

**L'INFIRMIERE
ET LA TARIFICATION A L'ACTIVITE**

**Entre valeurs du soin
Et valeur des soins :**

Vers une nouvelle (dia)logique soignante.

Mémoire présenté pour l'obtention

- du diplôme de Cadre de Santé
- de la 1^{ière} année du Master
« Economie et Gestion des systèmes de santé et de protection sociale », spécialité
Economie et management des services de santé, formation continue.

Sous la direction de Béatrice Fermon

Année scolaire 2008/2009

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Nantes sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs, de l'IFCS de Nantes et de l'université Paris Dauphine.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont aidé et soutenu dans l'élaboration de ce mémoire, et tout particulièrement :

Béatrice Fermon, qui m'a guidé et conseillé tout au long de la construction et de l'écriture de ce travail,

Sylvie Gaborit pour son écoute, ses conseils, et sa disponibilité,

Les infirmières qui ont gentiment accepté de me donner de leur temps,

Mon épouse et mes enfants pour toutes ces raisons et bien d'autres encore.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
I. INTERROGER LES PRATIQUES INFIRMIERES.....	6
A. Quelques Définitions.....	7
1. Représentations.....	8
2. Valeur.....	8
3. Identité.....	9
4. Soins.....	9
5. Rentabilité.....	10
B. Glossaire comparatif vocabulaire soignant / T2A.....	10
II. PROBLÉMATIQUE.....	12
A. Problématique.....	12
B. Hypothèses.....	12
1. L'information.....	12
2. La culture infirmière.....	13
3. Le sens.....	13
III. CADRE DE LA RECHERCHE.....	14
A. La Tarification à l'activité et le soin " rentable ".....	14
1. Historique législatif:.....	14
2. Principes de base de la réforme.....	15
3. Fondements de cette réforme.....	16
4. Impact de la réforme sur le soin.....	17
a) L'avis du Comité National d'Ethique.....	17
b) L'impact sur la prise en charge.....	18
(1) L'importance de la DMS.....	18
(2) La nécessité d'exhaustivité.....	19
B. L'identité professionnelle infirmière.....	21
1. Notion d'identité professionnelle.....	21
a) La construction des identités sociales et professionnelles.....	21

b)	L'identité au travail.....	22
2.	L'identité culturelle infirmière.....	23
a)	Sociologie et culture infirmière.....	23
b)	Allier rigueur économique et valeurs humanistes	25
C.	Compétences professionnelles, complexité et changement	26
1.	Compétence professionnelle et sens à l'action	26
a)	Professionnel et professionnalisation	27
b)	La nécessité de l'information	27
c)	Donner du sens à la complexité	28
2.	Complexité et information	29
3.	Comportement face au changement.....	30
IV.	PHASE EMPIRIQUE	32
A.	Quelques éléments sur la méthodologie.....	32
B.	Quelques éléments du contexte	33
C.	Analyse.....	35
1.	Du modèle identitaire	35
2.	Des compétences infirmières.....	38
3.	Des valeurs infirmières.....	40
4.	Du processus de professionnalisation.....	41
5.	Des circuits de l'information	42
6.	De l'infirmière et la nouvelle gouvernance	43
D.	De l'analyse de l'analyse	48
	CONCLUSION	52
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
	Ouvrages	54
	Revue.....	55
	Textes Officiels	57
	Webographie	57
	ANNEXES	I
	ANNEXE 1 : Les modalités de financement par la T2A	I
	1. Financement directement lié à l'activité:.....	I
	2. Financements mixtes: Les forfaits annuels	II
	a) Forfait Annuel Urgences.....	II

b) Forfait coordinations des prélèvements d'organes	III
c) Forfait Greffe	III
3. Autres financements: Dotations au titre des MIGAC	III
a) Les MERRI	III
b) Autres MIG	III
c) Les Aides à la contractualisation	III
d) Cas particulier de l'H.A.D.....	III
ANNEXE 2 : Lexique et Abréviation.....	IV
ANNEXE3 : Grille d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmières	V

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, le système de soins français vit au rythme de lois et réformes itératives, qui ont profondément modifié le paysage hospitalier. Ces bouleversements tendent tous à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, l'offre de soin, le système de financement de la santé (pourtant qualifié en 2000 de meilleur système au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé) et le mode de Gouvernance interne des hôpitaux. De ce fait, ils ont peu à peu conduit à faire émerger la notion d'efficience dans les soins.

Le plan " Hôpital 2007 " peut être considéré, à de nombreux égards, comme un tournant majeur dans ce domaine, en introduisant, par la Tarification à l'Activité (T2A), une approche de financement basée non plus sur les dépenses, mais sur les recettes générées par les soins, d'où la notion de "soin rentable".

Au delà des patients, les premiers acteurs concernés par ces mesures sont les professionnels de santé eux-mêmes. Or, notre expérience professionnelle et notre observation *in situ* du terrain nous ont conduit à concevoir la possibilité que leur implication dans cette refonte de leur outil de travail soit teintée, si ce n'est de rejet, tout au moins d'incompréhension et de difficulté d'appropriation.

L'objet du travail que nous proposons ici, est d'aborder, dans une démarche résolument compréhensive, en quoi la T2A impacte réellement les soignants, et quels sont les facteurs de tensions entre ces deux univers, désormais dans l'obligation de cohabiter : le monde du soin, et celui de la rentabilité médico-économique.

Nous vous proposons donc, dans un premier temps de développer les éléments d'observation des pratiques infirmières qui nous ont conduit à poser notre question de départ, et notre problématique. Puis nous ferons ensemble un tour d'horizon du

cadre contextuel et conceptuel qui sous-tendra notre recherche. Enfin, grâce à un retour sur le terrain, auprès des acteurs concernés (les infirmières¹), nous confronterons ces éléments avec les réalités “ à dire d’experts ”, au travers d’entretien, pour en dégager une analyse et les principales clés de compréhension de notre problème.

¹ Lire toujours infirmier(s), infirmière(s)

I. INTERROGER LES PRATIQUES INFIRMIERES

Notre parcours professionnel nous a amené à pratiquer en tant qu'infirmier au sein d'un Centre Hospitalier Départemental. L'exercice un peu particulier, car transversal, d'infirmier référent dans un service de Réanimation Polyvalente, pendant plusieurs années, nous a permis, outre de développer des compétences techniques et relationnelles, vis à vis de nos collègues infirmières (dont nous avons la mission d'assurer la formation d'adaptation à l'emploi et la formation continue en interne), d'avoir l'opportunité rare de prendre le recul nécessaire à l'observation objective des pratiques infirmières dans ce service. Nous avons ainsi pu être, à la fois, acteur et témoin privilégié des évolutions qui ont émaillé, tant le système de soin français, que la profession infirmière elle-même.

Nous nous sommes ainsi trouvé au cœur d'une triple évolution :

- l'évolution historique de la profession infirmière, avec la montée de la technicité, l'émergence des théories soignantes, l'apparition d'outils comme les transmissions ciblées...
- mais aussi l'accélération des changements sociétaux : manque chronique de personnel, multiplication des réformes dans l'hôpital, tant au niveau de l'approche du patient (loi Kouchner), que concernant l'aspect économique des soins avec la Tarification à l'Activité (T2A)...
- Et enfin l'évolution des représentations de la profession soignante par les soignants eux-mêmes, mais aussi de la part de la population.

Mais l'élément majeur qui va initier notre recherche est issu de l'observation d'un détail du quotidien du service. L'informatisation complète (sur le plan administratif, médical et infirmier) du dossier patient a en effet produit une conséquence inattendue : les infirmières, en assurant la traçabilité de certains actes et soins infirmiers, renseignaient du même fait le dossier de cotation du séjour, par la

saisie d'actes classants². Or, nous nous sommes aperçu que l'exhaustivité de cette traçabilité n'était pas assurée de manière effective en temps réel. La réponse des infirmières interpellées à ce sujet était assez invariablement : « du moment que le patient est soigné, les cotations et la T2A ce n'est pas le plus important... ».

S'est naturellement posée la question des raisons de cette opposition chronique chez des professionnelles particulièrement rompues aux innovations en tout genre et d'ordinaire assez compliantes aux changements proposés ou imposés.

Cette nouvelle évolution de la profession, inscrite dans le plan Hôpital 2007 et la Nouvelle Gouvernance marque t'elle alors l'atteinte des limites de la compliance au changement ?

Le passage de la notion des valeurs du soin (culturellement inscrite dans l'histoire de la profession infirmière) à celle de la valeur des soins (annonçant l'amorce d'une nouvelle façon de concevoir le soin, économique celle-là), constitue t'il, si ce n'est une révolution, tout au moins un sujet majeur de tension culturelle ?

Les quelques entretiens, plus ou moins formels, préliminaires à notre étude nous ont permis d'identifier également que les informations et la connaissance de nos collègues infirmières concernant les mécanismes et les finalités de la T2A ne leur permettaient probablement pas non plus de donner un sens à ce nouvel outil de gestion du système de santé français.

Ce sont donc toutes ces pistes de réflexion que nous vous proposons d'explorer ensemble dans le travail qui suit.

A. Quelques Définitions

Il nous paraît important avant d'aller plus loin de nous arrêter un instant pour définir ensemble de façon plus précise quelques notions de base pour cette recherche.

² Voir ce terme en Annexe 2

1. Représentations

Nous replacerons dans un premier temps notre réflexion sur les représentations du métier d'infirmière. Nous chercherons à déterminer quelles en sont les missions, en se plaçant d'une part sous l'angle de l'observateur extérieur (institutions, patients...), et d'autre part sous le regard des infirmières elles-mêmes.

Selon l'encyclopédie Larousse, une représentation est une « *Image mentale d'un objet donné* ».

Le Petit Robert de la langue française précise un peu la définition : « *Le fait de rendre sensible (un objet absent ou un concept) au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe. Processus par lequel une image est présentée au sens* ».

L'approche de sociologues comme J-C. Abric (1994) ou D. Jodelet (1989) structure la représentation sociale comme un système comprenant un élément central (un noyau dur) autour duquel gravitent des éléments périphériques. L'élément central confère à la représentation toute sa signification, ses certitudes ; le supprimer changerait totalement la structure même de la représentation. Ce noyau central est ce qui résiste le plus au changement car il est constitué d'éléments cohérents entre eux, mais non négociables. Les éléments périphériques remplissent, quant à eux, deux fonctions importantes : le décryptage de la réalité, et un rôle de tampon avec celle-ci. Ils ont la possibilité de se déformer, de changer, permettant ainsi de s'adapter aux changements de la réalité sans affecter le noyau dur central.

2. Valeur

Selon le Larousse, la valeur est la « *Qualité de quelque chose d'intérêt, d'estime, prix. Importance attachée à quelque chose. Ce qu'une morale pose comme idéal ou norme. Ensemble de règles de conduites, des lois jugées conformes à un idéal, et auxquelles on se réfère. Echelle des valeurs : hiérarchie établie entre les principes moraux.* ».

Pour le Petit Robert, elle est définie comme le « *caractère de ce qui répond aux normes idéales de son type. Qualité estimée par un jugement. Caractère de ce qui est important* ». C'est aussi le « *caractère mesurable d'un objet en tant que susceptible d'être échangé, désiré*. ». Quant à l'échelle des valeurs, il s'agit de « *l'ensemble des valeurs classées de la plus haute à la plus faible et servant de référence dans les jugements, la conduite*. »

Cette double définition nous éclaire sur les deux significations de cette notion de valeur que nous allons rencontrer au cours de ce travail : le sens idéologique (les valeurs du soin), et le sens économique (la valeur des soins).

3. Identité

Cette notion est également polysémique. Au delà du simple fait d'attribution d'une identification, c'est à dire la reconnaissance des caractères qui font qu'une personne est réellement telle personne, nous nous attacherons plus particulièrement à la définition sociologique du terme.

Le Petit Robert la caractérise comme « *l'ensemble de traits culturels propres à un groupe ethnique, qui lui confère son individualité ; Sentiment d'appartenance d'un individu à un groupe* ».

Les sociologues comme P. Bourdieu, P. Berger ou encore E. Goffman l'associent aux processus de socialisation en tant que définition sociale des réalités individuelles et/ou collectives. Mais nous y reviendrons en détail, plus avant dans ce travail.

4. Soin

Selon l'encyclopédie Larousse, il s'agit de l' « *Attention, application à quelque chose. Charge, devoir de veiller à quelque chose. Moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade* ».

Pour le Petit Robert, le soin est l'ensemble des « *Actes par lesquels on soigne. Actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé*. ». « *Prendre soin de : penser à, s'occuper de, faire attention à, prendre garde à...* ».

5. Rentabilité

Dans le Larousse : « *Caractère de ce qui est rentable. Rapport entre les profits d'une entreprise et les capitaux engagés* ». Rentable : « *Qui donne un bénéfice satisfaisant* ».

Le petit Robert, quant à lui, définit ce qui est rentable comme ce « *Qui donne un bénéfice suffisant par rapport au capital investi. Qui donne des résultats, vaut la peine* ».

