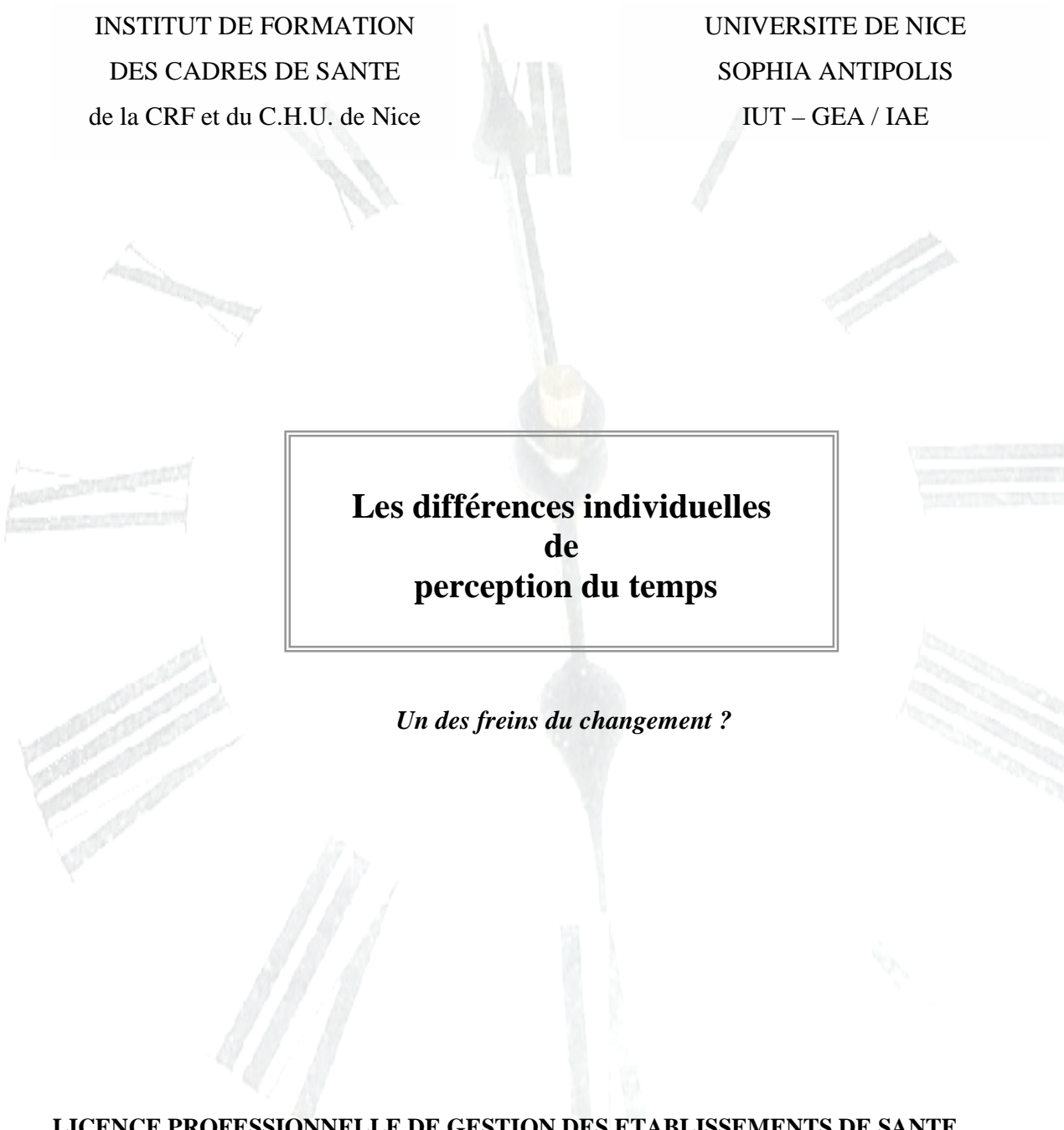


INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE
de la CRF et du C.H.U. de Nice

UNIVERSITE DE NICE
SOPHIA ANTIPOLIS
IUT – GEA / IAE



**Les différences individuelles
de
perception du temps**

Un des freins du changement ?

LICENCE PROFESSIONNELLE DE GESTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Année de formation 2003 / 2004

AYMARD Jean Christophe

INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE
de la CRF et du C.H.U. de Nice

UNIVERSITE DE NICE
SOPHIA ANTIPOLIS
IUT – GEA / IAE

**Les différences individuelles
de
perception du temps**

Un des freins du changement ?

Licence Professionnelle de Gestion des Etablissements de Santé

Année de formation 2003 / 2004

AYMARD Jean Christophe

REMERCIEMENTS

A l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de la Croix-Rouge Française et du CHU de Nice, sous la direction de Monsieur Pascal SERCLERAT.

A Didier BLIN, mon directeur de mémoire qui a su me guider au travers de mon parcours, pour la qualité de ses conseils et de son accompagnement.

A mes amis et pairs qui se sont révélés au cours de cette année de formation un soutien et que je tiens à saluer ici.

A toutes et tous ceux qui m'ont témoigné leur aide au cours de l'élaboration de ce travail.

A mon amie, à mes proches,

A Fabienne, Marie Pierre,

Affectueusement.

" LES JOURS SONT PEUT ETRE EGAUX POUR UNE HORLOGE MAIS PAS POUR LES HOMMES "

MARCEL PROUST

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	1
2.	PROBLEMATIQUE PRATIQUE	3
2.1.	ORIGINE DU QUESTIONNEMENT	3
2.2.	CONTEXTE ACTUEL ET POLITIQUE DE SANTE.....	5
2.3.	LES ENJEUX DE LA CCAM	7
2.4.	LE CODAGE ACTUELLEMENT	8
2.5.	LA PROBLEMATIQUE EXPLICITEE.....	8
3.	APPORTS THEORIQUES	10
3.1.	LE CHANGEMENT.....	11
3.1.1.	<i>QU'EST-CE QUE CHANGER ?</i>	11
3.1.2.	<i>LES RESISTANCES AU CHANGEMENT</i>	14
3.1.3.	<i>LA TEMPORALITE</i>	16
3.2.	LA FORMATION.....	19
3.2.1.	<i>LE BEHAVIORISME</i>	22
3.2.2.	<i>L'APPROCHE CONSTRUCTIVISTE</i>	23
3.2.2.1.	le comportementalisme	23
3.2.2.2.	le socio cognitivisme.....	24
3.3.	CONCLUSION DES APPORTS THEORIQUES	26
4.	PROJET DE RECHERCHE	28
4.1.	HYPOTHESE.....	28
4.2.	METHODOLOGIE DE RECHERCHE	28
4.2.1.	<i>CHOIX DE LA METHODE</i>	28
4.2.2.	<i>CHOIX DE L'OUTIL</i>	29
4.2.2.1.	le questionnaire	30
4.2.2.2.	l'observation	31
4.2.3.	<i>CONSTRUCTION DE L'OUTIL</i>	32
4.2.3.1.	le questionnaire	32
4.2.3.2.	la grille d'observation.....	32
4.2.4.	<i>POPULATION CIBLEE</i>	33
4.2.4.1.	choix de l'unite	33
4.2.4.2.	en pratique.....	33
4.2.5.	<i>RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES</i>	34
4.2.5.1.	generalites	34
4.2.5.2.	consensus	36
4.2.6.	<i>RESULTATS</i>	38
4.2.6.1.	analyse descriptive des resultats numeriques.....	38
4.2.6.2.	analyse descriptive des resultats formation / comportement	39
4.2.6.3.	analyse statistique des resultats formation / comportement et numeriques	40
4.2.7.	<i>SYNTHESE</i>	42
4.2.8.	<i>CRITIQUE</i>	42
4.2.9.	<i>CONCLUSION DE L'ANALYSE</i>	44
4.2.10.	<i>MISE EN PLACE</i>	45
5.	CONCLUSION	52
6.	BIBLIOGRAPHIE	54
7.	ANNEXES	57

1. INTRODUCTION

Dans l'inconscient collectif, la "Santé" reste un bastion incontournable de la réflexion. Elle impacte dans des domaines aussi divers que la sociologie, l'économie et la politique.

Le monde hospitalier étant en perpétuelle évolution, la rationalisation des dépenses de santé dans le cadre du contexte économique actuel a fait et continue de faire évoluer l'organisation hospitalière. La loi de financement de la sécurité sociale n° 2002 - 1487 du 20 décembre 2002 fait de la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé un levier essentiel de modernisation de l'offre de soins hospitalière au travers du "plan hôpital 2007 "

Dans le cadre de cette réforme, une des mesures effectives de restructuration budgétaire consiste à appliquer une tarification à l'activité (T2A), qui est entrée en application début 2004 au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Nice (C.H.U.N.) Celle-ci permettra l'allocation d'un budget à chaque unité de soins en fonction d'une mesure d'activité au sein de l'unité concernée qui sera quantifiée par l'intermédiaire du codage des actes de soins dispensés aux patients.

Les soignants sont-ils prêts à s'insérer dans la démarche que va engendrer cette réforme et à appliquer les mesures qui s'y rapportent ?

En effet, les précédentes tentatives de codages ont été mal vécues et incomplètement exécutées. Le manque de temps était le prétexte récurrent, comment prendre en compte cette difficulté dans le cadre aussi strict d'une mesure réglementaire telle que la T2A ?

En tant que futur cadre, j'ai cherché à mesurer l'écart qui existe peut être entre l'estimation que font les agents et la réalité.

J'ai alors éclairé ma problématique pratique à l'aide des concepts de changement et de résistances qui en découlent ainsi que du concept de formation.

Cela m'a amené à formuler une hypothèse que j'ai essayé de valider sur le terrain. Cette démarche servant mes processus d'apprentissage et contribuant à ma construction identitaire en tant que cadre de santé.

L'analyse des résultats, les conclusions et les perspectives découlant de ce mémoire termineront cet apprentissage de la démarche de recherche.

Ma démarche par le biais de ce travail est d'apporter une aide à la compréhension de ces phénomènes en tentant d'avoir une vision systémique. Aussi le rôle du Cadre de Santé, interface entre différents partenaires, est-il primordial dans l'organisation du système de santé et ses enjeux actuels.

2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE

2.1. ORIGINE DU QUESTIONNEMENT

Infirmier depuis 12 ans et infirmier anesthésiste depuis 8 ans, j'ai toujours été confronté à des difficultés concernant l'évaluation de mon activité soignante.

En secteur de réanimation, les transmissions écrites ne faisaient jamais ressortir notre activité réelle mais plutôt l'application d'une prescription. Puis en secteur d'anesthésie, les seuls modes de recueil d'activité se résumaient à la feuille d'anesthésie. En effet, le verso de celle-ci comprenait une partie d'actes codés, servant à élaborer un résumé standardisé de sortie géré par les médecins.

J'ai toujours ressenti un manque dans la traçabilité de mon activité, car pour moi la transmission écrite est importante dans le sens où elle fait apparaître l'acte réalisé et formalise en quelque sorte l'action. Aussi au début des années 2000 au sein du pool d'anesthésie au sein du département d'anesthésie réanimation de l'archet II du Centre Hospitalier Universitaire de Nice (C.H.U.N) j'ai eu l'opportunité de participer à la quantification de notre activité.

Cette opportunité s'est traduite par la création d'un recueil d'activité qui comprenait des items globaux (intubation, transfusions, bilans sanguins, accidents, type d'anesthésie, position...) Ces actes étaient indifférenciés entre les médecins et les infirmiers anesthésistes, et ne tenaient pas compte de la charge de travail ou du temps passé.

De plus, ces actes n'étaient pas systématiquement codés par la personne qui réalisait l'acte d'une part, et d'autre part au moment où l'acte était réalisé. Il arrivait que l'infirmier anesthésiste code l'activité réalisée par le médecin ou que le responsable en salle de réveil code toute l'activité anesthésique. En fait, on ne savait plus qui avait fait quoi, mais seulement quels gestes d'une manière globale avaient été réalisés.

Dès lors divers problèmes se sont posés, les feuilles de recueil ont été distribuées sur les secteurs d'anesthésie périphériques en demandant aux agents sur place de cocher les gestes effectués.

Tout d'abord, personne n'avait eu à l'époque de formation ou d'informations sur ce projet, que ce soit au niveau du codage ou des objectifs de cette étude, nous ne savions pas quel était le but de cette étude, et encore moins comment l'atteindre si ce n'était en cochant des cases ou en rentrant des données via un ordinateur. De plus 80% du personnel n'avait jamais utilisé de matériel informatique, et aucune formation n'avait été dispensée concernant l'utilisation de l'outil informatique.

Les autres problèmes semblaient liés au changement induit par la mise en place de pratiques de codage. Par exemple : une nouvelle mesure considérée comme inutile par certains, nécessaire par d'autres, impossible à réaliser par manque de temps ou par manque de formation à l'outil de recueil.

Pour certaines personnes, il n'y avait aucun avantage à retranscrire son activité car cela servirait aussitôt la direction, pour d'autres il s'agissait d'un moyen de contrôle. De plus, retranscrire leur activité et la coder ne faisait pas partie du rôle du soignant car personne n'y était habitué, et cela ne faisait pas partie des mœurs des agents mais plutôt de ceux de la secrétaire médicale.

Beaucoup de personnes argumentaient sur le fait de ne pas avoir le temps de réaliser ce codage, que cela leur prendrait du temps sur les soins auprès du patient. Et pour cette raison il était impensable et vraiment accessoire de prendre du temps pour coder une activité ou un geste.

