

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Entre fusion d'unités et cultures professionnelles

Quel rôle pour le cadre de santé

Sophie AYMAR

DCS@13-14

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

« Les individus ne résistent pas au changement, ils résistent à l'idée d'être changés »

Peter SENGE

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Madame GARCIA Sandrine, Directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son accompagnement et ses remarques constructives qui m'ont permis d'avancer dans l'élaboration de ce travail de recherche.

Je remercie également tous les professionnels de l'enquête de terrain pour le temps qu'ils m'ont consacré.

Egalement, je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative de l'Ecole Supérieure Montsouris pour leur bienveillance et leur accompagnement durant ces dix mois de formation.

Aussi, mes amis de formation, notamment Abdel, José et Patrice pour tous ce que nous avons partagé cette année.

Enfin, un grand merci à ma famille et particulièrement à mon mari et ma fille qui m'ont soutenu pendant cette année de formation.

Toutes ces personnes ont été d'une grande aide dans le développement de mon identité professionnelle.

Sommaire

Abréviations	3
1 Introduction	4
2 Expérience professionnelle	5
2.1 Réorganisation des services du pôle	5
2.2 Du Constat à ma question de départ	7
3 Cadre conceptuel	9
3.1 Identité professionnelle et culture de travail	9
3.1.1 L'identité professionnelle	9
3.1.2 La culture de travail	10
3.2 Notion de la sociologie des organisations	13
3.3 La psychodynamique du travail	15
3.4 Le groupe	16
3.5 Notion de fusion	20
3.6 Le cadre de santé	24
3.6.1 Evolution de la fonction cadre de santé	25
3.6.2 Le cadre de santé d'aujourd'hui	26
3.6.3 Les différents types de management	29
3.6.4 La place du cadre de santé dans la conduite de changement	32
3.7 Conclusion du cadre conceptuel	37
4 Les hypothèses	38
5 L'enquête de terrain	39
5.1 La méthodologie de la recherche et les outils	39

5.1.1	L'enquête par questionnaire	39
5.1.2	L'enquête par entretien	40
5.2	Les limites des deux méthodes	41
5.2.1	Concernant le public	41
5.2.2	Concernant les outils	41
5.3	La méthodologie de traitement des données	41
5.3.1	La synthèse des questionnaires	42
5.3.2	La synthèse des entretiens	58
5.3.3	L'exploitation des deux outils	65
6	L'analyse	68
6.1	L'implication des acteurs	68
6.2	Le rôle du CDS	72
7	Retour sur mes hypothèses	75
8	Mes perspectives professionnelles	77
9	Conclusion	79
	Bibliographie	81
	Annexes	

Abréviations

ANAP : Agence Nationale d'Appuis à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignant

ASH : Agents de Service Hospitalier

CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant

CDS : Cadre De Santé

CSC : Court séjour Chirurgical

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, remplacée par la DGOS depuis 2010.

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ETP : Effectif Temps Plein

FFCS : Faisant Fonction de cadre de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

ICAP : Information, Compréhension, Adhésion, Participation

IDE : Infirmier Diplômé d'état

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MP/DL : unités Michel Perreau/Dominique Larrey

UF : Unité Fonctionnelle

1 Introduction

Dans le cadre de la formation cadre de santé au sein de l'Ecole Supérieure Montsouris, j'ai effectué ce travail de recherche sur une période de dix mois.

C'est un travail qui prend naissance d'une situation vécue durant la période où j'étais faisant fonction de cadre de santé (FFCS). Pendant un an et demi j'ai occupé ce poste et durant cette période j'ai eu l'opportunité de conduire une réorganisation de service suite à une fusion de trois unités.

Cette situation m'a beaucoup questionné et m'a donné d'autant plus de motivations pour intégrer l'école des cadres de santé car je souhaitais répondre à ces différentes interrogations. C'est pourquoi j'ai orienté mon travail de recherche sur cette particularité quotidienne du cadre de santé (CDS) tant j'avais l'appétence de développer et d'approfondir le management dans la conduite de changement.

De plus, face aux nombreux changements que rencontre le secteur sanitaire actuellement, la réalité économique et sociale ainsi que les nombreuses lois qui viennent redessiner notre image hospitalière, il me semble que ce phénomène de changement ne va pas décroître tant le système de santé doit s'adapter à l'évolution sociétale.

Ainsi c'est un travail qui essaie de comprendre le fonctionnement des acteurs qui vivent des modifications dans l'organisation de leur travail ainsi que d'appréhender plus précisément le rôle du CDS dans ce contexte complexe.

Je vais dans un premier temps décrire le cheminement qui m'a conduit à l'élaboration de ma question de départ. Je développerai différents concepts au travers de références bibliographiques qui m'ont permises d'approfondir mon questionnement et m'ont conduites à la rédaction d'hypothèses.

Dans un second temps, je m'attacherai à la recherche de terrain auprès des cadres de santé ainsi que des équipes, que j'analyserai en regard de mon cadre conceptuel. Cette dernière étape me permettra enfin de conclure ce travail de recherche.

2 Expérience professionnelle

Infirmière diplômée d'état (IDE) en décembre 2007, j'ai intégré un service de chirurgie orthopédique et traumatologique au sein d'un centre hospitalier public où j'ai exercé pendant 5 ans.

Peu de temps après mon arrivée dans ce service, j'ai effectué des remplacements du cadre de santé lors de ses absences. Dans un premier temps, j'ai effectué des remplacements occasionnels en assurant la continuité des soins au travers de certaines missions. Face à l'intérêt que j'ai pour cette profession, j'ai, dans un second temps, entrepris les démarches nécessaires pour accéder à un poste de FFCS. Après validation de ces démarches, j'ai intégré en mars 2012 le poste de FFCS dans le service où j'exerçais en qualité d'IDE.

Je me suis investie dans les projets de pôle en cours, avec notamment, le projet de mutualisation des lits de chirurgie prévu pour janvier 2013.

2.1 Réorganisation des services du pôle

Inscrit dans le projet d'établissement 2011-2015, le constat d'une augmentation des hébergements et d'une activité de sur ou sous-occupation des lits sont à l'origine de cette restructuration. Ce projet de mutualisation des lits a donné naissance à une unité de court séjour chirurgical (CSC) regroupant tous les patients hospitalisés, de toutes spécialités chirurgicales confondues, pour une durée de séjour inférieure ou égale à cinq nuits. Ceci a entraîné une réorganisation de l'ensemble des services du pôle et je vais m'intéresser ici, aux services qui ont subi cette transformation. Pour comprendre la situation, je ne peux faire l'économie d'un descriptif succinct de ces services avant la fusion¹. Aussi, il y avait un service de chirurgie septique qui regroupait les pathologies orthopédiques infectieuses et deux services d'orthopédie et de traumatologie, un appelé orthopédie 1 qui comprenait les chirurgies programmées de courte durée et un secteur gériatrique de traumatologie, l'autre nommé orthopédie 2 qui était composé des chirurgies orthopédiques spécifiques avec pose de prothèse. Au sein de chaque unité était développée une spécialité. Ces trois services ont été fusionnés suite à la création du CSC. Nous sommes donc passés de trois services de chirurgies, distincts chacun par une unité fonctionnelle (UF) et gérés par trois CDS, à un service nommé unités Michel Perreau et Dominique Larrey (MP/DL), composé de cinquante lits dont onze lits de chirurgie septique, et trente neuf lits d'orthopédie et de traumatologie, dans une même unité fonctionnelle, géré par deux CDS.

¹ Annexe 1 : schéma des services de chirurgie avant et après la fusion.

Pour optimiser ces changements, nous avons été accompagnés par un consultant de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). La charge en soins a été mesurée dans chaque service pour établir le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) nécessaire à la nouvelle unité et cibler les besoins en termes de compétences des soignants qui allaient intégrer les nouvelles unités. Pendant la fermeture des lits de l'été 2012, les professionnels ont effectué des remplacements dans les unités où ils avaient fait le choix d'aller par la suite. De ce fait, ils ont pu bénéficier d'une nouvelle approche et ont été sensibilisés sur la prise en charge des différentes pathologies.

De plus, pendant cette période, j'ai créé des groupes de travail pour mettre à jour les protocoles de soins.

Afin d'accompagner au mieux les nouvelles équipes, ma collègue CDS et moi-même avons organisé des réunions d'équipe hebdomadaires à partir du mois d'octobre 2012. Ces réunions étaient ouvertes aux IDE et aux aides soignants (AS) de la future unité. Souvent, c'était les professionnels présents ce jour là qui y participaient. Un secrétaire se désignait en début de réunion et me remettait ses notes afin d'en faire un compte rendu qui était validé par l'équipe la semaine suivante. Ceci permettait aux absents de suivre l'évolution des réunions.

Concernant les agents de service hospitalier (ASH), des réunions spécifiques étaient menées par le cadre de santé référent des ASH sur le pôle avec la gouvernante, de même, pour les secrétariats, des travaux de groupe étaient menés par les secrétaires et les cadres du pôle.

Toutes ces réunions ont été mises en place afin de favoriser les rencontres d'équipe et de permettre également de travailler ensemble en vue d'harmoniser les pratiques.

La restructuration des unités a été effective au 07 janvier 2013.

Nous avons décidé de tenir le rythme de ces réunions jusqu'à l'ouverture du service, en ayant conscience qu'une évaluation entraînerait des réajustements à effectuer après cette date.

Cependant, il s'est avéré nécessaire de les poursuivre une fois par semaine, car le changement fut si important qu'il fallait permettre aux équipes de se réajuster en temps réel.

Cette réorganisation demande une adaptation sur du long terme, c'est pourquoi l'évaluation se fait au quotidien avec les points positifs ou négatifs qui sont exprimés soit par le patient, soit par l'ensemble des professionnels.

2.2 Du Constat à ma question de départ

Malgré l'accompagnement mis en place en amont avec l'aide de l'ANAP et les multiples réunions, je me suis rendue compte de la difficulté de fédérer tous les professionnels autour d'un projet, particulièrement lorsqu'il bouleverse leurs fonctionnements quotidiens.

En effet, j'ai constaté une perte de repères considérable notamment :

- une inquiétude face à l'inconnu, au-delà des nouvelles spécialités qui s'ajoutent, l'équipe doit se connaître pour comprendre comment travailler en collaboration.

- une diminution de la motivation avec notamment des professionnels qui étaient responsables de l'hygiène par exemple et qui ne voulaient plus poursuivre ce rôle dans ce contexte.

- plus de repère historique de l'unité.

- plus d'appartenance à un groupe.

- une augmentation des mécontentements des patients.

De plus, les équipes m'ont posé plusieurs réflexions :

- « Pourquoi avoir tout changé alors que ça fonctionnait très bien avant ? »

- « C'était mieux avant »

- « On ne sait plus qui fait quoi, les gens ne fonctionnent pas de la même façon, c'est-à-dire que certains AS font des actes que d'autres ne font pas, ça engendre souvent des oublis ».

Je me suis alors questionnée sur la place du cadre de santé :

- Comment le cadre de santé, qui est au cœur de ces changements et qui a un rôle de lien entre les acteurs, peut-il faciliter le travail en collaboration et permettre une meilleure communication ?

- Le cadre de santé porteur de projet, doit-il trouver de multiples stratégies pour améliorer cette communication ?

- Quels outils a le cadre de santé pour agir sur l'impact engendré lors d'un tel changement ?

- En quoi le cadre de santé permet-il de développer le travail en collaboration ?

- Quelle est la place du cadre de santé dans l'accompagnement individuel ?

-En regard de tout ce qui a été mis en place en amont, pourquoi les soignants restent-ils réticents face au changement ?

Au travers de ces différentes questions, mon interrogation se centre autour de l'équipe et de la construction du travail au sein d'une unité, je vais donc cibler mes recherches sur la culture professionnelle. Aussi, je m'intéresserai particulièrement à la place du cadre de santé concernant cette dernière lors de fusion d'unité.

Ceci m'amène donc à poser une question de départ :

***Que peut mettre en place le cadre de santé pour favoriser le
métissage des différentes cultures de travail lors de fusion
d'unités ?***

Afin d'affiner cette question de départ, je souhaite diriger un cadre conceptuel autour de plusieurs notions :

- Les notions d'identité professionnelle et de culture de travail
- Des notions de la sociologie des organisations, notamment les jeux des acteurs
- La psychodynamique du travail
- Le groupe
- La notion de fusion
- L'évolution du cadre de santé et sa place aujourd'hui dans la conduite de changement.

3 Cadre conceptuel

3.1 Identité professionnelle et culture de travail

Pour développer ces premiers concepts, je vais m'appuyer sur des lectures qui ont un point de vue sociologique car cette approche essaie de mieux comprendre les relations dans un contexte. En effet, « *l'analyse des identités et des cultures permet de comprendre ce qui amène un acteur à agir* »². Il me semble essentiel d'élargir ces notions car au-delà du fait de comprendre les relations, pour un manager cela permet d'une part, d'être un guide dans la conduite d'un projet de façon optimale et d'autre part, d'anticiper certaines réactions du groupe.

3.1.1 L'identité professionnelle

L'identité professionnelle est définie par Claude DUBAR³ comme étant ce qui « *caractérise l'individu dans son milieu professionnel* ». C'est ce qui permet à chacun de se reconnaître dans une appartenance à la profession. Il met en avant le développement de l'identité via les différentes activités de travail mais également, via l'appartenance à un groupe professionnel. L'identité professionnelle est donc un aspect important pour le développement de l'individu parce que c'est au travers de son travail que la personne pourra structurer cette identité.

Par ailleurs, ce sociologue distingue deux types d'identités qui sont en étroites corrélations. La première étant « *l'identité biographique* » qui est celle propre au développement personnel de l'individu, celle qui se construit au fur et à mesure des expériences professionnelles individuelles. L'identité se construit en fonction du vécu par le passé mais aussi des projets futurs. Les formations professionnelles rentrent dans l'évolution de cette identité.

La seconde est « *l'identité relationnelle* » qui elle, est la vision d'autrui. C'est elle qui va conduire les comportements afin qu'ils répondent aux représentations que se font les autres.

L'identité se construit donc selon ce que l'individu reconnaît en lui et de la reconnaissance d'autrui.

² ALTER Norbert avec la collaboration d'auteurs enseignants à l'université de Paris-Dauphine ou chercheurs au CNRS. *Sociologie du monde du travail*. 2^{ème} éd. Paris : Puf, 2008, pp 101.

³ DUBAR Claude. Le concept d'identité professionnelle. Disponible sur : < <http://suite101.fr/article/le-concept-didentite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030> > (Consulté le 02 décembre 2013).

Pour Norbert ALTER⁴ l'identité se définit selon trois dimensions qui s'articulent entre elles. Tout d'abord, « *la compétence* » qui se réfère à la nature du poste de travail, puis « *les normes professionnelles* » qui sont les façons de faire au sein du service, ainsi que « *les valeurs* » qui vont conduire le professionnel dans l'action. Par ailleurs, pour appuyer cette dernière dimension, N.ALTER⁵ se réfère à C.DUBAR dans sa définition de l'identité professionnelle qui inclut « *l'appartenance d'origine sociale* ». De fait, il fait référence à l'identité personnelle. En ce sens, il exprime qu'en fonction du milieu social auquel on appartient, on ne sera pas le même professionnel, malgré une profession identique, car nous n'auront pas les mêmes valeurs personnelles de base. De plus, la vie personnelle influera sur les choix professionnels qui s'ouvriront à la personne. En effet, on oriente notre parcours professionnel en ayant pesé les avantages et les inconvénients qui joueront sur notre vie personnelle.

Ce que je retiens donc, c'est que l'identité professionnelle se dessine tout au long d'un parcours professionnel et qu'elle se façonne en tenant compte de l'identité personnelle et des valeurs. Elle est le reflet de l'image que l'on se fait de notre propre personne, mais aussi de celle qui nous est renvoyée par les autres.

3.1.2 La culture de travail

La notion de culture tourne autour de toutes les notions implicites de l'unité. Ainsi, on parle de l'histoire du service, des rites, des valeurs, des croyances, etc. Grâce au maillage de ces notions, il y aura une appartenance à un groupe qui favorisera une cohésion d'équipe, c'est l'union des membres.

La culture de travail est ce qui fait que deux services ne sont pas les mêmes malgré des pathologies ou un fonctionnement similaires. C'est en effet le fonctionnement tacite que chaque professionnel va emmener ainsi que la création de normes, de valeurs, de règles par le groupe pour fonctionner. C'est tout le côté informel qui fait la différence avec les autres.

Néanmoins, lorsque l'on parle de valeurs au sein de la culture, il en ressort qu'elles ne sont pas forcément si diverses et variées dans le travail dans le sens où il y a des incontournables qui ne peuvent être remplacés par d'autre. Aussi, cela fait l'objet de

⁴ ALTER Norbert, avec la collaboration d'auteurs enseignants à l'université de Paris-Dauphine ou chercheurs au CNRS. *Sociologie du monde du travail*, op.cit., pp 101.

⁵ ALTER Norbert, op.cit., pp 114.

réflexions dans un article de Michel VIAL⁶. En effet, selon lui, les valeurs professionnelles ne sont pas dépendantes mais plutôt inscrites dans la culture et plus particulièrement dans les « *registres de pensées* ». Ainsi, l’auteur explique que la compétence d’un professionnel se développe via la remise en question de ses pratiques et que cette démarche se fait en lien avec les valeurs. Selon une enquête ethnologique, il en ressort cinq types de valeurs qui sont attendues dans le travail. L’idée est de décrire des valeurs qui se retrouvent insérées dans notre culture et que l’individu adopte pour intégrer cette culture. Ce ne sont donc pas des valeurs « choisies » par l’individu lui même. L’auteur les met en parallèle avec les registres de pensées de la sorte :

Registres de pensée	Valeurs professionnelles
Pensée humaniste	Respect de l’autre et de soi
Pensée par objectif. C’est l’idée de mettre en action pour répondre aux objectifs	Efficacité et dynamisme. C’est de faire bien et mieux
Pensée stratégique, pensée managériale. C’est le rôle du manager qui « fait faire », de plus, c’est la gestion des incertitudes	Autonomie et motivation. Ce n’est pas de faire seul mais de faire par soi même.
Pensée magique, dite « anarchique ». C’est une pensée qui n’est pas formelle	Qualité (sécurité) et bien être.
Pensée par projet ou pragmatique. L’action fait évoluer le sujet qui est en construction perpétuelle	Changement permanent ou plasticité du sujet. La personne se sert des changements pour enrichir ses connaissances

Le fait d’identifier les valeurs professionnelles à toute son importance car elle permet de « *mieux les gérer* ». Faire un travail sur ce domaine amène à développer un questionnement éthique sur soi. En effet, on ne va pas utiliser toutes ces valeurs, cependant, on va adapter notre comportement en fonction du contexte, en ce sens on insistera particulièrement sur une valeur plutôt qu’une autre. Ce processus se réalise sur la totalité du parcours professionnel et aboutit à la professionnalisation.

