherche a inspirées ainsi qu'une brève estimation des limites rencontrées à travers l'élaboration de ce mémoire.

Première partie : Pourquoi réhumaniser le management intra-hospitalier ?

L'implication et la considération dans la prise de décision

À maintes reprises, les soignants expriment vouloir être davantage concernés dans les décisions qui définissent et encadrent l'exercice de leur travail. Ils font l'état d'une série de frustrations quotidiennes qu'ils expliquent par différentes raisons.

Les soignants pointent du doigt les nombreuses initiatives d'écoute et d'ouverture au dialogue avec les instances managériales de l'organisation mais ils n'en voient pas les résultats. Par conséquent, ils ont le sentiment d'être incompris, peu écoutés, peu considérés dans les interactions qu'ils ont avec leurs managers. Face à ce constat, ils désirent ouvrir des moyens de communication plus efficaces en vue d'obtenir des résultats concrets.

Ils aimeraient pouvoir être acteurs du changement des conditions de leur travail. Lorsqu'ils expriment une charge de travail importante, pour laquelle ils ne sont pas assez nombreux, ils disent également vouloir expliquer comment est-ce qu'un supplément de personnel doit être envisagé. La multiplicité des tâches qui les empêchent de faire du nursing pourrait être en partie prise en charge par des aides-soignants, des aides logistiques, des secrétaires médicales.

Lorsque les infirmiers considèrent que l'hôpital investit dans des choses qui ne les aident pas, ils sont non seulement soucieux de l'exercice de leur travail mais aussi des dépenses qu'ils estiment inutiles de la part de l'institution. Les infirmiers voudraient s'impliquer dans la concrétisation d'objectifs organisationnels.

Les soignants qui se sont exprimés à travers les focus groups, ont fait appel à plusieurs reprises à la nécessité d'obtenir et de donner des feedbacks. Ceux-ci permettent d'objectiver le travail ou l'efficacité et la performance d'une action, d'une réponse à un problème, etc. Il semble que les infirmiers désirent être plus impliqués dans tout ce qui permettrait de rendre à leur travail sa réelle dimension objective. Ceci permettrait de limiter les écarts qui persistent entre ce que eux pensent et vivent à travers leur travail et la façon dont leur travail est perçu par ceux qui ne le vivent pas.

Les établissements de soins de santé sont des organisations complexes, multi-segmentées, constituées de nombreux acteurs et ont pour première fonction le soin de l'autre. À raison, les patients sont de plus en plus concernés dans l'évaluation et l'appréciation des soins qui leur sont accordés. Ils sont au cœur de la production du soins et participent à son évolution. Il en est de même pour le personnel soignant. Au même titre que l'on considère l'appréciation du patient dans la construction du soins et que l'on promeut son *empowerment* il faut davantage promouvoir l'autonomisation et la responsabilisation du personnel soignant dans l'organisation de ces établissements de soins, construits à l'image du principe de solidarité.

La considération et l'implication du personnel soignant dans les prises de décisions contribue à sa reconnaissance. Faisant référence à ce que Nathalie Angelé-Halgand et Thierry Garrot expriment, les infirmiers désirent être concernés dans la mise en place d'action qui ont du sens pour eux.

Refaçonner l'image des groupes de professionnels en y remettant l'humain

Que ce soit à travers des exemples de communication qui paraissent inefficaces et inappropriés ou via des propositions de concertation en équipe pluridisciplinaire, les participants à la recherche expriment de façon générale le besoin de « *voir l'humanité dans l'autre* ».

Lorsque Taskin & Dietrich font référence à la notion de « travail invisible » de Pierre Yves Gomez, ils évoquent aussi la nécessité de rendre le travail visible à travers l'interdépendance de ses trois dimensions et de remettre ainsi le travail au centre du travail. Les soignants, eux, dénoncent d'une certaine manière « l'humain invisible » dans les interactions qu'ils peuvent avoir avec leur managers, « *Humains avec les patients, robots avec la hiérarchie.* ». Ce à quoi ils voudraient remédier en prenant soins de remettre l'Humain au centre du travail de l'humain qui prend soin.