Les deux premières définitions sont relativement explicites, la rentabilité y est résolument placée en termes comptables de profits et de bénéfices. Cependant, on peut relever une certaine ambiguïté, ou tout au moins de la subjectivité dans les notions de bénéfice “satisfaisant” ou “suffisant”. Mais surtout, que représente quelque chose qui vaille la peine ?

B. Glossaire comparatif vocabulaire soignant / T2A

Nous avons établi dans nos annexes une liste exhaustive des sigles et abréviations utilisés dans ce travail. Néanmoins il nous a semblé intéressant, afin de mieux cerner les deux champs distincts de nos investigations, de réaliser un comparatif des termes significatifs dans ces deux domaines (voir tableau 1).

Loin de nous l'idée d'y voir un quelconque élément permettant de tirer des conclusions hâtives quant à l'incompatibilité de l'un vis à vis de l'autre, mais il s'agit plus prosaïquement de tenter d'apporter un éclairage simple et différent sur notre questionnement.

Vocabulaire relevant du domaine du soin	Vocabulaire relevant de la T2A
Humanisme	Anonymisation
Générosité, impartialité, neutralité	Rentabilité
Ecoute, empathie	Codage, classement, nomenclature
Solidarité, équité	Résumé standardisé
Prise en soin holistique	Prise en charge, tarif opposable
Soin individualisé à la personne	Groupement Homogène de Malades

Tableau 1

Ce tableau est bien sûr non exhaustif, et il ne préjuge absolument pas du fait que l'esprit de la Nouvelle Gouvernance, et de la T2A en particulier, soit complètement dénué des notions de solidarité et d'équité (loin s'en faut).

II. PROBLÉMATIQUE

A. Problématique

De notre constat de départ, et en alimentant notre réflexion de rencontres informelles avec plusieurs de nos collègues soignantes, nous avons progressivement élaboré la problématique suivante :

"Les infirmières du secteur hospitalier public ont des difficultés à s'approprier l'outil T2A."

B. Hypothèses

Trois pistes de recherche se sont de façon assez spontanée (voire intuitive) offertes à nous. Elles se sont peu à peu consolidées au fil de nos lectures et de notre réflexion.

1. L'information

Cette difficulté d'appropriation de la T2A peut être liée à un problème de manque ou d'absence d'informations :

- Les informations diffusées par la hiérarchie ne sont pas adaptées à l'usage que doivent en faire les infirmières.
- Réticence de la part des soignants à s'approprier une information qui leur paraît trop administrative ou trop médicale.

2. La culture infirmière

La culture infirmière est empreinte de valeurs et de représentations du soin et des relations humaines qui entrent en tension avec l'approche strictement économique de la T2A.

3. Le sens

La T2A représente un investissement en temps, une charge de travail supplémentaire pour lesquels les infirmières ne perçoivent ni le sens, ni un possible retour sur investissement.

Ce sont ces pistes que nous nous proposons d'explorer ensemble dans la suite de ce travail.

III.CADRE DE LA RECHERCHE

A. La Tarification à l'activité et le soin “ rentable ”

Commençons par éclaircir quelque peu les éléments contextuels de notre problématique, en nous attardant dans un premier temps sur la T2A, sa genèse, ses principes et fondements.

1. Historique législatif:

Il nous paraissait illusoire de parler de la Nouvelle Gouvernance, en faisant l'économie d'un bref (quoique fastidieux) rappel historique. En effet, cette réforme fait suite, et prend ses racines, dans une succession de textes de loi qui ont modelés et impactés, à des degrés différents le paysage sanitaire français :

- Loi du 31 Décembre 1970: Mise en place de la **CARTE SANITAIRE**
- Loi du 19 Janvier 1983: pour faire face à une explosion des dépenses hospitalières, on remplace le prix de journée par la **DOTATION GLOBALE**.
- Loi du 31 Juillet 1991: Loi hospitalière créant les notions de : **PROJET HOSPITALIER, SROS**, Conférence des malades, Droits des malades. Cette loi renforce les rôles de la CME, du CTE et de la CSI.
- 1993: Création de l'**OQN** (Objectif Quantifié National) pour les structures du secteur privé. Le principe est celui d'une enveloppe fermée, régulée par un mécanisme de type « prix / volume » (si les volumes générés tendent à faire dépasser l'objectif global de dépenses, l'État révisé les prix de journée et de forfaits à la baisse).

- Ordonnance du 24 Avril 1996 (Ordonnance Juppé) qui marque la :
 - Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (**ARH**)
 - Création de l'**ONDAM** fixé par la LFSS
 - Poursuite de la généralisation du **PMSI**
 - Mise en place de la procédure d'**Accréditation**
- Loi du 27 Juillet 1999: Mise en place d'une expérimentation de nouveaux modes de tarification des établissements privés et publics sur la base d'une **TARIFICATION A LA PATHOLOGIE.**
- 4 Mars 2002: Loi Kouchner relative aux Droits des Malades et à la qualité du système de Santé.
- Plan "Hôpital 2007" de 2002: Relance des investissements hospitaliers et mise en place pour expérimentation d'un nouveau système de financement, la **TARIFICATION A L'ACTIVITE.**
- Loi du 9 Août 2004: Création des **PRSP** (Plan Régional de Santé Publique) et **GRSP** (Groupement Régional de Santé Publique).
- Loi du 13 Août 2004, relative à l'assurance maladie: **parcours de soins coordonné, participation forfaitaire des assurés, Dossier Médical Personnel, Conseil de l'Hospitalisation, Haute Autorité en Santé (HAS), Évaluation des Pratiques Professionnelles**
- Lois de Financement de la Sécurité Sociale 2004 à 2008 qui fixent et ajustent les modalités de mise en place de la T2A pour les secteurs privés et publics.
- Loi de financement de la Sécurité Sociale 2009 : Passage de 790 à 2200 GHM.

2. Principes de base de la réforme

Nous présentons ici les principes avancés par l'équipe de la mission T2A, (créée sous l'égide du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports), lors de la présentation du Plan Hôpital 2007.

- HARMONISATION des modes de financement et CONVERGENCE intersectorielle (public – privé).
- PROGRESSIVITE dans la mise en place et respect des spécificités de chaque secteur.
- plus de LISIBILITE pour l'ensemble des acteurs.
- un PILOTAGE plus efficace par une meilleure connaissance des coûts et par une médicalisation des financements.

Ces principes sont valables pour tous les établissements du secteur privé et public dans les secteurs de soins **MCO** (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et extensible au secteur **SSR** (Soins de Suite et Rééducation).

3. Fondements de cette réforme

Avec la Dotation Globale, la part des dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie, fait l'objet chaque année d'une dotation globale au profit de chaque établissement. Le représentant de l'Etat en région arrête le montant de la dotation à partir de celle de l'année précédente et augmentée selon un taux directeur.

Il en résultait certaines dérives qui, sur le long terme, se sont révélées préjudiciables :

- Pénalisation de certains hôpitaux,
- Rente de situation à certains autres,
- Pas de prise en compte de l'évolution de la nature des activités,
- Pas de prise en compte des progrès techniques et pharmacologiques (arrivées sur le marché de certaines molécules onéreuses...).

Au total, et pour fixer les choses de façon précise :

Avec la Dotation Globale: Les DEPENSES conditionnent des RECETTES qui encadrent des MOYENS qui permettent des ACTIVITES. = il s'agit d'un financement a posteriori

Avec la T2A: L'ACTIVITE génère des RECETTES qui autorisent des DEPENSES traduites en MOYENS qui permettent de nouveau une ACTIVITE.

Les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activité et de recette. =
Le financement se fera donc désormais a priori.

4. Impact de la réforme sur le soin

a) L'avis du Comité National d'Ethique

Le 28 Juin 2007, le Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE) rend public son avis n°101 portant sur les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé. Il devait se prononcer sur l'épineuse question des critères de décision dans le cadre d'un choix entre deux impératifs a priori contradictoires : préserver les valeurs fondatrices du système de soin français en terme d'accès aux soins, d'égalité des chances... et la nécessité d'adapter ce système aux nouvelles contraintes économiques.

Les conclusions du CCNE sont sans équivoque. Elles rappellent tout d'abord que “ *Le caractère limité des moyens financiers dévolus au système hospitalier implique des choix de société éthiques qui doivent conduire à des prises de position publiques* ” (p. 25). Ces choix passent par des pratiques d'évaluation des coûts qui ne doivent pas prendre en compte des critères exclusivement quantitatifs, mais intéresser également des facteurs qualitatifs sous peine de faire “ *courir à l'hôpital un risque grave de déshumanisation, mais aussi finalement et pragmatiquement de surcoût induit* ”. Elles insistent par ailleurs sur l'importance du libre arbitre du patient, ainsi que des solutions à développer en amont et en aval du secteur hospitalier.

Concernant la T2A, là encore, le CCNE ne laisse pas de place au doute : “ *La T2A est conséquente d'une évaluation d'actes techniques effectués au cours de diagnostics ou de soins médicaux ou chirurgicaux. En dehors de ces circonstances, elle s'adapte probablement mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades ou encore à la reconnaissance des actions de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique* ”

approfondi. ” (Id. p. 27). Il recommande en outre la mise en place de critères supplémentaires prenant en compte des aspects qualitatifs du soin comme le temps passé à l’écoute et à l’information, avant de conclure que “ *Ce n’est pas tellement la T2A qui est en cause que la notion d’acte.* ” (Id. p. 28).

b) L'impact sur la prise en charge

Une des conséquences les plus importantes de cette réforme du financement est probablement la nécessaire implication des médecins, puisque la T2A est basée sur leur activité, mais plus largement celle de tous les acteurs de santé, comme le souligne P. Expert (2006, p. 225) : “*Mais la nécessaire implication des médecins, qu’ils soient publics ou privés, ne se réduit pas à la seule description de leur activité. La suite de l’engagement des professionnels relève du ressort et de la dynamique de chaque établissement* ”. Il poursuit (id. p. 227) : “*Pour la première fois, tous les professionnels de santé sont concernés par ce changement qui prend, de ce fait une ampleur considérable si l’on songe que près de 800000 personnes travaillent dans les établissements publics et privés* ”.

(1) L'importance de la DMS

Il s’agit probablement de la partie la plus évidente de la façon dont cette réforme impacte les services de soins au quotidien. Il s’agit d’une conséquence indirecte, si nous supposons que l’esprit du législateur n’était pas tant de raccourcir les durées de séjour que d’uniformiser les durées de prise en charge, à pathologie égale, d’un établissement à un autre. Quoi qu’il en soit, force est de constater l’importance de la DMS dans les textes, au niveau du calcul du tarif opposable à chaque séjour :

Dans les cas extrêmes où la durée de séjour serait en deçà de la borne basse (transfert vers un autre hôpital), ou bien, à l’inverse, au delà de la borne haute (dans le cadre d’une complication ou d’une chronicisation de la pathologie), le tarif alloué à l’établissement pour la prise en charge de ce séjour est amputé. La majorité des études sur le sujet montre que, plus l’écart avec la DMS fixée est fort, plus l’établissement se trouve pénalisé (P. Expert, 2006, pp.275 à 279). En d’autre

termes, et au risque d'un raccourci un peu rapide, hormis pour les quelques jours situés juste autour de la DMS, durant lesquels l'établissement est bénéficiaire, chaque jour supplémentaire après la DMS se solde par une perte économique pour l'hôpital.

En outre, si la DMS est proche de la borne haute, il y a une diminution de l'offre de soins et par conséquent une perte financière virtuelle au regard des séjours qui n'ont pas pu être effectués à la place.

Ces éléments nous paraissent essentiels pour la compréhension de l'importance accordée à la durée de chaque séjour tant par l'administration, que par les médecins, ainsi que de la mise en avant de la DMS en tant qu'indicateur de qualité de prise en charge au niveau des services.

Nous pensons cependant qu'il est également important de contextualiser ces impératifs en rappelant l'importance pour chaque service d'avoir les moyens d'absorber la pression d'entrée (nécessité de libérer les lits), des difficultés en aval pour trouver des solutions de sortie pour les patients, mais aussi de l'organisation du décloisonnement des relations interservices, comme le souligne P. Expert (op. cit. p.231) : *“ La recherche d'une meilleure cohérence des séjours hospitaliers imposent de maîtriser les interfaces, c'est à dire les relations interservices ”*.

(2) La nécessité d'exhaustivité

Cet enjeu se retrouve à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, à celui des informations directement liées au patient : son identification (son âge), sa date et son mode d'entrée, de sortie... Leur saisie nécessite non seulement de l'exhaustivité, mais aussi de l'immédiateté, ce qui peut poser quelques problèmes dans certains cas de prise en charge, pour lesquels l'état de santé du patient nécessite toute l'attention des soignants et une assistance médicale d'urgence. En toute logique, les équipes privilégient alors les soins au patient, au détriment de la saisie administrative.