⁶ VIAL Michel. Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser. *Soins Cadres*. Février 2005. n°53, pp 33-36.

Pour R.SAINSAULIEU⁷, « *l'apprentissage culturel au travail* » est décrit selon deux approches. Tout d'abord, il dit que « *l'organisation est un lieu d'acculturation spécifique* », c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'appartenance de classe ou de catégorie socioprofessionnelle. C'est pourquoi deux individus différents d'un point de vue identitaire peuvent, s'ils travaillent ensemble, avoir une culture professionnelle proche. Cet aspect se voit lorsque deux professionnels partagent le même travail et qu'avec force de répétition, ils auront une façon semblable de concevoir le travail ; de plus, ceci peut se constater lorsque l'on parle des compétences transversales. En effet, elles vont rapprocher deux professionnels qui les auront développés même s'ils ont une place différente au sein de la hiérarchie.

La seconde approche est une notion que j'aborde en partie dans le concept suivant, c'est un lien entre les jeux de pouvoir et la culture. L'idée décrite par R.SAINSAULIEU est de mettre en avant que chaque personne va utiliser ou non des zones de pouvoir. Cependant cela dépend de la volonté de chacun. En effet, certains vont adopter une posture d'acteur stratégique alors que d'autres ne voudront pas l'investir. En fait, l'auteur précise que l'exercice du pouvoir peut se réaliser s'il est disponible et si l'acteur est « *culturellement prêt à s'en saisir* ».

La culture est définie par N.ALTER⁸ selon trois concepts. Le premier étant « *les représentations* » c'est-à-dire le reflet pensé par l'individu du monde et qui interagit avec les normes sociales. C'est-à-dire que le monde va prendre sens via les représentations de la personne. Le second concept est celui « *des normes sociales* ». En d'autre terme c'est l'idée d'être rationnel, sachant que cette norme est sanctionnable si elle n'est pas respectée, car elle sera mal perçue par le groupe. C'est le cas par exemple d'un rituel qui ne serait pas fait par l'individu et qui heurterait le groupe. Le dernier concept est celui « *des valeurs* » qui relate du jugement affectif, en cela on peut se rapprocher des valeurs définies plus haut dans l'identité professionnelle.

Par ailleurs, dans un ouvrage⁹ de D.AUTISSIER et J.M.MOUTOT, les deux auteurs reprennent ce concept en s'appuyant sur le travail de JOHNSON et SCHOLLES¹⁰ qu'ils

⁷ ALTER Norbert avec la collaboration d'auteurs enseignants à l'université de Paris-Dauphine ou chercheurs au CNRS. *Sociologie du monde du travail*, op.cit., pp 102-103.

⁸ ALTER Norbert, op.cit., pp 104-106.

⁹ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2013, 252 p.

¹⁰ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel, op.cit., pp 168-172.

symbolisent par la « *marguerite sociologique*¹¹ ». Celle-ci regroupe les notions de mythes, de symboles, de rites et de routines d'un côté, et de structures de pouvoir, de structures organisationnelles, de système de contrôle de l'autre. JOHNSON et SCHOLLES définissent ce système de valeurs par un concept de tissu culturel comme « *une représentation des croyances implicites d'une organisation et des manifestations physique de sa culture* ». « *Le système de valeurs est une forme d'invisible social* ». C'est-à-dire que ce n'est pas quelque chose de formalisé, ce n'est pas écrit, pour autant il a toute son importance face au changement, dans le sens où c'est ce système qui définit le comportement des professionnels. Cette image, la marguerite sociologique, a donc toute son importance d'un point de vue managérial, car on n'aura pas la même démarche pour s'adapter au fonctionnement de l'équipe et ainsi obtenir une meilleure adhésion de sa part selon où elle se situe. Aussi, si elle se trouve dans les premières notions (rites et routines, mythes ou symboles), l'accompagnement au changement sera fait de façon collaborative et éducative. En revanche, si elle est de l'autre côté (système de contrôle, structures organisationnelles ou structures de pouvoir), se sera un management plus directif et interventionniste.

J'analyse donc qu'en matière de culture et d'identité professionnelle, on parle de ce qui représente respectivement le groupe, les relations entre les collaborateurs et ce qui symbolise la personne. En effet, ces termes prennent de leurs sens grâce aux maillages entre les traditions, les valeurs, les expériences.

De ces représentations collectives et individuelles, formant des habitudes et des personnalités, en découlent le fonctionnement des professionnels. De fait, je vais traiter dans le second concept la façon dont les acteurs peuvent modeler leurs actions au sein des organisations.

3.2 Notion de la sociologie des organisations

La sociologie des organisations s'intéresse aux acteurs dans leur façon de construire l'organisation et aux façons dont ils peuvent la faire varier. Pour développer ces aspects je vais m'appuyer sur un livre de M.CROZIER et d'E.FRIEDBERG¹² ainsi que sur des

¹¹ Annexe 2 : Marguerite sociologique de JOHNSON et SCHOLLES

¹² CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'organisation comme problème : in *L'acteur et le système*. Paris : Points, 1981, pp 41-90.

apports théoriques universitaire sur la sociologie des organisations¹³. Les deux auteurs distinguent deux raisonnements.

Le premier, le raisonnement stratégique, nous dit que dès lors que nous parlons d'organisation, nous ne pouvons exclure les imprévus. En effet, dans un hôpital, chacun aborde son travail selon des règles prescrites comme par exemple les procédures, néanmoins, celles-ci ne peuvent être réellement valables en toutes circonstances inattendues. Chaque professionnel doit donc adapter son travail face à de nombreuses incertitudes. Cette notion d'incertitude est approfondie par M.CROZIER et d'E.FRIEDBERG en disant qu'elle affaiblit celui qui la subit et à contrario, elle renforce celui qui a les moyens de la réduire voire de la supprimer. En effet, le fait de maîtriser l'incertitude procure du pouvoir. C'est le cas par exemple pour le « marginal sécant » qui se trouve à l'interface de deux groupes et qui possède de nombreuses informations. En revanche, si je prends l'exemple du professionnel novice dans un service, lui est en zone d'incertitude. Mais ces zones vont se modifier en fonction des situations. C'est-à-dire qu'un professionnel peut se trouver en zone d'incertitude à un moment puis en zone de pouvoir à un autre. Les individus vont de fait déployer des stratégies pour supprimer l'incertitude soit en saisissant des opportunités soit en préservant leurs acquis.

Le second raisonnement est le raisonnement systémique. Comme je l'ai mentionné ci-dessus, le pouvoir peut être détenu à un certain moment par chaque acteur, c'est la réciprocité du pouvoir. Par exemple, une personne qui sollicite un professionnel pour exécuter une tâche a un pouvoir sur ce professionnel au moment où elle le lui demande, le professionnel a, à son tour, pouvoir de le faire ou non, voire même de s'associer avec les collaborateurs pour ne pas le faire. Cette réciprocité va emmener les acteurs à un mode de coopération, de façon à ce que chacun y trouve un intérêt, ce qui va donc former des règles de jeu. Par ailleurs, N.ALTER¹⁴ écrit qu'« *Exercer du pouvoir en organisation suppose ou d'être individuellement fort ou d'être collectivement organisé* », c'est-à-dire qu'il faut maintenir les règles collectives pour que chacun reste dans la partie. En effet, celui qui ne dispose pas de pouvoir et qui ne fait pas parti d'un groupe n'aura alors pas de moyens de récupérer le pouvoir.

¹³ DUMOND Jean-Paul. Organisation de santé : *La grande transformation*. Université Paris Est Créteil. Paris, année 2013-2014.

¹⁴ ALTER Norbert, avec la collaboration d'auteurs enseignants à l'université de Paris-Dauphine ou chercheurs au CNRS. *Sociologie du monde du travail*, op.cit., pp 91.

Le jeu des acteurs est donc de modifier les incertitudes en diminuant celles contrôlées par les autres et en en créant certaines pour les acteurs avec lesquels on est en confrontation.

Il me semble à ce stade intéressant de faire un lien entre ces trois premiers axes d'identité professionnelle, de culture de travail et de sociologie des organisations avec l'approche de la psychodynamique du travail développée par C.DEJOURS.

3.3 La psychodynamique du travail

La définition délivrée par Marie ALDERSON¹⁵, s'inspire du travail de C.DEJOURS. De cette approche regroupe les phénomènes que nous venons d'aborder précédemment. En effet, « *la psychodynamique du travail s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme un lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de transiger avec les exigences de leur situation de travail afin de demeurer en santé* ». Si je détaille cette définition, est mentionné tout d'abord « l'organisation du travail ». Comme je l'ai évoqué par la sociologie des organisations, nous avons vu qu'il n'y avait pas d'organisation parfaitement cadrée ou plutôt sans imprévus. Ceux-ci sont, en psychodynamique du travail, nommés comme du travail réel venant s'ajouter au travail prescrit. Face à ces deux types de travail, les professionnels vont déployer des stratégies afin d'y répondre. Dans ce travail réel, l'individu va développer « *l'ingéniosité humaine* » c'est-à-dire que la personne va adopter des attitudes qui relèvent de ses connaissances, de sa créativité, de son expérience, etc, et ce pour répondre au travail prescrit. Dans ce contexte, l'organisation du travail laisse une place suffisante à l'autonomie, elle est nommée par l'auteure comme étant « *une organisation de travail structurante* », elle est donc source de plaisir. A l'inverse, lorsque ce plaisir diminue ou disparaît, c'est source de souffrance où l'individu est envahi de sensations désagréables comme la peur, l'ennui, l'anxiété, etc. Cependant, cela reste des notions subjectives.

Aussi, dans un article d'Isabelle GERNET¹⁶, l'auteure insiste sur la difficulté à faire un lien entre la santé et le travail tant il y a une notion subjective lorsque l'on parle de santé, avec notamment l'idée d'un « *idéal à atteindre* ». Elle enrichit son écrit en faisant la distinction entre les personnes qui consacrent tout leur temps au travail et qui n'ont pas ou

¹⁵ ALDERSON Marie. Santé mentale au Québec. *La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques*. vol. 29, n° 1, 2004, p. 243-260. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/008833ar> (Consulté le 4 décembre 2013)

¹⁶ GERNET Isabelle. Les relations entre santé et travail du point de vue de la psychodynamique du travail. *Mouvement.s* Avril-juin 2009. n°58, pp 79-84.

peu de vie privée et ceux qui n'ont pas d'emploi et qui sont fragiles parce qu'ils sont en situation de précarité. Ainsi, le lien entre le travail et la santé n'est pas si évident à mettre en avant. En effet, lorsque l'on parle de santé mentale pour faire le lien avec le travail cela revient à affirmer que la cause de la maladie est directement liée aux contraintes de l'organisation du travail et non aux composantes de l'individu.

Dans le concept du travail, s'ajoute à la notion de produire une activité, la notion d'accomplissement de l'individu. En effet, C.DEJOURS¹⁷ met en avant la transformation identitaire de la personne au travers de son activité professionnelle. Comme je l'ai évoqué lors du concept d'identité professionnelle, cet accomplissement passe aussi bien par le regard que l'on porte sur soi que par le regard des autres. C'est la reconnaissance qui se caractérise par deux types de jugements. Tout d'abord, le jugement d'utilité qui est la reconnaissance nécessairement de la partie hiérarchique verticale. Le second est le jugement de beauté qui relève lui de la reconnaissance de ses pairs.

La psychodynamique du travail englobe donc le sujet, les conditions de travail ainsi que les rapports sociaux. Cette approche permet ainsi de comprendre le sens des comportements adoptés par l'individu pour faire face à une situation et in fine se maintenir en santé. Les interactions qui se jouent dans ces trois domaines entraînent un état de plaisir et/ou un état de souffrance. L'individu va de fait, chercher à établir un équilibre entre ces deux états.

Après cette approche centrée sur l'individu, il me paraît intéressant de décrire aussi l'approche collective, j'entends ici, le rapport de l'individu au sein du groupe. Comment un groupe est-il composé aujourd'hui dans l'organisation ? Est-il évident de travailler avec des personnes appartenant à différentes générations ?

3.4 Le groupe

Le concept de groupe est défini¹⁸ en 1940 par Kurt LEWIN comme suit : *« L'essence du groupe n'est pas la similarité ni la dissimilarité de ses membres, mais leur interdépendance. Chaque groupe peut être caractérisé comme une totalité dynamique ;*

¹⁷ ALDERSON Marie. Santé mentale au Québec. *La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques*, art. cit., pp 246.

¹⁸ DE VISSCHER Pierre. Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2006/2 Numéro 70, pp. 53-61.

ceci signifie qu'un changement dans l'état d'une de ses sous-parties change l'état de n'importe quelle autre sous-partie. Le degré d'interdépendance des sous-parties de l'ensemble des membres du groupe varie le long d'un axe allant d'un amas flou (a loose mass) jusqu'à une unicité compacte. Ceci dépend, parmi d'autres facteurs, de la dimension, de l'organisation et de l'intimité du groupe ».

Didier ANZIEU et Jean-Yves MARTIN¹⁹ distinguent cinq types de groupes :

- La foule
- La bande
- Le groupement
- Le groupe primaire ou groupe restreint
- Le groupe secondaire

Le groupe que je souhaite approfondir dans l'intérêt de ce travail de recherche est le groupe primaire car une équipe de travail rentre dans ce type de groupe. En effet, une équipe peut être définie²⁰ comme étant « *un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition de tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* ». Le groupe restreint est défini par George Caspar HOMANS²¹ en 1950 comme suit : « *Un petit groupe consiste en un certain nombre de personnes qui communiquent entre elles pendant une certaine période, et assez peu nombreuses pour que chacune puisse communiquer avec toutes les autres, non pas par personne interposée, mais face à face* ». Le groupe primaire est donc un groupe restreint en termes de personnes qui communiquent entre elles. Elles ont un but commun et se créent des normes, des croyances et des rites au sein du groupe.

La définition²² du groupe restreint est complétée par le fait qu'il est soumis au principe de la « dynamique de groupe ». Ce concept, inventé par Kurt LEWIN²³ en 1944, regroupe tous les processus, qu'ils soient psychiques ou sociologiques, qui se développent au sein du groupe restreint. Lorsqu'il étudie le phénomène, il en arrive à lier la résistance au

¹⁹ ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves. *La dynamique des groupes restreint*. Disponible sur : <http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877017796> (consulté le 11/03/2014).

²⁰ FARNAULT Patrick. *Gestion de la dynamique du travail en équipe*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil, 2014.

²¹ Ibid.

²² WIKIPEDIA <http://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe_restreint> (consulté le 11/03/2014).

²³ FARNAULT Patrick. *Gestion de la dynamique du travail en équipe*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil, 2014.

changement avec l'attachement des individus aux normes constituées en son sein. De fait, il insiste sur l'importance de travailler sur ces normes. Il décrit alors le processus de changement selon trois étapes :

- L'étape de « *dégel* » ou la phase de « *décristallisation* », représente la période en amont du changement. C'est un état des lieux sur la composition du groupe avec un repérage des forces qui vont aller dans le sens du changement et celles qui iront à l'encontre. C'est la préparation du changement.
- La « *transition* » ou la phase en « *mouvement* », c'est le moment où se produit le changement. C'est une période peu claire dans le sens où chacun découvre.
- L'étape de « *gel* » ou la « *cristallisation* » est la dernière étape où le temps est à l'heure de stabilisation pour reprendre les activités.

Kurt LEWIN met en évidence que le comportement de l'individu varie en fonction de son propre jugement mais plus encore en fonction du groupe auquel il appartient. De fait, il serait plus évident de faire évoluer un groupe d'individu dans les situations de changement qu'un individu seul.

Les facteurs de résistances sont de deux ordres. Tout d'abord les facteurs individuels²⁴ ou psychologiques :

- « *Peur de l'inconnu et de l'incertitude*
- *Préférence pour la stabilité*
- *Crainte de perdre l'avantage de ses acquis*
- *Crainte d'une remise en cause de ses compétences. »*

Ensuite, il y a les facteurs collectifs ou sociologiques :

- « *Remise en cause des « règles du jeu » de l'organisation en tant que système : statut, pouvoir, capacité d'influence*
- *Remise en cause de l'autonomie des acteurs : marges de manœuvre au sein de l'organisation, zones d'incertitudes*
- *Poids des habitudes et des routines, conflits entre les projets de changement et les valeurs et les croyances individuelles/collectives*
- *Perception du changement : défaut de compréhension des enjeux ou des objectifs du changement ; impression de répétition générant des frustrations ; impression de manipulation »*

²⁴ CHOMIENNE Hervé. *L'accompagnement du changement dans les organisations publiques*. Présentation power point [en ligne], disponible sur : http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Conferences/flash/10-11/apaenes/chomienne/medias/apaenes_chomienne_h_diapo.pdf > (consulté le 11/03/2014).

Néanmoins, un CDS doit prendre en compte la constitution du groupe. En effet, celui-ci peut être hétérogène surtout à ce jour quand au sein des entreprises nous retrouvons trois générations différentes. Il y a les moins de trente ans, les trente-cinquante ans et les plus de cinquante ans. D'ici quelque temps et faisant suite à l'augmentation de la durée de la vie professionnelle, il y aura même quatre générations qui travailleront ensemble. Dans un article²⁵, Anne HERVEOU et Sylvie STEPHAN mettent en avant la problématique de la disparité entre l'attente et la vision de chaque génération qui se traduirait par « *un choc générationnel* ». C'est-à-dire que des groupes se formeraient en fonction de la génération à laquelle ils appartiennent.