Ils proposent de créer des moyens de communications qui soient plus transparents et sincères. Ils désirent pouvoir organiser plus régulièrement des réunions en équipe, élargies aux différents groupes de professionnels avec qui ils interagissent, pour y faire transparaître les réalités de chacun et déconstruire les éventuelles tensions qui peuvent persister entre ces groupes.

Le travail est aussi collectif. Ces constatations et ces demandes semblent relever l'importance de la dimension collective dans l'exercice du travail quotidien. Elle s'incarne dans le travail d'équipe, l'interdépendance des collaborateurs, l'appartenance à une communauté et se rattache aux notions de collaboration, d'identification et de solidarité. Travailler l'image des différents groupes qui interagissent entre eux en y incorporant l'humain, contribue à la reconnaissance de chacun des intervenants. « *La considération ils en ont certainement besoin aussi* »

Le sens du travail et son entretien

Il semble évident que le contexte induit par la crise sanitaire ait fortement impacté la question de sens au travail des infirmiers interviewés. Cette crise leurs a permis de construire et déconstruire le sens qu'ils accordent à leur quotidien. Suite à cette contextualisation, nous n'avons pas pu directement établir de lien entre la dégradation de sens et le contexte d'une santé financiarisée dont il est fait mention au début de ce mémoire.

Ce qui permet à ces infirmiers de donner sens à leur travail se rattache au fondement de l'art infirmier, c'est-à-dire, prendre soin des patients, à travers une technicité importante et une relation de proximité. Travaillant dans un service de soins intensifs, ils aiment se retrouver et travailler en situations aigues.

Cependant, les intervenants ne manquent pas d'exprimer leurs impressions quant au fait que les hôpitaux soient gérés comme des entreprises qui ne doivent pas perdre d'argent et pratiquer par conséquent une gestion de rationalisation. Ils dénoncent de façon générale l'organisation hospitalière et l'accusent d'entraver leur épanouissement quotidien en leur retirant du temps de nursing. Que ce soit par la multiplicité des tâches qui leurs sont assignées, l'inconsidération qu'ils éprouvent par rapport aux décisions qui touchent directement l'organisation de leur service ou encore « l'imposition » d'objectifs organisationnels qu'ils ne comprennent pas ou ne considèrent pas comme l'accréditation ou dernièrement le passage à une nouvelle échelle barémique de leur salaires, ils constatent une atteinte à leur accomplissement et au sens qu'ils accordent à leur travail.

Comme évoqué dans le cadre conceptuel, les soignants parlent également d'épuisement physique et psychologique induit par ces conditions. Cette lassitude se concrétise à travers des réductions de temps de travail, des départs, des burn-out, le tout baignant dans un sentiment de culpabilité vis-à-vis de leur collègues.

L'esprit d'équipe semble très important aux yeux des soignants. Les intervenants estiment avant tout la reconnaissance de leurs pairs et considèrent qu'une part de leur accomplissement au travail se fait à travers la continuité des soins qu'ils partagent entre collègues. En vue d'entretenir cet accomplissement, ils envisagent plus de concertation en équipe pour justifier, expliquer et partager le sens qu'ils attribuent à leurs actions.

Nous en arrivons ainsi à la dimension subjective du travail. Cette expérience qui met en lumière le vécu, la symbolique et la réalisation de l'individu à travers l'exercice de son travail semble peu exploitée et entretenue dans la pratique managériale hospitalière. Les intervenants expriment un important besoin de reconnaissance et cette dimension devrait pouvoir répondre en partie à ce besoin.