Le deuxième élément concerne les informations liées à la prise en charge elle-même du patient : le diagnostic, les actes, les éléments d'investigation, les

pathologies associées, les traitements mis en place... Toutes ces données relèvent directement du praticien. Le codage des actes est le plus souvent réalisé dans le service par le médecin ou les soignants. Pour répondre aux mêmes impératifs de qualité, il doit être effectué le plus possible en temps réel. Il en va de même pour le codage des diagnostics qui sont assurés le plus souvent sur site par le praticien, même si certains établissements ont choisi un système décentralisé avec des équipes spécialement dédiées à cette tâche. Il doit répondre à deux critères majeurs : être complet et fiable.

C'est à cette double condition que le coût réel du séjour (GHM) sera le plus fiable, et donc le tarif opposable (GHS) adapté. Il est aisé de comprendre, en regardant le mode de construction de cette tarification³ comment la qualité du codage, ou plus précisément un défaut de qualité, impacte fortement le résultat : un mauvais diagnostic principal, de l'oubli d'un ou plusieurs actes, ou l'absence d'un diagnostic associé auront ainsi des répercussions directes sur le tarif du séjour.

Enfin, il nous paraît important de souligner qu'un biais (relevé de façon récurrente par les utilisateurs (détracteurs ou non de la T2A) réside dans le fait que le temps administratif consacré à la saisie est important et probablement sous estimé.

³ Voir en Annexe 1

B. L'identité professionnelle infirmière

Notre réflexion initiale nous a donc conduit à essayer de faire ressortir quels peuvent être les certitudes et le noyau dur central sur lesquels viennent s'étayer les représentations de l'infirmière. En d'autres termes existe t'il une culture et une identité infirmière, et le cas échéant, sur quoi sont elles fondées?

1. Notion d'identité professionnelle

a) La construction des identités sociales et professionnelles.

Dans son ouvrage, C. Dubar (1998) définit deux grands axes de construction de ce qu'il nomme les identifications professionnelles. Le premier qu'il appelle axe synchronique est lié au contexte, à la situation, dans un espace et à un moment donné avec une empreinte culturelle forte. Le second, axe diachronique est lié au sujet lui-même, à son histoire, à sa trajectoire personnelle. De cette dualité peut naître une problématique individuelle. En effet, il peut y avoir une confrontation entre les représentations, les attentes définies par l'autre, et celles propres au sujet et qui correspondent à sa propre façon de se déterminer.

C'est en d'autres termes ce que E. Goffman (in Dubar, 1998) décrit en tant qu'"identité sociale virtuelle", attribuée par la société et les institutions d'une part, et les "identités sociales réelles" qui correspondent à un processus d'incorporation subjectif de l'identification. Lorsqu'il y a un écart entre ces deux processus (interne et externe) on assiste alors à la mise en place de "stratégies identitaires" qui visent à réduire cette différence. Ces stratégies sont de deux types (toujours selon E. Goffman):

- transactions «externes» entre l'individu et l'institution avec pour but de faire correspondre les deux identités

- transactions «internes» à l'individu pour à la fois conserver certains de ses caractères identitaires et construire une nouvelle identité compatible avec la demande externe.

Dans ce cadre, Dubar précise que « *La relation entre les identités héritées, acceptées ou refusées par les individus, et les identités visées, en continuité ou en rupture avec les identités précédentes, dépend des modes de reconnaissance par les autorités et leurs agents directement en relation avec les sujets concernés.* » (1998, p.112).

D'un point de vue plus général, Dubar précise aussi que la construction des identités se fait par:

- L'appropriation d'un certain nombre de modèles identitaires ayant une signification sociale et servant à s'identifier soi-même et par rapport aux autres.
- par une alternance de continuité et de ruptures qui confortent ou remettent en cause les identités acquises ou construites précédemment. Cela signifie qu'au-delà des acquis, il peut y avoir l'obligation de renoncer à certaines idées, valeurs concernant « *la nature des tâches, la conception du rôle, l'anticipation des carrières et l'image de soi* » (id, p.139).

b) L'identité au travail

R. Sainsaulieu (1988) a une approche un peu différente de la construction identitaire, puisqu'il la définit comme la résultante d'interdépendances et d'interrelations entre des identités collectives et des identités individuelles.

En effet, il nous décrit ce qu'il nomme l'identité collective issue de la reconnaissance pour un même groupe d'acteurs, de besoins, aspirations et motivations communes. L'appropriation par le sujet de cette identité collective, reconnue comme sécurisante et gratifiante, participe à la mise en place de l'identité individuelle, ce qui lui permet de se maintenir en tant qu'individu lorsqu'il est confronté à des jeux de pouvoir extérieurs ou lorsqu'il y a dissonance entre « *les*

forces internes et les forces externes », « *entre ce qu'il est pour lui et ce qu'il est pour les autres* » (1988, p. 318).

La construction de l'identité individuelle se fait donc pour Sainsaulieu à l'intersection de la structure sociale, des confrontations à l'autre et de la reconnaissance par l'autre.

Cette approche nous paraît très intéressante pour l'analyse des réactions des infirmières à la structure sociale imposée.

2. L'identité culturelle infirmière

a) Sociologie et culture infirmière.

L'approche généraliste des deux précédents auteurs nous a ensuite amené à nous interroger de façon plus ciblée sur ce qu'on appelle l'identité infirmière, à savoir: quels sont les modèles identitaires infirmiers? Quelles formes prend l'identité collective infirmière? Quelles valeurs, quelles aspirations, quelles motivations communes peut on retrouver chez la population infirmière, en tant qu'identité sociale virtuelle et identité sociale réelle?

M. Wenner (1988) nous apprend que l'identité est le produit d'une culture liée à l'histoire familiale, des institutions de soins et de la profession.

L'histoire de la profession infirmière française est marquée dès sa naissance par une forte influence des valeurs religieuses telles que le dévouement, l'abnégation, et la discrétion absolue liées au contexte de l'émergence de la profession. Elle est ensuite jalonnée par l'influence de femmes comme F. Nightingale, dont les infirmières ont hérité, dans leur formation initiale (pour les moins jeunes d'entre elles tout au moins) un système de valeurs « *construit sur une base humanitaire dans laquelle tout individu doit être respecté, sans discrimination, dans sa qualité d'homme, dans sa santé, dans sa vie. Ce qui sous-tend que l'infirmière doit être impartiale, neutre, dans un esprit d'indépendance, de générosité, d'unité, d'universalité* » (1988, p.30). D'où la question, pour M. Wenner, de l'adéquation entre

les rôles attendus, l'éthique professionnelle, les préférences d'une société et le statut du malade de l'hôpital.

L'évolution de la profession et des missions de l'infirmière apporte aussi un éclairage nouveau à notre problème: on demande à l'infirmière d'être technicienne et collaboratrice efficace du médecin donc d'être compétente, et efficace voire efficiente. Il en résulte plusieurs interrogations:

- Comment se retrouve-t-elle dans son rôle relationnel où les attentes du patient sont l'écoute et l'empathie?
- A une heure où le prendre en charge devient le prendre en soin dans la littérature professionnelle, comment gère-t-elle cette divergence?

Quoi qu'il en soit, il en ressort une culture fortement empreinte d'humanisme plaçant l'homme, en tant que sujet au centre des préoccupations (respect de la personne, respect de la vie). Ces notions semblent entrer en tension avec certaines autres, ou du moins certains projets qui sont imposés par l'institution axés sur l'objectivation et l'optimisation des moyens (objet opposé à sujet) tant au niveau des projets médicaux que des projets institutionnels. D'où la question posée par M. Wenner (1988, p.100): « *Que devient le respect de la vie, le respect d'une qualité de vie sans le devenir du malade comme projet?* ». Il semble qu'il s'agisse réellement d'un clivage fort entre une vision (peut-être idéaliste, mais en tout état de cause bien réelle) de la profession infirmière et des valeurs qui la portent, et les impératifs rationnels et comptables des institutions hospitalières.

Cependant, M. Wenner (2001, pp 177-179) nous apporte des éléments supplémentaires susceptibles de venir rétablir un équilibre un peu fragile s'il n'était assuré que par les normes et les valeurs de la profession. Pour éviter la rupture d'équilibre qu'elle nomme crise identitaire (c'est à dire une remise en cause de ses idéaux et de ses valeurs...), un des fondements de la profession infirmière est justement la professionnalisation qui consiste en plusieurs points dont les suivants:

- Une bonne identification de l'objet de travail.

- Une connaissance de la politique de santé permettant de se positionner au niveau des choix économiques afin de s'assurer qu'ils prennent en compte les besoins de la population et les possibilités institutionnelles.
- Une participation à la construction d'une identité professionnelle en proposant des modèles susceptibles de favoriser les identifications, l'autonomie...
- Une contribution à l'approfondissement d'une culture commune à toutes les infirmières , c'est-à-dire avec des repères, des pré-requis, des pratiques, des valeurs et des symboles communs à toutes les générations d'infirmières.
- Une disposition à se faire connaître et reconnaître par les autres acteurs de la santé...
- Un système de défense de la qualité des soins infirmiers et des intérêts de la profession.

b) Allier rigueur économique et valeurs humanistes

Enfin, un article de Régine Delplanque dans Soins Cadre (Août 2007) nous semble, d'une part reprendre les grandes lignes de ce qui a guidé notre démarche jusqu'à présent, et d'autre part présenter l'avantage de replacer le cadre de santé dans ce contexte.

Son entrée en matière est sans équivoque: comment concilier dans l'hôpital moderne, dans le contexte socio-économique actuel la logique économique que nous imposent les contingences de société avec les valeurs humanistes qui sont le fondement des institutions de soins. Il s'agit, selon elle, d'un paradoxe qui se retrouve à tous les niveaux d'une société qui a pris conscience des enjeux (limiter les coûts et augmenter le bien-être), et au niveau soignant (soigner au moindre coût, en affichant des objectifs de qualité à la hausse). S'agit-il d'une nouvelle définition de l'efficacité où la qualité au moindre coût deviendrait le moindre coût en préservant la qualité ?

Cependant, il ressort de ce paradoxe certaines valeurs qui doivent être, selon l'auteur, à préserver:

- humanisme

- accessibilité aux soins
- solidarité
- équité
- éthique (managériale)
- professionnalisme

Elle positionne le cadre comme le médiateur entre l'approche des contraintes budgétaires et la préservation des valeurs et de la qualité des soins.

C. Compétences professionnelles, complexité et changement

1. Compétence professionnelle et sens à l'action

Dans son ouvrage “Développer la compétence des professionnels” (2002), G. Le Boterf décline les caractéristiques principales du professionnel en terme de compétences, de ressources à « combiner », dans une démarche de mobilisation vers le professionnalisme : « *La mise en œuvre des compétences ne relève pas de la seule responsabilité ou capacité de l'individu. Elle est la résultante à la fois des qualités personnelles (expérience, formation...) et de la conjoncture dans laquelle il se trouve placé en condition de travail (.../...organisation du travail, relations interpersonnelles, conditions de travail, informations disponibles, relation de management, équipements et installations, contexte socio-économique, critères de gestion, règles de fonctionnement...).* » (2002, p.193). Cela signifie qu'il importe que tous ces critères soient mis en place de façon synergique pour l'accomplissement d'une tâche à bon escient, avec compétence.

Il situe le professionnalisme au carrefour du sujet (bibliographie et socialisation), des situations professionnelles (contexte professionnel) et des situations de formation (formation professionnelle).

a) Professionnel et professionnalisation

« *Le professionnel possède la double caractéristique de bien maîtriser ses compétences et de prendre suffisamment de recul par rapport à elles, pour pouvoir s'adapter à des changements d'emploi ou de secteur d'activité.* » (Op. cit. p. 28). La maîtrise du métier est définie comme des savoirs et savoirs faire spécifiques qui fondent l'identité professionnelle. L'auteur les décline en :

- savoir agir avec compétence,
- savoir mobiliser dans un contexte (c'est la notion de compétences pour),
- savoir combiner ses compétences (c'est à dire intégrer, organiser et employer ses ressources),
- savoir transposer (c'est à dire adapter au contexte),
- savoir apprendre et apprendre à apprendre,

Et enfin savoir s'engager.

b) La nécessité de l'information

La notion d'information est d'une importance capitale pour G. Le Boterf, dans le processus d'appropriation d'une pratique professionnelle. La métaphore de la maille du filet de pêche nous semble être un exemple parlant de la difficulté pour le manager de « doser » l'information donnée aux professionnels. Peut-être même est-ce au centre du problème de ce travail : « *C'est dire toute l'importance du choix de la maille pour décrire l'action à réaliser avec compétence. Une maille trop faible (rédiger une fiche technique, renseigner un indicateur de tableau de bord, construire un échantillon...) la réduit à des capacités opérationnelles qui servent à agir avec compétence, mais qui ne constituent pas une activité réalisée avec compétence. Opter pour une maille trop large, (maintenance, gestion financière...), c'est quitter les niveaux des pratiques pour dériver vers des abstractions ingérables.* » (Op. cit. p.74).