Chaque génération possède des caractéristiques représentatives. Celles de la génération des moins de trente ans, aussi appelée « *génération Y* » concernant les rapports au travail est le reflet d'une rupture socio-politico-culturelle. Les deux auteures qualifient cette génération comme étant des personnes plus ambitieuses et plus opportunistes que la génération précédente. Cependant, se sont des personnes qui ne veulent pas mettre entre parenthèse leur vie privée au profit de leur vie personnelle. Ils ont grandi dans le phénomène de consommation et de fait, ils recherchent et évaluent le pour et le contre des propositions qui leur sont faites. De plus, connaissant la crise, ils n'ont pas le souci d'avoir un emploi « sécurisé » puisqu'ils ont vu que cela ne protège pas de cette crise. Ils sont donc à la recherche de sentiment de plaisir dans le travail.

Si la relation au travail est différente de celle des générations précédentes, il en est de même concernant la relation au temps et à l'information. Cette génération s'est construite dans un environnement où tout se fait de façon rapide, que ce soit en termes de transformation professionnelle, ce qui se traduit par des difficultés pour fidéliser cette génération, ou que ce soit en termes d'accessibilité à l'information, ce qui se traduit par une satisfaction dès lors que le résultat est obtenu.

Cette génération a également des rapports différents avec la hiérarchie. En effet, ce sont des jeunes qui attendent du supérieur hiérarchique qu'il est un rôle de donneur de sens et non d'autorité. D'un point de vue sociologique cela pourrait se rapprocher de l'éducation des enfants qui laisse la liberté de parole et de choix. Pour finir, ce sont des professionnels qui recherchent au sein de l'organisation des possibilités d'apprentissage et d'évolution de connaissances via des formations, des projets. Ainsi, ils n'attendent pas d'une entreprise

²⁵ HERVEOU Anne, STEPHAN Sylvie. Vers un management intergénérationnel solidaire. *Soins Cadres*. Novembre 2013. n°88, pp20-23.

qu'elle soit « *stricte et formelle* ». En cela ce sont des personnes qui se reconnaissent dans le mouvement et le changement.

Il n'est donc pas évident de travailler sur le groupe sachant que les attentes vont varier d'une génération à une autre. Cependant, il y a tout de même des points de vue qui traversent les générations. Aussi, la recherche de bien être et d'écoute au travail sont la quête de tous.

Dans le développement de ces quatre premières approches, j'ai essayé de mettre en évidence ce qui relève des comportements des individus. Maintenant je vais poursuivre mes recherches sur le phénomène des fusions et des conséquences qu'elles peuvent induire sur les professionnels qui les vivent.

3.5 Notion de fusion

Depuis de nombreuses années le système de santé ne cesse d'évoluer. Ce phénomène s'est accéléré depuis une vingtaine d'années, se traduisant par la mise en place de nombreuses réformes. Les professionnels de la santé doivent donc s'adapter à de nouvelles règles venant réorganiser leur travail. Je m'intéresse ici aux grandes lois qui sont venues modifier la composition des équipes et notamment la loi de 2005²⁶ sur la nouvelle gouvernance avec la création de pôles d'activité. Cette loi veut répondre au problème de décroisement au sein d'un hôpital et renforcer la continuité des soins. En effet, la création des pôles demande de regrouper plusieurs services et cela demande aux équipes de passer progressivement d'une logique d'appartenance à une unité à celle d'appartenance à un pôle. Les professionnels ont une vision qui s'élargit sur le pôle et doivent adopter des conduites de travail similaires entre les différents services via le projet de pôle. Par ailleurs, dans le rapport²⁷ de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), concernant le bilan de l'organisation en pôles d'activité, il ressort en termes de management : « *la difficulté de créer un sentiment d'appartenance collective au pôle* ». C'est pour moi un événement fort qui va changer le paysage hospitalier. A cela viennent s'ajouter les mesures économiques qui valorisent les soins ambulatoires, entraînant la révision des services de l'hôpital de façon à augmenter les lits de ces unités et à diminuer la durée moyenne de séjour (DMS).

²⁶ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Disponible sur : <www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0500028R> (Consulté le 19/01/2014).

²⁷ Inspection générale des affaires sociales RM2010-010P. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Février 2010. Disponible sur : <www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/> (Consulté le 19/01/2014).

Les soignants doivent désormais se faire à l'idée d'appartenir non seulement à une unité mais surtout à un pôle. Cependant, comme nous l'avons vu dans les notions de culture et d'identité professionnelles, ce n'est pas si simple. En effet, les soignants développent au sein d'un service une certaine expertise et le fait de pouvoir passer d'un service à l'autre peut entraîner des sources de craintes parce que cela requiert une certaine polyvalence. Or, comme je l'ai souligné lorsque j'ai développé l'approche de la sociologie des organisations, les acteurs vont faire en sorte de maîtriser les zones d'incertitudes. A ce stade, je peux me demander : « la polyvalence (implicitement nécessaire par la création de pôles) n'entraîne t'elle pas, via des zones d'incertitudes, des craintes chez les soignants voire une non adhésion au changement ? ». De fait, le changement induirait des peurs mais aussi des mécanismes de résistances.

En réalité, il est difficile d'exprimer les sentiments que l'on ressent dans ce type de situation car il y a une notion d'ambiguïté lorsque l'on parle de changement, dans la mesure où, d'un côté nous changeons les choses pour un fonctionnement meilleur, d'un autre le fait de changer amène des sources d'inquiétudes dans le sens où l'on quitte un monde connu pour un monde incertain. La verbalisation des craintes que l'on peut ressentir à ce moment là est difficile à faire passer puisqu'on ne peut dire « je ne veux pas changer » car cela pourrait se traduire par « je ne veux pas d'un futur meilleur ».

Lorsque l'on parle de fusion, c'est-à-dire de rassembler plusieurs unités de soins en une, cela implique des changements pour les acteurs qui vont la vivre. Ces changements sont multiples. En effet, ils se manifestent tant sur les pratiques, les conditions de travail, les outils, l'organisation, les stratégies, le lieu, que sur la culture.

Selon l'ouvrage²⁸ de D.AUTISSIER et J-M.MOUTOT, il y a changement lorsqu'il y a rupture du fonctionnement habituel pour se construire un futur dans le but de s'améliorer. « *Le changement est une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès.* ». Les acteurs ont une place importante car c'est leur adhésion qui permettra d'optimiser ce changement. Pour que se soit possible, il faut que les acteurs effectuent des efforts d'adaptation. Cette adhésion est possible lorsque l'acteur est en capacité de tirer un trait sur le passé et de voir en l'avenir des pistes d'amélioration. Ce qui complexifie cette idée c'est d'intégrer le cheminement du passage de soignant expert au stade de novice. En

²⁸ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage.* op. cit., pp 6.

d'autre terme, le professionnel qui connaît son travail voire même le maîtrise et en est reconnu, doit adopter une posture de novice pour assurer une prise en charge optimale des patients. C'est là que les soignants doivent croire en un futur meilleur. Mais comment se dire que ce sera mieux alors que l'incertitude est grandissante ? C'est ce que les auteurs appellent : « *la balance du changement*²⁹ ». C'est le niveau de risque qui se trouve entre l'existant et le futur, en d'autres termes c'est le niveau d'adhésion ou de non adhésion qui positionne le professionnel à tendre soit vers le futur soit vers le passé.

Même si les professionnels sont formés et informés a priori, le phénomène de panique n'en sera pas plus atténué qu'à J-1 et J+1, il sera au sommet. De plus, pendant une certaine période, il va y avoir une perte de productivité qui est le résultat d'un temps d'adaptation nécessaire en termes d'ajustement des pratiques. Donc, pour des soignants qui ont fait une rupture du passé en croyant à un avenir meilleur, le début n'est pas très motivant ni révélateur. Il sera donc nécessaire de jouer sur ce temps d'adaptation pour que l'ajustement nécessaire ne soit pas trop démotivant.

Selon les deux auteurs³⁰, la conduite de changement ne doit pas s'arrêter à la seule réalisation de plans de communication et de formation. En revanche elle doit se composer de trois parties qui sont :

- Le diagnostic, c'est-à-dire s'appropriier le contexte environnemental.
- La communication, la formation et l'accompagnement qui seront en adéquation avec ce qu'on a étudié de l'environnement.
- Le pilotage, notamment l'évaluation de ce qui est mis en place.

Le changement est une pratique ancrée dans notre quotidien. Il n'en reste pas moins compliqué à mettre en place tant il va bouleverser les habitudes. En effet, le fait de changer est souvent source d'angoisse car cela signifie que le professionnel va être confronté à de nouvelles situations et donc renforce le phénomène d'incertitude.

On pourrait penser que finalement le fait de fusionner deux services en un ne va pas changer les choses à partir du moment où les pratiques ne vont pas changer. En effet, lors d'une création de service, on part du point zéro, tout est à mettre en place et les soignants doivent se mobiliser pour savoir comment ils vont procéder. En revanche, lors d'une fusion

²⁹ Annexe 3 : La balance du changement.

³⁰ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage. op. cit.*, pp 26.

de deux services les pathologies sont regroupées mais inchangées et les acteurs pourraient poursuivre leur fonctionnement. Il n'y a en ce sens que le contexte qui est différent ; Or la difficulté réside bien là où il y a de l'incertitude car on passe de compétences routinières, de plaisir à connaître le fonctionnement de chacun, la façon de travailler à « *une perte de repères, de la démoralisation, du fatalisme, etc.* », parce qu'il y a une perte de sens qui vient ébranler « *la conception du bon travail de l'utilité sociale et finalement de l'image de soi* ». De plus, il y a un changement spatial qui entre en jeu et qui n'est pas anodin dans les effets de communication.

Dans un article, N.MERCIER³¹ étudie les représentations de l'espace des usagers avant et après un déménagement au sein d'une structure hospitalière. Elle démontre au travers de cette étude effectuée auprès de différents services, que la répartition spatiale est construite sur des règles implicites et qu'elle permet à chacun de se situer socialement les uns par rapport aux autres. L'espace influe en effet sur le fonctionnement d'un service, sur la gestion du personnel ainsi que sur l'exercice du pouvoir. En d'autres termes, l'espace est un des traducteurs de l'ordre social et a des répercussions sur les relations individuelles, l'exercice du pouvoir, les pratiques professionnelles ainsi que sur le sentiment d'appartenance à l'unité. Aussi, le passage de plusieurs services cloisonnés à un service commun amènerait une dissolution de la cohésion d'équipe et provoquerait une reconstruction totale entre les membres de l'équipe. De même, le passage d'un service de petite taille à un service plus vaste, plus confortable, entraîne un impact sur la communication de telle façon qu'il y aurait une communication plus segmentée dans de grands locaux.

Dans un article de J.P.DUMOND³², les fusions engendrent une « *recomposition individuelle complexe* » qui joue sur trois dimensions. Tout d'abord, « *la transaction* », c'est-à-dire toutes les modifications dans les rapports de pouvoir induites lors de ces changements. Ensuite, « *les normes de l'équipe* » c'est-à-dire les repères qui lient l'appartenance au groupe, la rationalité. Puis « *les identités* », c'est-à-dire le deuil d'une organisation, d'une équipe, d'une unité. Il parle de traumatisme et d'angoisse ressentis par les acteurs qui vivent ces fusions. Le terme de deuil est employé en faisant référence à la

³¹ MERCIER Nathalie, « L'espace hospitalier comme révélateur des pratiques professionnelles au sein des services de soin », *Communication et organisation* [En ligne], 21 | 2002, mis en ligne le 27 mars 2012. URL : <<http://communicationorganisation.revues.org/2659>> (consulté le 19/01/2014).

³² DUMOND Jean-Paul. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 24, n°4, 2006. pp. 97-127.

perte de ce que les professionnels avaient contre un futur incertain. Cependant, il y a ambivalence entre ceux qui vivent la fusion comme un deuil et ceux qui la vivent comme opportunité, un enrichissement professionnel.

Ce terme de deuil est décrit dans un article de S.CAGNOLI³³ par la notion de « *blessure narcissique* ». C'est un article qui peut paraître daté mais il m'a semblé intéressant de voir que finalement, la conduite de changement s'inscrit dans un continuum et fait l'objet de réflexions sur la posture managériale depuis plusieurs années. Dans cet écrit, l'auteure dit que le changement, les fusions et les réorganisations bouleversent le travail et de fait, les professionnels ; qu'il y a une atteinte au sens, aux valeurs et in fine à la personne. Elle explique que les situations de travail sont sources de narcissisme nécessaire dans la construction de la personnalité.

Néanmoins, ce phénomène est ébranlé lorsque la personne craint de ne pas répondre à une nouvelle attente ce qui peut se traduire par « *du stress professionnel* ». Elle aborde également les conséquences liées aux réorganisations hospitalières qui entraînent un sentiment de perte qui varie en fonction de l'histoire personnelle. Ce sentiment accentue la baisse d'intérêt pour le nouveau travail et de sens et de valeur de celui-ci.

En outre, la fusion est une reconstruction de la culture et du développement de l'identité professionnelle.

Lors d'une fusion, cette culture doit changer, c'est à ce moment que l'on réalise la présence et la force de cette dernière. Si elle est mise en avant, elle peut être utile lors de la conduite de changement pour en voir les atouts et les faiblesses.

Un accompagnement s'avère donc nécessaire pour optimiser les résultats attendus. Pour favoriser l'adhésion des acteurs, il semble que la communication et l'explication sont des dimensions à prendre en compte pour réduire les risques d'échecs.

La place du cadre de santé mérite donc d'être clarifier dans ce domaine. Par ailleurs les Anglo saxons ne différencient pas la conduite de changement avec l'accompagnement, ils intitulent ce travail « *change management* ».

3.6 Le cadre de santé

Le cadre de santé a une place, un positionnement bien particulier au sein de l'hôpital tant au niveau de l'équipe qu'au niveau du pôle et de l'institution. Cette fonction a évolué et connu de nombreux changements. C'est pourquoi il me semble essentiel de faire

³³ CAGNOLI Sylviane. Management. Changement organisationnel et blessure narcissique. Soins Cadres, 4^{ème} trimestre 1999, n°32, pp 46-48.

un bref retour sur l'évolution du métier de cadre de santé et d'aborder ensuite son rôle d'aujourd'hui.

3.6.1 Evolution de la fonction cadre de santé³⁴

La profession de cadre apparaît au temps des religieuses où elles avaient une mission de gestionnaire et de surveillance des lieux d'enfermement des pauvres. Au début du XIX^{ème} siècle, la mère supérieure a pour rôle la coordination des différentes activités de l'hôpital. Puis dans les années 1878-1893, l'évolution de la société entraîne la séparation de l'église et de l'état. En 1887, le Docteur BOURNEVILLE écrit que la surveillante doit poursuivre, comme le faisait les sœurs, la gestion et la surveillance des activités mais qu'elle doit également assurer les soins délégués par les médecins et les internes. A ce moment là, la surveillante est donc la « première infirmière ». C'est avec le décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique que la fonction de surveillante est officielle. Celle-ci est sous les ordres du médecin et du directeur. A partir des années 1950, les professions de santé passent nécessairement par l'obtention d'un diplôme et les surveillantes sont choisies via ce diplôme et leur meilleur classement. La fonction de surveillante va connaître une évolution qui va de pair avec celle du développement de la médecine. En 1958, les premières écoles sont créées et via le décret n°58-1104 du 14 novembre 1958³⁵, il y a la mise en place du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant (CAFIS), ainsi que du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur (CAFIM), dont la formation se fait sur une durée de huit mois. En 1975³⁶, les deux certificats sont rassemblés et la formation se déroule sur une période de neuf mois. C'est donc à cette date que le certificat cadre infirmier est créé. En 1976, le certificat de moniteur cadre est accessible à d'autres filières que celle des infirmiers. C'est par la loi du 31 juillet 1991³⁷ que la profession voit une évolution avec la création des services de soins infirmiers qui positionnent l'infirmier général en « *pivot des logiques administrative, médicale et soignante* ». Cette loi met en avant une priorité en matière de santé qui est la régulation des coûts et entraîne la mise en place d'un nouveau programme

³⁴ BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Paris : Seli Arslan, 2006, pp 19-31.

³⁵ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958. Journal officiel 19/11/1958. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=859163A19B3C978FDB67B351BE4E679C.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&categorieLien=id (Consulté le 24/01/2014).

³⁶ Réglementation du métier de cadre de santé. Disponible sur : <http://personnellesante.fr/etablissement-sante-environnement/reglementation-du-metier-cadre-de-sante.html> (Consulté le 22/01/2014).

³⁷ Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&dateTexte=&categorieLien=id> (Consulté le 24/01/2014).

de formation des cadres en 1995. En effet, l'arrêté du 18 août 1995³⁸ instaure le diplôme de cadre de santé et les enseignements durant la formation sur les savoirs médicaux vont laisser place à des savoirs sur l'économie de la santé ainsi que la gestion. Le terme de « cadre de santé » est officialisé par le décret³⁹ du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière et il vient remplacer celui de « surveillant » mis en place en 1943.

Ces évolutions du métier sont évidemment en étroite corrélation avec la succession des réformes hospitalières. L'idée ici, n'est pas de citer ces nombreuses lois mais de montrer celles qui ont entraîné une redéfinition du rôle du cadre. En effet, comme je l'ai marqué ci-dessus, la loi du 31 juillet 1991 donne une place nouvelle au cadre de santé. Aussi, la nouvelle gouvernance dans le plan hôpital 2007, va axer le travail du cadre de santé dans un processus de décloisonnement de façon à favoriser la collaboration et la coopération de l'ensemble des professionnels dans le service mais aussi dans le pôle ainsi que sur l'institution.

Nous pouvons alors nous demander quelle est l'identité du cadre de santé à ce jour ?