Ainsi, au terme de cette première partie, nous faisons le lien entre trois composantes majeures du besoin de reconnaissance des soignants et les trois dimensions du travail réel de Gomez. Cette approche nous permet d'appuyer l'importance de la nécessité d'entretenir ces trois dimensions en vue de considérer et reconnaître le travail, leur interdépendance est un enjeu majeur de la réhumanisation du management. En cela, nous estimons justifier en partie le besoin de réhumaniser le management intra-hospitalier.

Deuxième partie : Comment réhumaniser le management intra-hospitalier ?

Le processus d'appréciation

En se basant sur la théorie exposée et les interactions des intervenants qui ont participé à la recherche, nous estimons être en mesure de pouvoir proposer l'esquisse d'un processus d'appréciation qui réponde aux demandes des soignants et aux exigences théoriques du management humain.

Ce processus contient plusieurs phases complémentaires qui permettent d'apprécier le travail du personnel soignant intra-hospitalier sous sa triple dimension et espère pouvoir prôner la reconnaissance et la valorisation de ce personnel dans son institution.

- La première étape se concrétise par une approche individuelle comme elle a pu être proposée dans le troisième focus groups. Par l'intermédiaire d'un support écrit, la

personne concernée entame son auto-évaluation et est invitée à aborder ses compétences pratiques et techniques propres à l'art infirmier, ses compétences relationnelles avec les patients et ses collègues et enfin son vécu et son épanouissement dans l'équipe. Enfin, elle est invitée à évaluer son environnement de travail sous l'aspect matérielle (organisation du service, disponibilité des ressources, etc.) et immatérielle (stress, interaction pluridisciplinaire, procédures, etc.). Après avoir objectivé par écrit cette première appréciation de son travail en contexte, l'utilisateur est amené à échanger avec son/ses managers directs (infirmier chef et adjoint) sur le contenu de ce support dûment complété. À travers cet échange, le manager responsable partage son appréciation avec la personne concernée et l'invite ensuite à co-définir deux types d'objectifs. Le premier s'intéresse exclusivement au collaborateur en tant qu'individu, ayant des besoins propres à lui. Le deuxième type d'objectif porte sur le collectif de travail et touche alors le service et/ou l'équipe. Enfin, au terme de cet échange, le collaborateur et son(ses) manager(s) ont déterminé des échéances qui mèneront à des feedbacks pour revenir sur les objectifs qui ont été co-définis.

- Après avoir rencontré l'entièreté de son équipe, le manager entame la deuxième phase du processus. Il organise une réunion d'équipe qui s'inspire à la fois du lean et du care collectif. Cette rencontre se passe en deux temps. En première intention, le manager coach les membres de son équipe en leur présentant les informations et remarques pertinentes qu'il a pu rassembler à travers les différentes appréciations réalisées. Ces informations portent de façon générale sur les aspects matériels et immatériels abordés en amont et ce qui touche au collectif de travail. Il aborde ensuite les différents objectifs en rapport avec le service et l'équipe et entame une discussion ouverte avec chacun des participants. Au deuxième temps de cette rencontre, l'équipe nursing est rejointe par l'équipe médicale en vue de pouvoir exercer la pratique du care collectif et ainsi remettre en question les buts, les valeurs, les comportements, les conséquences d'actions relatives à autant de situations cliniques non généralisables qui le nécessitent. Suite à cela, les deux équipes professionnelles co-définissent des objectifs en rapport avec l'interaction professionnelle, l'action collective et l'organisation du travail à l'échelle du service.
- Enfin, la dernière étape du processus consiste à rassembler différents intervenants institutionnels au sein d'une réunion. Cette rencontre comprend une délégation de représentants de l'équipe nursing accompagnée de l'infirmier chef (et adjoint si il a), le médecin chef de service, le cadre intermédiaire, un membre des ressources humaines et

le directeur des soins infirmiers. Cette dernière étape a pour vocation d'ouvrir un espace d'échange et de discussion entre les différents niveaux organisationnels (opérationnel, intermédiaire et top) et de co-définir des objectifs institutionnels qui englobent chacun des niveaux d'intervention. Au terme de cette rencontre, le manager et l'équipe de délégation nursing sont chargés de transmettre le résumé de cette réunion à l'ensemble de l'équipe nursing.