Mais cela signifie aussi que le professionnel doit de son côté savoir sélectionner parmi la multiplicité des informations, celles qui lui permettront d'avoir une approche pertinente et éclairées de la situation.

c) Donner du sens à la complexité

« *Ce que recherchent les salariés c'est une nouvelle identité professionnelle qui donne sens aux savoirs et aux compétences qu'ils acquièrent.* »(Op. cit. p.12)

Or, dans l'immense majorité des situations de travail, le professionnel est confronté « *à des situations dont la plupart se caractérisent par leur complexité.* »(id, p.45), il doit donc mobiliser ses ressources pour faire face aux contraintes qui forment cette complexité. C'est ce que l'auteur nomme le "savoir-gérer la complexité".

La compétence et l'engagement du professionnel au sein de cette complexité ne peuvent se faire que si cela fait écho à un engagement collectif, qu'en regard d'un construit social. Cela suppose que le professionnel doit se construire des « *représentations opératoires* » des situations à traiter, c'est à dire élaborer une représentation fonctionnelle de la situation pour la lui rendre intelligible.

De plus, le professionnel mobilise ses compétences et diverses ressources en fonction d'un projet qui comporte pour lui une signification, auquel il donne un sens : « *Pour agir avec compétence, le professionnel a besoin de sens. A quoi servent ses compétences ? A quels enjeux contribuent-elles ? Ces enjeux sont-ils conformes à la réflexion éthique ? En quoi sont-elles utiles socialement ? Les enjeux sont-ils à la hauteur des efforts à fournir ? Ce qui est demandé est-il conforme à l'image de soi, à l'idée que le sujet se fait de son identité professionnelle, à "l'honneur" du métier ? Pour percevoir, orienter sa recherche d'information, se construire une représentation, le sujet se fonde sur une intention porteuse de sens.* » (id, p. 190)

Philippe Zarifian, (2001) complète la définition de la compétence comme étant la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour de mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité. Il s'agit là d'une double dimension, individuelle et collective.

Enfin, il nous semble qu'il faille ajouter à cette dimension collective, une réelle dimension de dynamique de formation en rappelant cette citation de B. Schwartz dans le n°1 de la revue Education Permanente : « *Nous fixerons comme objectif à*

l'éducation permanente de rendre capable toute personne de devenir acteur de changement, c'est à dire de comprendre le monde technique, social et culturel qui l'entoure et d'agir sur les structures dans lesquelles elle vit, et les modifier ; d'apporter à chacun une prise de conscience de son pouvoir en tant qu'être agissant ; de faire des êtres autonomes dans le sens d'être capable d'influencer et de comprendre le jeu relatif entre l'évolution de la société et la leur propre, d'être capable de riposte à l'évolution de la société et à la mutation de la société. ».

2. Complexité et information

L'approche du contexte professionnel en termes de complexité nous conduit donc ensuite à aller explorer ce qu'est cette complexité, et en quoi cela apporte un éclairage différent à notre problème.

Selon E. Morin (1990) un système complexe se définit par trois principes majeurs : le principe dialogique, le principe de récursion et le principe hologrammatique.

Le principe dialogique pose le fait que deux concepts, deux paradigmes en apparence opposés, comme le blanc et le noir, sont en fait intimement liés car l'un sert de référence pour définir l'autre, et réciproquement. Il est alors tentant de faire un parallèle entre les valeurs identitaires infirmières et le concept de soin rentable, qui, en dépit de leur apparente opposition sont dès lors intimement liés. Toute la question est de savoir dans quelle mesure la Nouvelle Gouvernance et la T2A peuvent se référencer en regard des valeurs infirmières, et inversement.

Le principe récursif nous apporte un début de réponse à cette question : en effet, il s'agit de ce que l'auteur nomme le principe du tourbillon, c'est à dire une auto-alimentation du système par lui même. Cette notion, appliquée à notre recherche lui donne un sens nouveau : loin de se confronter nos deux conceptions du soin peuvent alors se nourrir l'une de l'autre.

Enfin, comme étape ultime de la complexité du système des soins, développons deux analogies au principe hologrammatique (« le tout est dans la partie qui est dans le tout »). La première analogie consiste à poser que l'infirmière est empreinte d'un système de valeurs qui constituent son identité. Mais dans le même temps, elle participe, à la faveur des changements contextuels, à l'évolution même de ces valeurs.

La seconde est de dire que les soignants sont inclus dans le système des établissements hospitaliers, ils en constituent l'essence principale. Et dans le même temps, ils sont imprégnés (parfois à leur insu) par les décisions prises par la direction. D'où l'importance de la diffusion des informations nécessaires par la direction pour donner du sens à cette complexité.

3. Comportement face au changement

Les développements précédents nous ont enfin conduit à nous interroger sur la place du changement dans les réactions des infirmières face au système de tarification à l'activité. Nous n'évoquons volontairement pas le concept répandu de « résistance au changement ». En effet, ainsi que nous l'avons précisé plus haut dans ce travail, les infirmières nous semblent constituer, de façon assez homogène, une population relativement compliant au changement. D'autre part le fait qu'elles s'inscrivent, de facto, dans un système (de santé), nous incite plutôt à explorer cette piste à la lumière de ce que nous enseignent M. Crozier et E. Friedberg (1977). Pour aborder le changement selon ces deux auteurs, il convient de replacer chaque intervenant en tant qu'acteur dans un système, c'est à dire comme un individu interagissant avec d'autres au sein d'une organisation en établissant des stratégies d'action dans le seul but de tenter de préserver, voire d'optimiser ses intérêts: « *Ce sont des acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose "le système", disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres* » (1977, pp 29 – 30).

Ce faisant, le changement devient alors un « phénomène systémique » (id. p. 383), défini comme la transformation du domaine d'action des acteurs dans le but de trouver un modèle de régulation qui intégrerait toutes les contradictions (zones d'incertitude) inhérentes au système, mais aussi de rééquilibrer les rapports de forces entre ces acteurs. Pour M. Crozier et E. Friedberg, les membres d'une organisation « *sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose. En revanche, ils ont une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut présenter pour eux un changement.* » (id., p.386).

Il existe deux corollaires à cette façon d'aborder le concept de changement. Le premier est la nécessité de considérer tout changement comme vecteur de rupture et de crise. Le second réside dans le fait que pour surmonter cette rupture, le changement peut s'apparenter à l'apprentissage d'une nouvelle forme d'action collective, dans un processus de coopération, pour découvrir et acquérir de nouvelles capacités, et élaborer une nouvelle structuration des systèmes d'action et de régulation.

IV. PHASE EMPIRIQUE

Après cette approche pour le moins théorique, mais néanmoins nécessaire à la compréhension de notre objet de recherche, nous décidons de faire un retour sur le terrain, et d'aller confronter ces paradigmes à la réalité de la vie hospitalière.

A. Quelques éléments sur la méthodologie

Les infirmières étant les acteurs centraux de notre travail, elles apparaissent comme les plus aptes à nous éclairer de façon fidèle sur leur perception de la façon dont la nouvelle gouvernance, et plus particulièrement la tarification à l'activité impactent leur quotidien de soignant. Mais quelles infirmières, de quels établissements ?

Nous avons centré notre démarche et notre problématique sur les difficultés rencontrées par les soignants du secteur public en regard de l'appropriation de la T2A, c'est donc tout naturellement que nous orientons nos investigations vers des entretiens avec des infirmières d'un établissement public*. La question se pose alors du choix de la filière : MCO (médecine – chirurgie – obstétrique), SSR (soins de suite et réadaptation) ou psychiatrie. L'état d'avancement de la législation et de la mise en place de la T2A dans ces deux derniers domaines de soins nous conduit à privilégier le secteur MCO, qui en revanche, nous semble être plus en avance dans la mise en place de cet outil, dans la mesure où les établissements correspondants ont tous reçu l'injonction de passer à une tarification à l'activité à 100% en 2008.

Parallèlement, afin d'optimiser la richesse et la variété de données recueillies, nous décidons de réaliser des entretiens croisés auprès de deux populations différentes :

* Cf. Grille d'entretiens semi directifs en Annexe 3.

- une première série d’entretiens auprès d’infirmières du secteur public. Notre choix se porte sur un centre hospitalier local, dans les services de médecine gériatrique, gastrologie, pneumologie, cardiologie et urgences.
- une seconde série d’entretiens, en secteur privé, au sein d’une Clinique à but lucratif. Cette deuxième série s’effectue sur la base de la même grille d’entretiens, avec la finalité de nous offrir, grâce à un effet miroir, les différences d’appropriation de la T2A avec le secteur public (si elles existent), et de mettre ainsi en valeur certains points sur lesquels nous n’aurions pas forcément eu d’informations en se limitant à l’hôpital.

Notre postulat de départ pour expliquer ce choix stratégique est basé sur le fait que l’exercice infirmier en clinique privée, dans un contexte de nécessaire rentabilité, rendrait les soignants à la fois plus sensibles aux questions économiques et politiques, et moins empreints des notions de valeurs infirmières développées plus haut.

B. Quelques éléments du contexte

Ces deux établissements présentent, de plus, la particularité de se situer dans la même ville (à quelques kilomètres l’un de l’autre), mais surtout d’être réunis en un Groupement de Coopération Sanitaire depuis 2004. Sur un plan strictement organisationnel, l’activité de chirurgie est progressivement prise en charge par la Clinique, et les domaines médicaux et palliatifs seront dédiés à l’hôpital. Parallèlement, une fusion des deux entités en un Pôle Santé (en cours de construction) est prévue pour 2011. Cette configuration nous a paru particulièrement intéressante pour notre recherche, pour deux raisons : d’une part, elle évite certains biais dans la comparaison des établissements puisqu’ils sont soumis aux mêmes contraintes extérieures économiques, politiques et populationnelles. D’autre part, l’existence d’un projet et d’une dynamique commune peut s’avérer être révélateur des différences ou, a contrario, des similitudes en terme de politique institutionnelle et d’implication soignante.

L'organisation des entretiens nous a conduit à rencontrer la Direction des Soins Infirmiers du centre hospitalier public, ainsi que la cadre de santé faisant fonction de coordonnatrice des soins de la Clinique. Ces deux entretiens nous ont permis de collecter des informations extrêmement importantes concernant les deux établissements, leur contexte économique, leur culture institutionnelle respective, leur contexte social interne, leur image externe (représentation de la population), mais aussi sur leur état d'avancement dans la mise en place de la Tarification à l'activité. Nous avons aussi pu explorer lors de ces rencontres la perception qu'elles avaient du degré d'appropriation de la T2A par les infirmières de ces deux structures ainsi que les stratégies des directions respectives sur le sujet.

Lors de notre premier entretien téléphonique, la coordonnatrice des soins de la Clinique nous fait part spontanément du fait que la Nouvelle Gouvernance n'a pas trouvé écho au niveau de la clinique, dans la mesure où la majorité des textes de cette réforme concerne plus les établissements de santé publics que les structures privées. Cependant, elle nous précise par la suite que quelques jours avant la date prévue pour nos entretiens avec les infirmières, elle leur a fait bénéficier d'une présentation de la T2A. Cette intervention vient en réponse à une demande de la Direction Générale de la Clinique, découlant elle-même d'une injonction des autorités de tutelle (en lien avec les changements récents de tarification) enjoignant tous les services des établissements privés à une déclaration exhaustive des pathologies d'entrées et des comorbidités, à compter du 1^{er} Mars 2009. Dans ce contexte, le médecin DIM de la Clinique a créé et diffusé dans tous les services une feuille "spéciale T2A" : Ce document est inséré dans le dossier patient et doit être renseigné par les infirmières au jour le jour, ou tout au moins avant la sortie du patient. Il retrace les antécédents, le motif d'admission, ainsi que les pathologies associées déclarées durant le séjour, et plus particulièrement les complications infectieuses (et, de ce fait, les actes et examens supplémentaires liés à ces complications). La finalité de la réunion d'information était donc de présenter de façon globale à l'ensemble des infirmières l'approche par les coûts de la T2A, le changement de tarification hospitalière, mais surtout comment remplir la feuille servant au codage ultérieur du séjour.

L'entretien avec la direction des soins de l'hôpital, outre qu'il nous a apporté des éléments comparables concernant le contexte socioéconomique de l'établissement, nous a fourni des précisions intéressantes sur la façon dont la DSI peut percevoir le degré d'intérêt et d'appropriation des infirmières sur le sujet de la T2A. Mais nous aurons l'occasion de développer ces aspects plus loin dans ce travail.

C. Analyse

1. Du modèle identitaire

Attachons-nous dans un premier temps d'analyse à déterminer quel degré de connaissance de leur propre métier ont les infirmières interviewées, quelles tâches, quelles missions mettent-elles spontanément en valeur. En d'autres termes, quelle représentation les infirmières ont-elles de leur propre travail ?