3.6.2 Le cadre de santé d'aujourd'hui

Comme nous l'avons vu, le cadre de santé a aujourd'hui une place qui a évolué au fil du temps. Nous sommes ainsi passés d'un métier centré sur le soin avec des compétences d'experte à des notions de management et de gestion. Aussi, nous pouvons faire un lien avec l'ouverture à une formation commune pour treize professions paramédicales qui souligne la réduction progressive des compétences soignantes au profit de savoirs transversaux. Un rapport venant également marquer les missions du cadre est celui réalisé par Chantal DE SINGLY suite à la mise en place de la loi du 21 juillet 2009⁴⁰ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle établit un rapport concernant la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres de santé. Par ailleurs, l'évolution des organisations ainsi que du management à l'hôpital

³⁸Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id> (Consulté le 24/01/2014).

³⁹Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539&dateTexte=&categorieLien=id> (Consulté le 22/01/2014).

⁴⁰Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (Consulté le 24/01/2014).

devrait encore engendrer des changements sur les modes d'apprentissage et notamment sur la formation des CDS. Aussi, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a débuté en 2011 la réingénierie du diplôme de CDS.

Aujourd'hui, on parle de manager. Il a toute sa place dans le management des équipes soignantes. Mais comment définir cette fonction de management ? Ce terme a fait l'objet de nombreuses définitions.

Tout d'abord, selon la haute autorité de santé (HAS), le management est défini⁴¹ comme étant un « *ensemble de techniques de direction, d'organisation et de gestion des entreprises, des associations ou des organisations* » qui se caractérise à partir de cinq fonctions :

- Prévoir : dans le sens où le manager doit « *anticiper* » dans un contexte en perpétuel évolution (évolution de l'attente des usagers, des nouvelles technologies, etc.), « *s'adapter* » d'un point de vue économique et « *réactualiser* » les projets face au contexte. C'est également prévoir la gestion des risques et la veille technologique ou comportementale.
- Organiser : c'est-à-dire que le CDS met en place des procédures qui sont en adéquation avec les attentes des usagers, les compétences des soignants et les objectifs et les missions de l'établissement.
- Décider : c'est l'idée que le manager est amené à prendre des décisions qui doivent être communiquées, expliquées voire déléguées.
- Motiver : c'est la « *capacité à faire adhérer les acteurs de l'établissement aux objectifs et aux missions afin d'assurer leur réalisation* » via la reconnaissance des compétences, la valorisation des actes avec la communication des résultats et la motivation des équipes.
- Evaluer : c'est l'évaluation de ce qui se passe au sein de l'unité c'est-à-dire la qualité des soins, les résultats qui peuvent être évalués via la satisfaction des patients ou du personnel mais aussi via la réalisation des tableaux d'activité.

⁴¹ HAS. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005. 36 p.

Les rôles du manager sont également décrits par H.MINTZBERG⁴² en trois rôles principaux qui sont : les rôles interpersonnels, dans lesquels sont déclinés « *la figure de prou* », « *le leader* » ainsi que « *l'agent de liaison* » ; les rôles liés à l'information qui représentent « *l'observateur actif, le diffuseur et le porte parole* » ; enfin, les rôles décisionnels qui sont « *l'entrepreneur, le régulateur, le répartiteur de ressources puis le négociateur* ». L'auteur insiste sur le fait qu'un manager ne peut faire l'économie d'un de ces rôles dans le sens où les trois rôles découlent respectivement les uns des autres. De fait, un défaut au niveau du rôle interpersonnel aurait pour conséquence une anomalie au sein des rôles liés à l'information puis des rôles décisionnels.

La HAS propose dans le guide, une méthodologie et des outils pratiques pour évaluer la qualité du management en établissement de santé tant celui-ci est primordial dans l'accompagnement des équipes. Je note également que ces cinq fonctions reprises dans ce guide en 2005, étaient décrites par Henri FAYOL en 1916 dans son ouvrage « *administration industrielle et générale* ».

Le travail du cadre de santé fait également l'objet d'un descriptif des activités, des savoir-faire et des connaissances que l'on retrouve dans la fiche métier du cadre établit par la DGOS⁴³. Dans cette fiche est défini le rôle du cadre comme étant : « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.* ». Cette fiche métier détaille les différentes activités du cadre.

Cependant, il faut reconnaître que la liste n'est pas exhaustive, c'est ainsi que Paule BOURRET⁴⁴, dans son livre « *les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible* », met en évidence la distinction entre le travail réel et le travail prescrit. En effet, comme nous l'avons vu lorsque j'ai abordé la sociologie des organisations, il est impossible de standardiser les processus dans une organisation car il y a des incertitudes. Dans ce cas, le travail prescrit est celui qui émane de ces processus et le travail réel va être celui mis en œuvre pour répondre aux aléas qui se sont greffés lors des processus. L'auteure met surtout en avant le travail de lien du CDS.

⁴² MINTZBERG Henry. *Le management : voyage au cœur des organisations*. Mouguerre. Eyrolles, 2013, p36-48

⁴³ Annexe 4 : Fiche métier cadre responsable d'une unité de soins.

⁴⁴ BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Paris : Seli Arslan, 2006, 288 p.

Par ailleurs, cet aspect invisible du travail du CDS est mis en avant dans un rapport « *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants* » fournit par l'IGAS⁴⁵, où les auteurs parlent du management comme étant « *un management à la confiance et une gestion dialoguée des ressources humaines comme préalables indispensables* ». C'est l'idée que grâce à la cohérence des actions et le sens que donne le cadre de santé aux acteurs, l'établissement peut fonctionner de manière efficiente. De plus, c'est aussi l'idée de faire participer les acteurs dans le processus en utilisant les « *intelligences interactives* ». Je constate ici l'importance du rôle du cadre de santé dans les liens qui peuvent être utilisés de façon à rendre les actions de l'établissement plus rationnels aux yeux des acteurs.

3.6.3 Les différents types de management

Afin de répondre à ces objectifs, le CDS va utiliser différents types de management⁴⁶. Ils sont répartis comme suit :

- Le management participatif : Modèle qui est centré sur la relation collaborateur/manager, les membres du groupe partagent leurs points de vue sur le sujet donné. De fait, c'est une forme de management qui favorise l'esprit d'équipe. Le manager associe les collaborateurs aux décisions.
- Le management explicatif : Le collaborateur a une faible autonomie car le CDS donne des explications à l'équipe cependant il garde la maîtrise des décisions.
- Le management directif : Le collaborateur a une très faible autonomie. Le modèle est centré sur les résultats. le manager donne des informations et prend les décisions seul.
- Le management délégatif : Le CDS laisse une grande autonomie à l'équipe en lui confiant des responsabilités. Il intervient si nécessaire ou à la demande des collaborateurs.

Chaque forme de management a ses avantages et ses limites. De fait, il sera nécessaire que le cadre de santé s'appuie sur les différents styles de management en adoptant celui qui répondra au mieux à la situation et/ou à la personne avec qui il collabore. Il est donc

⁴⁵ Inspection générale des affaires sociales RM2012-046P Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Avril 2012. p 5.

⁴⁶FARNAULT Patrick. Les postures managériales. Evolution des compétences d'encadrement. Cours magistral. Université Paris Est Créteil, année 2013-2014.

nécessaire que le manager ait une connaissance de ce qui se passe mais aussi une connaissance des personnes avec qui il travaille.

Par ailleurs, la connaissance du CDS sur le métier d'infirmier, fait l'objet d'une hypothèse lors d'une enquête⁴⁷ de psychodynamique du travail. En effet, les chercheurs partent de l'hypothèse que si les cadres infirmiers connaissent les risques liés à la diminution de moyens par rapport à la prise en charge de la personne hospitalisée, alors il y a un maintien de la qualité des soins. En outre, puisque les moyens ne peuvent être augmentés alors la prise en charge de qualité passe forcément par des efforts supplémentaires des soignants pour optimiser cette qualité. Le cadre va donc orienter son management pour atteindre l'objectif global qui est d'assurer une prise en charge de qualité et de sécurité.

Paule BOURRET⁴⁸ nomme ce management de « *management héroïque* », c'est-à-dire que le cadre de santé va régler les problèmes instantanément, « *le but est d'atteindre la performance, même avec les moyens matériels ou humains limités, ce manque de moyens nécessitant de donner le maximum de soi pour atteindre le but et arriver à faire face* ». Dans ce type de management, le CDS met l'accent sur les savoirs pratiques et les savoirs d'actions. La limite peut être que l'on se retrouve à gérer des situations urgentes dans la limite de sécurité. En effet, pour assurer une prise en charge de qualité en cas de pénurie de personnel, on peut être amené à demander à une IDE de prolonger sa journée au-delà du temps réglementaire. Or c'est une infraction au droit du travail. Paule BOURRET explique que ce type de situation est le reflet de notre engagement de soignant qui est de « *soigner des malades* » et pour les cadres « *faire soigner des malades* » où la priorité réside dans le prendre soins.

Les chercheurs poursuivent leur travail en se questionnant sur la façon dont les cadres s'y prennent pour que les équipes acceptent de travailler dans ces conditions. Ils écartent d'emblée l'hypothèse que les CDS utiliseraient des moyens de pression sur le personnel en les menaçants par exemple de faute pour non assistance à personne en danger s'ils refusaient d'effectuer le travail. En effet, cette façon de faire aboutirait à un rapport de force et in fine, le résultat serait nul.

⁴⁷ MOLINIER Pascale, SCHELLER Livia, RIZET Clément. Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et des cadres supérieurs infirmiers de l'APHP. Février 1998.

⁴⁸ BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, op. cit., pp 252-261.

En revanche, ils disent que pour arriver à trouver un consensus, le CDS va amener le professionnel en le « *manipulant par l'affectif* ». Cette manipulation s'obtient via le déclenchement de la culpabilité si le professionnel « abandonne » le patient ou « quitte » la solidarité de l'équipe. Selon Paule BOURRET, c'est dans les situations d'urgences que l'on voit une équipe plus solidaire où les professionnels se mélangent, s'entraident et se soutiennent de manière à dépasser cette situation. Dès lors que les choses reprennent leur cours habituel, chacun reprend sa place et assure ses missions. Néanmoins, elle aboutit à la même conclusion que Pascale MOLINIER. En effet, ce type de fonctionnement a des limites qui conduisent à des dérives connues des cadres qui doivent trouver un juste milieu entre la qualité des soins et la souffrance du personnel. Ce paradoxe constitue un malaise, « *une souffrance morale* » des CDS tant ils ont des scrupules de faire endurer cela aux professionnels.

Paule BOURRET distingue en plus du management héroïque, « *le management technico-bureaucratique* ». Ce dernier étant un management sur du moyen terme contrairement au premier qui lui était un management de court terme. C'est une forme de management qui privilégie le travail formalisé. C'est un manager qui anticipe les situations via l'élaboration de protocoles, d'écrits, etc. En cela, le cadre fait en sorte de diminuer les incertitudes puisque la réponse à la situation est déjà réfléchie et inscrite au sein de l'institution. Ce type de management peut se rapprocher du management participatif si l'équipe s'investit dans l'élaboration de ces processus. Par ailleurs, de par cet investissement, il y aura plus de probabilité que ce soit appliqué. C'est d'autant plus important qu'au sein de l'hôpital règne un nombre de procédures important, bien qu'elles ne soient pas toutes forcément utilisées. Ce type de management est utilisé pour vaincre les craintes liées aux erreurs, aux non-conformités des règles. En effet, le CDS veut se protéger derrière des processus qu'il utilisera comme preuve s'il y a une situation complexe. C'est l'idée de travailler de façon rationnelle. Nous pouvons voir l'opposition entre ces deux premiers styles de management.

Le dernier élaboré par l'auteure est « *le management de survie* ». C'est l'idée que dans un cas le CDS intègre et ne travaille qu'avec des règles. La limite est rapidement atteinte car il y a un paradoxe entre les règles préétablies et le fait d'être soignant, dans le sens où tout ne peut être respecté à la lettre sinon, que faire de la prise en charge individualisée ? Dans le second cas, l'idée est de ne pas appliquer les règles pour faute de personnel ou de matériel comme nous l'avons vu plus haut. A ce stade nous savons qu'il y a un phénomène de

diminution de la vigilance néanmoins, la hiérarchie ne dira mots puisqu'on ne peut demander aux soignants de travailler dans ces conditions. Ce type de management est donc un va-et-vient entre les styles de façon à répondre aux besoins des patients en priorité.

Ces postures managériales ont toutes leur importance dans le travail quotidien du CDS mais aussi dans la conduite de changement, c'est pourquoi, je vais maintenant m'intéresser à cette place.

3.6.4 La place du cadre de santé dans la conduite de changement

Le cadre de santé a une place centrale dans la conduite de changement, « centrale » tant au niveau de l'institution que des soignants. En effet, c'est lui qui va faire le lien entre la commande faite par la hiérarchie et qui sera appliquée sur le terrain. De fait, la réussite du projet passe par la manière dont le manager va guider les différentes étapes du processus de changement. A ce titre, dans un article⁴⁹ de David AUTISSIER et d'Isabelle VANDANGEON, les auteurs utilisent les termes de « *pivot des changements organisationnels* » ou bien de « *dernier maillon de la chaîne qui relie la hiérarchie à la base opérationnelle* ». Ceci explique le fait que j'utilise le terme de centre car il me semble que c'est bien une place stratégique qui représente un rôle majeur. Les deux auteurs orientent leur recherche sur l'implication et la participation du CDS dans le projet. En effet, le changement fait partie intégrante de l'organisation aujourd'hui et « *c'est au niveau opérationnel que se joue la réussite des projets de changement* ». Cela montre bien ce rôle de lien du cadre de proximité entre le sommet stratégique⁵⁰ et le centre opérationnel c'est-à-dire l'équipe. C'est le CDS qui doit transmettre le projet aux professionnels et permettre sa compréhension et son application. Une difficulté qui s'ajoute au changement et celle de l'intégrer souvent dans un contexte où l'équipe maintient la charge de travail habituelle. Il faut donc que le CDS trouve les arguments convaincants car pour l'équipe la première vision de ce projet se présente comme une surcharge de travail. Pour cela, il peut créer une alliance auprès de la Direction des soins. En effet, ceci fait partie de la gestion des ressources humaines⁵¹. Une des fonctions d'un Directeur des ressources humaines est de coordonner, notamment en accompagnant les opérations de changement. En cela une

⁴⁹ AUTISSIER David et VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle. « Les managers de première ligne et le changement ». Revue française de gestion 5/2007 (n°174), p115-130. Disponible sur : <www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-5-page-115.htm> (Consulté le 20/01/2014).

⁵⁰ MINTZBERG Henry. Le management : *voyage au cœur des organisations*, op. cit., pp184.

⁵¹ DUMOND Jean-Paul. *Gestion des ressources humaines*. Cours magistraux. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

relation d'emploi est instaurée entre l'employé et l'organisation. Cette relation se base sur des contributions et des rétributions.

Contributions	Rétributions
Présence	Rémunérations
Réalisation de tâches	Conditions de travail
Règlement de problèmes	Employabilité
Etat d'esprit	Reconnaissance sociale

Dans les établissements de santé publics, les rétributions ne proviennent pas principalement de la rémunération. En effet, contrairement aux entreprises privées où les employés peuvent être récompensés de leur taux de productivité par une compensation financière, les rétributions au sein des établissements publics de santé seront plus axées sur les conditions de travail, les formations et le développement des compétences ainsi que sur une reconnaissance sociale.

Par ailleurs, l'implication de la Direction fait partie des actions de prévention des risques psychosociaux⁵². Ces situations à risque entraînent des conséquences sur les individus (stress, burn-out, etc.), sur l'organisation (turn-over, coût, etc.) ainsi que sur la prise en charge du patient (erreurs, incidents, etc.). Il est donc nécessaire d'avoir des modes d'actions pour ne pas aboutir à de telles conséquences. Outre l'implication de la Direction des soins, je note que l'anticipation des effets liés aux réorganisations y concoure largement.

Le cadre de santé a donc un rôle important dans une fusion d'unité car c'est lui qui sera au plus proche des acteurs et c'est aussi lui qui va accompagner la mise en place des différentes étapes du changement. En effet, si je reprends les différentes étapes de D.AUTISSIER et de J-M.MOUTOT⁵³, il pilote le projet. Les auteurs distinguent trois étapes dans la conduite du projet :

- Le diagnostic du changement :

Cette première étape n'est pas simple au vue des informations peu nombreuses concernant le projet. Il faut définir les objectifs et les enjeux du projet de façon à le présenter en mettant en avant les points positifs. C'est en réalité l'idée de prendre en compte les aspects

⁵² MARCHAL Viviane. *Prévention des risques psychosociaux*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

⁵³ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*, op. cit., pp 26.

de la théorie des organisations⁵⁴ c'est-à-dire les dimensions fonctionnelle, politique et culturelle. Ces trois dimensions sont indissociables et se définissent en fonction du travail à accomplir. En effet, le travail va orienter la forme organisationnelle de la structure, c'est la dimension fonctionnelle. De plus, comme je l'ai décrit auparavant, ce travail, ne pouvant être strictement défini, va engendrer des incertitudes qui relèvent de la dimension politique. Pour finir, c'est au travers du travail que va se former la dimension culturelle via une culture professionnelle. Cette étape de diagnostic consiste donc à prendre en compte l'environnement global de l'unité de soins et de le mettre en parallèle avec les tenants et les aboutissants du projet.

- Le cycle d'accompagnement du changement :

Cette phase consiste à communiquer le projet avec ce qui en est ressorti de l'étape précédente. La communication est un outil indispensable dans la conduite du changement, néanmoins, cela n'est pas sans difficultés. En effet, les limites résident dans le fait que les informations peuvent être peu nombreuses et qu'il faut transformer du mieux possible la virtualité du projet pour diminuer les incertitudes. Il est nécessaire que le cadre de santé soit authentique de manière à rendre ce projet le plus proche possible de la réalité, afin de ne pas en arriver à des extrêmes positifs ou négatifs.

Au sein de ce cycle, le cadre de santé peut également guider les acteurs concernés pour qu'ils se forment.