À la suite de cette troisième phase du processus, l'infirmier chef remet à l'entière responsabilité de son équipe un document d'appréciation, à compléter anonymement, concernant l'encadrement managérial au sein de l'institution. Une fois centralisés, ces documents permettront d'établir un rapport d'appréciation du management organisationnel.

Au terme de chacune des étapes du processus, un rapport écrit est établi et validé par chacun des partis présents. Ces rapports reprennent entre autre les différents objectifs qui ont été co-définis ainsi que leurs deadlines attenantes en vue d'y établir des feedbacks.

Enfin, pour que ce processus puisse se mettre convenablement en place et se répéter année après année, il est nécessaire que l'organisation qui l'accueille y laisse suffisamment de place en terme de temps et d'espace. Il faut que la politique organisationnelle puisse s'engager à part entière dans son implémentation, qu'elle en fasse la promotion et qu'à travers l'implication des ressources humaines, chacun des managers de l'organisation puissent être formés à son utilisation. Nombreux sont les avantages des différentes théories et pratiques qui ont inspiré ce modèle, une telle initiative semble ne pas avoir de prix et requiert une implication générale importante.

Pour conclure cette deuxième partie de la discussion, nous constatons que ce processus d'appréciation ainsi présenté semble répondre à la quasi-totalité des recommandations que nous avons pu tirer de la littérature et des focus groups. On y retrouve une attention aux différentes composantes de la performance, la prise en compte de nombreuses bonnes pratiques défendues par Nils, Taskin et Bouchat, l'approche du lean et du care collectif ainsi que leurs avantages respectifs et enfin les attentes et propositions des participants à la recherche. Cet outil pourrait être une réponse aux besoins de réhumanisation du management intra-hospitalier. En référence à la définition que Taskin et Dietrich font du management humain, ce processus permettrait d'intégrer plus humainement les personnes dans l'organisation, en les considérant comme des êtres réflexifs, capables de contribuer à la définition de normes d'actions collectives. Cette perspective traduirait une recherche collective de confiance en ces normes, en l'autre et en soi-

même. Elle permettrait une reconnexion avec le travail réel dans sa triple expérience et enfin, elle aboutirait à la finalité du management humain, la reconnaissance.

Troisième partie : Limites et recommandations

Nous ne pouvons clôturer ce travail de recherche sans y faire paraître les limites et les recommandations qui en découlent. Celles-ci font l'état de la dernière partie de la discussion et de l'aboutissement de ce mémoire avant d'y aborder la conclusion.

Limites

La petite taille et la spécificité de la population avec laquelle nous avons travaillé dans le cadre de cette recherche ne nous permet pas d'universaliser nos résultats. Ceux-ci se rattachent à une population d'infirmiers, au sein d'un hôpital bruxellois et ne peuvent par conséquent pas amener à des recommandations de politique générale de santé publique.

La courte durée de l'essai et la période relative à la crise sanitaire du Coronavirus imposent à cette recherche de s'ancrer dans un contexte particulier difficilement généralisable.

Ayant été réalisée par un seul chercheur, ce travail dépend de ses connaissances, de l'ouverture de ses investigations et de ses interprétations. Ceci atteint inévitablement la fiabilité de la recherche.

La récolte de données par focus groups, aussi intéressante qu'elle puisse être, représente aussi des limites. Elle dépend des rapports sociaux inhérents aux groupes et risquent donc de limiter la participation de certains intervenants ou de donner des réponses socialement désirables ou acceptables. La validité externe des résultats se retrouve alors affaiblie.

Recommandations

Premièrement, ce travail de recherche a permis d'envisager la mise en place d'un processus d'appréciation du personnel infirmier d'un hôpital bruxellois en vue de promouvoir sa reconnaissance dans un contexte de réhumanisation du management intra-hospitalier. Il conviendrait de poursuivre cette recherche et d'observer la véracité de ce qu'elle propose. La complexité et l'entendue du sujet étudié pourrait probablement faire l'objet d'une thèse.