Une réflexion de type "nous n'avons pas le temps" ou "cela va nous prendre énormément de temps..." était récurrente. Cela se traduisait en pratique par des retards dans les codages, des erreurs de patients, d'actes codés, ou des codages qui prenaient énormément de temps, mais aussi parfois du matériel endommagé.

Pourtant les agents ont tenté de s'adapter à cette nouvelle mesure en modifiant leur mode de fonctionnement, en réservant du temps pour coder leur activité. En fait chaque individu a réagi différemment à l'utilisation de tels outils de recueil, cependant une grande majorité de soignants ont été hostiles à ce mode de fonctionnement.

Ainsi ma problématique est née de ce constat : pourquoi les agents ont-ils du mal à retranscrire et à coder leur activité? Est-ce qu'une surestimation du temps passé à coder un acte, pourrait être un frein au changement? Une formation et une information sont-elles indispensables pour accompagner un changement, puisque l'autre argument invoqué est le manque de savoir faire, la crainte de ne pas y arriver et donc une sous estimation de leurs aptitudes. Dans le contexte actuel de santé, comment favoriser la mise en place du codage de l'activité dans le cadre de la tarification à l'activité?

Cependant avant de tenter de répondre à ces questions, il semble indispensable d'avoir une vision systémique en essayant de déterminer dans quel contexte s'insère le codage de l'activité.

2.2. CONTEXTE ACTUEL ET POLITIQUE DE SANTE

L'augmentation des dépenses de santé pose à la collectivité le problème de la répartition optimale des ressources et du choix de critères permettant de concilier l'exercice d'une médecine de qualité et le respect de contraintes économiques. Ainsi, les ordonnances de 1996 - portant réforme hospitalière - ont institué à l'échelon national une agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé, qui doit définir les normes de qualité pour les établissements de soins et procéder à leur évaluation.

Au niveau régional, les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de régler le fonctionnement et de déterminer la dotation financière globale des établissements.

La loi de financement de la sécurité sociale n° 2002 -- 1487 du 20 décembre 2002 pour 2003 (J. O. n° 299 du 24 décembre 2002) fait de la réforme de la tarification de l'activité des établissements de santé un levier essentiel de modification de l'offre hospitalière, à travers le "plan hôpital 2007"

Dans le cadre du plan "hôpital 2007" une des mesures effectives de restructuration budgétaire (obligatoire) consiste à appliquer une tarification à l'activité (T2A) celle-ci est entrée en application début 2004 au sein du C.H.U.N.

Le changement progressif va s'opérer pour autonomiser à long terme la gestion des budgets par les services (en 2004, 10% du budget d'activité est défini par la tarification à l'activité et 90 % par la dotation globale de fonctionnement. En 2007, 100 % du budget sera lié à l'activité)

La T2A permettra l'allocation d'un budget à chaque unité de soins en fonction d'une mesure d'activité au sein de l'unité concernée.

La mise en place du financement à l'activité vise à rendre équitable et transparent le mode de financement des établissements de santé appartenant au secteur public et privé, afin de faciliter les coopérations entre ces deux secteurs.

Les enjeux présents dans la mise en place de telles mesures sont donc :

➤ rendre le mode de financement équitable :

En promouvant une rémunération des activités fondées sur des critères médicaux comme ceux partagés par les secteurs hospitaliers, publiques et privés : le groupe homogène de séjour (G.H.S) avec, en perspective, l'harmonisation des "prix" entre les deux secteurs.

➤ améliorer la transparence des activités et le mode tarification :

La mise en place de la tarification activité doit se traduire par la simplification des modalités de facturation, en particulier, dans les établissements de santé privée. De ce fait, elle doit permettre une comparaison des charges qui incombent à l'assurance-maladie entre les deux secteurs publics et privés.

➤ inclure des mécanismes de régulation :

Par le lien que cette tarification permet d'établir entre les recettes des établissements et le niveau réel de leur activité : la baisse de l'activité se traduisant par une variation concomitante des recettes, ce qui doit conduire des établissements à des ajustements entre l'activité réalisée et les moyens qui vont en découler.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) est la condition *sine qua non* qui permettra de quantifier l'activité.

Cette quantification commune au niveau national est axée dans un premier temps sur l'activité médicale, elle prendra en compte l'activité paramédicale dans un deuxième temps.

2.3. LES ENJEUX DE LA CCAM

Il s'agit d'une obligation réglementaire définie par la lettre de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins aux établissements de santé en date du 14 février 2002 relative à l'obligation d'utiliser la CCAM qui est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2003.

Par le fait qu'elle unifie les anciennes nomenclatures de codage, la CCAM prépare l'arrivée de nouvelles règles de tarification. L'unification des nomenclatures est de nature à modifier en profondeur l'organisation du mode de recueil de l'activité, et le comportement des acteurs dans les établissements.

La CCAM est basée sur une liste unique de libellés et de codes dont le principe serait étendu, à terme, à l'ensemble des professions de santé (psychologues, diététiciennes...) et qui permettrait : de garantir la cohérence des systèmes d'information, de satisfaire les professionnels par l'utilisation d'un seul outil, de rationaliser la maintenance de cet outil et d'en assurer l'exhaustivité.

Cette nouvelle nomenclature de codage d'un acte réalisé sert à la fois à mesurer l'activité de l'établissement, à évaluer le coût de cette activité et à la facturer. Elle va donc progressivement faire évoluer les modes de gestion des établissements de santé et leur système d'information pour privilégier le recueil à la source (dans les plateaux techniques) aussi bien pour les besoins médicaux qu'administratifs.

Il est important de saisir les enjeux de cette nouvelle réforme dont les unités de fonctionnelles sont le point de départ.

2.4. LE CODAGE ACTUELLEMENT

Il y a actuellement une tentative d'essai de mise en place des soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS) mais au-delà d'une réelle volonté institutionnelle de développer ses moyens de quantification de l'activité, j'ai pu constater des difficultés majeures dans l'implantation de ses pratiques, principalement dans les secteurs où j'ai eu l'occasion de travailler.

De plus la mise en place des SIIPS au sein du C.H.U.N. ne permettrait "que" d'objectiver une charge de travail et non pas une activité en terme de quantité dans un objectif de coût.

Dans quelques unités de soins (urgences, consultations, hôpitaux de jour) les infirmiers commencent à coter leur activité. Par contre dans les autres unités de soins (hospitalisation traditionnelle, réanimation...) il n'y a pas de notions d'obligation immédiate.

2.5. LA PROBLEMATIQUE EXPLICITEE

Dans le contexte actuel, il devient urgent et nécessaire de se préparer à la mise en place de la CCAM dans le cadre de la tarification à l'activité du fait de son caractère obligatoire.

Cependant il semble que cette situation (difficultés à coder une activité, surestimation du temps...) ne soit pas caractéristique de la mise en place de la T2A ou du domaine de la santé. En effet il est fort probable que ce type de situation se retrouve dans tous les domaines professionnels.

Aussi dans l'attente d'une mesure réglementaire qui oblige les agents à coder et à retranscrire leur activité, ceux-ci ont énormément de mal à le faire, en invoquant le manque de temps nécessaire à réaliser une telle activité mais aussi en ayant des difficultés pour l'estimer.

Il est possible d'aborder les difficultés rencontrées sur le terrain de deux manières différentes.

La première est celle du changement et des résistances induites par celui-ci comme la volonté de ne pas coder par exemple. Changement caractérisé en outre par une difficulté à estimer le temps passé ou le temps que les agents passeraient à réaliser un acte (ou une activité) quelque il (elle) soit.

La deuxième manière d'appréhender ses difficultés est celle du versant formation - information que les agents n'ont jamais reçu avant la mise en place du projet.

Il serait possible d'éviter que ce type de situation se reproduise en anticipant la mise en place d'un tel projet afin de favoriser l'assimilation de celui-ci par les personnes concernées. De même, serait-il possible d'agir sur le facteur temps qui semble être un moyen organisationnel de grande importance mais aussi source et, peut être, prétexte de résistance.

En fait, est ce que le fait de réduire le temps mis à effectuer une tâche rendrait celle-ci plus acceptable ? D'une manière plus globale, la surestimation du temps semble être un frein au changement, peut-on agir sur cette composante temporelle par la formation, l'information et l'accompagnement au changement ?

Afin de tenter de répondre à ces questionnements, il serait pertinent de prendre en compte la littérature qui est à même d'expliquer les théories nécessaires.

3. APPORTS THEORIQUES

Dans le cadre de nouvelles mesures de traçabilité de l'activité soignante, les agents ont du mal à coder leur activité. Trois raisons explicites, caractéristiques selon eux, à cette situation :

- ils n'ont pas le temps matériel de coder leur activité,
- ils n'ont pas reçu d'informations ou de formation à ce sujet,
- leurs pratiques quotidiennes s'en trouveront modifiées.

Cela se traduisant de façon concrète par une exagération du temps mis à coder une activité.

Cependant, dans le cadre de nouvelles mesures réglementaires telle que la tarification à l'activité (T2A) les agents par l'intermédiaire de la classification commune des actes médicaux (CCAM) vont être dans l'obligation de coder leur activité. L'analyse du codage étant sensée servir à l'allocation d'un budget au service ayant réalisé ses actes.

Aussi, il est indispensable d'analyser les difficultés du personnel à retranscrire son activité, afin de comprendre le processus induit par la mise en place d'une nouvelle méthode de codage de l'activité, et de pouvoir ainsi anticiper et accompagner la mise en place de ce type de projet dans d'autres unités.

Ce travail va mettre en évidence deux concepts qui permettraient de mieux saisir la complexité de cette situation.

Tout d'abord, le concept de changement induit par la mise en place de nouvelles méthodes de codage et des résistances qui peuvent en découler.

Puis dans un second temps, nous nous proposons d'appréhender le concept de formation et d'information, préalable indispensable à l'implantation d'un projet de ce type.

Cette démarche analytique conceptuelle pourrait permettre de poser une stratégie d'implantation d'un projet susceptible de modifier l'organisation d'une unité fonctionnelle.

3.1. LE CHANGEMENT

Est-ce qu'après avoir réfléchi au changement, on change différemment ? Le besoin de réfléchir sur le changement et sur sa signification actuelle dans le monde de la santé est vital.

La course effrénée, dans laquelle nous sommes entraînés au sein du système, impose de nous arrêter de temps en temps afin de nous accommoder du présent.

En quoi la mise en place de nouvelles mesures de codage de l'activité va-t-elle modifier ou influencer l'organisation, l'unité et plus spécifiquement les pratiques soignantes ?

3.1.1. QU'EST-CE QUE CHANGER ?

Le changement n'est pas une idée nouvelle, ni à la mode. Dès le VI siècle avant notre ère, le problème du changement était déjà posé.

Héraclite fut le premier à mettre en évidence le rapport dialectique entre changement et permanence. La réalité, selon lui, devait son existence à cet affrontement entre ces deux forces. L'homme a eu de tout temps une aptitude énorme à accepter ou supporter des changements.

Selon le Robert: *"fait de changer, fait de quitter une chose, un état", "état de ce qui évolue, se modifie ou fait de modifier quelque chose"*.

La mise en place d'une nouvelle mesure, telle que le codage de l'activité dans le cadre de la tarification à l'activité, amène un changement, changement organisationnel au sein de l'unité mais aussi changement individuel et collectif, et ce, aussi bien dans l'activité professionnelle que dans les valeurs qui la sous-entendent.

Pour qu'il y ait changement il faut que tout un système d'action se transforme, ce qui doit changer, ce ne sont pas comme on le croit un peu activement les règles, mais la nature même du jeu et ses enjeux. Il faut mettre en évidence, en outre, les enjeux financiers de cette mesure de codage bien au-delà des enjeux corporatistes et individuels.

Dans "l'acteur et le système" Crozier et Friedberg (1977) proposent deux conditions pour accéder au changement :

La première se produit *"lorsque les tensions, inévitables dans toute entreprise, ne renforcent plus le système et le font éclater"*. Le changement ne peut se réduire à une décision hiérarchique, il doit s'accompagner d'un apprentissage de nouveaux modes de relations. Le changement ne se décrète pas. Une loi ou un ordre ne peuvent accompagner ou susciter un nouveau modèle rationnel, sûrement pas le déclencher.

La seconde condition, est celle du changement induit par le fait de "mécanismes innovateurs" tels que le codage de l'activité dans le cadre de la CCAM et de la T2A.

Dans le cadre de la systémie, le changement s'aborde sur le plan de la logique humaine. En effet, le changement n'est ni une étape logique de développement humain inéluctable, d'une position de modèles d'organisation sociale meilleure parce que plus rationnelle, ni même le résultat naturel des luttes entre les hommes dans leur rapport de force. Il est d'abord la transformation d'un système d'actions, l'agent n'est pas le seul à changer, le système change pour s'adapter (ou non) au changement induit par de nouvelles pratiques et il semble illusoire de demander à certains agents de changer car bien au-delà, l'équipe change mais aussi le service, les unités et l'institution.

Mais le changement, c'est aussi la découverte de l'acquisition de nouvelles capacités et compétences. Le changement a deux faces : celui d'une activité, d'une fonction, de modes opératoires tels que le codage de l'activité ou la retranscription de celle-ci, d'une technique dans un but économique, social ou financiers mais aussi d'une transformation des modes de régulation du système.

Watzlawick (1981) distingue deux types de changements dans les systèmes humains : le changement qui intervient à l'intérieur d'un système qu'il nomme le changement 1 et celui qui modifie le système appelé changement 2.