- Le cycle de pilotage du changement :

Dans cette phase, le cadre de santé va tenir compte de la culture professionnelle de l'unité de façon à percevoir les règles implicites qui forgent le groupe. De plus, le pilotage du changement se réalise au travers d'évaluations de l'adhésion et de la participation des acteurs face au changement. Cela permet de faire un état des lieux tout au long de l'avancé du changement via une planification du déroulement des étapes du projet. Ensuite, afin d'apprécier le cheminement des acteurs concernés par le projet, les auteurs proposent un modèle appelé ICAP (information, compréhension, adhésion, participation) qui évalue le changement au travers de quatre indicateurs. Ce modèle consiste à évaluer les taux d'information, de compréhension, d'adhésion et de participation au travers de questionnaires.

⁵⁴ DUMOND J-P. Organisation de santé, la grande transformation. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

Le pilotage du changement peut également être envisagé selon une approche par les risques. Ici, les auteurs définissent six risques qu'il faut mesurer selon l'importance de gravité. Tout d'abord, le risque social qui conduirait à une forme de mouvement social. Le risque organisationnel, qui vient en seconde position, serait le résultat de dysfonctionnements liés à une méconnaissance de la nouvelle organisation. Dans le même sens, le risque informatique pourrait se rapprocher du risque organisationnel. Il y a aussi, le risque client qui se traduirait par une baisse de qualité au niveau de la prise en charge des patients. Le risque financier qui peut arriver lors de retard dans les avancées du projet. Pour finir, le risque de sur-activité liée à la charge du projet s'ajoutant à la charge de travail quotidienne.

Le rôle du cadre de santé est de conduire le changement en faisant en sorte que les professionnels adhèrent au projet et ne soient pas déstabilisés lors du début qui n'est pas toujours probant. Le but de la conduite de changement est d'inverser la diminution de « productivité » qui se manifeste au début de façon à rester efficient.

Une coordinatrice des soins, Régine DELPLANQUE⁵⁵ écrit dans un article, la démarche pour accompagner le changement. Aussi, elle met en évidence l'importance collective dans cette démarche, notamment via l'élaboration de projets communs avec la création de groupes de travail composés de professionnels n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble. Elle propose aussi la mise en place d'un plan de formation commun qui correspond aux axes transversaux et de fait peut inclure des professionnels de divers services. De plus, R.DELPLANQUE mentionne l'importance du développement de la communication qui permet entre autre une reconnaissance du travail de l'équipe, notamment dans les situations où elle s'étend à l'extérieur du service. Elle aborde également la qualité de vie au travail et les procédures d'accueil des nouveaux professionnels. Concernant ces dernières préconisations, il serait intéressant d'appliquer des pratiques de management intergénérationnel du fait du contexte moderne rassemblant plusieurs générations dans le monde du travail, comme je l'ai explicité dans le concept de groupe.

⁵⁵ DELPLANQUE Régine. Stratégie de changement, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée ?. *Soins Cadres*. Août 2008. Supplément au n°67. S 8-11.

En effet, Anne HERVEOU et Sylvie STEPHAN⁵⁶ indiquent que le fait de mélanger les « plus-values » des uns et des autres entraînerait une amélioration de l'efficacité du travail avec notamment plus de motivation et de créativité. L'idée est de développer un partage générationnel via le tutorat et le tutorat inversé. Puisqu'aujourd'hui la différence d'une structure ou d'une unité à une autre réside notamment sur les connaissances qui ne sont pas toujours formelles, il est alors indispensable de transmettre ces « savoirs » lors de l'arrivée d'un nouveau professionnel. C'est ce que l'on appelle le tutorat. Il est souvent réalisé par un professionnel expert et se traduit par la transmission des savoirs formels et informels. L'idée du tutorat inversé vient répondre à l'attente des jeunes générations qui est la réciprocité, mais vient aussi compléter les savoirs des plus anciens. Les auteures précisent qu'il faut que cette transmission soit effectuée en mobilisant des compétences pédagogiques pour que cela fonctionne. Elles enrichissent leurs points de vue en rajoutant le même système sur le mentorat et le mentorat inversé qui repose plutôt sur le « savoir-être ». C'est ici la transmission des compétences en termes de comportement dans le but de faciliter l'intégration du nouvel arrivant. Ce mentorat peut alors être inversé car aujourd'hui et de plus en plus, être « nouveau » n'est pas toujours synonyme de « novice » dans le monde du travail. Aussi, ce dernier peut transmettre de par son expérience des « astuces » tout aussi bénéfiques.

L'apprentissage des générations se ferait de manière réciproque. Cependant, il faut être vigilant parce que la personne qui transmet doit être capable de s'auto-évaluer et reconnaître les « bons » comportements à transmettre.

Enfin, l'élaboration d'un diagramme des relations dans la conduite du changement semble être pertinente. En effet, cet outil⁵⁷ permet « *de cerner les différents facteurs qui composent une situation à l'origine complexe en permettant, dans un premier temps, d'organiser la recherche de la cause primaire et dans un second temps de sélectionner les facteurs ayant la plus grande influence sur le problème* ». Ce diagramme permet de mettre en évidence les relations entre les acteurs. Ces relations peuvent être comme suit :

- Des alliances
- Des oppositions
- Des négociations

⁵⁶ HERVEOU Anne, STEPHAN Sylvie. Vers un management intergénérationnel solidaire, *art. cit.*, pp20-23.

⁵⁷ FARNAULT Patrick. *Présentation d'un diagramme des relations*. Ecole Supérieure Montsouris, année 2013-2014.

In fine, l'objectif est de comprendre les enjeux pour chaque acteur afin de mettre en place des actions pour y remédier.

Toutes ces étapes sont indéniablement importantes pour mener à bien un projet. L'accompagnement sera d'autant plus important qu'il permettra aux équipes de retrouver leur autonomie et ainsi réduire leurs incertitudes. Cependant, je rajouterai à ce contenu la nécessité d'évaluer, de se réinterroger et de réajuster tout au long du processus de changement et in fine au-delà de la mise en place définitive du projet.

3.7 Conclusion du cadre conceptuel

D'après les différentes recherches que j'ai effectuées pour nourrir ce cadre conceptuel, il s'avère que lorsque l'on parle de fusion, qui est un changement radical dans l'organisation des équipes, plusieurs aspects sont à prendre en compte.

En effet, le cadre de santé ayant un rôle majeur dans cette reconstruction, doit tenir compte des aspects individuels et collectifs de son équipe tout en répondant aux attentes de l'institution, des politiques de santé ainsi qu'à l'évolution de la demande des usagers. Ce rôle complexe est renforcé par la création de l'ANAP dans la loi HPST qui a pour objectif d'accompagner les établissements de santé en apportant un appui à l'amélioration des organisations.

Cet approfondissement des concepts me permet dès lors de poser des hypothèses que je vais traiter dans la partie suivante.

4 Les hypothèses

Afin d'élaborer mes hypothèses, je souhaite faire un retour sur mon questionnement de départ :

Que peut mettre en place le cadre de santé pour favoriser le métissage des différentes cultures de travail lors de fusion d'unités ?

Au travers de mes recherches sur les différentes approches, j'ai pu éclaircir les enjeux des fusions d'unités pour les professionnels qui les vivent ainsi que le rôle du cadre de santé pour accompagner les équipes face à ce changement.

Aussi, j'ai défini deux objectifs qui se transposent en deux hypothèses :

Le premier objectif est de déterminer les stratégies à mettre en place par le cadre de santé pour conduire une équipe dans un contexte de fusion. L'hypothèse correspondante est :

Un cadre de santé doit adopter de multiples stratégies managériales pour fédérer l'équipe lors d'une fusion d'unités.

Le deuxième objectif est d'appréhender au plus près la culture professionnelle des soignants en fonction du parcours professionnel du CDS. L'hypothèse correspondante à cet objectif est :

Un cadre de santé provenant de la filière soignante perçoit plus aisément la culture professionnelle des soignants, étape indispensable dans la conduite de changement.

5 L'enquête de terrain

Afin de poursuivre mon travail de recherche, je vais maintenant confronter mes deux hypothèses aux ressentis des professionnels sur le terrain. Pour rendre cette confrontation la plus représentative possible, j'ai choisi d'orienter mon étude vers deux types de public. D'une part, vers les professionnels vivants les fusions d'unités et d'autre part, vers les cadres de santé qui œuvrent pour rendre ces fusions optimales. Aussi, j'ai choisi d'utiliser deux types d'outils⁵⁸ de recueil d'informations qui me semblaient plus adaptés à chaque public en termes de temps. Un à destination des cadres de santé, un autre pour les professionnels d'unités ayant vécu une fusion, les IDE, les AS ainsi que les ASH d'une unité de façon à cibler la population la plus représentative d'une unité de soins.

Au travers de ces outils, mon objectif global, outre les objectifs cités lors de l'élaboration des hypothèses, est d'identifier l'impact des fusions d'unités sur les cultures professionnelles ainsi que les moyens pouvant être mis en place par le cadre de santé pour favoriser un changement efficient.

5.1 La méthodologie de la recherche et les outils

5.1.1 L'enquête par questionnaire

J'ai choisi ce type de méthode pour recueillir les informations concernant les professionnels d'unités. En effet, c'est au niveau du centre opérationnel qu'il va y avoir un changement important lors d'une fusion d'unités. De fait, au travers de ce questionnaire, je souhaite analyser l'impact d'une fusion à partir des informations livrées par les professionnels directement concernés. Cela me permet de plus de poser une série de questions à un grand nombre de personnes.

Ainsi, j'ai conçu un questionnaire⁵⁹ « *d'administration direct* », car les répondants remplissent eux-mêmes ce questionnaire, composé de dix sept questions semi-ouvertes. De plus, c'est un outil qui permet d'obtenir des données aussi bien quantitatives que qualitatives.

Pour réaliser une étude, il faut choisir un échantillon composé d'un nombre assez important de sujets, c'est-à-dire un nombre minimal⁶⁰ de trente recueils. Ainsi, j'ai déposé

⁵⁸ CAMPENHOUDT Luc/QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4^{ème} édition entièrement revue et argumentée. Paris : Dunod, 2011, pp.171.

⁵⁹ Annexe 5 : Questionnaire pour les professionnels (IDE, AS, ASH) ayant vécu une fusion d'unité.

⁶⁰ Dr LEMASSON. *biostatistiques*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

une centaine de questionnaires dans deux hôpitaux publics au sein de quatre unités de soins.

Aussi, pour éviter les biais de sélection qui peuvent rendre des conclusions erronées, après aide et validation de ma Directrice de mémoire, j'ai notifié sur l'entête des questionnaires les pré-requis indispensables.

Lors de l'acheminement de cet outil, je l'ai présenté aux cadres de santé en précisant qu'il y avait un délai de quinze jours entre le dépôt et la récupération des questionnaires.

5.1.2 L'enquête par entretien

J'ai fait le choix de mener des entretiens semi-dirigés auprès des cadres de santé ayant conduit une équipe lors d'une fusion d'unités.

Cette méthode permet de poser des questions relativement ouvertes. Ce type d'enquête me permet de retirer des informations et des pistes de réflexions via un contact direct avec l'interlocuteur. Aussi, cela permet à l'interviewé de parler ouvertement. De plus, cela me donne la possibilité de prendre en compte tout ce qui relève du non-verbal ou de clarifier certains aspects, contrairement aux questionnaires.

Pour réaliser cette enquête, j'ai établi au préalable une grille d'entretien⁶¹ me permettant de garder un fil conducteur durant le déroulement de l'entretien. Ce type de méthode me donne la possibilité d'être en interaction avec la personne interrogée. Ainsi, je peux analyser le sens que le CDS donne à ses pratiques et à l'art qu'il met en place pour guider son équipe. J'ai défini la durée par entretien à quarante cinq minutes.

Au total, j'ai interrogé quatre cadres de santé dans trois hôpitaux publics dont deux où j'avais déposé les questionnaires.

Le choix de ces quatre entretiens a été établi en fonction des particularités des établissements, des fusions ou du cadre de santé.

Le premier établissement a la particularité d'être séparé sur deux sites. Ceci est la conséquence d'un regroupement inter-établissements en 1997. Afin de respecter la confidentialité et pour comprendre la description des fusions, je vais nommer les sites comme étant site A et site B.

Le troisième entretien m'intéressait car la fusion a eu lieu suite à une création d'unité.

J'ai choisi le dernier entretien en fonction du cadre de santé qui est psychomotricien de formation initiale.

⁶¹ Annexe 6 : Grille d'entretien auprès des cadres de santé ayant conduit une fusion d'équipe.

De façon à mener mon enquête via ces deux outils, j'ai demandé au préalable un accord à la direction des soins des deux hôpitaux publics pour interroger les professionnels de leurs établissements.

5.2 Les limites des deux méthodes

5.2.1 Concernant le public

Les questionnaires ainsi que les entretiens que j'ai réalisés se trouvaient éloignés de la date de la fusion. De fait, je n'ai pu faire un parallèle qu'entre les questionnaires et l'entretien n°3 avec une récolte de seize questionnaires. Concernant l'entretien n°2, le parallèle avec les questionnaires n'a pu se faire car le nombre de questionnaires recueillis était trop peu représentatif avec six personnes. Pour les autres entretiens soit les professionnels étaient partis soit c'est le CDS qui n'était plus au sein de la structure.

J'ai rencontré des difficultés pour traiter ma deuxième hypothèse. En effet, j'ai augmenté les pré-requis de sélection en ajoutant la spécificité de la formation initiale hors filière soignante. Cependant, via mon Directeur de mémoire j'ai eu l'opportunité de réaliser un entretien auprès d'un cadre de santé de formation initiale psychomotricien.

Avec du recul, il m'aurait paru intéressant de recueillir et d'analyser des données auprès de professionnels du secteur privé. En effet, cela m'aurait permis de mettre en avant les similitudes ou les divergences entre les deux secteurs.

5.2.2 Concernant les outils

Le fait d'utiliser deux types d'outils complexifie le parallèle possible entre les deux car les questions ne sont pas formulées de la même façon. Par exemple, lorsque je demande lors de l'entretien si les CDS utilisent des stratégies managériales, j'aurais pu au travers de cette question demander précisément s'ils adaptaient leur management aux différentes générations. De fait, j'aurais pu mettre les réponses en corrélation avec celles des questionnaires.

Aussi, le nombre limité de l'échantillon vient ajouter une insuffisance pour être réellement représentatif.

5.3 La méthodologie de traitement des données

Je vais tout d'abord procéder à l'exploitation du questionnaire. Pour ce faire, j'ai rassemblé les résultats à l'aide d'un tableau Excel, ce qui me permet de rendre les données

synthétisées sous forme de graphiques et de tableaux. Aussi, pour une meilleure lisibilité, j'ai changé les couleurs de chaque diagramme pour distinguer chaque question.

Ensuite, je présenterai de manière synthétique les éléments apportés par les interviewés lors des entretiens en suivant l'ordre de ma grille d'entretien. Par ailleurs, j'ai retranscrit dans son intégralité l'entretien n°2⁶². J'ai choisi cet entretien car j'y ai retrouvé des difficultés similaires avec les trois autres entretiens malgré une fusion datant de 1999. De plus, cette fusion fut suivie d'un déménagement cinq ans plus tard. J'ai donc trouvé intéressant de retranscrire celui-ci. Cependant, tous les entretiens ont été riches d'apports et m'ont montré différentes gestions d'équipe lors de fusions d'unités.

Enfin, je vais mettre en corrélation les éléments apportés par les deux outils d'enquête.

5.3.1 La synthèse des questionnaires

J'ai distribué au total cent dix questionnaires que j'ai répartis avec l'aide des cadres de santé, au sein des trois unités en fonction du nombre d'agents concernés par mon enquête. J'ai récupéré au total 56 questionnaires soit un taux de retour de 51%. J'ai exploité les résultats en les séparant par services. Afin de respecter l'anonymat, j'ai fait le choix de les nommer comme suit :

- Service A : Centre Hospitalier implanté sur deux sites. Le nombre de retour de questionnaires s'élève à 10.
- Service B : Centre Hospitalier, dans un service où il y a eu une fusion de trois services. J'ai récupéré 30 questionnaires.
- Service C : C'est une création d'une nouvelle unité dans un Centre Hospitalier où trois équipes ont été réunies. 16 questionnaires représentent ce service.

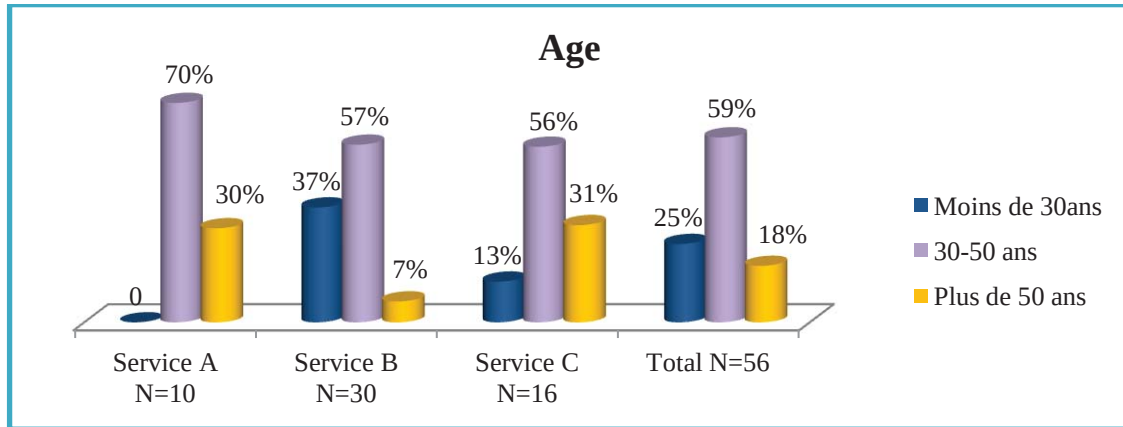
Le fait de distinguer les questionnaires par services me permet de comprendre certains enjeux. En parallèle de ces résultats, j'ai réalisé pour chaque question, la représentation des 56 questionnaires car du fait du nombre peu important de questionnaires notamment pour le service A, les résultats sont parfois à nuancer.

Pour plus d'exhaustivité, j'ai croisé enfin les données des différentes réponses en tenant compte de la situation des professionnels (l'âge, la catégorie socio professionnelle, le nombre d'années d'exercice et les différents services dans lesquels les professionnels ont exercé).