Le nombre important des différentes fonctions professionnelles qui sont concernées de près ou de loin dans la problématique et l'enjeu de ce travail de recherche, mériterait d'être pris en compte dans la collecte de données d'une éventuelle recherche plus conséquente à qui le temps permettrait ce type d'ambition. Il conviendrait d'interviewer non seulement plus

d'infirmiers mais aussi des infirmiers chefs, des cadres infirmiers, des membres RH, des gestionnaires d'hôpitaux mais aussi des médecins, des aides-soignants, etc.

Enfin, le choix du sujet qui a animé ce travail de recherche est le fruit d'une ambition grandissante chez le chercheur depuis le début de ses études, celle de revaloriser le métier d'infirmier. Il serait intéressant de considérer la réhumanisation du management intra-hospitalier de façon générale dans un contexte de revalorisation de la pratique de l'art infirmier. Considérant cette problématique comme un enjeu de santé publique, il faudrait également questionner plus profondément l'impact du fédéral dans la revalorisation de cette profession. C'est un aspect qui a été mentionné à plusieurs reprises dans l'élaboration de ce mémoire, et qu'il serait plus que pertinent d'aborder. Comme dit l'adage, « Il vaut mieux prévenir que guérir ». le fédéral ne devrait-il pas se soucier davantage de l'avenir de cette profession, pilier incontournable de notre système de santé ?

Conclusion

Dans un contexte grandissant de financiarisation, nos civilisations semblent s'être engagées depuis plus d'une trentaine d'années dans une redéfinition du capitalisme qui impacte fortement nos modes de vie. De l'exercice concret du travail en entreprise jusqu'à l'organisation du système de santé, l'expansion de la finance semble avoir impacté de façon directe ou indirecte la notion de travail dans laquelle l'individu performe, se sent reconnu et lui permet de s'identifier. Désormais, qu'ils soient du secteur marchand ou non marchand, les établissements semblent pratiquer des politiques organisationnelles de rationalisation en vue d'être rentables. C'est notamment le cas des organisations hospitalières dont il est particulièrement fait mention dans ce travail de recherche.

De plus en plus coincés par des réformes - émanant d'un Etat calfeutré dans le nouveau management public - les gestionnaires d'hôpitaux semblent contraints à entretenir et transposer les pressions financières qu'ils subissent à travers le management de leurs organisations. Ceci semble traduire les dérives managériales qui atteignent le sens du travail des collaborateurs jusqu'à les épuiser. Trois sources de littérature abordent une éventuelle solution à cette déshumanisation grandissante. La première interroge la possibilité d'engager un management plus assumé dans les organisations du secteur non marchand ; la seconde propose d'investir dans le leadership du management hospitalier et enfin la troisième invite à déconnecter le relais des pressions financières sur les collaborateurs et s'engager dans un management participatif au sein des hôpitaux.

En considérant ces trois options, redéfinir le management intra-hospitalier grâce aux diverses recommandations que propose le management humain, paraît être une réponse adéquate. Les résultats de la recherche qualitatives - menée dans le cadre de ce travail - ont non seulement permis de confirmer en partie la corrélation qu'il peut y avoir entre ce contexte de santé financiarisé et l'atteinte du sens au travail. Mais ils ont également participé à l'élaboration d'une éventuelle pratique managériale ré-humanisante.