Le changement de niveau 1 se produit au niveau "micro" à l'intérieur d'un système donné, mais il laisse le système inchangé. Il est synonyme de continuité, il conserve ses normes et son identité propre. Ce système s'épuise puisqu'il fonctionne replié sur lui-même.

Ainsi, lorsqu'une infirmière est seule à s'être appropriée l'outil informatique, elle peut apporter des changements dans sa façon de l'utiliser mais, ne pourra pas, même si elle partage son matériel informatique, faire changer le système. Celui-ci continuant à fonctionner avec des habitudes et un système de référence habituel qui restent inchangés.

Le changement de niveau 2 se produit au niveau "macro" quand les règles qui gouvernent le système et ses structures se trouvent modifiées. L'accès au changement 2 d'un système humain, nécessite que les règles qui le régissent subissent des transformations profondes, puisqu'elles relèvent d'une réadaptation de la réalité et d'un changement de raisonnement. Ce type de changement a la forme d'une discontinuité, d'un saut logique.

M. Crozier (1977) quant à lui, a beaucoup étudié le processus de changement au sein des organisations : pour qu'un changement puisse s'accomplir, la modification du rapport de force ne suffit pas. Il faut qu'il y ait aussi acquisition de nouvelles capacités, c'est-à-dire de nouvelles connaissances et de nouveaux modes de relation, de fonctionnement entre les personnes "*(...) c'est parce que le changement n'est pas naturel, mais avant tout une création, invention, découverte et construction humaine, qu'il constitue en fait un problème.*"

Selon Crozier et Friedberg (1977) 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. Les habitudes ont pour beaucoup moins d'importance qu'on ne croit. En revanche, ils ont une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut présenter le changement. Ce facteur à prendre absolument en compte, peut faire l'objet de négociation avec le cadre de l'unité, afin d'explicitier aux agents les pertes et les gains dans ce type de projet, même si celui-ci relève de mesures obligatoires.

3.1.2. LES RESISTANCES AU CHANGEMENT

Tout système est soumis à deux tendances, l'une allant vers l'évolution et l'autre vers l'homéostasie.

Le changement vient donc, par son contenu, perturber les habitudes de travail bien, et entraîne des résistances si cela touche à des critères sociaux (la défense d'une compétence professionnelle par exemple) à des critères psychologiques (attachement à des outils ou à des procédures connues donc sécurisantes) ou à des critères culturels (l'attachement à des valeurs ou à une conception du métier, mon activité n'a jamais été codée)

L'arrivée d'une nouvelle technologie telle que le codage de l'activité ne déroge pas à cette règle. La réorganisation que cela va entraîner perturbe considérablement le travail, en portant atteinte à son sens et à sa valeur et par conséquent bouleverse les personnes concernées.

Bernoux (1985) écrit *"les résistances indiquent que l'on touche à chaque fois à quelque chose de sensible, d'intolérable et que le moi est mis en danger."*

Le changement que l'on n'a pas décidé soi-même est fatalement vécu comme une rupture imposée des choses auxquelles on était attaché. Il est donc source d'insécurité et c'est peut-être une des raisons qui pousse les agents à refuser de coder leur activité, à produire des erreurs...

Anzieu (2003) qui a étudié les phénomènes de changement au sein des groupes, a mis en évidence que les phénomènes d'interdépendance dans un groupe sont déterminants dans ce processus. Il propose de conjuguer deux méthodes afin d'introduire une modification dans un groupe : soit en argumentant dans le sens du changement, soit en diminuant les résistances envers ce même changement. Il est essentiel pour lui de les associer afin d'éviter des conflits et des tensions.

Michel Crozier (1977) dans *l'acteur et le système* relève la place de l'individu au sein de l'organisation. En effet, l'acteur maîtrise une zone d'incertitude dans le cadre de l'exercice quotidien de ses fonctions.

Cette zone d'incertitude est composée d'éléments connus de lui seul, et qui lui permettent d'organiser sa journée de travail de manière personnelle, mais aussi de se sentir un élément indispensable au sein du système, car, maîtrisant des gestes ou activités particulières.

Le fait de mettre en place un moyen de coder l'activité de l'agent peut remettre en cause cette zone d'incertitude, dans le sens, où tous ses gestes seront codés, entraînant par-là même une diminution de son pouvoir sur le système (l'unité) En conséquence l'agent fera tout pour éviter de se retrouver dans cette situation (comportement non adapté au contexte par exemple)

Dans l'approche de la mise en place d'un projet tel que la tarification activité, la grande majorité des membres de l'organisation n'ont par leur mot à dire, ils doivent faire confiance et accepter les bouleversements qui leur sont proposés, pour le bien de l'organisation et, par conséquent dans leur intérêt.

Comme le souligne Michel Crozier (1977) :

Dans un tel système, personne n'a plus rien à apporter puisque le seul problème resté ouvert est celui des objectifs généraux, ce qui signifie que si les spécialistes font bien leur métier, tous les participants qui se trouvent pris dans l'univers des moyens, c'est-à-dire la très grande majorité des membres de l'organisation sinon la presque totalité, se trouvent privés de possibilité raisonnable de participation.

Malheureusement, le temps d'explication et de soutien nécessaire au cadre pour aider les agents à appliquer les nouvelles mesures, ou une nouvelle organisation, semble également manquer.

A notre niveau de conscience, c'est la résistance au changement que notre instinct de conservation nous conseille, tandis que notre raison et notre "goût instinctif de vivre" nous pousse à changer. L'agent est prêt à changer et à développer de nouvelles compétences.

L'évolution d'une personne au sein d'une collectivité résulte d'une bipolarité du changement, car elle s'appuie à la fois sur l'innovation et sur la conservation.

Une bonne façon de mesurer l'étendue du changement envisagé, est de constater l'ampleur de la résistance que celui-ci fait naître au sein de l'organisation. Le véritable changement provoque une remise en cause de chacun. Il semble indispensable de bien distinguer cette résistance afin de pouvoir la circonscrire, et ainsi mesurer l'ampleur de la tâche.

A cet égard, il semble peut être utile de mieux comprendre cette résistance qui peut être révélée par, des comportements non adaptés à la pratique en question (refus de codage ou simplement une surestimation du temps pour effectuer la tâche)

3.1.3. LA TEMPORALITE

La notion de temporalité fait partie intégrante des modes de résistances au changement. Nous l'avons vu de manière concrète, les agents concernés se plaignent régulièrement de ne pas avoir le temps de réaliser un codage de leur activité, mais pouvons nous rattacher cette impression à une forme de résistance ?

Tout d'abord, l'appréciation du temps chez les soignants est très difficile car ceux ci ont l'habitude travailler sur une base de temps correspondante à la période effective de travail (8h, 12h ou 7h42) et doivent faire coïncider une charge de travail (des pansements, visites...) dans ce laps de temps, aussi la gestion du temps de l'acte est empirique et se base sur l'expérience ou l'imaginaire plutôt que sur le temps vectoriel.

Le changement s' imagine en ajoutant la quatrième dimension et composante qu'est le temps. Le facteur temps dans le changement est souvent pris pour acquis. Soit l'on tente de le minimiser en mettant l'accent sur le fait que l'organisation ne dispose pas de temps suffisant pour "donner du temps" à tous de s'adapter, soit on lui accorde une importance démesurée en lui donnant l'image d'une contrainte absolue sur l'organisation en regard des rythmes d'apprentissage et des possibilités réelles de changer.

Dans les faits, le facteur temps peut être soit un facteur de cristallisation du changement, soit un facteur de décristallisation. C'est la perception de chacun qui fera la différence.

Selon Browsers (1997) le style de management des gestionnaires doit s'inspirer de la perception des contraintes, et des opportunités de changement, en fonction de l'environnement externe. Cet environnement étant tout d'abord caractérisé par le temps psychologique. L'écoulement du temps ne se fait pas sur une base linéaire mais sur une base psychologique, relevant ainsi une importance différente selon les acteurs. Ceci expliquant les différences de perception du temps en matière de changement au sein des unités.

En fait, il peut exister une discordance entre le temps vectoriel (l'heure, la minute, la seconde) et le temps psychologique (celui que l'on se représente) C'est pour cette raison, entre autre, qu'il est quelques fois difficile de réunir les deux temps sur les mêmes référentiels, afin d'estimer correctement une durée (un codage ou une autre activité) et ceci d'autant plus si nous n'avons vécu aucune expérience concernant l'activité.

De plus, le changement prend naissance dans l'imaginaire des acteurs et s'incarne d'une manière différente, selon la perception du temps psychologique relevant pour certains d'une résistance et pour d'autre d'une opportunité.

En effet, le temps (en soi) n'existe pas. Il est le produit de pratiques sociales (telles l'éducation) qu'il révèle (valeurs) qu'il coordonne (rythmes sociaux), qu'il mesure (durée) et qu'il conditionne en retour. En conséquence, l'approche par la temporalité possède de nombreuses vertus pédagogiques : le temps est un analyseur social. C'est en interrogeant son organisation (structure, ses contenus) qu'on interroge le temps d'une pratique sociale.

Pour Reinberg (1979) l'approche par la temporalité semble particulièrement utile afin d'apprécier le "malaise temporel" traduisant le décalage entre la contradiction des pratiques qui cherchent à s'épanouir, et la réalité des temps institutionnels.

Le malaise temporel devient un indicateur de résistance au changement. Il devient nécessaire de mettre en place une véritable pédagogie du temps à mettre en place selon diverses modalités. C'est alors de moins en moins la pratique personnelle et sociale qui produit son propre temps, et de plus en plus un temps arbitraire et qualitatif qui impose un cadre inadapté de cette pratique.

Pour Piaget cité par Pomian (1984) il existe un lien de parenté fondamental entre le temps psychologique et le temps physique, ils sont en interaction continue et nécessaire. Piaget et Chomsky (1982) ont introduit le temps dans le concept de compétence. Pour eux, il semble nécessaire de se réapproprier le temps afin de mieux supporter les contraintes que l'on se fixe et non celles que l'on nous fixe. De plus pour les mêmes auteurs le temps a une composante culturelle : l'appréciation du temps passé, présent ou futur ne renvoie pas aux mêmes représentations.

Le fait de surestimer ou de sous estimer le temps est un moyen de lutte contre le changement, une protection naturelle mise en place par l'esprit humain afin de se réapproprier le temps psychologique.

Ce phénomène est naturel, cependant l'acceptation de ce temps psychologique associé à une répétition permet de faciliter l'assimilation d'un processus, et d'une nouvelle tâche telle que le codage.

Dans le cadre de l'approche temporelle du changement et ses conséquences, il est intéressant de souligner, que toute action en se répétant, se généralise (l'assimilation) mais peut aussi se moduler en fonction de particularités telles que l'apprentissage (l'accommodation) et peut éventuellement se coordonner à d'autres processus, tels l'appréciation des intérêts de chacun, d'une manière stratégique afin d'obtenir une équilibration.

Une autre dimension apparaît alors, fondamentale, à savoir l'apprentissage, c'est-à-dire la découverte, voir la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, bref de nouvelles capacités collectives, telles que l'acquisition de l'outil informatique, ou bien d'une nouvelle organisation professionnelle au sein de l'unité dans la façon de travailler.

3.2. LA FORMATION

Former vient du latin "formare" qui signifie donner de la forme.

Michel Fabre (2000) souligne le sens ontologique (en rapport avec la science de l'être) de "former" qui l'on retrouve dans le mythe de la genèse où Dieu pétrit l'homme à son image.

On ne saurait assez souligner l'importance de la formation, dans le contexte qui nous intéresse, à savoir : l'acquisition de nouveaux savoirs, tels que le codage manuel de l'activité sur du nouveau matériel, ou l'utilisation d'un nouveau matériel dans le cadre d'un projet.

Toujours selon Michel Fabre (2000) la formation est caractérisée par trois traits:

- premièrement, par une logique de changement qualitatif de la personne.

En effet la formation (qui peut être assurée par le cadre de proximité) implique une transformation des protagonistes dans ses multiples aspects cognitifs, affectifs et sociaux, par rapport à des apprentissages de savoirs, savoir-faire et savoir - être.

Il s'agit de développer une logique, non d'accumulation de données, mais de structuration. Car ,en fait, former n'est pas simplement transmettre un savoir, mais aussi induire des changements de comportements, de méthodes, de représentation ou d'attitudes.

Dans ce cadre, le manager, qui n'est pas l'auteur "originel" du projet, doit tenter de mener à bien la mise en application de nouvelles méthodes, en s'inspirant des théories de l'apprentissage (behavioriste, freudien, lewinien ou piagétien) dans un but d'accompagnement à l'acquisition de nouveaux savoirs au sein de l'unité.

Concrètement: comment délivrer l'information et quelle méthode utiliser en corrélation avec une communication adaptée ?

- deuxièmement, le cadre formateur est censé avoir analysé les besoins des formés dans l'utilisation des nouveaux outils, ici informatiques, avant de démarrer une formation.

De plus, le formateur pouvant faire office de médiateur entre les formés, le savoir et les institutions, il nous semble indispensable de développer une articulation des savoirs aux problèmes : dans ce cadre la théorie intervient, avec une fonction instrumentale, dans la résolution des problèmes de pratique. De ce fait le rapport théorie - pratique peut être envisagé de manière différente (mode déductif, mode inductif ou mode interactif)

Cependant, dans ce cas, il est possible de développer un mode didactique, car dans un projet, un des ressorts de la motivation est la finalisation des activités. En effet, une problématique rencontrée va développer un processus de questionnement des formés, qui vont construire un savoir caractérisé par un comportement qui pourra être adapté (ou non) en fonction de l'intégration des savoirs.