Le premier constat que nous pouvons faire est qu'il ressort de nos entretiens, de façon consensuelle (secteur privé et public), que le travail des infirmières est strictement organisé en fonction de l'activité médicale. Toutes nous décrivent un déroulement de journée réglé au gré des passages des médecins et chirurgiens du service, des visites auprès des patients, de l'application des prescriptions médicales, des demandes plus ou moins pressantes de renseignements et d'éléments de surveillance, et des impératifs d'examens médicaux ou de départ et de retour du bloc opératoire : « *Donc la visite, ça nous prend beaucoup de temps : c'est au minimum 1 heure, jusqu'à 2 heures. Donc on relève la visite en même temps, parce que sinon, on ne pourrait pas faire ça après.* », « *En fait, les visites ne sont pas forcément aux mêmes heures : donc on va se retrouver avec des chirurgiens qui arrivent dès 8h, d'autres qui vont passer vers 9h, 10h, et dans certains cas vers midi.* ». Cette omniprésence du domaine médical dans l'activité soignante semble même parfois occulter la représentation de leurs propres missions réelles de soignantes. Tout semble se décliner autour de deux grands axes principaux qui sont : l'application du travail prescrit découlant de l'activité médicale, la charge des tâches administratives liées à la saisie des mouvements de patients (entrées, sorties, mutations...), avec un

souci quasi-unanime des infirmières de faire coïncider au mieux l'ensemble avec leur propre organisation liée aux impératifs de roulement d'équipe : « *Souvent, ils sont dépendants, donc plus on les accueille tôt, plus les gens sont prêts pour partir.* ». La notion de timing, d' « avoir le temps » est très prégnante dans les entretiens que nous avons réalisés. Invariablement, les infirmières interviewées nous ont rapporté la nécessité de savoir s'organiser, de prioriser et d'anticiper, afin de concilier au mieux les exigences liées aux tâches prescrites et administratives, avec leurs missions propres et leur présence auprès des patients : « *Ensuite, il y a la visite des médecins, la plupart aux alentours de 8h30, d'autres par contre, c'est aléatoire dans la journée, donc ça c'est un peu plus pénible, parce que ça nous désorganise complètement quand même.* ».

En outre, ce qu'elles nous décrivent spontanément en terme de rôle et de travail soignant paraît rester très en lien avec les soins techniques (pansements, surveillance de morphiniques...), et donc en rapport direct avec l'activité médicale, au point parfois d'identifier leur travail infirmier aux pathologies ou à la spécialité médicale du service.

Leurs représentations quant à cette double dépendance sont cependant relativement variables, voire ambivalentes.

D'une part, elles nous décrivent un vécu relativement difficile concernant le fait d'être constamment tributaires de l'organisation médicale, avec comme corollaires une désorganisation, des interruptions de tâches, voire une source de stress supplémentaire (lorsqu'elles ne s'estiment pas capables de répondre aux attentes médicochirurgicales). Elles l'attribuent volontiers à un défaut récurrent d'organisation, mais elles l'appréhendent dans le même temps avec une sorte de résignation : « *de toute façon, on sait que dans le service, c'est comme ça* », « *Ce qui est pénible, en fait, c'est de devoir tout faire en même temps. Vous faites un pansement, on vous appelle pour un renseignement, vous devez sortir de la chambre, pour aller chercher ce renseignement, en même temps il y a un autre chirurgien qui débarque... Le plus pénible c'est ça en fait. Même les patients le disent.* ».

D'autre part, nous constatons à la lecture de nos entretiens, que la majorité des infirmières sont paradoxalement très attachées à cette dépendance médicale, comme si cela constituait pour elles une sorte de repère, de point d'ancrage de leurs

propres pratiques. Ce paradoxe s'illustre particulièrement lorsqu'on observe les différentes habitudes (ou choix) de service concernant la visite médicale quotidienne : les infirmières qui suivent le médecin lors de son tour trouvent ce travail particulièrement chronophage, et au détriment du temps qu'elles pourraient passer avec les patients. Dans les services qui n'ont pas ce fonctionnement, les infirmières, en revanche, regrettent ce moment, trouvant que cela peut être source d'oubli ou de perte de données : « *Malheureusement, on n'a pas le temps de faire la visite avec eux après. ça pourrait être bien par moment quand même parce que quand on fait notre récapitulatif, si on oublie des choses, c'est un peu embêtant. Donc le fait de faire la visite avec eux, c'est plus complémentaire. Sauf qu'ils démarrent à 10h, et ils ne terminent pas avant 12h30, donc nous on ne peut pas quoi.* ». Il nous paraît intéressant de corréliser ces éléments d'observation avec le fait que la T2A est basée sur une cotation d'actes essentiellement médicaux, mais réalisés et tracés, pour nombre d'entre eux, par les infirmières...

Si l'on confronte ces observations avec ce que nous dit R. Sainsaulieu de la construction identitaire, on retrouve les notions d'interdépendances et d'interrelations entre des identités collectives et des identités individuelles, mais aussi l'importance de la structure sociale, des confrontations à l'autre et de la reconnaissance par l'autre. De même, une lecture de ces mêmes données à la lumière des théories de C. Dubar nous éclaire sur le fait que le contexte institutionnel actuel confronte les infirmières à un écart réel entre leur processus d'identification interne (diachronique) et leur processus d'identification externe (synchronique), ce qui les conduit à mettre en place des stratégies d'adaptation, de "transactions identitaires". Ces stratégies sont d'ordre interne (comme par exemple la mise en avant des soins relationnels à l'occasion de soins techniques prescrits), mais aussi externe, c'est à dire avec l'institution elle-même.

Ce dernier aspect est particulièrement illustré lorsque l'on aborde les représentations des contraintes institutionnelles et organisationnelles, et le vécu des tâches administratives par les infirmières. Invariablement, et de façon précoce lors de nos entretiens, les mots « *charge de travail* » et « *turn-over des patients* » apparaissent à l'évocation de leur journée de travail. Ils sont systématiquement associés aux notions de « *poids des contraintes institutionnelles* », de « *manque de*

temps » et de « *poids des formalités d'écriture, des injonctions et des nécessités de service* ». Le ressenti le plus couramment répandu à ce sujet est une "frustration" due au fait que ladite charge de travail les empêche de prendre le temps auprès des patients et réduit fortement la communication entre professionnels et les transmissions d'informations. Il en résulte une priorisation du soin par rapport à tout ce qui est relégué au rang de « *paperasses, papiers en plus* », et autres « *écritures supplémentaires et compliquées* », y compris d'ailleurs les vrais outils de travail infirmier tels les transmissions ciblées, feuilles d'escarres et diagrammes de soins : « *Le plus désagréable, c'est toute la paperasse. On passe des heures à faire cette paperasse, les transmissions écrites, les demandes de convalescence, les rendez-vous, remplir tous les dossiers, entre la feuille personne de confiance, la feuille d'évaluation des escarres, la feuille de diagramme de soins* ». Ceux-ci sont par la force des choses reportés à la fin de journée, en fonction du temps restant et de l'énergie encore disponible pour remobiliser le souvenir de l'ensemble de ce qui a été fait dans la journée de travail.

2. Des compétences infirmières

Le domaine de la représentation des compétences requises à l'exercice de la profession infirmière fait l'objet, là encore d'un relatif consensus entre les infirmières exerçant dans le secteur public et celles du secteur privé.

Les ressources personnelles mises spontanément en avant sont de deux ordres principalement : relationnel et organisationnel, ce qui, convenons en, correspond bien à l'image que chacun peut se faire de l'infirmière en 2009.

Sur le plan relationnel, le respect, la patience (envers les patients, la famille, les médecins et les collègues...) sont des qualités récurrentes. Elles sont associées à l'empathie et à une capacité primordiale à être à l'écoute, d'être réceptive (tant en termes de communication verbale que non verbale). Encore une fois, l'évocation de ces compétences est systématiquement associée à un regret, une frustration de ne pas avoir plus de temps : « *Alors, il y a quand on a une surcharge de travail et qu'on court partout, la culpabilité de ne pas pouvoir passer assez de temps avec le malade. Ça c'est ma grosse frustration.* ». Dans le même temps, un des entretiens

nous apporte de nouveau un élément paradoxal : nous relevons une contradiction dans le fait d'affirmer que « *l'infirmière ne doit pas être qu'une faiseuse d'actes* », d'un côté, et celui que, dans leur discours, tout est centré sur les actes réalisés (et à réaliser), et leur optimisation.

D'un point de vue strictement organisationnel, les conditions sine qua non en termes de compétences pour les infirmières interrogées, secteurs privé et public confondus, sont en toute logique (en regard de ce que nous avons développé précédemment) orientés vers les capacités à ajuster la charge de travail et les contraintes externes. Il s'agit donc de « *sens des priorités* » et de capacités à prioriser, de « *discipline* », « *de rigueur dans le travail, dans la tenue, le langage et les gestes* », de « *sérieux* ». Ces dimensions sont mises en rapport avec la notion de conception de la responsabilité en lien avec le travail sur l'humain : « *On ne peut pas faire n'importe quoi !* ». Globalement, on constate, là encore, que l'objet de travail identifié par les infirmières interviewées reste très en lien avec le domaine médical et administratif. Elles tentent d'ailleurs de s'en défendre en recentrant de temps à autre le sujet sur le patient, mais se retrouvent rapidement ramenées à la (dure) réalité des contraintes organisationnelles.

Toutes ces observations nous renvoient bien évidemment au constat de M. Wenner qui, soulignant que l'on demande de plus en plus à l'infirmière d'être technicienne et collaboratrice du médecin et donc d'être compétente, et efficace, voire efficiente, s'interroge sur ses possibilités à se retrouver dans son rôle relationnel d'écoute du patient et d'empathie.

Une dimension supplémentaire est toutefois apportée en ce qui concerne la capacité de l'infirmière à développer ses compétences. En effet, même si la formation initiale et les stages semblent, de leur avis, apporter des outils dans ce domaine, l'expertise et l'expérience paraît avoir une place primordiale en termes de capacités à savoir faire face aux contraintes des services. Plus, la « non expertise » est reconnue comme un élément accentuant les difficultés, en particulier en ce qui concerne l'organisation et l'anticipation : « *Les jeunes elles ne peuvent pas, elles débauchent toutes en retard d'ailleurs, toujours, au moins avec ¾ d'heures de retard, les journées normales, mais des fois c'est 1h ½ !* », « *Je ne sais pas, peut-être qu'elles n'ont pas assez de recul, d'expérience...* ».

3. Des valeurs infirmières

Le champ des valeurs fondant l'exercice de la profession infirmière est celui qui a entraîné le plus de perplexité et d'hésitations chez les professionnelles interviewées. De là à affirmer que les concepts fondateurs de la profession puissent être, par la force des choses, relégués au deuxième rang des préoccupations infirmières, il y a un pas que nous nous garderons bien de franchir. Néanmoins, nous ne pouvons que nous questionner sur le fait que les notions de système de valeurs « *construit sur une base humanitaire dans laquelle tout individu doit être respecté, sans discrimination, dans sa qualité d'homme, dans sa santé, dans sa vie. Ce qui sous-tend que l'infirmière doit être impartiale, neutre, dans un esprit d'indépendance, de générosité, d'unité, d'universalité* » (M. Wenner, 1988, p. 30) ne semblent plus être un "allant de soi" dans l'évocation de la pratique soignante.

De nouveau, les infirmières semblent prises dans un paradoxe entre ce que le système leur impose par ses choix politiques, stratégiques et économiques, et leurs idées d'humanisme, de sensibilité liée au travail "sur l'humain", et d'empathie. Leur difficulté à mettre en mot leurs valeurs nous semble être le révélateur des tensions entre ces deux paradigmes qui constituent leur quotidien et leurs bases conceptuelles. Pour exemple, une des infirmières (de la clinique) interrogée à ce sujet s'exprime sur certaines valeurs "missionnaires" comme le « *bien être des gens* » ou « *l'envie de tout guérir* », mais elle effectue, quasiment dans le même temps, une dichotomie entre le client « *qui a choisi d'être là* », et le patient « *qui est en détresse* »... Il s'agit d'ailleurs d'un des rares exemples notoires de différence d'approche entre les soignantes du secteur privé et du secteur public. Cependant, la différence reste d'ordre strictement sémantique, la prise en charge effective étant la même dans les deux cas.

4. Du processus de professionnalisation

Il ressort plusieurs idées importantes de nos entretiens.

Indéniablement, les infirmières que nous avons rencontrées sont toutes inscrites dans un processus de professionnalisation, au sens de Guy Le Boterf (2002) : Elles semblent en effet bien maîtriser leurs compétences dans les domaines du savoir agir, du savoir combiner, du savoir transposer et du savoir apprendre et apprendre à apprendre. Les formations dans lesquelles elles s'inscrivent sont autant de témoins de cette réelle volonté d'acquérir et d'entretenir un degré de contrôle important dans leur pratique professionnelle.

Cependant, nous apporterons deux bémols à cet état de fait.

Le premier nous est livré par les infirmières elles-mêmes, et il est lié à la conjoncture actuelle. En effet, toutes soulignent de façon unanime la difficulté actuelle d'accès à la formation : « *Beaucoup...non, parce que le budget s'y prête peu depuis quelques temps, donc il y a des formations qui ont été supprimées...* ». Il en résulte une participation aux actions de formations limitée aux formations institutionnelles obligatoires (sécurité incendie, gestes d'urgence, hygiène...), ou tout au moins celles réalisées en interne (soins palliatifs...).