Grâce à l'interaction sociale qui caractérise la collecte de données en focus groups, les résultats de l'étude empirique ont permis de mettre en exergue trois composantes majeures du besoin de reconnaissance des infirmiers qui ont participé à la recherche. Il s'agit du besoin d'être impliqué et considéré dans les prises de décisions qui définissent et encadrent leur travail dans le service et l'institution, du besoin de réintégrer l'humain au sein des différents groupes de professionnels qui interagissent dans l'organisation de façon générale et enfin du besoin de

façonner continuellement le sens du travail et son entretien. Une fois exposés et interprétés à travers les trois dimensions du travail réel, ces besoins ont pu être appréhendés dans l'imagination d'un processus d'appréciation qui réponde à la fois aux références théoriques du management humain – notamment relatives aux notions de la performance, aux bonnes pratiques de son appréciation, aux modèles du lean et du care collectif, etc. – et aux recommandations des professionnels de terrains interviewés.

De cette façon, ce mémoire semble répondre en partie à sa question de recherche « Pourquoi et comment faut-il envisager la réhumanisation du management intra-hospitalier ? ». En partie, parce que, premièrement, l'auteur n'estiment pas avoir pu évoquer toutes les réponses qu'engendre cette question, compte tenu de la complexité du sujet et de ses enjeux. Deuxièmement, parce qu'il considère que ce travail mériterait d'inspirer d'autres études d'envergures plus importantes, touchant entre autre d'autres établissements, d'autres professionnelles de santé. Troisièmement, parce que l'auteur considère l'intérêt qu'un projet de réhumanisation du management intra-hospitalier pourrait avoir, en terme de politique de santé publique, dans la revalorisation l'art infirmier. Au-delà de ces éventuelles pistes de recommandation, il serait déjà très intéressant d'étudier la réelle mise en place du processus d'appréciation qui a pu être dessiné au terme de ce travail de recherche.

Enfin, bien que la crise sanitaire induite par le Coronavirus ait pu impacter la présentation et la signification des résultats, il semblerait qu'elle ait aussi entraîné une volonté de changer les choses et de se réinventer, ce qui, dans le contexte de ce travail, paraît bénéfique.

Bibliographie

- ANGELE-HALGAND N., GARROT T. (2015). Discipliner par le chiffre : l'hôpital financiarisé au risque de la réification?. *Entreprises et histoire*, 79, 41-58.
- ANTOINE M., DE RIDDER M., JACQUEMIN C., STINGLHAMBER F. (2017). *Reconnaissance au travail*, Rapport de recherche, Chaire laboRH, UCL, vol. 6 (2), 101 p.
- BEAUCOURT C., LOUART P. (2011). Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins: L'impact du care collectif. *Management & Avenir*, 49, 114-132.
- BELFIUS. (2018). *Analyse sectorielle des hôpitaux généraux: étude maha 2018*. Bruxelles.
- CAREL, B. (2017). Le lean en pratique - Principes clés pour fédérer et garantir qualité, sécurité et efficience. *Gestions hospitalières*, 569, 500-503
- CLAUZARD, P. (2013). *La méthode qualitative de recherche sociale du Focus Group*. Disponible sur le site Web de MRP Mémoire de Recherche à visée professionnelle - Méthodologie de Recherche:
<https://www.archives.philippeclauzard.com/spip.php?article400>, consulté le 17 juin 2021.
- CROMMELYNCK A., DEGRAEVE K., LEFEBVRE D. (2013). Fiche-info - L'organisation et le financement des hôpitaux. *MC-Information*, 253, 1-44
- DALLERY T. (2018). L'impact de la financiarisation sur les entreprises, et plus particulièrement, sur les relation de travail, Olivier Favereau, Rapport pour le Bureau International du Travail, Genève, 2016. *Socio-économie du travail n°4. La démocratie au travail: usages et catégories*, 168-174 Récupéré sur HAL archives-ouvertes.
- DEHASPE P. (2020). Gestion Financière des Hôpitaux en Belgique. Cours de master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain. Woluwé-Saint-Lambert.
- DURANT G. (2015). Le financement des hôpitaux en Belgique. Bruxelles: Kluwer Edition.
- FAVEREAU O. (2016). *L'impact de la financiarisation de l'économie sur les entreprises et sur les relations de travail*. Disponible sur le site Web de l'Organisation internationale