➤ troisièmement, il semble nécessaire de développer une relative technicité des méthodes ou des dispositifs. Car pour être formateur, il ne suffit pas de connaître le métier, la théorie ou les connaissances sur les situations de formation, mais il s'agit surtout d'utiliser ses compétences pratiques en liaison avec la théorie, en tentant de contextualiser la situation.

Ces trois points étant indissociables, la maîtrise de cette triple connaissance donne naissance au métier de formateur.

Le formateur conçoit des informations, il distingue le besoin par rapport à la demande, il relie ses connaissances entre les méthodes pédagogiques, les théories d'apprentissage avec les enjeux des différents acteurs (apprenants, institution) d'où l'importance de la notion d'intelligence stratégique.

La notion de stratégie s'applique ici aux acteurs du système, mais Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) refusent de considérer les stratégies d'acteurs en dehors de l'organisation dans laquelle elles vont se manifester.

Sans stratégie d'acteurs, il n'y a pas de "construits humains" donc de système, mais les stratégies se manifestent en regard du système d'appartenance.

L'intelligence stratégique relève d'une finalité, en ce sens, qu'elle incite ceux qui sont en position de manager, ainsi que les équipes, à mieux connaître les enjeux liés au projet et à mieux se situer par rapport à eux. L'objectif est de comprendre les logiques d'acteurs, afin de trouver les leviers de l'action collective qui soutiendront les changements apportés par la formation, aussi bien dans le cadre des pratiques, que dans le cadre des procédures.

En effet, la formation continue à l'hôpital doit être conçue comme un accompagnement et une aide à la réalisation des projets de l'institution. Il est évident que les objectifs de formation s'articulent avec les objectifs du projet infirmier, du projet d'établissement et du projet médical.

L'approche stratégique dans le cadre de la formation, et bien au-delà l'intelligence stratégique, se donne le temps et les moyens de révéler les motivations des différents acteurs du projet. Elle se fonde sur la reconnaissance explicite du caractère indissociable de la réussite personnelle des individus et de celle de l'organisation dans son ensemble, ce qui entraîne nécessairement une diminution du contexte interne de manipulation.

Dans le champ psychologique, Goguelin (1994) postule : "*(...) La formation est une intervention visant à un changement dans les domaines des savoirs, savoir-faire, savoir être du sujet formé.*"

La formation voudrait permettre à l'apprenant de modifier ses savoirs préalables en savoirs nouveaux. Elle attendrait du formé, un changement de comportements antérieurs à la formation, via de nouveaux comportements adaptés à une nouvelle pratique telle que le codage de l'activité.

Dans le champ sociologique, Vial (2000) précise : "*(...) La formation n'est pas l'installation d'un processus de changement ...c'est une accélération, une promotion du processus de changement...*" La formation ne serait que "principe actif" en permettant aux personnes d'évoluer.

Enfin, selon Vial et Donnadiou (1998) : "(...) *La formation professionnelle ne consiste pas seulement à acquérir des savoirs mais à se questionner sur soi à se donner un projet.*" Elle ne vise pas simplement l'appropriation de connaissances, mais aussi une étude sur soi, sur ce que l'on aimerait faire, et comment réaliser ses perspectives."

La formation repose sur l'idée d'apprentissage : des connaissances à s'approprier, une augmentation des compétences, un développement cognitif. Ce processus d'apprentissage suppose une orientation avec des objectifs, un programme, une évaluation.

Cependant, la connaissance des logiques d'acteurs ne suffit pas dans une approche purement pédagogique. Il est opportun, dès lors, d'appréhender de plusieurs manières les théories de l'apprentissage.

Au sein du message que doit faire passer le cadre de santé dans la mise en place du codage de l'activité, considérons deux approches de l'apprentissage : tout d'abord celle centrée sur l'acquisition d'un geste technique (le codage en lui-même) puis, celle centrée sur l'acquisition de la démarche et du questionnement de l'agent dans la dynamique de la mise en place du projet.

3.2.1. LE BEHAVIORISME

Selon Vial et Donnadiou (1998) le Béhaviorisme a recherché l'explication des phénomènes d'apprentissage au niveau des comportements.

L'approche Behavioriste part du principe que les stimulations de l'environnement provoqueraient une réponse adaptée de l'apprenant. En fait apprendre revient à associer des situations stimulus et des réponses (je réalise un acte donc je code mon activité)

Dans cette approche on peut distinguer le conditionnement répondant et opérant du comportement.

Le premier appartient aux travaux de Pavlov, et la réponse au stimulus peut être assimilée à un réflexe, apprendre se fait dans l'inconscient.

Les objectifs à atteindre sont gradués (par ordre de difficulté) et préalablement fixés. Cette stratégie du "pas à pas" vise à guider l'apprenant le long de la formation.

Le second, conditionnement opérant, appartient quant à lui aux travaux de Skinner, la réponse adaptée du sujet provient d'un renforcement de l'extérieur.

Les essais et les erreurs conditionnent la pratique, et les réussites produisent un renforcement. Les applications dans les pratiques pédagogiques de cette conception de l'apprentissage, sont principalement basées sur la notion de répétition, utile dans la recherche d'acquisition d'automatismes.

Ceux-ci, au fur et à mesure de leur acquisition, diminuent le temps de codage, aussi bien dans l'aspect gestuel (le temps du codage diminue) que dans l'aspect intellectuel (le codage devient un réflexe)

Il est vrai que cette situation semble intéressante dans un point de vue purement mécaniste. Cependant, cette approche basée sur le comportement n'est pas satisfaisante pour comprendre le processus de formation, l'agent n'est pas un automate, il réfléchit, il raisonne et éprouve des émotions. Il faut qu'il y ait une interaction avec les autres agents, basée sur l'échange, l'écoute, les observations, l'analyse et la réflexion.

3.2.2. L'APPROCHE CONSTRUCTIVISTE

3.2.2.1. LE COMPORTEMENTALISME

Cette approche sollicite les perspectives de Piaget (1988) qui postule :

(...) toute conduite qu'il s'agisse d'un acte déployé à l'extérieur ou intériorisé en pensée, se présente comme une adaptation, ou, pour mieux dire, comme une réadaptation. L'individu n'agit que s'il éprouve un besoin, c'est-à-dire si l'équilibre est momentanément rompu entre le milieu et l'organisme, et l'action tend à retrouver l'équilibre, c'est-à-dire précisément à réadapter l'organisme.

Dans ces perspectives, l'activité cognitive (mentale) du sujet est au centre de l'apprentissage, il construit ses connaissances lorsqu'il agit avec son environnement.

L'apprentissage s'opère lorsque se produit chez le formé des phénomènes d'adaptation et d'équilibration, elle vise l'acquisition de compétences déterminées dans un ou différents domaines, elle permet aux individus d'accroître leurs compétences, de faire face aux changements technologiques et sociaux, d'y participer activement, et de développer leur potentiel de créativité.

Les notions centrales d'assimilation / accommodation sont décrites et illustrées dans le développement opératoire. En fait, il est nécessaire de mettre en relation la nature des exercices et le niveau opératoire des agents. En effet, plus une tâche est simple à exécuter, moins le niveau opératoire nécessaire des agents à besoin d'être élevé. Auquel cas, la tâche sera plus facilement assimilée.

Il semble alors indispensable de développer une pratique faite de gestes simples et de codages d'activité pré établis, par l'intermédiaire de logiciels simples à utiliser par exemple.

3.2.2.2. LE SOCIO COGNITIVISME

L'initiateur Bandura cité par Chalvin (1999) propose la théorie sociocognitive interactionnelle : *"(...) les événements qui se produisent dans l'environnement, les caractéristiques de la personne et les comportements s'influencent mutuellement dans le développement de la connaissance."*

Ces perspectives privilégient la rencontre entre la réalité du milieu social et culturel. Les interactions entre le formé et les professionnels facilitent l'apprendre.

En fait, la construction du formé se fait sous l'influence du milieu social rencontré, motivé il apprendrait en observant et en reproduisant les activités.

De manière beaucoup plus concrète, il existe une interaction entre l'agent et le milieu qui l'entoure, l'agent se situant obligatoirement au sein d'un groupe, il va être influencé par la pratique des autres agents qui codent eux aussi leur activité (le fait que tous ses collègues codent leur activité à un moment précis pouvant inciter l'agent à coder au même moment)

- LES REPRESENTATIONS COGNITIVES

Moscovici (2000) a montré que chaque individu : "*(...) réinterprète les informations qui lui sont données en fonction de ses propres représentations...selon deux mécanismes...l'objectivation...et l'ancrage.*"

Les informations qui circulent seront appropriées par le sujet en référence à ses propres valeurs, à sa propre culture.

Aussi, le formé fait appel à son expérience, pour interpréter ce qu'on lui fait découvrir ou ce qu'il va rencontrer, en adaptant ses connaissances aux stratégies de traitement de l'information, qui permettent de l'intégrer beaucoup plus facilement.

De plus, il semble intéressant de rapprocher l'acte de l'agent au sens de l'action, afin de ne pas oublier quel est le but du codage dans notre cas, ainsi que sa finalité.

La représentation est une grille de lecture du sujet, elle lui permet de comprendre et de donner un sens, une signification à ce qu'il rencontre et découvre ou entreprend. C'est ici que la représentation du changement, mais aussi de la temporalité dans l'apprentissage, prend toute sa valeur. En effet l'agent, en fonction de son vécu de mise en place de précédents projets, produit une estimation du temps nécessaire au codage et va pouvoir utiliser ses acquis et processus afin de l'intégrer plus ou moins facilement.

En fait, nous sommes face à deux grands types d'apprentissages :

- l'un Behavioriste basé sur la répétition des gestes, dans un processus de conditionnement et d'acquisition de ceux, facilement transposables dans la pratique qui nous intéresse, à savoir le codage d'une activité par l'outil informatique.
- Et l'autre basé sur une approche comportementaliste, mettant plutôt l'accent sur le développement de schèmes qui définissent la structuration de l'action en fonction des acquis et du vécu.

L'apprentissage n'est plus centré sur les performances et les acquisitions, mais aussi sur les processus et les modes de pensée qui en permettent la production.

Former c'est donner une forme, en sachant que l'apprenant n'est pas l'objet mais l'acteur de sa transformation, et qu'il est libre d'intégrer ou non la formation qu'il a reçue, sachant que l'intégration des savoirs détermine la capacité de construction des schèmes qui seront sollicités lors de la mise en pratique.

Alors quelle méthode d'apprentissage utiliser : un apprentissage rapide basé sur la répétition ou un apprentissage basé sur la réflexion.

En fait, il devient de plus en plus évident qu'il n'existe pas de méthode d'apprentissage polyvalente, mais qu'il existe plutôt des méthodes adaptées à un contenu ou à une démarche.

Aussi le formateur (le Cadre de Santé en l'occurrence) devrait pouvoir "jongler" et utiliser les théories de l'apprentissage et les différentes méthodes qui en découlent, afin de les adapter au contexte. Une possibilité serait de conjuguer ces théories qui ne se retrouvent que très rarement à l'état brut dans l'apprentissage.

Ce rôle est inscrit dans la législation professionnelle et c'est une fonction prégnante du Cadre de Santé. Ainsi, la formation des Cadres de Santé consacre plus d'un cinquième du temps avec un module " fonction de formation "

3.3. CONCLUSION DES APPORTS THEORIQUES

La mise en place d'un projet tel que la tarification à l'activité est très complexe, que ce soit au niveau macro ou au niveau micro sociologique. Cette nouvelle mesure réglementaire constitue une véritable révolution de l'organisation hospitalière, par l'obligation de codage de l'activité qu'elle entraîne, et à laquelle, nous soignants n'y sommes pas forcément préparés.

Le changement au sein de l'organisation induit par la mise en place de nouvelles mesures, s'accompagne inévitablement de résistances naturelles caractérisées par des comportements souvent inadaptés (erreurs, refus...) ou bien par des difficultés dans l'approche temporelle du changement (difficultés à estimer le temps)

La connaissance de ce processus pourrait nous permettre de comprendre la situation en pratique, et d'agir afin d'accompagner le changement.

D'autre part, l'approche stratégique du changement ne peut se faire sans une information et une formation, concernant aussi bien l'acquisition d'un geste technique, que l'acquisition d'un processus de codage dans un contexte de systémie. Acquisition sous tendue par l'intégration de la formation, condition *sine qua non* à la mise en pratique des savoirs reçus.

Il semble opportun, des lors, de mesurer par une recherche et une étude statistique quel est l'impact du changement chez les agents concernés, afin de mettre en rapport les propos généraux tenus par les agents sur les blocs opératoires (nous n'avons pas le temps...) les concepts théoriques (le temps psychologique et la résistance au changement) à la réalité du codage chez des agents qui découvrent le codage dans le cadre de la T2A.

4. PROJET DE RECHERCHE

4.1. HYPOTHESE

"Les agents surestiment le temps nécessaire au codage de leur activité et ceci est certainement en lien avec le degré d'intégration de la formation ou un comportement adapté."

A la vue de notre hypothèse, nous nous proposons en tant "qu'apprenti chercheur" de réaliser une démarche, afin de déterminer d'une manière scientifique si notre hypothèse se vérifie et est reproductible.

" Une hypothèse est une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée." (Quivy, 1995)

Cette démarche, s'appuie sur une méthodologie de la recherche scientifique, basée sur une conception positiviste traditionnelle, qui considère l'observation et la répétitivité des faits, par une approche monothéique et une méthode quantitative.

Le but de notre démarche étant d'œuvrer à la compréhension et / ou à l'explication, en produisant des connaissances générales, transférables et communicables.