Le deuxième élément concerne la seconde partie de la définition de la compétence professionnelle selon G. Le Boterf à savoir leur capacité à « *prendre suffisamment de recul, pour pouvoir s'adapter à des changements d'emploi ou de secteur d'activité.* » (2002, p. 28). Or, il nous apparaît que cette volonté de s'inscrire dans un processus de professionnalisation soit conditionnée par l'ancienneté (ou tout au moins à l'expérience), et que la motivation plus ou moins avouée soit l'impression d'une alternative, d'un échappatoire au contexte institutionnel actuel (si ce n'est le simple fait d'évolution salariale et de sécurité de l'emploi). Ce constat est assez paradoxal, puisque la demande en formation serait alors, dans le même temps, le révélateur et la solution du poids de la situation économique et organisationnelle.

Mais, pour autant, nos entretiens témoignent de la difficulté des infirmières à prendre le recul nécessaire pour s'adapter à un contexte pour le moins mouvant et incertain. Toutes (à des degrés variables) expriment la volonté de s'inscrire dans un

processus de professionnalisation, voire à se remettre en cause, mais toutes semblent admettre comme une fatalité que ce processus d'évolution soit bloqué par la conjoncture économique et l'environnement institutionnel : « *Maintenant vu la crise, quand on a du travail, il vaut mieux le garder même si on n'est pas complètement satisfaite.* ».

5. Des circuits de l'information

A ce stade de notre recherche, une question importante se pose en regard de tous les paradoxes soulevés par les infirmières : Quelles réponses (ou éléments de réponses), l'institution met-elle à la disposition des soignants, face aux questions posées implicitement par ceux-ci concernant la conjoncture, l'accès aux formations, l'organisation des services, voire de la reconnaissance de leurs compétences et de leur place dans les soins ? En d'autres termes, quels sont les informations et les circuits d'informations à la disposition des soignants dans les services, et comment les utilisent-ils ?

D'une manière globale, les informations prévalentes lues par les infirmières intéressent d'une part les données à caractère pratique, c'est-à-dire celles impactant directement sur leur quotidien (organisation des soins, informations de services...), et d'autre part les informations touchant leur avenir, à savoir les évolutions salariales, les conditions de travail : « *c'est assez varié : bourse à l'emploi, affectation de nouveaux postes...* », le plus souvent relayées par les partenaires sociaux (« *On a des infos par les syndicats qui nous envoient des courriers ou qui passent dans les services.* »).

En ce qui concerne les informations émanant de la direction, et donc potentiellement en lien avec le contexte, l'évolution de la profession, les décisions de politique de santé, les contraintes économiques, la situation financière et les projets de l'établissement, les infirmières interrogées avouent ne pas (ou peu) les lire. Elles sont pourtant a priori à leur disposition, mais elles ne mesurent pas l'intérêt dans leur quotidien. Il s'agit donc bien ici d'une question de sens donné à des informations jugées par trop généralistes, ou au contraire trop pointues, mais quoi qu'il en soit trop

abstraites et éloignées des préoccupations quotidiennes des soignants. D'autant plus qu'assez facilement, les représentations concernant l'administration font planer des doutes sur l'exhaustivité et la fiabilité des informations reçues et présélectionnées avant d'être diffusées : « *Moi, à mon avis, on n'a pas la réalité des choses.* », « *Je pense qu'il y a une présélection...* ». En dépit de notre postulat de départ concernant une potentielle meilleure sensibilisation des infirmières pour les domaines économiques, au sein des cliniques privées, nous retrouvons ces déficits de communication (puisque l'on ne peut pas réellement parler de déficit d'information) dans les deux établissements de façon assez similaire.

D'une façon très consensuelle aussi, les infirmières des deux établissements placent un seul acteur au centre de la scène dans le domaine de la diffusion d'informations : le cadre de santé. Dans leur représentation de l'attribution des rôles dans un service, autant les relations avec le patient et le médecin sont du domaine des infirmières, autant le rôle contextuel du cadre de santé est très clairement délimité dans le champ de la communication entre la hiérarchie et les soignants. A lui donc de relayer les informations qu'il jugera importantes par affichage, annonce, cahier de transmissions ou tout autre moyen... Le cadre "doit" informer. Notons au passage, que nous avons pu constater que la réponse à cette demande d'information consiste le plus souvent... en de la diffusion d'informations.

6. De l'infirmière et la nouvelle gouvernance

Faut-il voir un lien de cause à effet (au risque de faire un raccourci un peu trop hâtif) avec le problème de l'information que nous venons d'évoquer, toujours est-il que lorsque l'on s'aventure sur le terrain des connaissances des infirmières de la T2A, de la Nouvelle Gouvernance et plus globalement de la façon dont fonctionne le système de soin français, on est vite confronté à leur incapacité à définir précisément leur propre contexte de travail.

Les données recueillies à ce sujet lors de nos entretiens sont en effet extrêmement parcellaires et approximatives que ce soit dans le privé ou dans le public : « *La T2A, c'est la tarification à l'acte, voilà c'est ce que j'en ai compris, après,*

c'est la mise en place des pôles. », « Voilà, enfin, c'est ce que j'ai compris...C'est peut-être pas tout à fait ça... ». L'impression globale résiduelle est une sorte d'amalgame où tout se mélange, tout se confond :

La T2A est assez systématiquement associée au déficit structurel de l'institution (*« Moi, ce que j'en ai retenu, c'était plutôt du négatif par rapport à la tarification, notamment par rapport au déficit de l'hôpital. »*), et par voie de conséquence à l'impossibilité d'accès aux formations et à l'évolution professionnelle, même si les mécanismes régissant ce lien restent de l'ordre du fantasme. Le message principal qui soit effectivement ancré réside dans l'association de la T2A avec la notion de coût de séjour. Cette idée est ensuite déclinée par les infirmières en durée de séjour, ce qui paraît relativement logique et pertinent puisque cela impacte de façon concrète leur quotidien.

Une infirmière nous explique que la seule relation qu'elle ait à la T2A est basée sur un mode plutôt négatif, puisqu'elle se limite aux reproches récurrents des médecins et de l'encadrement concernant leur manque de rigueur et d'exhaustivité dans la mise à jour des soins et des mouvements de patients : *« C'est des sujets qui sont relativement souvent abordés, dans le négatif surtout, moi je dirais. Tout ce qui est tarification entre autre : beaucoup de reproches, qu'il y a tel ou tel élément qui n'a pas été pris en compte dans la tarification, donc on va être pénalisé... »*. En essayant de faire préciser les choses, nous finissons par comprendre que, dans ce service précisément, le dossier patient est informatisé. Les infirmières réalisent donc, sans s'en apercevoir, la cotation de certains actes classants par le simple fait d'effectuer la traçabilité des soins. Or, il apparaît que, les périodes où la charge de travail augmente de façon significative, cette traçabilité en temps réel ne soit pas la préoccupation principale des soignants qui, culturellement et naturellement concentrent leurs efforts sur la prise en charge des patients (avec en écho, la verbalisation de l'opposition entre l'idéal professionnel, les valeurs de l'IDE et les conditions actuelles d'exercice de la profession, et la nécessité d'un retour aux soins en priorité). Encore une fois, il nous semble qu'il s'agisse d'un réel déficit de lien et d'information. Les infirmières n'ont pas la possibilité de donner du sens ni aux remontrances des médecins et de la hiérarchie, ni à la T2A en elle même. Nous nous faisons d'ailleurs confirmer cette impression par cette même infirmière, qui en fin d'entretien nous confie : *« Et du coup ça m'interroge : je me dis mince, c'est vrai que c'est notre quotidien, il va falloir peut-être s'y intéresser un peu plus. C'est ce que je*

me dis maintenant. Je me dis qu'en fait on n'en a pas conscience, on qu'on est pris par la charge de travail et les patients... ».

Un autre service visité a connu la mise en place récente, à la demande des autorités de tutelle et du médecin DIM d'une feuille de recensement systématique des antécédents et des pathologies associées en cours de séjour (plus particulièrement en ce qui concerne les infections déclarées en cours d'hospitalisation). Cette mise en place a fait l'objet d'une information à l'ensemble des infirmières qui sont censées la renseigner. Nous avons pu constater de la même façon que les liens entre le quotidien soignant et la T2A sont relativement fragmentaires. D'une part, ce nouvel outil a été considéré comme une injonction par les infirmières : *« Encore un papier en plus à remplir ! »*. D'autre part, les réponses à nos interrogations quant à leur connaissance des finalités de cette fiche sont restées pour le moins imprécises.

Sur le sujet de la durée moyenne de séjour, qui est un élément important dans la construction du modèle T2A, les informations recueillies renvoient au même paradoxe : Toutes les professionnelles interrogées ont conscience de l'importance de la DMS dans la gestion actuelle des services. Il s'agit d'ailleurs pour elles de la (seule) partie émergée de l'iceberg, puisque cela impacte de façon sensible sur leur travail au quotidien : qui dit raccourcissement de la DMS, dit patients sortant plus rapidement, et donc une répercussion directe sur la charge de travail en terme de mouvement de patients, de transmissions infirmières, de réfection de chambre : *« Donc ça impacte sur la charge de travail, parce que quand il faut les changer de chambre, ça veut dire qu'il faut refaire des transmissions à la collègue, changer le patient de lit, faire la sortie administrative, souvent quand ils sortent en cours de journée, on continue à le prendre en charge jusqu'à la fin de la journée, parce que c'est nous qui avons eu les transmissions le matin et que souvent ça se passe à 11h30. »*... Cependant, aucune d'elles n'est en mesure d'objectiver la DMS exacte de son propre service (*« On doit l'avoir la DMS, parce que la cadre, elle l'a fait. Je crois que c'est encore accroché dans le PC. Parce qu'elle a fait le rapport d'activité, donc je crois que la DMS on l'a. L'USC, je dirais... 4 jours... à peu près... maxi... Je pense que ça doit être ça, dans les 4 jours... Les patients pneumo, c'est moins long, 2 jours je dirais »*, *« La moyenne à mon avis, c'est entre une semaine et 15 jours,*

voire plus, quelquefois des mois...). Et d'autre part, en approfondissant le sujet, elles ne sont pas persuadées que cela influence réellement la durée de prise en charge du patient. En d'autres termes, elles estiment que cela peut conduire à des sorties anticipées ou des mouvements supplémentaires de patients (« *De toute façon, nous on se le dit : ça ne marchera pas, il va revenir...* »), mais dans le même temps, elles admettent que la préoccupation médicale générale est la qualité de la prise en charge, même si elles ne comprennent pas toujours les décisions des médecins quant à la sortie ou non de tel ou tel patient : « *Après on se dit que la décision elle est médicale, donc on ne peut pas aller contre. Mais se serait bien parfois qu'ils écoutent un peu ce qu'on dit.* ».

Enfin, de façon plus générale, leur vision de la Nouvelle Gouvernance reste très floue et très incomplète. Elles l'appréhendent comme un tout dont la dynamique et la finalité leur échappe, et leur paraît extrêmement éloignée de leurs préoccupations quotidiennes. Sur le plan local la fusion entre la clinique et l'hôpital ajoute probablement à la confusion et à l'impression que les décisions "*prises en haut lieu*" n'est pas en adéquation avec les besoins réels ressentis sur le terrain. Une fois encore, leurs références en termes de représentations sur le sujet restent très médicales, puisqu'elles soulignent que « *de toute façon les décisions dépassent les médecins eux-mêmes* ».

Nous avons donc cherché à explorer la façon dont les infirmières confrontent leurs représentations antérieures du soin à la réalité économique du système de santé actuel. En d'autre termes, nous leur avons demandé comment elles articulaient la notion des valeurs du soin (au sens culturel) avec celle de la valeur des soins (au sens économique).

Le premier constat est la distinction encore très marquée entre le terme de client et celui de patient. C'est d'ailleurs la seule différence d'approche entre les infirmières de secteur privé et celles du public, ces dernières étant encore très réticentes à utiliser cette terminologie (préférant à la rigueur le néologisme édulcoré de "patientèle"). La raison de cette distinction est, de leur propre aveu, le ressenti négatif d'une évolution inexorable, mais en opposition avec l'idéal infirmier de prise en charge du patient dans sa globalité. La T2A en particulier est de ce fait vécue comme un frein à une prise en charge optimale quand elle oblige le patient à sortir

de l'hôpital de façon anticipée (tout au moins du point de vue de l'infirmière) , ou alors lorsque les soignants se sentent impuissants à proposer une prise en charge post-hospitalière, alors que les impératifs et l'état clinique du patient font que le maintien dans le service est impossible : « *Quelquefois, moi ça me gêne. Quelquefois on garde des gens longtemps et ce n'est pas spécialement justifié et puis il y en a qu'on fait sortir et qu'on ne devrait pas.* », « *Après on se dit que la décision elle est médicale, donc on ne peut pas aller contre. Mais se serait bien parfois qu'ils écoutent un peu ce qu'on dit. Parce que même si le côté aigu est réglé, il y a tout ce qui va à côté...* ». La confrontation semble bien se situer alors entre les contraintes socio-économiques et le fameux "prendre soin" voire "prendre en soin" infirmier.