- du travail: http://www.ilo.org/paris/publications/WCMS_464661/lang--fr/index.htm, consulté le 9 juillet 2021.
- FINE B. (2012). La financiarisation en perspective. *Actuel Marx, Néo-libéralisme: Rebond/rechute*, 51, 73-85.
- GOMEZ P-Y. (2013). *Le travail invisible, enquête sur une disparition*. Paris: François Bourin éditeur.
- GROSJEAN S., MAYERE A., BONNEVILLE L. (2018). *Les utopies organisationnelles*. Londres: ISTE editions.
- KCE. (2020). *Année internationale des infirmiers: il en faut davantage!* Disponible sur le site Web du KCE centre fédéral d'expertise des soins de santé: <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>, consulté le 12 février 2021
- KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: Apports et croyances. *Reflét et perspectives de la vie économique, Tome LIII*, 67-82.
- LA LIBRE. (2020). *Coronavirus: plus de six infirmiers sur dix risquent l'épuisement professionnel selon une enquête*. Disponible sur le site Web La Libre: <https://www.lalibre.be/planete/sante/coronavirus-plus-de-six-infirmiers-sur-dix-risquent-l-epuisement-professionnel-selon-une-enquete-5ead14917b50a67d2efb0836>, consulté le 25 janvier 2021
- LAROUSSE. (2021). *Dictionnaire de français*. Disponible sur le site Web Larousse.fr: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/processus/64066>, consulté le 22 mai 2021
- MATHIEU B. (2019). *Le blues des blouses blanches*. Disponible sur le site Web L'echo: <https://www.lecho.be/economie-politique/belgique/economie/le-blues-des-blouses-blanches/10134646.html>? Consulté le 2 décembre 2020
- MEUNIER B. (2020). *Management public et non marchand*. Limal: Anthemis.

- MOREAU A., DEDIANNE M-C., LETRILLART L., LE GOAZIOU M.-F., LABARERE J., TERRA J-L. (2004). Méthode de recherche : S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien - Médecine générale, Tome 18, 645, 382-384.*
- NILS F., TASKIN L., BOUCHAT P. (2013). L'évaluation de la performance: Rapport théorique. *Rapport de recherche Chaire laboRH, 2(2), 42p.*
- PESQUEUX Y. (2006). *Le "nouveau management public" (ou Nex Public Management).* Disponible sur le site Web HAL archives-ouvertes.fr: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00510878>, consulté le 17 juillet 2021.
- SPF. (2020). *Programme Pay for Performance (P4P) pour les hôpitaux généraux.* Disponible sur le site Web du SPF service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/programme_p4p_2020_def.pdf, consulté le 28 décembre 2020.
- SYDO. (2012). *la financiarisation des entreprises.* Disponible sur le site Web de Dessine-moi l'éco: <http://dessinemoileco.com/la-financiarisation-des-entreprises/>, consulté le 3 juillet 2021.
- TASKIN L., DIETRICH A. (2020). *Management Humain : Une approche renouvelée de la GRH et du comportement organisationnel.* Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur s.a.
- TASKIN L., DE MORTIER F., KEMPINAIRE P., VERWEYEN Y. (2019). De la gestion des ressources humaines au management humain: Les enjeux des transformations de la gestion des personnes et du travail dans le secteur public. LSM / HR Public.
- THUNUS S. (2019). Dynamique de groupe et communication intra-organisationnelle. Cours de master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
- THUNUS S. (2020). Management Humain et Comportement Organisationnel. Cours de master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

TOURE E. H. (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups: fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches Qualitatives - Volume 29, 1 - Entretiens de groupe: concepts, usages et ancrages*, 5-27.

VALLET C. (2020). Hopitaux: Soigner les chiffres. *Médor n°20, Automne 2020*. Disponible sur le site Web Médor.coop:

<https://medor.coop/magazines/medor-n20-automne-2020/hopitaux-soigner-les-chiffres/?full=1>, consulté le 25 janvier 2021