4.2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

4.2.1. CHOIX DE LA METHODE

L'utilisation d'une méthode de recherche place le chercheur dans une tentative d'explication. La méthode dicte surtout des façons concrètes d'envisager ou d'organiser la recherche, mais ceci de façon plus ou moins impérative, plus ou moins précise, complète et systémique.

Après avoir défini une problématique pratique ainsi que des apports théoriques, nous avons proposé une hypothèse que nous allons confirmer ou infirmer en pratique, sur le terrain. Cela correspond à une démarche hypothético-déductive.

L'hypothèse citée plus haut, correspond à une affirmation théorique anticipée et conditionnelle, qu'il va falloir mettre l'épreuve. Cette mise à l'épreuve, nécessite la mise en place d'un plan expérimental qui est centré sur l'observation de groupes de sujets.

L'objectif est de chercher des faits, à construire des réponses à des questions de départ et à inciter le chercheur à oeuvrer pour la généralisation, la standardisation, la systématisation de la notion de loi, la maîtrise d'un réel, la découverte de la vérité, l'analyse causale et la maîtrise du réel. Cette pratique correspond à la méthode expérimentale.

"La méthode expérimentale se caractérise par l'expérimentation d'une ou plusieurs variables observables déduites d'une hypothèse de départ. (...) Le but du chercheur est de tester une hypothèse générale posée à priori." (EYMARD, 2003)

En pratique, la méthode expérimentale est basée sur un dispositif qui étudiera, tout d'abord, le temps estimé à réaliser un codage d'activité, avant que le projet de codage soit mis en place dans une unité de soins. La deuxième partie du dispositif, mettra en exergue, après la mise en place effective du projet au sein de l'unité, le temps réel passé à coder par les agents.

4.2.2. CHOIX DE L'OUTIL

Afin de pouvoir traiter l'hypothèse citée plus haut, nous nous intéressons au temps passé à coder une activité. Dans ce sens, la variable étudiée sera temporelle.

La première partie du dispositif est axée sur une estimation des agents du temps passé à coder, l'outil le plus pertinent, en regard des données qu'il faut récupérer, semble être le questionnaire. La seconde partie du dispositif est axée sur le temps effectif passé à coder une activité, la méthode qui semble la plus appropriée est l'observation de l'agent, et du temps passé à coder.

4.2.2.1. LE QUESTIONNAIRE

- Avantages

Utilisé dans la première partie de l'enquête, il permet d'étudier un objet cerné et précis, à savoir le temps estimé passé à coder une activité. Il est basé sur ce que les agents déclarent et estiment. Les enquêtés peuvent prendre le temps de la réflexion avant de répondre aux questions. Il répond à la phase quantitative de l'enquête car l'objet d'étude est cerné et précis.

- Limites

Le questionnaire présente aussi des limites : si une question est mal comprise par l'enquêté, il n'y a aucun moyen de la reformuler. Il a été difficile d'élaborer des questions pertinentes et représentatives de nos concepts.

" Le questionnaire écrit ne donne aucune garantie sur le fait que c'est bien la personne visée qui l'a rempli." (Grawitz, 2000)

- Elaboration

- définition du contenu,

Déterminé par l'objet d'étude, le temps passé à coder une activité et son estimation.

- choix de la forme des questions,

Des questions fermées permettent une standardisation et une facilité dans le traitement des données. Le traitement des données s'apparente dès lors à une analyse de contenu.

- formulation les questions,

La formulation des questions doit être compréhensible. Les questions sont claires, précises, univoques et sans ambiguïtés. Une seule idée est introduite et le temps passé par les agents à remplir le questionnaire est inférieur à cinq minutes.

- codage du questionnaire,

La phase de codage : attribution d'un code spécifique à chaque réponse, réalisation d'une gestion des valeurs numériques liées au temps estimé.

- Test du questionnaire.

Le test permet de repérer la fiabilité des procédures ainsi que la compréhension des modalités.

4.2.2.2. L'OBSERVATION

Utilisée dans la deuxième partie de l'étude, celle-ci se base sur l'observation grâce à une grille du temps effectif passé à coder une activité sur un matériel informatique.

- Critères

- | | |
|--|--|
| - l'observation est focalisée
(une seule pratique) | - l'observation est naturelle
(sur le lieu de travail) |
| - l'observation est attributive
(une seule personne) | - l'observation est non participante
(pas d'ingérence) |
| - l'observation à faible degré d'inférence
(notation immédiate) | - l'observation est transversale
(sur une période et un groupe) |

- Avantages

"L'observation désigne autant le processus d'observation de phénomène qui mobilise tous les sens de l'être humain, que l'outil de recueil ou d'accueil des données"
(Eymard, 2003)

L'observation permet l'enregistrement des actions perceptibles dans leur contexte naturel, elle est liée à l'objectif fixé et dépend de la situation. En fait, observer s'insère dans un projet global afin de décrire, de comprendre un environnement et les événements qui s'y déroulent.

- Limites

De nombreux effets indésirables liés à l'utilisation de ce type de recueil d'information :

- effet d'Hawthorne : la présence de l'observateur étant perçue comme étrangère, les agents ne codaient pas leur activité de façon naturelle. Il existait une activation (les agents essayaient d'aller le plus rapidement possible ou bien l'inverse)

- effet de congruence : toutes les données recueillies semblaient aller dans le même sens alors que l'expérience n'était pas terminée.

- focalisation sur les éléments saillants : nous avons essayé d'être le plus attentif possible au geste du codage et au comportement,, par contre nous n'avons pas tenu compte des remarques verbales de l'agent pendant le codage.

4.2.3. CONSTRUCTION DE L'OUTIL

4.2.3.1. LE QUESTIONNAIRE

Celui-ci a été élaboré afin de déterminer le temps estimé par les agents à coder une activité et deux activités. De plus, il a été demandé aux agents si ceux-ci avaient reçu une formation spécifique à la pratique du codage sur le matériel informatique spécifique.

La question sur le temps estimé correspond à une question ouverte, puisque l'agent note en minutes et secondes le temps estimé. La question sur la formation est fermée et les seules réponses possibles sont oui ou non.

4.2.3.2. LA GRILLE D'OBSERVATION

Celle-ci a été élaborée en fonction des données à recueillir, à savoir du temps. Pour cette raison, le temps de codage a été chronométré à la seconde.

La deuxième partie de la grille correspond à l'observation de comportement lié à la pratique du codage dont les items ne peuvent être validés que par oui ou non, ainsi que 5 questions posées au sujet de la formation reçue au sujet de la T2A.

Ces données comportementales seraient susceptibles d'être croisées ultérieurement avec les données numériques de la grille d'observation, mais aussi avec les données du questionnaire.

4.2.4. POPULATION CIBLEE

4.2.4.1. CHOIX DE L'UNITE

La principale difficulté, dans la mise en place du dispositif de recherche, résidait dans la recherche d'une ou plusieurs unités de soins, qui seraient susceptibles d'intégrer le codage de l'activité du mois de janvier au mois de mars. Ces dates correspondent à la phase de recueil d'information au vu du programme institutionnel de l'I.F.C.S. Une unité de soins de l'hôpital d'Antibes présentait les caractéristiques nécessaires : en effet ce service allait mettre en place un processus de codage de l'activité soignante.

-Janvier 2004 : un groupe de soignants se préparait à mettre en place, et à utiliser le codage de leur activité. Ce processus comportait une phase d'information, de formation théorique et pratique, et enfin, une phase de développement de la pratique de codage.

-Mars 2004 : ils utilisent le codage de manière courante dans leur exercice quotidien. Cette situation a permis de suivre un ensemble d'agents avant la mise en place, pendant et après la mise en place sur un différentiel temporel limité à quelques mois.

4.2.4.2. EN PRATIQUE

Le groupe ayant reçu une formation théorique et pratique sur le codage et ses enjeux.

Dans un premier temps, cette population a reçu un questionnaire leur demandant, après la formation et avant la mise en place effective du codage, le temps estimé passé à coder une activité. Ces questionnaires ont été "tracés" par l'intermédiaire des initiales des agents qui les ont remplis.

Cette pratique permettra dans un second temps de raccrocher les données estimées aux données effectives et d'obtenir ainsi, des données concernant une même personne.

Les infirmières ont, peu de temps après (fin janvier début février) débuté le codage après la mise en place du matériel informatique, d'où la décision de mettre en évidence un temps objectif de codage.

La deuxième phase du dispositif (par l'intermédiaire d'une grille d'observation *in situ*) a permis de mettre en évidence le temps réel et effectif de codage des agents concernés.

Cette observation, via une grille d'observation, concerne un chronométrage du temps de codage ainsi qu'une observation de comportements associés au codage.

Le même agent a été chronométré à trois reprises, la moyenne obtenue nous a permis d'obtenir une mesure représentative du temps de codage.

Chaque agent a été "tracé" grâce à ses initiales aussi bien sur le questionnaire que sur le dispositif d'observation afin de pouvoir les comparer.

Ainsi le groupe a été étudié de manière globale mais de manière individuelle afin de réaliser un différentiel.

En conclusion de cette partie, le dispositif permet l'étude d'une population qui se préparait à mettre en place un nouveau projet et une nouvelle organisation au sein de l'unité de soins et qui dans un deuxième temps vit ce projet de manière quotidienne.

4.2.5. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

4.2.5.1. GENERALITES

Sur un total de 26 questionnaires distribués, 23 sont revenus et 20 observations ont été possibles compte tenu d'agents en congés annuels ou en roulement de nuit. L'étude s'est donc faite sur un effectif de 20 agents (questionnaires et observations) sachant que l'effectif prévu aux urgences est de 22 agents (jour et nuit) il y a par contre environ 6 personnes de nuits en roulement, donc non liées aux urgences et non formées au codage de l'activité.

Le recueil des données a été réalisé par l'intermédiaire d'un tableur, qui a permis de réaliser des statistiques sur les différentes données.

Concernant les observations sur le temps effectif de codage, trois mesures distinctes du codage par agent ont été réalisées afin de recueillir une moyenne qui nous semble plus représentative du temps effectif. Cependant cette triple mesure n'a été possible qu'avec le codage d'une activité et non pas avec le codage de deux activités.

Il a été possible d'objectiver la différence entre des données estimées et des données observées.

Dans un premier temps, nous avons analysé de manière très succincte des questions n'ayant pas apporté d'élément satisfaisant de réponse. En effet, les réponses étaient toutes identiques ou inutilisables. Seules les questions ou les observations entraînant des réponses différentes ont été conservées.

➤ Quel est votre sexe?

Tous les agents interrogés sont des femmes.

➤ L'acte codé est-il le bon? Est-il effectué dans sa totalité ?

Toutes les réponses sont positives.

➤ A quel moment le codage est-il réalisé ?

Même si 50% des agents interrogés prétendaient coder en temps réel et que 50% des agents prétendaient coder dès que possible, il ressort que tous les agents observés codent leur activité en temps réel.

➤ Le codage est-il effectué par un autre agent

Tous les agents observés réalisent eux même leur codage de l'activité.

➤ Le codage est-il retardé

Cette observation rejoint la première, en effet le codage est effectué en temps réel pour tous les agents.

➤ L'agent refuse d'utiliser le matériel

Réponse négative pour tous les agents, de plus cela est confirmé par le rapport d'exhaustivité de l'unité rappelant que tous les actes ont été codés.

➤ Aide par un autre agent

Il y a eu aide pour 2 agents lors d'un codage, ceux-ci ayant sollicité l'aide de leurs collègues lors d'une grande affluence de patients au sein de l'unité.

➤ Codage retardé

Cette observation reprend la première, à savoir l'agent code en temps réel pour laquelle toutes les réponses étaient positives.

➤ Refus d'utiliser le matériel

Toutes les observations réalisées confirment que le fait qu'il n'y a eu aucun refus d'utiliser le matériel.

➤ Information des personnels

Cet item a été difficilement observable car peu de stagiaires ont été présents sur la durée de l'observation. Peu d'agents ont eu l'opportunité d'expliquer le codage aux autres agents.

4.2.5.2. CONSENSUS

- Le ratio

Les données numériques, caractérisées par la différence entre le temps estimé et le temps observé ont permis de déterminer un delta différentiel synonyme de variation entre les deux valeurs.

Le delta (Δ) correspond à la valeur estimée divisée par la valeur observée, fournissant ainsi un ratio égal à un coefficient multiplicateur du temps supposé.

(Exemple : temps estimé 60", temps observé 10", $\Delta = 60/10 = 6$; Un ratio de 6 signifiant que le temps supposé est 6 fois supérieur au temps observé)

En ce qui concerne les autres items observés, à savoir le comportement, la connaissance du matériel ainsi que la formation spécifique, les items ont été regroupés dans deux catégories : le comportement observé (comportement et connaissance du matériel) et la formation spécifique.

L'exploitation a été réalisée par l'intermédiaire d'une valeur ratio, d'observations sur le comportement des agents ainsi que sur l'appréciation de la formation qu'ils ont reçu.

- Les statistiques

L'exploitation des résultats a été réalisée par l'utilisation d'un outil statistique : le test de Student, par l'intermédiaire d'un logiciel statistique StatView (Sas Institute, Ca, USA)

Aussi, il semble indispensable de définir auparavant les normes et les définitions des outils utilisés.

Le test utilisé afin de comparer une variable nominale et une variable numérique (qualitatif/quantitatif) est le t de Student qui permet de comparer deux moyennes et de vérifier si la différence peut être aléatoire ou systématique et de proposer l'existence d'un lien et plus généralement d'une relation de cause à effet (ex : ratio vs intégration de la formation) Dans ce cas il permet d'évaluer le degré d'indépendance existant entre les deux modalités.