⁶² Annexe 7 : Retranscription de l'entretien n°2 auprès de Madame G de l'établissement 1.

Concernant la situation des professionnels

Question 1 : Quel âge avez-vous ?



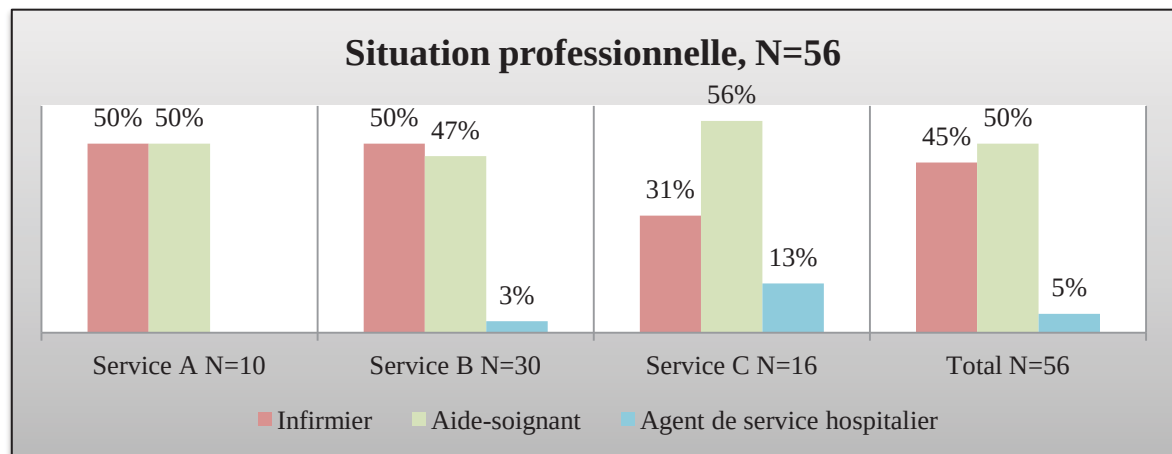
Dans tous les échantillons de personnes, le taux des 30-50 ans est le plus important, ce qui correspond aux statistiques⁶³ de juillet 2013 réalisées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des statistiques (DREES). Aussi, au sein du service C, les données se rapprochent de cette enquête avec une population des plus de 50 ans supérieure à celle de la génération Y.

En revanche, elles diffèrent légèrement dans le service B puisque les tendances entre ces deux générations sont inversées.

Quant au service A, je n’ai pas eu de retour de questionnaire pour les moins de 30 ans. Ce résultat peut être expliqué par la date de la fusion de cet établissement qui remonte à plus de dix ans.

⁶³ DREES. *Etudes et résultats*. N°846, juillet 2013. Disponible sur : http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/etudes_et_resultats/etude_resultats_drees_846_etablissements_sante_personnel_soignant_plus_age.pdf (consulté le 14/04/2014).

Question 2 : Vous êtes :



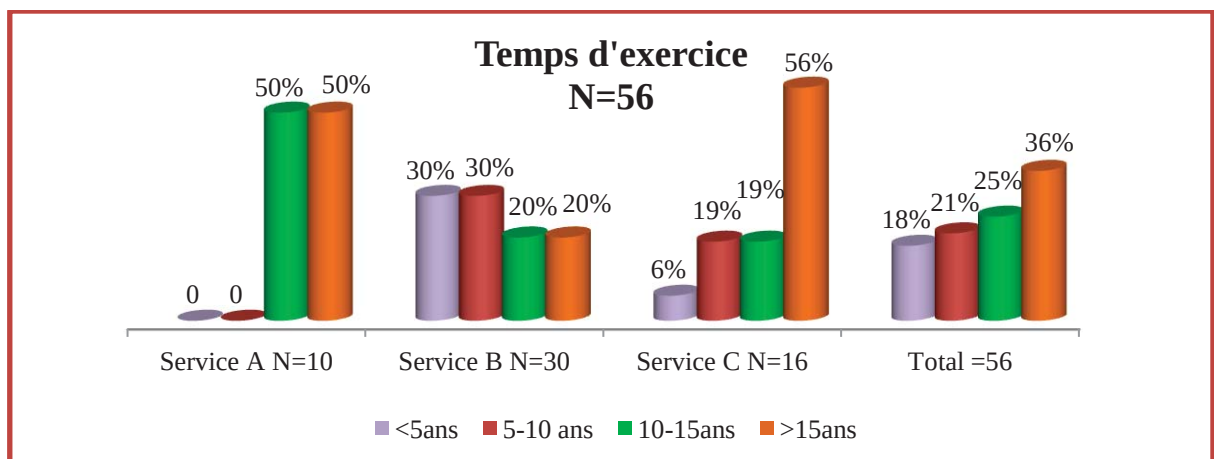
Les professionnels ayant répondu sont majoritairement, à 95%, des AS ainsi que des IDE. Les ASH sont en plus petit nombre, ceci peut s'expliquer du fait de la configuration des équipes dans les unités de soins.

Je note également que les infirmiers sont en majorité dans la catégorie des moins de trente ans puisque sur 13 personnes de cette génération, 9 sont des IDE et 4 sont des AS.

En revanche la tendance s'inverse concernant la catégorie des 30-50 ans avec 20 AS et 13 IDE.

Les 3 ASH ayant répondu au questionnaire, sont tous âgés de plus de 50 ans.

Question 3°: Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?



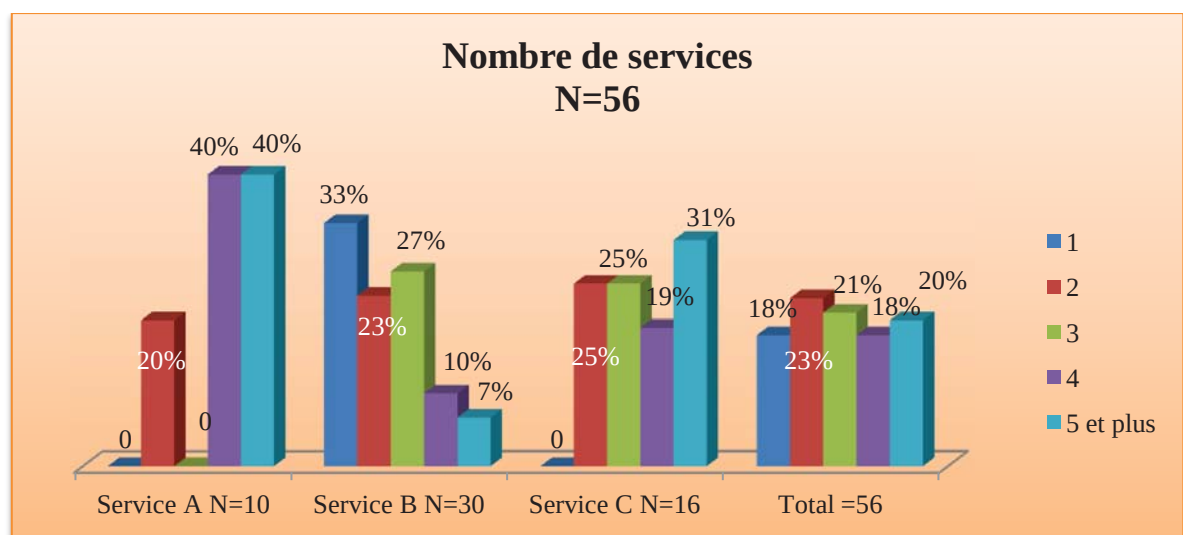
La majorité des professionnels enquêtés exercent cette profession depuis plus de quinze ans. Ce qui peut expliquer cette tendance est le nombre important de 30-50 ans et des plus de cinquante ans dans les services A et C. En effet, si je croise les données avec

les âges et les catégories socio-professionnelles, je m'aperçois que les IDE de 30-50 ans exercent cette profession pour 8 personnes depuis 10-15 ans et pour 5 personnes depuis plus de 15 ans, ils ont donc fait leurs études avant 30 ans. Concernant les 20 AS faisant partis de la tranche d'âge 30-50 ans, ils sont 8 à exercer depuis moins de dix ans dont 3 depuis moins de cinq ans.

Pour la catégorie des plus de 50 ans, sur les 10 personnes, tous exercent depuis plus de 15 ans, seul un ASH est dans cette profession depuis 5 à 10 ans.

Dans le service B, les professionnels exercent depuis moins de 10 ans en majorité, avec 30% pour un temps inférieur à 5 ans et pour celui entre 5 et 10 ans, ce qui peut être, là encore, mis en corrélation avec la représentation des moins de 30 ans qui est le taux le plus élevé de cet enquête avec 37% des professionnels de ce service.

Question 4 : Dans combien de service avez-vous exercé en comptant celui où vous travaillez actuellement ?



Globalement, je remarque ici que les professionnels sont amenés à exercer dans plusieurs services au cours de leur parcours.

Dans le service A, les enquêtés ont exercé à 40% dans 4 services, de même dans 5 services et plus dans leur carrière. Avec des taux les plus importants en associant l'âge ainsi que la durée d'exercice pour ce service, les résultats obtenus dans cette question paraissent être en adéquation.

Au sein du service B où le taux est majoritairement plus élevé à 33% pour avoir exercé dans un seul service, l'explication réside dans l'âge des professionnels. En effet, en

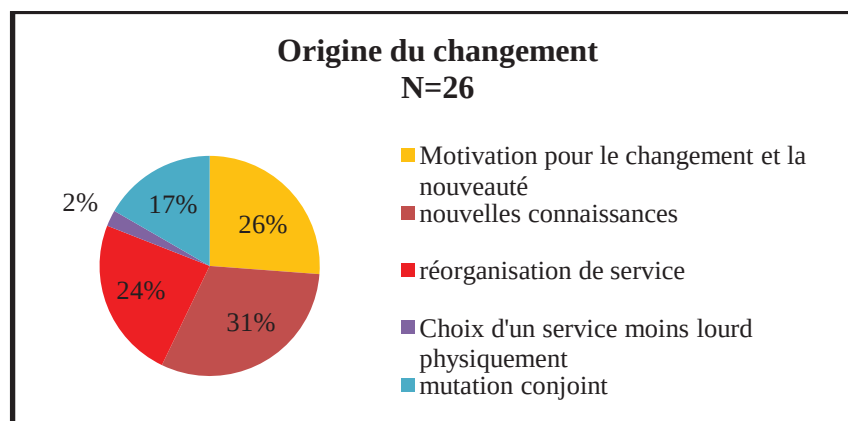
croisant les données entre les deux questions ce sont les personnes appartenant à la génération Y qui ont répondu avoir exercé dans un service à hauteur de 72%.

Quant au service C, les professionnels représentés ont travaillé à 31% dans 5 services et plus. C'est également dans ce service que le taux du temps d'exercice supérieur à 15 ans était le plus élevé et le taux de présence de jeunes professionnels le plus faible. Je note également que pour aucun professionnel du service C ce service est leur premier service. Ceci peut s'expliquer par la spécificité de cette unité de chirurgie qui accueille sept spécialités chirurgicales différentes.

En tenant compte des réponses précédentes, j'identifie que l'exercice dans différents services est en lien avec les années de pratique de la profession. En effet, les moins de 30 ans ont exercé à 92% dans un ou deux services. En revanche, pour les plus de 50 ans, 90% ont travaillé au sein de plus de 3 services dont 40% dans au moins cinq unités.

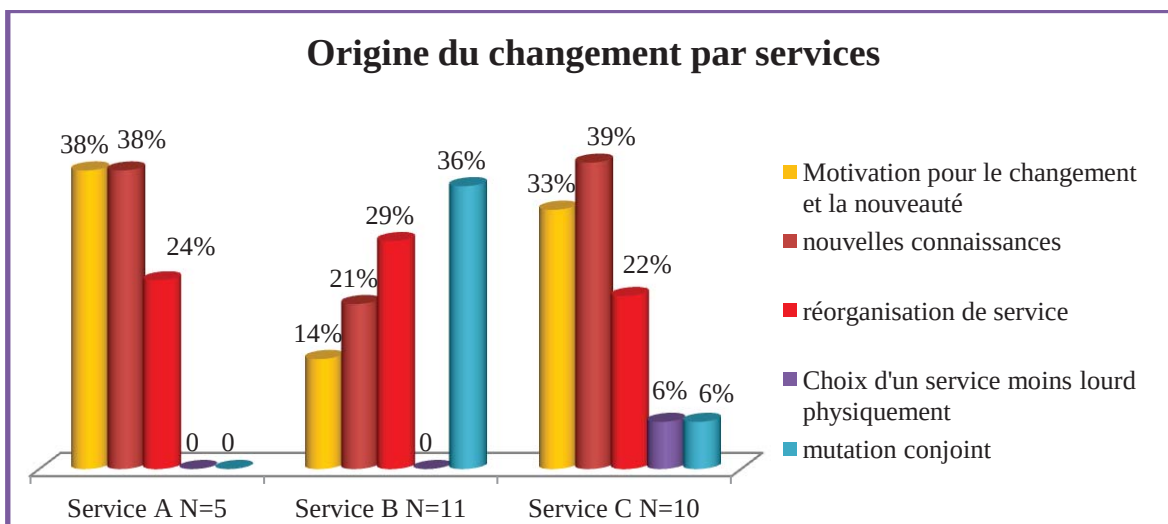
Afin de bien saisir les raisons de ces changements, je vais m'appuyer sur la prochaine question.

Question 5 : Quelles sont les raisons à l'origine de ces changements de service ?



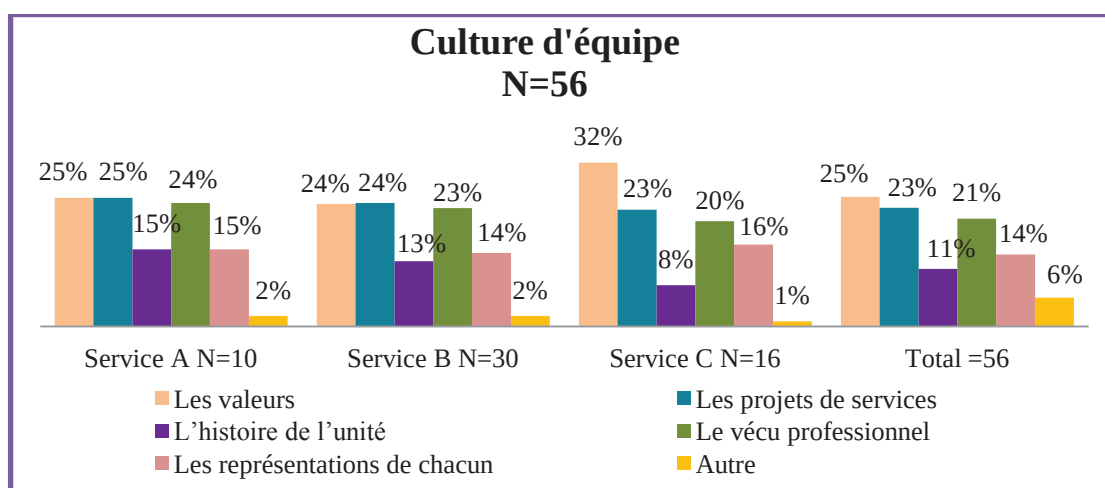
Au sein de cette question ouverte, j'ai retrouvé cinq raisons principales à l'origine de ces changements. Aussi, majoritairement à 31%, les professionnels sont amenés à changer de service pour acquérir de nouvelles connaissances et/ou trouvent un intérêt au changement. Je retiens aussi que les réorganisations de service représentent à 24% la raison d'un changement.

Je note également que plus de la moitié des professionnels n'ont pas répondu à cette question, néanmoins d'autres ont donné plusieurs motifs de changement qu'il est intéressant de comparer avec la tendance globale.



Les taux des services A et C sont représentatifs des résultats globaux. En revanche, ceux du service B ne montrent pas autant de changements que je qualifierais de « choisis » mais plutôt des changements « contraints » soit pour suivre leur conjoint à 36%, soit suite à des réorganisations de service à 29%, ce qui peut influencer sur les prochaines réponses. En croisant les données, les changements contraints sont autant évoqués par les IDE que par les AS. Néanmoins, deux ASH sur trois ont été motivés à changer pour développer une autre vision dans l'objectif d'évoluer vers la formation par validation des acquis de l'expérience.

Question 6°: selon vous, qu'est-ce qui favorise une culture d'équipe ?

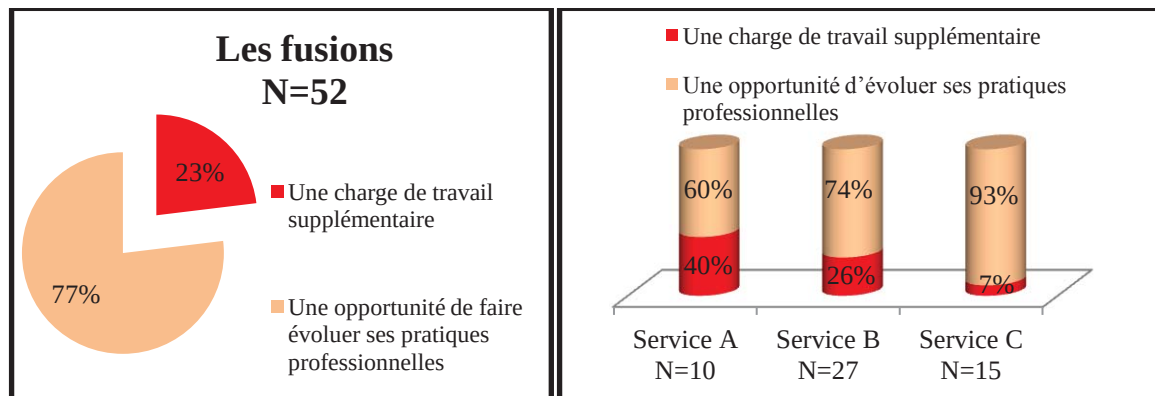


La culture d'équipe est associée par les professionnels principalement aux valeurs à 25%, aux projets de service à 23% ainsi qu'au vécu professionnel à 21%. Ces tendances sont représentées au sein des trois services. Par ailleurs, les IDE associent principalement la culture d'équipe aux valeurs et les AS aux projets de services.