Il découle de cette première idée le questionnement légitime sur l'égalité, l'équité d'accès au soin de la population et en particulier les plus démunis. Cette réflexion est très présente chez les infirmières du secteur public, mais nous l'avons retrouvée avec force et contre toute attente (dans la mesure où le caractère privé induit de facto, une sélection dans le recrutement des patients), lors de nos entretiens avec les professionnelles du privé. Celles-ci affichent en effet une conscience aigüe du fait que la Clinique est, à cet égard un lieu protégé concernant l'accueil du "tout venant", en comparaison avec les urgences d'un hôpital public. Dans ce domaine, on peut noter que l'ancienneté des soignants semble impacter sur la façon dont la T2A entre en résonance ou non avec les idéaux infirmiers : « *Je dirais qu'au début de ma carrière...j'avais des idéaux, puis au final, il y a un moment donné où il y a les à-côtés du travail.* », ou encore : « *Le patient on va le soigner, la paperasse, ce sera au second plan. Peut-être aussi parce qu'au bout de dix ans, je les fais plus en systématique...avant, ça me demandait plus de réflexion...* ».

Enfin, et il nous semble qu'il s'agit bien là du centre des rapports entre la T2A et les infirmières (mais aussi, de façon plus globale avec le système de santé qui se dessine depuis plusieurs années), on retrouve dans nos entretiens une peur chronique de déshumanisation de la profession liée à la charge de travail et aux contraintes d'exercice au quotidien. Une infirmière interviewée parle même de robot,

ce qui n'est pas sans nous évoquer les notions de Taylorisme et d'OST⁴ : « *Ce que je dirais c'est que depuis que je suis infirmière, j'ai peur qu'on rentre dans ...je ne sais pas si c'est le mot...robot* ». Il s'agit bien, de manière quasi explicite, de l'association d'idées entre les notions de rentabilité à l'hôpital et celles de travail à la chaîne, avec tout ce que cela peut impliquer dans l'imaginaire collectif en terme de perte de ce qui constitue le fondement de la profession soignante : le travail sur, par et avec l'humain renvoyant à la spécificité, l'individualité, l'unicité de chacun.

D. De l'analyse de l'analyse

Nous empruntons sciemment (et surtout très modestement) ce style redondant et cher à Edgar Morin (1990), car il nous apparaît, à la lecture de ce qui précède, que cela constitue la clé de compréhension de notre travail. Comment en effet reprendre ce qui ressort de nos entretiens avec les infirmières autrement que sous l'angle du paradoxe constant, celui de la "fusion-tension", essence même de la dialogique dans la pensée complexe ?

Nous souhaitons cependant tout d'abord attirer l'attention sur deux éléments d'ordre sociodémographique : Le premier concerne l'ancienneté des infirmières interrogées : elle se situe pour toutes entre 7 ans et 16 ans (moyenne : 10 ans ½), ce qui ne constitue pas, à notre avis un élément discriminant au niveau de notre analyse, puisque nous pouvons considérer qu'elles ont toutes une expérience, voire une expertise professionnelle équivalente. De même, en ce qui concerne leur parcours professionnel, toutes ont connue dans leur carrière, trois ou quatre services différents. Nous constatons cependant que sur notre échantillon, les infirmières exerçant dans le secteur privé font preuve de plus de "nomadisme inter établissement" que leurs collègues du public. Quoi qu'il en soit, cela n'impacte pas non plus sur le contenu de leur discours.

Le second point qu'il nous paraît essentiel de souligner, concerne les différences attendues de discours entre les professionnels de l'hôpital et ceux

⁴ OST : Organisation Scientifique du Travail.

exerçant en clinique privée. Il s'agissait d'un de nos postulats de départ dans la construction et la conduite de notre recherche. Cependant, hormis le point mentionné plus haut concernant la terminologie patient/client, nous n'avons pas relevé de différences notoires dans leur façon d'appréhender les valeurs infirmières, les compétences ou le processus de professionnalisation, ce qui, en soi, semble plutôt rassurant quant à l'unité de la profession infirmière. Mais ce qui nous surprend le plus, est le consensus dans leurs réponses concernant la T2A, et la Nouvelle Gouvernance, dans leur positionnement par rapport à cette réforme, et leurs craintes sur les répercussions sur le soin et sur le patient.

Revenons à présent un instant sur les propos de Régine Delplanque, dans son article d'Août 2007. Elle y reprend tous les éléments des paradoxes précédemment développés, de cette dialogique entre les contingences imposées par une société qui évolue et qui cherche à limiter les coûts tout en augmentant le bien-être, et les impératifs soignants d'offrir des soins toujours plus de qualité, au moindre coût, et en préservant les valeurs essentielles de la profession que sont l'humanisme, l'égalité d'accès aux soins, la solidarité et l'équité.

En écho avec les discours et les attentes des soignants que nous avons pu rencontrer, elle positionne de façon centrale dans l'articulation, et l'explicitation de cette complexité, le cadre de santé en tant que médiateur, interface entre les différents acteurs de ce système que sont les patients, les intervenants médicaux et paramédicaux, les décideurs (par la voie de la hiérarchie) et la société dans sa globalité.

Force est de constater que l'univers actuel de la santé est vécu, par les professionnels soignants comme une juxtaposition d'éléments paradoxaux, n'ayant entre eux que des liens pour le moins flous et abstraits, parfois en opposition apparente avec leurs idées, voire leurs idéaux, et les entraînant dans une spirale (au sens récursif du terme) dont aucun n'a les clés de lecture et d'analyse. Il en résulte des propos et des techniques d'adaptation emprunts d'ambivalence, dont le seul but est de "donner sens à cette complexité" (Le Boterf, 2002) :

- Ambivalence quant à leur relation avec les médecins : fusion-tension entre le désir d'autonomie et d'une identité infirmière à part entière, et le fait de se référer en permanence à l'organisation et à la pensée

médicale. Cela va à l'encontre de ce que nous dit M. Wenner (op. cit. 2001) sur la participation nécessaire à la construction d'une identité professionnelle, et de modèles susceptibles de favoriser les identifications, ainsi que sur la nécessité de se faire connaître et reconnaître par les autres acteurs de santé.

- Ambivalence dans les revendications d'une infirmière qui se défend de n'être qu'une "faiseuse d'acte", mais qui le plus souvent, et par la force des choses, se cantonne à l'application des prescriptions médicales, en abandonnant parfois, malgré elle, ce qui contribue à l'approfondissement d'une culture commune à toutes les infirmières (ibid., 2001).
- Ambivalence dans la sélection des informations, et dans le positionnement en regard des choix économiques et politiques en matière de santé. C'est probablement à ce niveau que le principe dialogique est le plus prégnant puisqu'il implique la prise en compte, à la fois, des besoins des patients (en termes de soins, mais aussi d'écoute, de temps consacré, et d'empathie), et des possibilités et contraintes institutionnelles.
- Ambivalence enfin dans leur attitude face aux changements et à la mouvance actuelle de leur environnement. Elles le perçoivent tantôt comme un facteur négatif, dans le sens de la perte de ce qu'elles avaient, et tantôt comme une opportunité, une chance d'accéder à un hypothétique mieux.

Il est aisé dès lors que l'on regarde ce puzzle éclaté, sans possibilité d'image globale, de vision d'un tout cohérent, de comprendre le sentiment d'impuissance de la plupart des soignants à s'inclure dans un système (la Nouvelle Gouvernance) dont ils ne maîtrisent ni les tenants, ni les aboutissants.

C'est précisément à ce niveau qu'il nous paraît évident que le Cadre de Santé, en tant que référent de proximité, doit s'inscrire dans un rôle essentiel de décryptage et de décodage de cet environnement chargé de paradoxes, dans cette dialogique inaccessible aux soignants, mais qui constitue désormais, et de plus en plus, leur contexte de travail.

Bien au delà du rôle de garant des valeurs soignantes, de la continuité et de la qualité des soins, il apparaît comme l'un des traducteurs privilégiés pour, et par, les soignants face à ces deux logiques parallèles, celle du soin au quotidien, et celle des contraintes médico-économiques, entre lesquelles s'exercent tant de fusions-tensions au sein des hôpitaux. Par sa capacité à y adapter une grille de lecture, que nous qualifierons de "matricielle", il constitue le lien, le liant, manquant aux soignants. Nous utilisons le terme de grille de lecture matricielle, car sa place, son statut et son cursus professionnel lui confèrent la possibilité d'une approche croisée entre :

- Une lecture verticale par une transmission et une explication des informations, injonctions et décisions politiques et économiques de la hiérarchie des établissements de santé vers le professionnel de terrain (mais aussi par son rôle de transmetteur des questions des professionnels vers la hiérarchie),
- Et une lecture horizontale des attentes et des difficultés des soignants, grâce à son regard de professionnel de soin, ancré dans le quotidien des services et s'incluant dans le processus de chemin clinique du patient.

Il nous semble qu'il s'agit bien là d'une des clés dans la compréhension, l'appropriation et l'adhésion de la T2A (et plus généralement de toute réforme), par le personnel soignant.

CONCLUSION

Notre question de départ, nourrie de nos observations sur le terrain, de notre expérience et des confrontations quotidiennes avec les infirmières concernait les raisons d'une opposition, plus ou moins affichée, de celles-ci à accomplir de manière rigoureuse, ce qui relevait des cotations d'actes médicaux prescrits dans le cadre de la tarification à l'activité. De ce constat, nous avons ensuite énoncé comme problématique la difficulté des soignants à s'approprier le modèle T2A, et avancé trois axes de recherche : l'incompatibilité culturelle, le manque d'informations et l'absence de sens, pistes que nous avons alimentées de nos lectures.

Notre méthodologie de recherche, basée sur une approche compréhensive, nous a conduit à retourner chercher auprès des professionnelles de terrain de quoi alimenter notre réflexion et notre analyse. Ainsi, nous avons pu rencontrer des infirmières de deux établissements, l'un privé et l'autre public. Même si ce n'était pas notre objectif premier, nous pensions pouvoir mettre à jour des différences notoires, entre les infirmières de ces deux secteurs, dans leur façon d'aborder l'aspect médico-économique du soin. Les résultats de ces entretiens nous montrent qu'il n'en est rien. Leurs réponses quant à leur conception du soin, de ses valeurs, de leur propre identité sont au contraire relativement consensuelles. Il en va de même en ce qui concerne leur (mé)connaissance de la T2A et leur évaluation a priori de ses impacts sur leur quotidien, et plus globalement sur la prise en charge des patients.

Mais nous avons surtout recueilli des discours empreints de paradoxes et d'ambivalences et d'une incapacité à se constituer une image cohérente de leur propre univers de travail. Nous pensons qu'il s'agit d'autant de témoignages des tensions existantes chez les professionnelles quant à leur relation au monde médical, à leur propre fonction, aux patients, et au contexte socio-économique actuel du système de santé. Ces fusions-tensions, fondements de la dialogique dans un système complexe (celui de la santé), constituent sans aucun doute le cœur de notre réflexion sur les difficultés d'appropriation de la T2A (et des réformes hospitalières en général) par les infirmières. Elles les obligent à effectuer en permanence des allers-

retours entre ce qui constitue les fondements de leur profession (leur culture, leurs valeurs), et les éléments extérieurs (économiques, politiques) qui modèlent leur environnement, leur façon de travailler et de ce fait leur culture soignante elle-même.

Il en découle naturellement une place privilégiée pour le cadre de proximité puisqu'il va, de facto, être positionné au carrefour de toutes ces dialogiques, avec pour mission de donner aux soignants les clés de compréhension de ce qui se joue à chaque nouveau changement, à chaque nouvelle réforme et surtout de leur offrir la possibilité de donner eux-mêmes du sens à la complexité qui les entoure, par la valorisation (tant au sens idéologique, qu'au sens économique) de leur travail.

Parions que cette mission n'est pas prête de prendre fin, puisque de nouveau le monde du soin se trouve confronté à de nouvelles perspectives de bouleversements et que les tensions se font d'ores et déjà sentir en regard de l'avènement imminent du plan "Hôpital, Santé, Patient, Territoire".

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

ABRIC J.C., 1994, *Pratiques Sociales et Représentations*, Paris, PUF, 1^{ière} édition.

CROZIER, M. et FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

DUBAR C., 1998, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Ed. Armand Colin.

DUBAR C., 2000, *La crise des identités*, Paris, PUF.

CAUCHE P., DUPREZ J.M., GADREY N., SIMON M., (dir.) FERREOL G., 1991, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Armand Colin.

EXPERT P., 2006, *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Paris, Berger-Levrault.