Le seuil de confiance (ou risque α) correspond au degré de certitude possible maximal, il est établi par une convention de la communauté scientifique à 5% (0,05) au maximum. Cela signifie qu'au minimum, la population aura 95 chances sur 100 d'appartenir à l'intervalle (et donc 5% de chances de ne pas obtenir à cet intervalle)

Le degré de liberté (ddl) utilisé afin de lire les différentes tables de résultats est égal à l'effectif du test n moins un (n-1)

De plus, un résultat est significatif s'il est supérieur ou égal au résultat critique contenu au sein de la table de lecture du test.

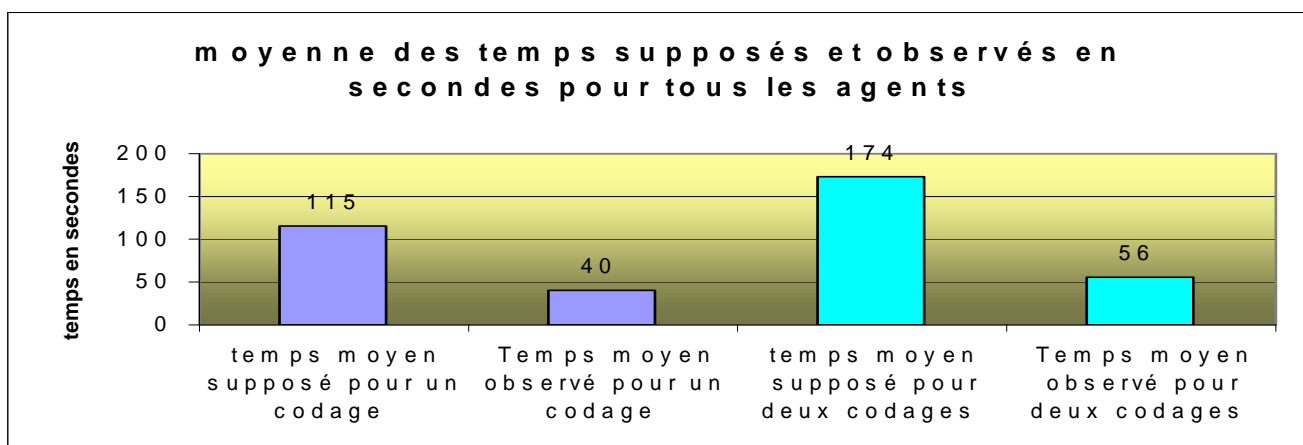
4.2.6. RESULTATS

4.2.6.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS NUMERIQUES

Agents	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Temps estimé pour coder 1 activité en "	80	90	30	90	30	30	300	120	60	60	60	180	60	180	60	180	300	240	90	60
moyenne observée pour 1 activité en "	41	40	17	58	40	45	53	32	88	45	25	40	25	35	22	43	47	47	38	23
temps estimé pour coder 2 activité en "	120	120	40	136	60	45	600	180	180	70	300	240	90	240	90	180	300	300	120	90
moyenne observée pour 2 activités en "	60	60	22	80	60	50	95	40	30	70	40	30	60	60	50	60	65	80	60	50

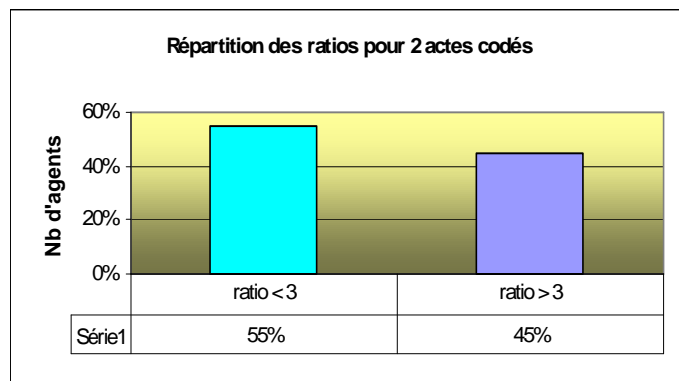
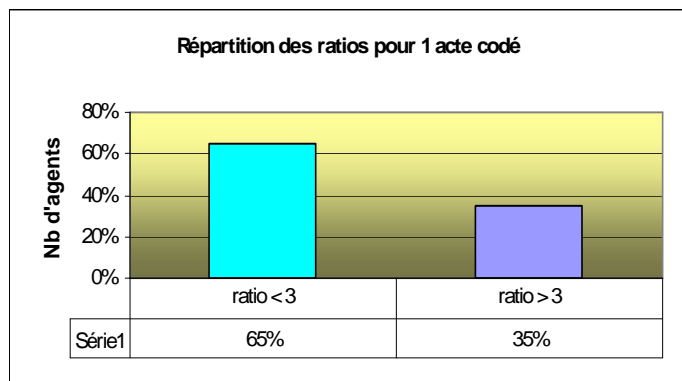
- 100% des agents surestimaient le temps mis à réaliser un et deux codages.
- La moyenne en secondes de l'observation du temps mis à coder une puis deux activités est à comparer avec celle liée au temps supposé.

Le graphique suivant permet d'avoir une estimation moyenne (pour 20 agents) chiffrée du temps supposé mis à coder en secondes et du temps observé mis à coder en secondes 1 et 2 actes de soins.



Il existe un ratio qui a comme valeur moyenne : 3 et ce, pour les deux types de codages, le temps estimé est approximativement 3 fois supérieur au temps observé.

La répartition des ratios s'effectue de la manière suivante en fonction d'un ou de deux codages :



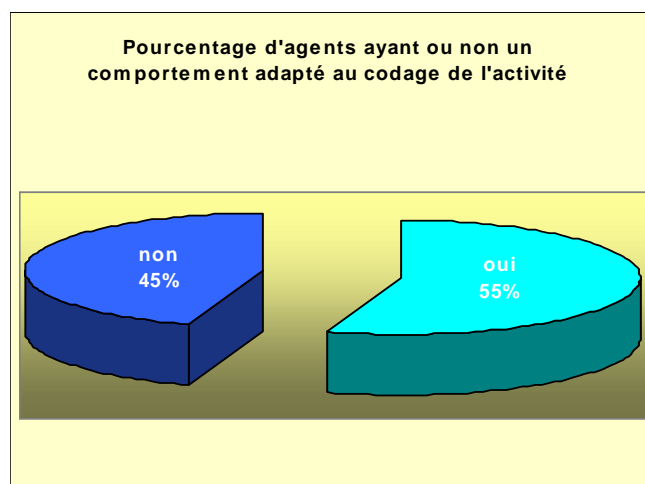
Globalement, il y a une répartition pratiquement équivalente des ratios par effectifs pour un et deux codages.

4.2.6.2. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS FORMATION / COMPORTEMENT

➤ Le comportement :

Un comportement semblait adapté si certains items étaient validés par : 2 réponses "OUI" aux items : l'agent est dynamique et enthousiaste, les gestes sont précis, les gestes sont rapides. Ainsi que 2 réponses "NON" aux items : l'agent s'interrompt, l'agent réalise une autre activité, l'agent réfléchit pendant le codage.

Ce qui donne le graphique suivant :



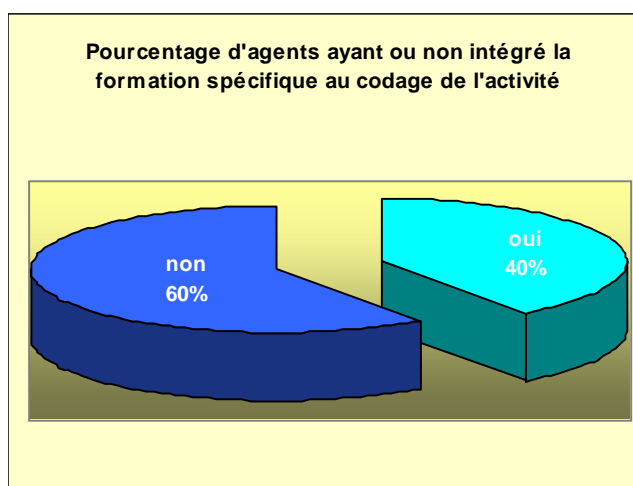
La population interrogée se répartie pratiquement à moitié entre les agents qui ont un comportement adapté et ceux qui n'ont pas un comportement adapté.

➤ La formation spécifique :

Nous nous sommes aperçus que la formation dispensée nous semblait intégrée si les items suivants étaient renseignés

par la réponse "OUI" à 2 des 3 items suivants : l'agent connaît la finalité de la T2A, l'agent connaît les avantages de la T2A, l'agent connaît le principe de la CCAM.

Nous obtenons le graphique suivant :



Les deux tiers de la population interrogée ne semblent pas avoir intégré la formation.

4.2.6.3. ANALYSE STATISTIQUE DES RESULTATS FORMATION /
COMPORTEMENT ET NUMERIQUES

Agents	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Ratio 1 codage	2	2,3	1,8	1,5	0,8	0,7	5,6	3,8	0,7	1,3	2,4	4,5	2,4	5,1	2,8	4,2	6,4	5,1	2,3	2,6
Intégration de la formation	oui	non	oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	non	non	oui	non	non	non	non	non	oui	non
Comportement adapté	non	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	non	oui	oui
Ratio 2 codages	2,0	2,0	1,8	1,7	1,0	0,9	6,3	4,5	6,0	1,0	7,5	8,0	1,5	4,0	1,8	3,0	4,6	3,8	2,0	1,8
Intégration de la formation	oui	non	oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	non	non	oui	non	non	non	non	non	oui	non
Comportement adapté	non	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non	oui	non	non	non	non	non	oui	oui

Afin de ne pas perdre d'information lors du traitement des données l'exploitation a été faite d'une part, sur les différents ratios de manière individualisée et d'autre part, sur les réponses nominales concernant l'intégration de la formation ainsi que le comportement adapté.

L'étude comparative de ces valeurs a pu être réalisée par l'intermédiaire de l'étude du T de Student (t)

Les tableaux utilisés dans le calcul du test sont présents en annexe.

Une valeur p (risque alpha) inférieure à 0,05 a été retenue comme étant le seuil de significativité. Un résultat ayant un p en deçà de cette valeur sera significatif.

Existe-t-il un lien un lien entre une valeur de ratio et l'intégration ou non de la formation ? Oui en regard du résultat $t = 2,452$ (écart type à 1,7), d'un dll à 18 (20-2 car deux échantillons de 20 agents) et d'un p à 0,05. Le test est significatif et il existe une relation entre un ratio élevé ou bas et l'intégration de la formation.

De plus, le test est significatif jusqu'à un risque alpha à 0,025 (2,5%) ce qui signifie que qu'il existe 97,5% de chances pour qu'une relation existe, entre le fait que les agents ont intégré la formation, et le fait que le ratio entre le temps supposé et le temps observé est bas, et inversement.

Concernant un seul codage et le comportement adapté, le test a été reproduit $t = 3,7$ dll = 18 $p = 0,05$ en regard de la table de Student : ce résultat est significatif jusqu' à $p = 0,016$ (0,16%)

Ce qui signifie qu'il y a 99,84% de chances pour qu'il existe également un lien de cause à effet entre les agents qui ont un comportement adapté lors du codage, et le fait que le ratio entre le temps supposé et le temps observé est bas.

Concernant deux codages et l'intégration de la formation, le résultat t est égal à 1,309 dll à 18 p à 0,05. Après lecture de la table de Student, le t critique de la table étant supérieur au t trouvé, il est possible d'affirmer qu'il n'existe pas de lien entre l'intégration de la formation et la valeur de ratio.

De même, pour deux codages et l'intégration de la formation, le résultat t de Student est égal à 1,194 ce qui, en regard de la table n'est pas significatif et souligne donc le fait qu'il n'existe pas de lien entre l'intégration de la formation et le codage de deux activités.

4.2.7. SYNTHÈSE

D'après le premier constat, étant donné que les agents surestiment systématiquement le temps qu'ils mettent à coder leur activité, et qu'un ratio correspond à un temps supposé sur un temps observé, il semble que les agents qui ont intégré la formation surestiment moins le temps nécessaire au codage d'une activité.

De plus il semble que les agents qui ont un comportement adapté soient également ceux qui surestiment le moins le temps de codage d'une activité, et inversement. En fait, l'intégration de la formation et un comportement adapté conditionneraient un meilleur ratio entre un temps de codage supposé et un temps observé se résumant à une meilleure estimation ou appréciation du temps de codage.

Pour deux codages, les résultats explicitent le fait que p est supérieur à 5% dans les deux cas (intégration de la formation et comportement adapté) ce qui sous tend que les résultats ne sont pas significatifs et qu'il n'existe (par conséquent) pas de lien de cause à effet entre, l'intégration de la formation et une meilleure estimation du temps de codage de deux activités, et entre, un comportement adapté et une meilleure estimation du temps de codage pour deux activités.

Certaines similitudes se retrouvent quant aux résultats avec un seul codage, notamment dans le différentiel entre les valeurs : comportement adapté ou non et formation intégrée ou non.

Cependant, certaines valeurs semblent aberrantes par rapport à la majorité des temps estimés lors du recueil des données par l'intermédiaire du questionnaire.

4.2.8. CRITIQUE

- La méthode

L'avantage de la méthode expérimentale que j'ai utilisée est de faciliter la généralisation en s'appuyant sur la maîtrise des choses, et en valorisant les traitements statistiques des données pour arriver à une loi générale.