Les enquêtés avaient le choix avec la case « autre » de lier la culture d'équipe avec d'autres éléments. Aussi, j'ai obtenu huit réponses « autre », dont deux qui lient la culture d'équipe à la cohésion d'équipe, aux « *différentes générations* » qui composent l'équipe, à une « *bonne collaboration* » et au fait que chacun apporte ses savoirs ainsi que ses expériences.

Concernant la fusion d'unités

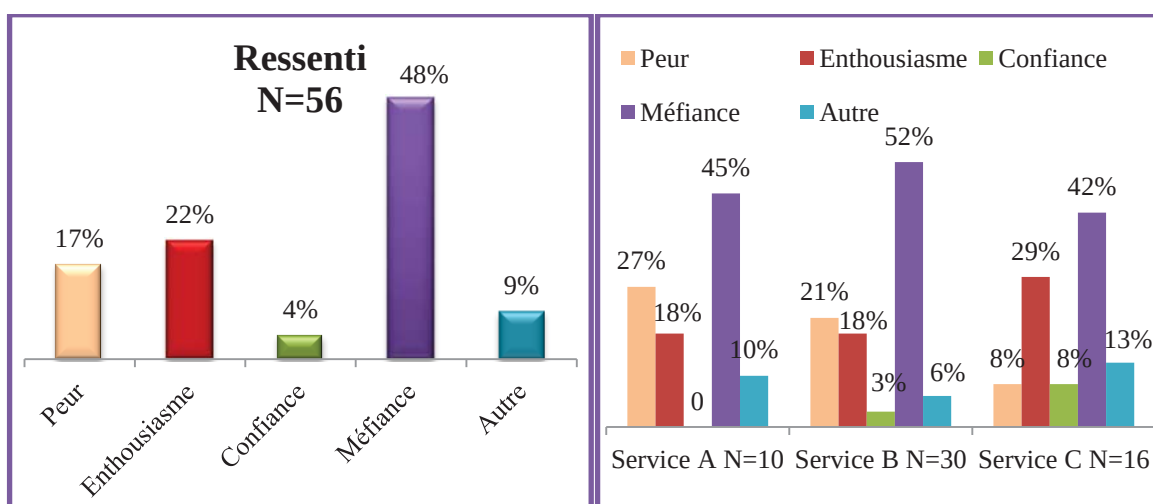
Question 7°: Lorsque l'on parle de fusion d'unités, cela vous évoque :



A 77%, les professionnels associent le terme de fusion d'unités à une opportunité de faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Outre le service B, pour lequel les résultats sont proches du total, ces taux sont à nuancer car ils varient en fonction des unités. Aussi, pour le service C, la fusion est liée à un aspect positif puisqu'à 93%, les professionnels évoquent que c'est une opportunité. En revanche, les taux du service A sont moins distincts avec 60% pour un aspect positif et 40% pour un aspect négatif liant les fusions d'unités à une charge de travail supplémentaire.

De plus, les tendances sont relativement homogènes entre les différentes tranches d'âges. Néanmoins, je note que les AS sont plus partagés dans leurs réponses car ils associent la fusion à une augmentation de la charge de travail à 33%. En revanche, pour les trois ASH, c'est une opportunité de faire évoluer leurs pratiques.

Question n°8 : Quel a été votre ressenti lorsque vous avez appris la fusion d'unité ?



Le ressenti vécu par les professionnels lors d'une fusion d'unités est principalement, à 48%, de la méfiance. Celui-ci est tempéré par le second qui est l'enthousiasme.

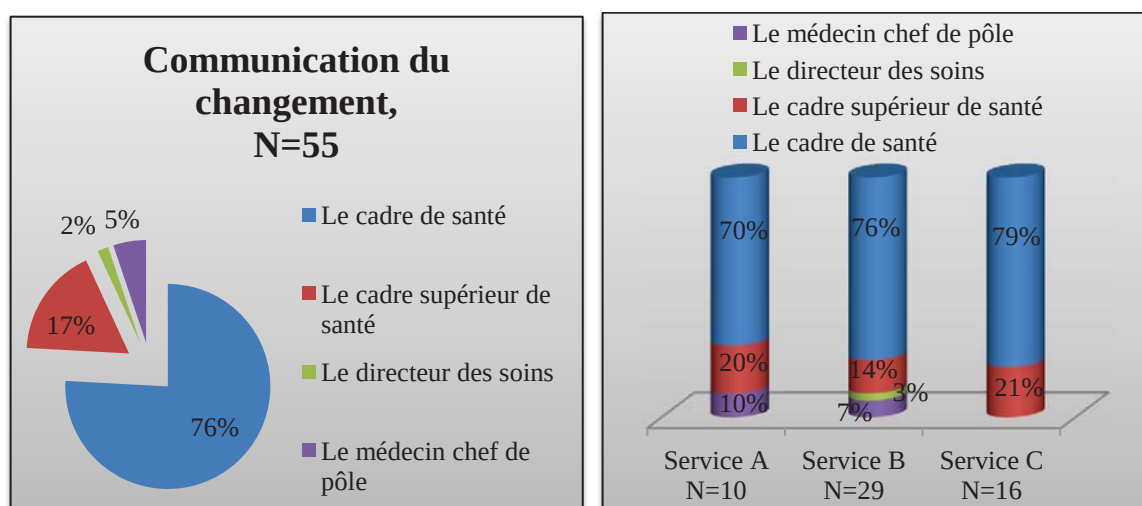
En regardant les résultats détaillés par services, je me rends compte qu'ils sont à mettre en perspective en fonction de leurs contextes singuliers. Ces derniers entraînent certainement les nuances dans les résultats. Pour les services A et B par exemple, les professionnels ont estimé respectivement à 27% et 21%, que leur ressenti à l'annonce de la fusion est la peur.

Lorsque les enquêtés ont coché la case « autre », ils ont spécifié :

- « un changement des habitudes
- peu compris car peu d'explications
- une méconnaissance des pathologies
- du stress »

De plus, ces résultats sont à mettre en perspective aussi en fonction des catégories socio-professionnelles ainsi que des tranches d'âges. En effet, les IDE évoquent en premier lieu un ressenti de méfiance et en second lieu c'est celui de peur notamment pour les IDE de moins de 30 ans. En revanche, concernant les AS de moins de 30 ans, tous ont évoqué la méfiance, cependant plus les âges ainsi que l'expérience dans la profession sont avancés, plus la tendance devient de l'enthousiasme. Enfin, sur les trois ASH, deux ont eu une sensation de confiance lors de l'annonce et un de méfiance.

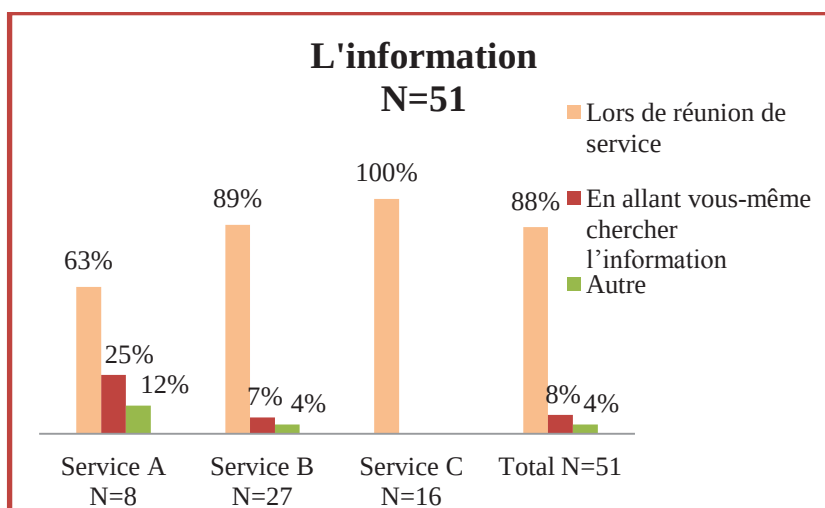
Question n°9 : Par qui avez-vous eu connaissance du changement ?



Pour 76% des enquêtés, c'est le cadre de santé qui a transmis les informations concernant le changement. Cette schématisation en secteur est représentative de toutes les équipes ayant participé à ce questionnaire. Cette tendance s'explique par la place du CDS qui est le lien hiérarchique direct des équipes d'unités. Aussi, la seconde position qui intègre le cadre supérieur de santé vient appuyer cette explication.

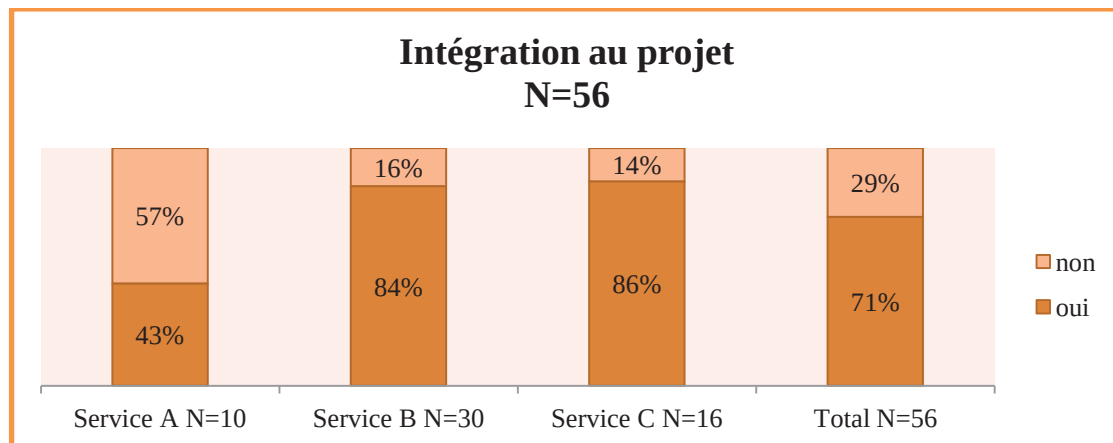
Je relève également que les services A et B incluent le médecin chef de pôle comme acteur de communication du changement.

Question n°10 : Comment avez-vous été informé ?



88% des professionnels ont été mis au courant de la situation au cours d'une réunion de service. Cinq personnes n'ont pas répondu à cette question. Les professionnels du service C ont indiqués à 100% que la fusion fut abordée lors d'une réunion de service. Comme pour la réponse précédente, l'explication la plus probable semble être celle de l'intervention du CDS au cours d'une réunion de service.

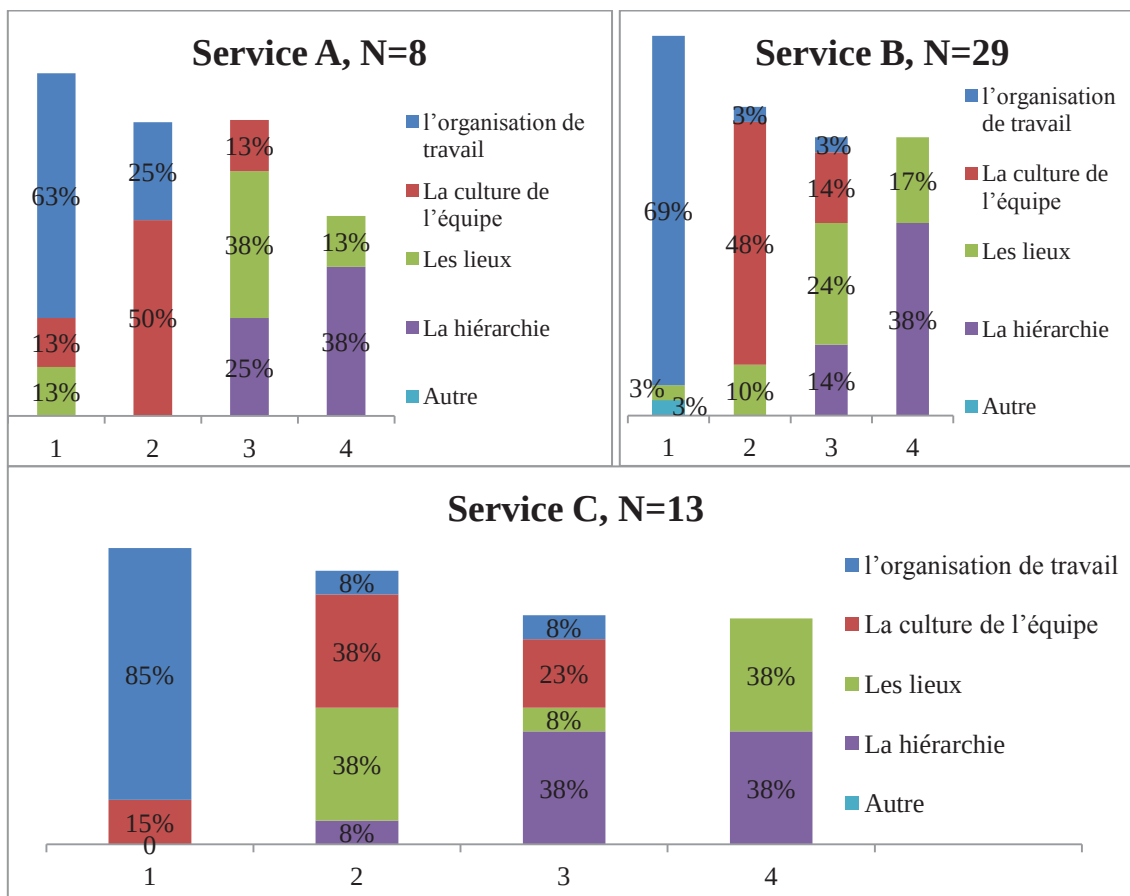
Question n°11 : Vous-êtes vous senti intégré au projet ?



71% des enquêtés se sont sentis intégrés au projet. Par ailleurs, si je tiens compte des réponses des services B et C, ce taux s'élève à 85%. Les professionnels sont donc impliqués dans ce type de situation et ils expliquent notamment qu'ils sont sensibles à l'amélioration de la prise en charge du patient, des conditions de travail et à l'accueil des professionnels arrivants sur l'unité. J'ai également retrouvé que cette implication dans le projet se faisait par la création de groupes de travail ainsi que par la mise en commun pendant les réunions d'organisation du service. Les résultats croisés entre les âges et les professions ne révèlent pas de données significatives, je note tout de même que les AS de moins de trente ans et ceux de plus de cinquante ans se sont tous sentis intégrés au projet. Néanmoins, cette tendance générale est atténuée par les réponses des professionnels du service A qui donnent une plus grande importance au fait qu'ils n'ont pas été intégrés au projet, à hauteur de 57%. Les explications qui enrichissent leurs réponses sont le fait d'avoir vécu la fusion comme imposée sans prise en compte de leurs points de vue.

Question n°12 : Selon vous, quel est le changement le plus marquant lors de la fusion ?

Dans cette question, je précisais de classer à 1 le plus marquant et à 4 le moins marquant, cependant ma requête n'a pas été prise en compte par 6 personnes car leurs réponses furent des croix dans les espaces dédiés. Je pense alors que ma question était trop longue et que le fait de l'avoir mis en italique la rendait moins visible.



Au total, les équipes ont répondu comme suit :

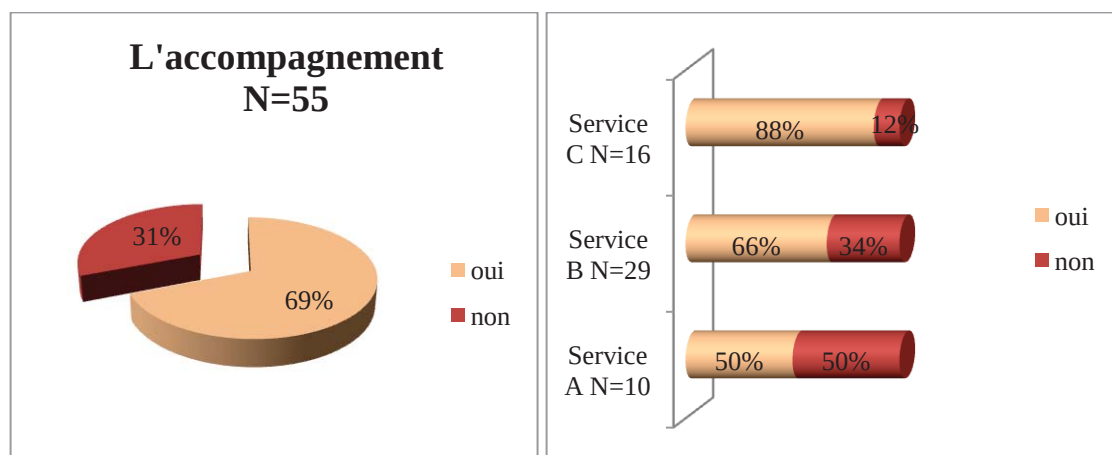
1	L'organisation de travail
2	La culture d'équipe
3	Les lieux
4	La hiérarchie

Les équipes ont en effet majoritairement associé la fusion avec les changements d'un point de vue organisationnel. Ce point de vue est noté par les trois ASH et pour la totalité des IDE le changement le plus marquant est également celui sur l'organisation du travail, à l'exception d'un qui l'a noté en seconde position en mentionnant le changement géographique comme changement le plus marquant. Par ailleurs, ce même IDE a rajouté à la fin du questionnaire « les réponses aux questions dépendent du fait que la fusion se fasse dans son service ou pas ». Chez les AS je retrouve également cette tendance cependant elle est atténuée par 6 réponses qui estiment que la culture d'équipe est le changement le plus marquant lors d'une fusion d'unités et 3 personnes pensent que c'est le changement de lieux.

Le deuxième élément le plus marquant est l'impact sur les cultures d'équipe pour les services A et B avec un taux à, respectivement 50% et 48%. Les professionnels du service C sont partagés pour mettre les changements en termes de culture d'équipe ou les changements de lieux comme étant les deuxièmes plus marquants.

Sur les 50 personnes, un professionnel du service B a noté en première position que le changement le plus marquant lors d'une fusion est celui concernant la prise en charge du patient.