FESSLER, J.M. et FRUTIGER P., 2003, *La tarification hospitalière à l'activité : Elément d'un débat nécessaire et propositions*, Paris, Lamarre.

JODELET D., 1989, *Les représentations Sociales*, Paris, PUF.

FOUCAULT, M., 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.

LA GRANDE ENCYCLOPEDIE LAROUSSE, édition 1979.

LE NOUVEAU PETIT ROBERT de la Langue Française, édition 2009.

LE BOTERF, G., 2002, *Développer la compétence des professionnels*, Paris, Ed. Liaisons.

MORIN E., 1990, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF.

MORIN P. et DELAVALLÉE E., 2000, *Le manager à l'écoute du sociologue*, Paris, Edition d'Organisation.

SAINSAULIEU, R., 1988, *L'identité au travail*, Paris, Editions Presses de Sciences Po.

WENNER M., 1988, *Pourquoi et comment devient-on infirmière?* , Paris, Ed. Seli Arslan.

WENNER M., 2001, *Sociologie et culture infirmière*, Paris Ed. Seli Arslan.

ZARIFIAN, 2001, *Le modèle de la compétence*, Paris, Reuil Malmaison.

Revue

CARSIN M., *Plan Hôpital 2007, une réforme ambitieuse mais complexe*, in Soins Cadres de Santé, n°63, Août 2007, pp.22-23.

DELPLANQUE R., *Allier rigueur économique et valeurs humanistes, le défi des cadres*, in Soins Cadres de Santé, n°63, Août 2007, pp.39-42.

ETOURNEAU C., *L'hôpital coûte t'il trop cher?*, in Soins Cadres de Santé, n°59, Août 2006, pp.5-6.

EYMARD C., REVILLOT J.-M., *Du besoin en santé à la demande de soins*, in Soins Cadres de Santé, n°52, Novembre 2004, pp.38-39.

DELAQUERIE C. et MOURIER Y., *Tarification à l'activité à 100%, réflexion pour un nouveau co-pilotage en mode d'incertitude financière*, in Soins Cadres de Santé n°67, Août 2008, pp 19-21.

DUPONT B.M., *Pilotage hospitalier et éthique*, in Soins Cadres de Santé n°67, Août 2008, pp 28-30.

HEVE D., BERNARD L., *Enjeux et principes de la tarification à l'activité*, in Soins Cadres de Santé, n°52, Novembre 2004, pp.47-52.

PARIER E., *Enjeux, outils et méthodologie de la refonte du pilotage hospitalier*, in Soins Cadres de Santé n°67, Août 2008, pp16-18.

PATURET J.-B., *La responsabilité du patient, un nouveau paradigme?*, in Soins Cadres de Santé, n°52, Novembre 2004, pp.40-42.

PONTE C., *Les textes de la nouvelle gouvernance hospitalière*, in Soins Cadres de Santé, n°63, Août 2007, pp.16-18.

PORTERA M.-J., *L'intérêt d'une formation universitaire en lien avec les soins infirmiers*, in GESTIONS HOSPITALIERES n°413, Février 2002, pp 121-124.

ROBERT B., *Comment conserver une stratégie d'action collective avec Hôpital 2007?*, in Soins Cadres de Santé, n°63, Août 2007, pp.24-27.

STRUMEYER C., *Les cadres et le plan hôpital 2007*, in Soins Cadres de Santé, n°63, Août 2007, pp.19-21.

SVANDRA P., *Le soin, un acte gratuit?*, in Soins Cadres de Santé, n°52, Novembre 2004, pp.43-46.

Textes Officiels

COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, 30 juin 2007, *Santé éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, avis N°101.

RAPPORT D'INFORMATION sur la réforme de financement des établissements de santé, N° 258, Session ordinaire du Sénat, annexe au procès verbal de la séance du 26 Avril 2006, par M. le Sénateur A. VASSELLE.

LOI n° 70-1318 du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière.

LOI n° 83-25 du 19 Janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité Sociale.

LOI n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière.

ORDONNANCE n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

LOI n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie.

LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

LOI no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Webographie

L'ensemble des textes de lois cités ci-dessus sont consultables sur le site :

www.legifrance.gouv.fr/; site consulté en Février 2009

PowerPoint de présentation de la T2A, par la Mission T2A sous la coordination de C. ANDREOLETTI, de mai 2007 :

<http://www.sante.gouv.fr>

Campagne Budgétaire 2009 des établissements de santé, point d'étape au 1^{er} Mars 2009 :

www.sante-sports.gouv.fr ; site consulté le 14 Mars 2009.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les modalités de financement par la T2A

Il existe trois modes de financement distincts:

(Afin de ne pas surcharger le texte, un lexique des abréviations est proposé en annexe 2.)

1. Financement directement lié à l'activité:

De façon synthétique, lors d'un passage dans une unité d'hospitalisation de soins de courte durée MCO, le dossier informatisé de chaque patient est renseigné pour le PMSI:

- Informations administratives (Date et mode d'entrée et de sortie, date de naissance, sexe, n° identifiant...), qui donnent la durée de séjour et l'âge
- Informations médicales (diagnostic principal, associé, relié, et actes)

Toutes ces informations réunies constituent un **RUM**.

Si le patient passe dans plusieurs services, il y aura autant de RUM que d'unités traversées.

Le groupage des différents RUM donne lieu à un **RSS**. Il est anonymisé pour devenir un **RSA**.

Pour être traitées, toutes ces informations médico-administratives doivent être codées et classées selon deux nomenclatures: **CIM** pour les diagnostics et **CCAM** pour les actes.

Le RSS est alors groupé au sein de l'un des 778 **GHM** de la classification version 10: Le groupage s'effectue selon l'algorithme suivant:

- Le **DP** (Diagnostic Principal) détermine le premier classement car il correspond à une **CM** (Catégorie Majeure = Système nerveux, système respiratoire...) qui devient alors une **CMD**.

- Certains GHM sont constitués ensuite à partir de la Durée de séjour (Limite Haute / Limite Basse), voire de la présence ou non d'actes opératoires classants (groupe chirurgical ou médical), l'âge, de diagnostics associés significatifs, de **CMA**.

Il s'agit en fin de compte d'un arbre décisionnel complexe permettant de rattacher chaque patient à une catégorie. C'est ce que l'on appelle la **FG**.

Sur la base de cette classification en GHM, on affecte un tarif opposable pour obtenir un **GHS**, selon 2 modalités:

- Une échelle pour les établissements antérieurement sous **DG** incluant les salaires des personnels médicaux.
- Une échelle pour les établissements sous le régime **OQN** excluant les honoraires des praticiens.

Les GHS constituent donc un mode de paiement au tarif par séjour: il s'agit d'une valorisation moyenne du séjour. Cette tarification doit faire l'objet de paiement en sus dans certaines conditions:

- Dans le cadre de dépassement d'une durée de séjour maximum.
- Lors d'un passage dans une unité de soins spécialisée (Réanimation, Soins intensifs, Surveillance continue, Néonatalogie)
- L'utilisation de certains médicaments ou dispositifs médicaux onéreux.

2. Financements mixtes: Les forfaits annuels

a) Forfait Annuel Urgences

Les services d'urgences font l'objet de l'attribution d'un forfait annuel calculé sur la base des années précédentes, auquel se rajoutent éventuellement des tranches supplémentaires tous les 5000 passages supplémentaires. Cette base est couplée à un tarif unitaire au passage (si la consultation aux urgences ne donne pas lieu à une hospitalisation), ainsi qu'à un financement spécifique pour les Zones de Surveillance de Très Courte Durée...

b) Forfait coordinations des prélèvements d'organes

5 niveaux de forfait en fonction de l'activité et des spécificités de l'établissement

c) Forfait Greffe

6 niveaux selon l'activité et la nature des greffes réalisées pour couvrir les dépenses exceptionnelles liées à la greffe : déplacements des équipes de prélèvement, astreintes spécifiques, coordination de transplantation.

3. Autres financements: Dotations au titre des MIGAC

Ce sont les Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation:

a) Les MERRI

Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation. Ces financements concernent essentiellement les CHU et les CLCC (Centres de Lutte Contre le Cancer).

b) Autres MIG

Ce sont les services dont les missions doivent être maintenues comme le SAMU, les centres anti-poison, les équipes mobiles de soins palliatifs ou de pédiatrie...

c) Les Aides à la contractualisation

Enveloppes allouées par les ARH sur la base de critères objectifs définis régionalement et s'appuyant sur les orientations du SROS et sur la recherche d'amélioration de la qualité des soins

d) Cas particulier de l'H.A.D.

Principe du "tarif tout compris" visant à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure d'HAD pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus. Le recueil d'information se fait sous forme de RPSS défini par un GHPC pondéré pour donner un GHT.

ANNEXE 2 : Lexique et Abréviation

Acte Classant : Marqueur d'une différenciation de consommation de ressources

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CCAM : Classification Commune des actes Médicaux

CIM : Classification internationale des maladies

CM : Catégorie Majeure

CMA : Complications ou Morbidité Associées

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CSI : Commission des Soins Infirmier

DG : Dotation Globale

DIM : Département d'information Médicale

DP : Diagnostic Principal

FG : Fonction Groupage

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHPC : Groupe Homogène de Prise en Charge

GHS : Groupe Homogène de Séjour

GHT : Groupe Homogène de Tarif

HAD : Hospitalisation à Domicile

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MERRI : Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation

MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OQN : Objectif Quantifié National

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RSA : Résumé Standardisé Anonymisé

RSS : Résumé Standardisé de Sortie

RPSS : Résumé Par Sous-Séquence

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

ANNEXE3 : Grille d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmières

QUESTIONS	IDEES, CONCEPTS OU HYPOTHESES Recherchés
Racontez moi (en détail) le déroulement d'une journée de travail standard	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesurer quel degré de connaissance de son propre travail a l'infirmière. ▪ Quelles sont les tâches mises en valeurs ? ▪ Quelles missions sont importantes ▪ <u>Globalement</u> : quelle est sa représentation de son propre travail ?
Existe-t-il au cours d'une journée standard des moments récurrents que vous considérez comme particulièrement agréables ? Lesquels et pourquoi ? Puis Même question avec « pénibles » à la place de « agréables »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le modèle identitaire de l'infirmière ? ▪ Dubar et Sainsaulieu : confrontation identité réelle/ virtuelle. Transactions internes/externes. Dissonance forces internes/externes ?
Quelles sont pour vous les qualités, les compétences (= ressources personnelles, ou acquises en formation) requises pour exercer la profession d'infirmière ? Vous, sur quelle qualité vous fondez votre exercice : Quelles sont celles qui vous paraissent généralisables à la profession ? Même chose pour les compétences ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles représentations de sa compétence (et de la compétence attendue) ▪ Identification de son objet de travail
Pensez vous que l'exercice infirmier nécessite des valeurs, des idéologies particulières ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valeurs infirmières
Parlons un peu de votre parcours professionnel : qu'avez vous fait ? Comment voyez vous votre parcours professionnel futur ? Pensez vous avoir les moyens de le faire évoluer ? Si oui quels moyens, qui les donne...etc. Si non pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inscription dans un processus de professionnalisation ▪ Atouts ou manques ressentis en terme de navigation professionnelle au sens de Le Boterf

<p>Y a t'il des informations qui vous parviennent de la direction ? (Ex. Si non : l'organisation du travail, les orientations de l'établissement en matière de soins d'organisation des soins,...)</p> <p>Pouvez vous me décrire comment vous parviennent les informations de la direction (DG, DSI, DRH) ? Rôle du Cadre.</p> <p>Quelles sont généralement celles qui retiennent votre attention ? Pourquoi et comment ? (Quels sont vos critères de sélections ?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les réseaux et les structures de communications repérés et utilisés ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la qualité d'information ressentie (« maille trop grande ou trop petite ») ▪ Quelles informations sont jugées pertinentes pour l'exercice de la profession ?
<p>Pouvez-vous me parler de la nouvelle gouvernance ? De la T2A ?</p> <p>Savez-vous quels en sont les principes de bases.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les connaissances de l'infirmière dans ce domaine ? ▪ Quelles informations s'est elle appropriée ? ▪ Quel lien fait-elle d'emblée avec son quotidien de soignante ?
<p>Est-ce que cela (NG et T2A) impacte concrètement votre travail au quotidien ? si oui comment ? si non qu'en pensez vous ? Comment est-ce que la mise en place de cet outil impacte t'il votre quotidien de soignante? <u>Concrètement</u></p> <p>Au niveau de la charge de travail : avez vous une habitude des outils de saisie, une culture de la saisie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles répercussions concrètes en terme d'investissement en charge de travail ? ▪ Quel sens l'infirmière donne t'elle à l'éventuelle charge de travail induite par la T2A ?
<p>Quel parallèle faite vous entre les valeurs, compétences et idéologies dont vous m'avez parlé tout à l'heure et ce que vous venez de m'expliquer concernant la NG et la T2A ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment l'infirmière confronte sa représentation antérieure du soin à la réalité économique du système de santé.
<p>Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?</p>	