- Les outils

Le questionnaire, premier outil utilisé, par manque d'expérience, n'a pas été très bien construit. Les questions étant trop sommaires et concentrées sur une donnée temporelle, j'aurais pu m'intéresser plus particulièrement au ressenti de la personne, afin de pouvoir, éventuellement croiser ces données avec des observations.

En fait, je me suis trop concentré sur le facteur temps, au détriment d'autres caractéristiques liées au changement ou à la formation.

La grille d'observation, deuxième outil utilisé, s'est révélée beaucoup plus "efficace" dans le recueil de données. Cependant, les observations à réaliser étaient souvent redondantes d'où une certaine difficulté à extrapoler certains faits par manque de données suffisantes.

- L'organisation

Dans un premier temps, le nombre de d'agents observés semble insuffisant pour envisager, en outre, une reproductibilité sur les autres unités.

Concernant le codage, il ne m'a pas été possible d'observer le codage de deux activités à trois reprises comme pour le codage d'une seule activité, ceci, principalement par manque de temps, il y a un biais de plus dans la méthodologie.

De plus, j'ai rencontré un problème lors de la définition du codage de l'activité, en effet, la question au niveau du questionnaire ne tenait pas compte du moment à partir duquel le codage débutait, et comme personne n'avait encore codé son activité, le moment précis de début de codage n'a pu "imaginé".

Dans les faits, je me suis aperçu que le codage pouvait commencer à 2 moments bien distincts : l'initialisation du patient dans le système informatique, ou bien le codage d'un acte après que le patient ait été initialisé; Point saillant qui m'a échappé lors du test de la grille d'observation. J'ai, dès lors, décidé de ne chronométrer que le codage de l'acte et non l'enregistrement du patient.

Je peux affirmer, cependant, que j'ai eu l'opportunité exceptionnelle de travailler au sein d'une unité de soins, qui, dans le laps de temps aussi court que notre formation ne nous le permette, ait permis la mise en place pratique d'un projet complexe.

4.2.9. CONCLUSION DE L'ANALYSE

L'objectif de mon étude était de confirmer ou d'infirmier mon hypothèse à savoir : *"Dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, les agents surestiment le temps nécessaire au codage de leur activité et ceci est en lien avec le degré d'intégration et la formation ou un comportement adapté. "*

Au terme de mon analyse, j'ai pu confirmer mon hypothèse, en affirmant qu'il existe une relation entre l'intégration de la formation et le temps de codage estimé et observé pour un acte codé. Il existe également une relation entre le comportement adapté de l'agent au codage et le temps de codage estimé / observé.

J'ai pu mettre en évidence une surestimation systématique du temps estimé afin de coder une activité. Cette surestimation étant dépendante du degré d'intégration de la formation, et d'un comportement adapté lors du codage.

De plus, cette étude m'a permis d'obtenir une estimation en secondes du temps mis à coder une activité par les agents, donnée qui pourrait être utilisable dans des calculs d'activités.

Cependant, il me semble indispensable de prendre ces résultats avec précaution car ceux-ci ne sont pas forcément transposables dans d'autres unités, et de ce fait, sont à utiliser avec toutes les réserves qui s'imposent.

Cette étude, au centre d'une initiation à la recherche, manque selon moi d'exhaustivité dans le sens où l'échantillon semble insuffisant afin de pouvoir extrapoler ces résultats à d'autres unités ou établissements. Cependant, même si elle a le mérite d'exister, cette étude nécessite une approche beaucoup générale, de plus grande envergure qui pourrait faire l'objet d'un autre projet de recherche.

L'apprenti chercheur doit savoir travailler avec ces incertitudes, saisir des opportunités, se remettre en question et accepter le caractère imprévisible de la recherche. Cela me semble riche d'expérience dans la construction d'une posture de cadre.

4.2.10. MISE EN PLACE

En regard de la problématique pratique, des apports théoriques ainsi que de l'analyse, comment pourrais je utiliser ces résultats ou du moins les mettre à profit ?

L'élaboration de ce travail pourrait permettre de mieux appréhender, et de comprendre une situation donnée qui risque de se reproduire, car, la notion du manque de temps aux agents est récurrente et non rattachée au codage de l'activité en particulier. Il s'agit plutôt d'une caractéristique du changement, et même, d'un prétexte à ne pas changer. Aussi la compréhension de ce phénomène, et le fait de savoir ce qu'il en est exactement, pourrait me permettre une mise à distance et une prise de confiance dans la mise en place d'autres projets; Tout en sachant que les agents se sous estiment en prétendant ne pas avoir le temps de réaliser un acte.

La résistance aux changement est souvent caractérisée par des prétextes plus ou moins fondés tels que la surestimation systématique du temps. Cette notion de surestimation semble se retrouver quelle que soit la tâche à réaliser, aussi pourrais - je utiliser les résultats de ce travail dans la mise en évidence d'une surestimation par les agents eux-mêmes, lors de la réalisation de la tâche, en leur demandant un temps estimé d'une part, et en les chronométrant d'autre part, afin de leur démontrer l'importance de la surestimation en rapport avec le temps réellement mis à réaliser l'activité.

La prise en compte de ce comportement sincère des agents, pourrait permettre une meilleure appréciation des compétences dont ils n'ont pas conscience et, par la même, de pouvoir les valoriser de manière efficace en réalisant un renforcement positif dans l'accompagnement au changement, induit par un nouveau projet

D'une manière beaucoup plus générale, il me semblerait indispensable de prendre en compte le changement induit par la mise en place de telles mesures, qui révolutionnent complètement les pratiques quotidiennes.

En effet, le changement ne devrait pas être ignoré ou forcé, minimisé ou maximisé, mais pris à sa juste valeur, ceci afin d'en saisir les raisons mais surtout les résistances qui en découlent. Résistances pouvant être caractérisées par un comportement non adapté, ou bien, à une mauvaise estimation du temps nécessaire à coder une activité.

Je sais pertinemment que des résistances seront présentes, la connaissance de ce processus ne me permettra sûrement pas d'éviter des résistances naturelles, à la mise en place du projet, mais plutôt de les comprendre, afin de les utiliser dans l'accompagnement au changement. Accompagnement qui sous entend : comprendre, expliquer, donner du sens mais surtout rassurer.

Un comportement inadapté caractéristique d'une résistance ne devrait pas être ignoré ou combattu, mais plutôt compris et analysé, afin de ne pas exclure la personne. Je pourrais ici reprendre une des caractéristiques de l'intelligence stratégique, et plus particulièrement du management stratégique, dans lequel, chacun a des centres d'intérêts et un rôle à jouer. Dans le cadre d'un projet, mes efforts ne devraient pas se consacrer à une personne résistante au projet mais plutôt aux personnes volontaires, qui acceptent le changement en y trouvant un intérêt ou leur intérêt.

Dans le cadre de la mise en place d'un tel projet, la formation est très importante, aussi comment l'aborder de manière plus concrète ?

Tout d'abord il me semble important de s'interroger sur le formateur. En effet, à qui le rôle le formateur incomberait-il ? Serait-ce un intervenant extérieur ou serait-ce un intervenant à l'intérieur de l'unité tel que le cadre de proximité ?

Je pense qu'il existe des avantages et des inconvénients aux deux propositions.

Le Cadre de Santé

Celui-ci a une vision systémique de l'unité, il connaît les habitudes de travail des agents ainsi que leurs difficultés ou facilités d'organisation. Il connaît les personnes qui ont des facilités mais aussi celles qui ont des difficultés, dans l'utilisation du matériel informatique par exemple. Il peut repérer des personnes ressources au sein du groupe et utiliser leurs compétences.

Le fait que le Cadre de Santé puisse délivrer une formation pourrait s'accommoder de facilités d'organisation, aussi bien:

- en terme de locaux, si la formation est réalisée *in situ*,
- en terme de personnel disponible à tout moment (pas de départ à plusieurs agents sur une journée ou plus)
- mais principalement en terme de budget (la formation étant délivrée par un membre du personnel d'où pas ou peu de frais de formation)

Il semble aussi probable qu'une formation, pouvant être réalisée par une personne connue par l'équipe, au courant des difficultés qui seraient susceptibles d'apparaître, et qui pourrait utiliser les ressources du service (aussi bien en matériel qu'en personnes ressources) serait plus facilement assimilée par les agents.

Cependant, le fait que le cadre puisse délivrer cette formation sous entend quelques précautions. Celui-ci, d'une part, doit être formé en ayant intégré la formation qu'il aurait à délivrer. Il doit être convaincu du message, du sens de la formation et de son but.

D'autre part, en regard de l'expérience qu'il a pu acquérir au sein de l'unité, le cadre devra rester objectif envers le public auquel il s'adresse mais aussi envers le message à délivrer.

En ce qui concerne la formation à réaliser, le cadre devra s'enquérir des concepts de l'apprentissage, dans le sens où le simple fait de réaliser une communication ne suffit pas à permettre à l'agent d'intégrer la formation.

De plus, il semblerait judicieux de mettre en évidence une nouvelle fois la notion d'intelligence stratégique au sein de la formation dispensée.

En effet, il serait intéressant d'intégrer notre méthodologie de recherche à la formation dispensée. Le fait de demander aux agents en début de formation, le temps estimé pour réaliser l'acte demandé, et de les chronométrer en fin de formation, permettrait de mettre en évidence que la surestimation du temps est réelle, et que l'activité est réalisée beaucoup plus rapidement.

Cependant, le rôle de formateur qui incomberait au Cadre de Santé pourrait s'accompagner "d'effets indésirables"

On assisterait en fonction du rôle du Cadre de Santé à un changement de sa représentation aux yeux des agents suivant ses fonctions (manager ou formateur) ceci étant susceptible d'entraîner des modifications de relations entre lui-même et ses subordonnés.

En effet, le rôle de formateur suppose une mise à distance de la hiérarchie ou du moins de ses représentations, car, la relation formé - formateur est difficilement concevable dans un contexte de hiérarchie verticale, mais se conçoit plutôt dans une relation horizontale et une adaptation au formé.

De plus, le fait que les agents ne puissent quitter l'unité et le fait d'être continuellement dérangés (téléphone, renseignements...) pourrait également parasiter et gêner l'apprentissage.

Le formateur extérieur

Dans le cadre d'un intervenant extérieur, celui-ci pourrait faire preuve d'une totale objectivité sur l'équipe, ne connaissant pas le public auquel s'adresse la formation à dispenser.

Le fait qu'un intervenant extérieur puisse délivrer une formation, aussi courte soit-elle, s'accompagne souvent d'un changement de lieu au sein de l'unité, ce qui est souvent vécu par certains comme une rupture avec l'activité quotidienne permettant de "souffler" et de se consacrer entièrement à la formation sans penser à l'activité

Le formateur, de part sa spécificité, développerait sa formation en fonction des concepts et des théories de l'apprentissage qu'il connaît, maîtrise et utilise dans son exercice quotidien.

Son expérience acquise lors de formations précédentes dans le milieu de la santé (ou non) pourrait également servir aux agents, en terme de savoirs, de savoirs faire, de savoirs être ou d'anecdotes.

La communication réalisée par un formateur professionnel serait d'autant plus acceptée et intégrée par les agents en formation de part le statut conféré à l'enseignant différent de celui du manager.

Les agents concernés par la formation continue sont très demandeurs de formation, à l'extérieur des établissements d'origine, afin de rompre avec une hiérarchie liée à l'institution et de se positionner ainsi en apprenant dans une relation "formateur – formé" et non "pas manager – formé".

Afin de conclure ce passage sur le rôle du formateur, il est important de souligner les difficultés auxquelles le Cadre de Santé est confronté, dans un contexte de pénurie de personnel, de réduction du temps de travail et de difficultés d'organisation.

De plus, il semble indispensable de dépasser l'éternelle dichotomie entre le cadre de terrain et le cadre formateur. En effet, dans le contexte actuel, il semble beaucoup plus indiqué de travailler en étroite collaboration.

Une possibilité étant de pouvoir organiser une formation en partenariat "cadre de proximité / formateur" où les deux intervenants auraient des missions complémentaires en mutualisant leurs ressources dans un contexte de pluri et interdisciplinarité.

Cependant, le facteur temps est ici tout aussi important, car la formation, entre le moment où elle est préparée par le formateur et le moment où elle semble intégrée par les agents, nécessite un laps de temps plus ou moins long. Temps qu'il est indispensable de programmer et de prévoir, afin de ne pas dispenser une formation au dernier moment (juste avant l'utilisation du matériel informatique par exemple)

La mise en place du codage réservé aux soignants se développant de manière continue, nous laissant encore du temps, il serait opportun de débiter le plus tôt possible une formation au sujet de la T2A, ce qui pourrait permettre d'anticiper les difficultés que les équipes pourraient rencontrer dès la mise en place effective du projet.

Il est vrai que cette position n'est que très rarement rencontrée au sein des établissements publics, cependant, force est de constater que les agents se sont toujours rapidement adaptés au changement (avec plus ou moins de résistances)

Néanmoins, le fait, qu'il n'existe aucun logiciel ou matériel spécifique à l'heure actuelle, représente une difficulté à l'anticipation du projet. Peut être pourrais je utiliser les ressources à ma disposition afin de sensibiliser les agents au codage.

Cette sensibilisation pourrait se faire par l'intermédiaire du matériel informatique, en proposant tout d'abord des formations internes, par le cadre ou une personne ressource, aux agents afin de se familiariser avec l'utilisation de l'outil informatique.

D'autre part, en collaboration avec le cadre supérieur du secteur, il serait possible d'envisager une sensibilisation au codage sur des secteurs de consultations par exemple ou tout autre secteurs proposant un codage d'activité.

En conclusion, il semble que ce travail puisse démontrer son utilité au sein d'un exercice quotidien, notamment dans la mise en place de nouvelles mesures ou de nouveaux projets, dans la mise en évidence de la surestimation naturelle du temps nécessaire à réaliser une activité.

Cependant, la formation liée à la mise en place d'un projet serait peut être d'autant plus intégrée, si elle pouvait être réalisée en terme de collaboration, entre les différents protagonistes et dans un contexte de professionnalisme et non de corporatisme.

Les résistances au changement sont habituellement caractérisées par trois stades :

- "je ne sais pas"
- "je ne peux pas"
- "je ne veux pas"

Les deux premiers stades du changement ont été pris en compte dans le cadre de ce travail :

- le premier stade est clarifié par la formation dispensée aux agents,
- le second stade est clarifié par la démonstration aux agents de la surestimation du temps supposé, en rapport au temps effectif et chronométré passé à réaliser l'activité,
- le troisième temps doit être probablement pris en compte lors de l'entretien annuel d'évaluation.

5. CONCLUSION

Mon intention première, lors de l'élaboration de la problématique pratique, était de mieux comprendre une situation vécue, lors de mon exercice professionnel quotidien, mais également de m'initier à une méthodologie de la recherche.

Cependant, au cours de l'élaboration de ce mémoire, mon raisonnement s'est modifié, et d'une tentative de compréhension d'un phénomène (les difficultés rencontrées dans le codage de l'activité soignante) j'en suis arrivé à m'interroger sur des pratiques quotidiennes en faisant appel à des concepts théoriques, tels que le changement et la formation. Puis, en regard de ces apports théoriques, j'ai posé une hypothèse à confirmer ou à infirmer.

L'hypothèse telle qu'elle a été posée, a été confirmée : il existe bien une relation entre l'estimation du temps et un comportement adapté ou une formation intégrée, tout en émettant des réserves sur les résultats obtenus et l'utilisation qu'il pourrait en être faite.

Ce projet, réalisé en parallèle avec ma formation, s'est articulé avec le projet pédagogique de l'IFCS de Nice et il a été le " fil conducteur" de ma formation.

En effet, durant cette année, j'ai pu prendre du recul par rapport à mes pratiques professionnelles, les replacer dans un contexte, dans une dimension où la notion de systémie est prévalente, en regard de la notion d'intelligence stratégique.

En outre, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de développer une construction identitaire, ainsi qu'un positionnement de Cadre de Santé, au sein d'un contexte politique, socio-économique et professionnel notamment dans le cadre de nouvelles mesures réglementaires telles que la T2A.

Malgré ces limites, ce travail de recherche a apporté un début de réponse au questionnement de départ, et ouvert des perspectives pour ma future fonction.

En effet, ce mémoire n'est qu'une étape et non pas une fin en soi. Il peut permettre une ouverture vers la rencontre et l'appropriation d'autres problématiques.

Il représente une étape initiatique à l'acquisition d'une démarche de recherche. Il m'a conduit à une réflexion sur la méthode d'enquête, le choix d'un outil d'investigation et de traitement de données observables, tout en faisant apparaître ses limites.

Je suis ainsi persuadé que ce travail n'est que le début d'un questionnement qui se poursuivra et évoluera au fil de ma vie professionnelle.

"Qui ne se préoccupe pas de l'avenir lointain se condamne aux soucis immédiats."

CONFUCIUS

6. BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D., MARTIN B., *La dynamique des groupes restreints* 13^{ème} édition Paris PUF 2003 397p

ARDOINO J., ALIN C., GUGLIELMI J., *Etre formateur - quand dire c'est écouter* Paris L' Harmattan 1998 349p

BERBAUM J., *Apprentissages et formation* Paris PUF 1992 128p

BERNOUX P., *La sociologie des organisations* 5^{ème} édition Paris Editions du seuil 1985 382p

BLANCHET B., *Techniques d'enquêtes en sciences sociales* Paris Editions Dunod 1998 197p

BROWERS I. et al., *Management humain et contexte de changement* Bruxelles De Boeck 1997 145p

CHALVIN D., *Histoire des courants pédagogiques. Encyclopédie des pédagogies pour adulte* Tome 1 Paris EME Editions Sociales Françaises 1999 240p

CHOMSKY N., PIAGET J., *Théories du langage, théories de l'apprentissage* Paris Le seuil 1982 576p

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système* 2^{ème} édition Paris Edition du Seuil 1977 503p

DONNADIEU B., GENTHON M., VIAL M., *Les théories de l'apprentissage* Paris InterEditions Masson 1998 116p

EYMARD C., *Initiation à la recherche en soins et santé* Rueil Edition Lamarre 2003
243p

FABRE M., *Penser la formation* Paris PUF 2000 288p

GOGUELIN P., *La formation continue des adultes* 3ème édition Paris PUF 1994 256p

GRAWITZ M., *Méthode des sciences sociales* 10è édition Paris Dalloz 2000 920p

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., *Manuel de recherches en sciences sociales*
Paris Dunod 1995 288p

LEVY A., *Sciences cliniques et organisations sociales* Paris PUF 1997 272p

MOSCOVICI S., *Psychologie sociale* Paris PUF 2000 632p

PIAGET J., *Psychologie et pédagogie* Paris Gallimard 1988 256p

POMIAN K., *L'ordre du temps* Paris Gallimard 1984 365p

RATEAU P., *Méthodes et statistiques expérimentales en sciences humaines* Paris
Edition Ellipses 2001 233p

REINBERG A., *L'homme malade du temps* Paris Pernoud / Stock 1979 246p

VIAL M., *Organiser la formation* Paris L'Harmattan 2000 224p

WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R., *Changements - paradoxes et
psychothérapie* Paris Le seuil 1981 192 p

➤ Textes législatifs :

Lettre circulaire de la direction des hôpitaux, missions et fonctions principales des surveillants, 20 février 1990.

Décret N°95-926, portant création du diplôme de cadre de santé, 18 août 1995.

Loi de financement de la sécurité sociale n° 2002 -- 1487 du 20 décembre 2002 pour 2003 (J. O. n° 299 du 24 décembre 2002)

Lettre de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins aux établissements de santé en date du 14 février 2002.

➤ Sites internet :

Institut de santé et d'économie suisse. Projet Nursing Data, système d'information infirmier. Disponible sur : <http://www.hospvd.ch/public/ise/nursingdata/fr/index.htm>. (consulté le 30.04.04)

Secrétariat d'état à la santé. Réforme de la tarification à l'activité. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr /htm/dossiers/t2a/accueil.htm> (consulté le 30.04.04)

Secrétariat d'état à la santé. Réformes légales sur le plan hôpital 2007. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hopital2007> (consulté le 30.04.04)

➤ Dictionnaires :

Dictionnaire, *le Petit Robert* 2000.

Dictionnaire encyclopédique, *Hachette* 2000.

Dictionnaire, *le Petit Larousse* 1989.

7. ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire

Annexe 2 : grille d'observation

Annexe 3 : tableau de dépouillement des résultats

Annexe 4 : tableaux utilisés dans le calcul du test

ANNEXE 1

INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE
DE
LA CROIX ROUGE FRANCAISE
ET DU CHU DE NICE

TRAVAIL DE RECHERCHE

Mots clés:

Tarification à l'activité

CCAM

Codage

Temps estimé

Madame, monsieur,

Etant étudiant Cadre de Santé, je suis amené à réaliser dans le cadre de mes études un mémoire. Celui-ci porte sur la classification commune des actes médicaux (C.C.A.M) au sein de la tarification à l'activité et plus particulièrement sur le codage de l'activité.

Aussi étant donné que vous faites partie d'un service pilote et en avance sur les autres établissements de soins, auriez vous l'amabilité de répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire qui sera suivi d'une deuxième étude porte sur le temps mis à coder une activité CCAM.

Un exemplaire de questionnaire vous sera distribué individuellement.

Il est cependant nécessaire pour le suivi de la deuxième étude que vos initiales y figurent, l'étude s'axant sur le suivi du codage par la même personne durant une période déterminée.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à ce document, veuillez recevoir mes sincères salutations.

Jean Christophe Aymard

Jean Christophe AYMARD

Etudiant Cadre de Santé

Institut de Formation des Cadres de Santé de la Croix Rouge Française et du CHU de Nice

jcaynard@hotmail.com

Ce questionnaire porte sur le temps mis à coder une activité C.C.A.M.

Votre identification:

Première lettre de votre prénom suivie de la première lettre de votre nom:

Avez-vous été formé(e) au codage de l'activité C.C.A.M.:

Oui:

Non:

Combien de temps pensez vous mettre pour coder une activité C.C.A.M,
quelqu 'elle soit?

.....minutes.....secondes

Combien de temps pensez vous mettre pour coder deux activités C.C.A.M,
Quelque-elles soient?

.....minutes.....secondes

Disposez vous suffisamment de temps afin de coder une activité ?

Oui:

Non:

Codez vous votre activité:

En temps réel:

Dés que cela est possible:

En fin de journée:

Merci d'avoir pris du temps afin de répondre à ce questionnaire qui sera suivi prochainement d'une autre enquête.

ANNEXE 2

GRILLE D'OBSERVATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE

Identification :

Première lettre du prénom et première lettre du Nom :

Temps de réalisation :

Temps observé pour coder une activité CCAM quelque 'elle soit :
.....secondes

Temps observé pour coder deux activités CCAM quelque' elles soient :
.....secondes

codage de l'activité :

En temps réel :
Dès que cela est possible :
En fin de journée :

Sexe :

Homme

Femme

Date du diplôme :

.....

Date d'entrée dans le service :

.....

Efficacité :

L'acte codé est-il le bon par rapport à l'acte réalisé

..... Oui Non

Le codage est effectué dans sa totalité

..... Oui Non

Organisation :

L'agent code en temps réel

..... Oui Non

L'agent code en fin de matinée

..... Oui Non

L'agent code en fin de journée

..... Oui Non

L'agent utilise un répertoire pour retranscrire les actes à coder

..... Oui Non

L'agent fait coder son activité par un autre agent

..... Oui Non

L'agent se fait aider par un autre agent

..... Oui Non

L'agent retarde le moment du codage

..... Oui Non

L'agent refuse d'utiliser le matériel de codage

..... Oui Non

Comportement :

- L'agent est assis
..... Oui Non
- L'agent est debout
..... Oui Non
- L'agent s'interrompt (téléphone, soins...)
..... Oui Non
- L'agent réalise une autre activité dans le même temps
..... Oui Non
- L'agent réfléchit pendant le codage
..... Oui Non
- L'agent ne souhaite pas coder
..... Oui Non
- l'agent est dynamique et enthousiaste
..... Oui Non

Connaissance du matériel :

- Les gestes de l'agents sont précis
..... Oui Non
- Les gestes sont rapides
..... Oui Non
- Les gestes sont hésitants
..... Oui Non
- Les gestes sont lents
..... Oui Non
- L'agent effectue le codage à plusieurs reprises
..... Oui Non
- Les gestes sont adaptés au matériel informatique
(maîtrise du clavier, souris...)..... Oui Non

Information des personnels :

- L'agent aide ses collègues à coder
..... Oui Non
- L'agent explique le codage aux étudiants
..... Oui Non

L'agent a eu la formation spécifique au codage :

- L'agent connaît le plan de santé 2007
..... Oui Non
- L'agent connaît la finalité de la T2A
..... Oui Non
- L'agent connaît les avantages de la T2A
..... Oui Non
- L'agent connaît le principe de la CCAM
..... Oui Non
- L'agent connaît son rôle au sein de la T2A
..... Oui Non

Commentaires :

.....
.....
.....

ANNEXE 3

ANNEXE 4

AYMARD Jean Christophe

L'HETEROGENEITE DE LA PERCEPTION DU TEMPS

Un des freins du changement ?

"*Nous n'avons pas le temps!...*" telles sont des paroles entendues à maintes reprises...

Le temps nous trahit, sous cesse nous voulons en gagner, cependant il n'existe pas de problèmes de temps mais des difficultés à lui donner un sens et à l'estimer.

Dans le cadre du plan hôpital 2007, l'allocation du budget de fonctionnement de chaque unité de soins sera déterminée par la quantification de l'activité soignante.

Cependant, le changement organisationnel induit par la mise en place de nouvelles mesures risque d'entraîner de nombreuses résistances que ce soit au niveau de l'outil, du comportement mais aussi au niveau de l'appréciation du temps nécessaire par les agents afin d'effectuer un codage.

Aussi en regard d'une mesure réglementaire telle que la tarification à l'activité, et de notre expérience, il semble intéressant de s'interroger sur le type de changement induit par une telle mesure, sur les résistances temporelles mais aussi sur le concept de formation à développer dans la mise en place d'un tel projet.

Il apparaît dès lors une relation entre une surestimation systématique du temps destiné à réaliser un acte, l'intégration de la formation par les agents et un comportement adapté lors du codage de l'activité. Cette relation semble confirmée par les apports théoriques développés. Mais qu'en est-il exactement au sein de nos unités ?

Afin de tenter d'apporter un élément de réponse à ce questionnement, nous nous proposons d'élaborer une démarche de recherche expérimentale au sein d'une unité pilote mettant en place la tarification à l'activité ainsi que le codage de celle-ci.

Cette démarche s'est axée sur une étude avant et après la mise en place du codage de l'activité. Cette approche loin d'être exhaustive permettra de confirmer ou d'infirmer une hypothèse d'apprenti chercheur.

Mots clés

Tarification à l'activité - Codage de l'activité - Temps - Changement - Formation