Question n°13 : Avez-vous été accompagné dans ce changement ?

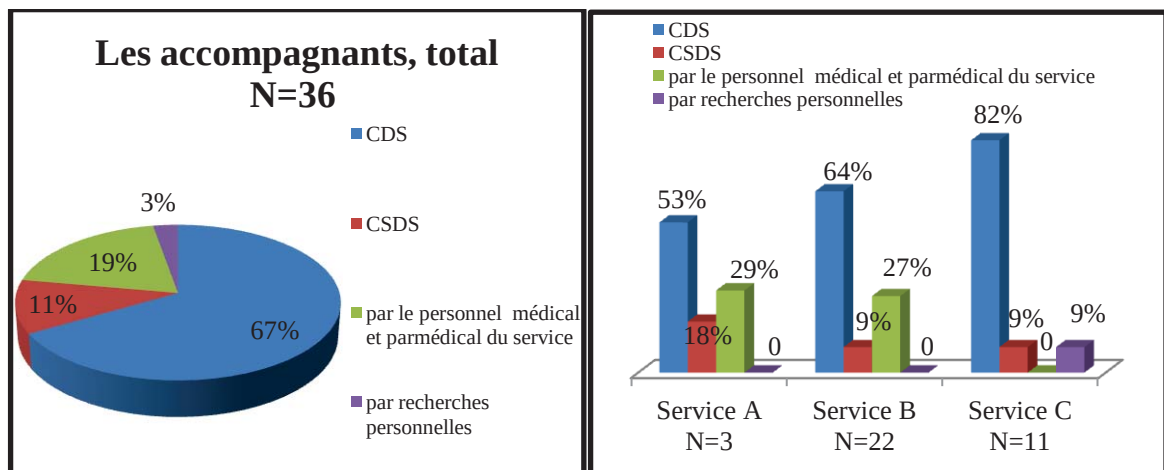


J'observe que les équipes estiment être à 69% accompagnées face à ce type de changement. Je constate également qu'au sein d'une même équipe, les professionnels ont différentes perceptions de l'accompagnement, puisque, outre le service C qui répond à 88% avoir été accompagné, le service B est plus réservé avec 66%, quant au service A, les professionnels sont partagés à 50%. Il me semble intéressant de rappeler également qu'ils ne se sentaient pas intégrés au projet à 57%. Lorsque je croise les données, l'aspect négatif est majoritairement donné par les ASH à deux réponses sur trois. Concernant la perception des IDE, il se trouve que pour 75% ils se sont sentis accompagnés dans cette démarche, quant aux AS, ce taux est à 71%. En ciblant sur les âges, je relève que la totalité des AS de plus de 50 ans disent avoir été accompagnés alors que pour les IDE de cet âge la tendance est inversée. Le reste des tranches d'âge ne révèle pas de tendance particulière. Toutefois, pour éclaircir ces réponses je peux m'appuyer éventuellement sur les éléments évoqués lors de la question 16.

Pour finir, je note qu'une personne n'a pas donné suite à cette question.

Pour cette question, j'avais indiqué aux professionnels disant qu'ils n'avaient pas eu d'accompagnement, de passer directement à la question n°16, donc le total des questionnaires pour les deux prochaines questions sera moins élevé.

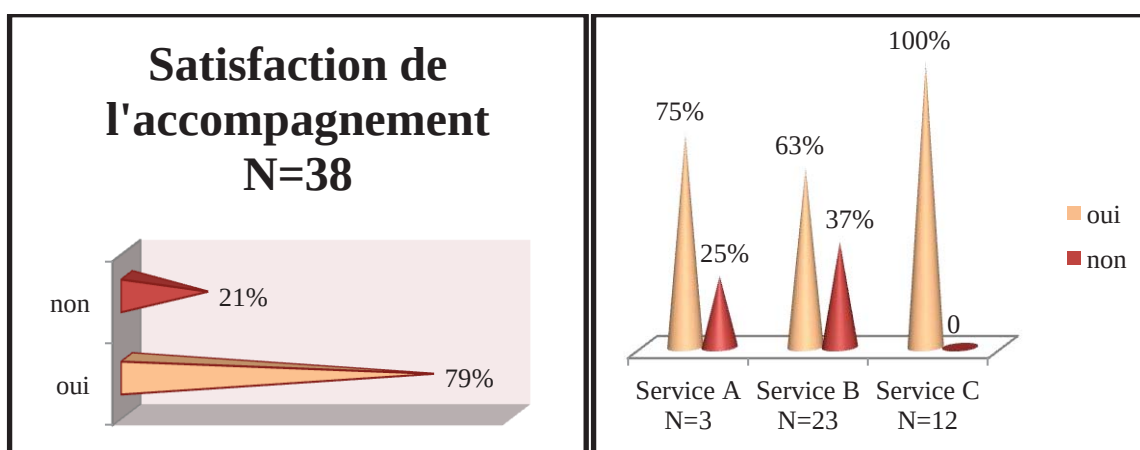
Question n°14 : Par qui ?



A l'unanimité ou 67%, les professionnels ont été accompagnés par le cadre de santé. A 19%, il semble que cet accompagnement ait été fait par le personnel médical et paramédical du service. En effet, les services A et B ont mis en évidence cet accompagnement avec respectivement des taux à 29% et 27%. Aussi, au travers de ces questionnaires, plusieurs personnes de l'équipe A ont notifié leurs implications pour accueillir les nouveaux arrivants. Cette notion d'accompagnement par l'équipe est majoritairement, à 60%, signifiée par les AS de la génération des 30-50 ans.

En revanche cette donnée ne se retrouve pas au sein du service C. Une raison probable est que ce service a été une création et qu'aucun professionnel n'y travaillait auparavant. Chacun devait donc y trouver ses marques et certainement travailler par ajustement mutuel. Rajoutons que c'est le seul service qui inclut, au-delà de l'accompagnement par le CDS, les recherches personnelles.

Question n°15 : Cela vous a-t-il semblé suffisant ?



Les professionnels sont satisfaits à 79% de l'accompagnement dont ils ont bénéficié durant la fusion. Il est à noter que 100% du service C a répondu de manière positive. Peut-être peut-on corrélérer ce sentiment avec le sentiment d'avoir bien été informés et ce par le même média. Pour mémoire, 100% des professionnels répondaient avoir été informés en réunion et 86% se sont sentis bien intégrés au projet.

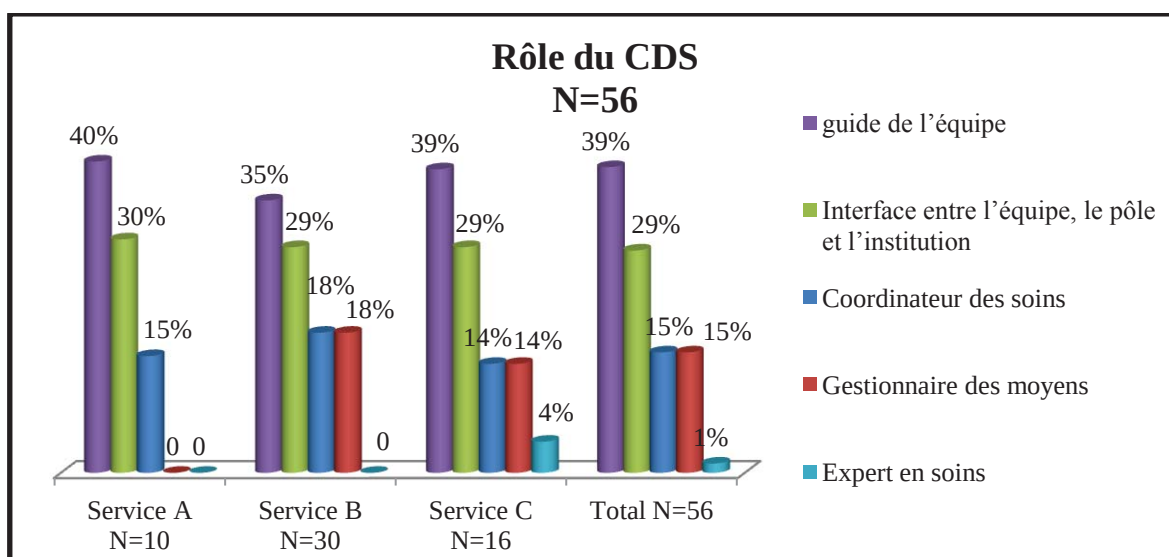
Le taux de satisfaction du service A à 75% est assez proche des résultats globaux, en revanche ceux du service B sont plus réservés avec un taux de satisfaction à 63%. Il est donc intéressant de tenir compte des remarques concernant leurs attentes. Ainsi, je relève :

- « Un meilleur accompagnement par les professionnels,
- Plus de formations
- Trop de temps en attente avant la fusion avec des réunions peu constructives
- Le cadre supérieur de santé peu présent ».

Si je reprends ces remarques, je ne sais pas de quels professionnels parle l'enquête, cela fait partie par ailleurs d'une des limites de mes outils. En effet, contrairement aux entretiens, on ne peut clarifier les termes employés pour une meilleure compréhension. (Toutefois, il est possible de faire, sans jugement, l'hypothèse que le cadre de santé n'a peut-être pas pu amplement prendre sa place stratégique dans cette démarche de changement, et d'autres professionnels ont alors joué un rôle dans l'accompagnement, créant probablement des disparités dans le sentiment d'avoir été bien accompagné. Pour pousser l'hypothèse jusqu'au bout, si le cadre n'a pu amplement occuper cette place, des zones d'incertitudes, zones de pouvoir, ont pu voir le jour et des jeux d'acteurs ont pu avoir lieu au moment de cette fusion pour maîtriser ces zones d'incertitudes).

Ensuite, concernant la notion de formation, elle est notée par trois personnes, quant à la présence insuffisante du cadre supérieur de santé, deux personnes l'ont inscrite.

Question n°16 : Selon vous, quel est le rôle majeur du CDS dans ce type de contexte ?

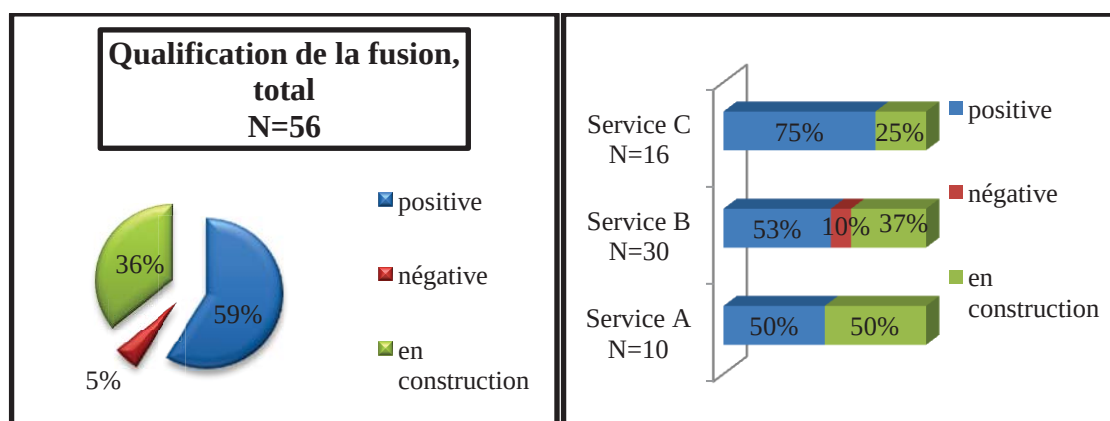


Indéniablement, à 39% les professionnels des trois services considèrent que le rôle majeur du CDS est d'être un guide de l'équipe. Une remarque fut inscrite dans la case autre indiquant « *la motivation du cadre de santé est indispensable* », ceci laisse à penser que le CDS inspire l'équipe durant cette épreuve. Cependant, les résultats sont à nuancer car je note à nouveau dans cette question une non prise en compte de l'indication qui suivait la question, à savoir de ne cocher qu'une seule case. De fait, j'ai obtenu au total 84 cases cochées pour cette question.

Le taux qui vient ensuite représente, à 29%, le rôle d'interface entre l'équipe, le pôle et l'institution, qui est un rôle de lien. Le rôle de coordinateur des soins et le rôle de gestionnaire des moyens ont été mentionnés tous deux à 15%.

Je note également que le taux minimal de 1% est attribué à la notion d'expert en soins. Seul un ASH a donné cette réponse. Ce résultat peut s'expliquer avec l'évolution du métier de CDS, qui n'est plus dans cette logique.

Question n°17 : A ce jour, qualifiez-vous cette fusion comme étant :



Malgré les difficultés qui peuvent se rencontrer lors de fusion d'unités, les professionnels qualifient ce type de changement comme étant positif à 59%. L'autre aspect qui peut être révélateur est la notion de temps. En effet, les agents du service A pour lesquels la fusion a eu lieu il y a plus de 10 ans, estiment à 50% qu'elle est positive et à 50% qu'elle est toujours en construction. Je retrouve également une majorité de personnes dans les trois catégories professionnelles, qualifiant la fusion comme étant en construction pour ceux qui exercent depuis plus de 15 ans.

Concernant le service B, les résultats sont aussi mitigés avec une fusion qualifiée de positive à 53%. C'est le seul service où je relève une notion négative avec un taux à 10%. Le service C est celui qui qualifie à 75% la fusion de positive et à 25% en construction. Ces taux sont en prolongement des résultats obtenus aux questions précédentes et de la satisfaction globalement affichée par cette équipe, qui dit avoir été bien informée et bien accompagnée, répondant de plus avoir été accompagnée pour 84% des professionnels par le CDS. L'on peut faire l'hypothèse de la bonne conduite du changement par ce CDS, tout en gardant à l'esprit que tous ces résultats dépendent également de paramètres moins objectivables que portent les contextes généraux de ces différents sites.

Nous pouvons remarquer également que la question 16 nous montre que quels que soient les taux de satisfaction ou autres, le rôle du CDS est perçu à juste titre en fonction de ses missions, à savoir notamment être un guide de l'équipe, un pilote, et un acteur de lien dans l'institution, l'organisation.

5.3.2 La synthèse des entretiens

Pour une meilleure lisibilité, j'ai synthétisé sous forme de tableaux les deux premières parties concernant l'identité professionnelle ainsi que le contexte de la fusion. J'ai attribué des couleurs différentes pour distinguer chaque entretien et j'ai laissé sans couleur les points communs.

L'identité professionnelle

Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3	Entretien n°4
<u>Etablissement 1</u> : Centre Hospitalier implanté sur deux sites distants de sept kilomètres depuis 1997		<u>Etablissement 2</u> : Centre Hospitalier	<u>Etablissement 3</u> : Etablissement Public de santé
41 minutes	35 minutes	42 minutes	1h16
Cadre supérieur de pôle depuis 2009. Cadre de santé depuis 2004.	Cadre supérieur de pôle depuis 2007. Cadre de santé depuis 1997.	Cadre de santé depuis 2009.	Assistant de cadre de pôle. Cadre de santé depuis 2004.
IDE			Psychomotricien

Les cadres de santé que j'ai interrogée ont pour trois d'entre eux une expérience en cette qualité de dix ans ou plus. Seul un occupe cette fonction depuis 2009. Aussi, pour ces trois même CDS, je constate qu'ils ont évolué vers la fonction de cadre supérieur de santé ou sont en cours de le devenir.

La fusion

Fusion des deux unités de réanimation des deux sites A et B en 2010 sur le site A.	Fusion des deux unités de gynécologie des deux sites. Dans un premier temps, en 1999 le service de gynécologie s'est installé sur le site A puis en 2004, le service a déménagé vers le site B.	Création d'une unité de chirurgie en 2013 rassemblant trois équipes venant de trois unités différentes.	Passage d'une unité de dix neuf lits à deux unités de treize lits chacune avec une équipe pluri-professionnelle commune aux deux unités.
--	---	---	--

Les contextes sont ainsi tous différents. En effet, pour le premier établissement, la fusion s'effectue entre deux unités de deux sites différents sur un de ces deux sites. La particularité du deuxième entretien est que le CDS a vécu une fusion qui a réuni également deux services de deux sites différents sur un de ces sites, et que cinq ans plus tard, le nouveau service a déménagé sur l'autre site. Le troisième entretien parle de plusieurs équipes rassemblées lors d'une création d'unité donc cela peut apporter une vision différente. Pour finir, le quatrième entretien n'évoque pas une fusion d'équipes mais une extension d'unité avec un changement fonctionnel en intégrant auprès d'une équipe soignante, d'autres catégories socio-professionnelles.

Les équipes soignantes

Impacts sur l'organisation du travail des soignants :

Les cadres de santé des trois premiers entretiens ont abordé la question par le fait que la réorganisation ne permettait pas d'accueillir tous les **professionnels en postes**. Ainsi, des entretiens de mobilité ont été effectués pour guider les professionnels vers l'unité la plus adaptée en regard de leurs compétences, leurs objectifs, des disponibilités, etc. En revanche, ce n'était pas le cas concernant la situation du dernier entretien puisque l'augmentation du nombre de lits pour la deuxième unité a engendré une augmentation du nombre d'ETP. Néanmoins, l'impact sur l'organisation du travail des soignants réside essentiellement, dans cette situation, sur le **travail en collaboration** avec une équipe pluri-professionnelle. En effet, l'unité de dix neuf lits fonctionnait avec des IDE et des AS alors que les deux unités de treize lits regroupent des IDE, des AS, des éducateurs, des ergothérapeutes ainsi que des psychomotriciens. Les professionnels devaient « *accepter que d'autres personnes aient des compétences différentes, des pratiques différentes et que cela puisse fonctionner avec les patients* ».

Un autre aspect qui revient dans tous les entretiens est celui du **changement géographique**. Pour l'établissement n°2, aucune des trois équipes ne travaillait sur le service où a eu lieu la fusion. Concernant l'établissement n°3, suite à l'augmentation du nombre de lits, il y a eu deux unités au lieu d'une, séparées par un couloir, donc changement géographique ou plutôt « extension » pour les professionnels présents précédemment. Concernant l'établissement n°1, une des équipes de réanimation a été amenée à changer de site et aller rejoindre l'autre équipe sur son site. Il en est de même pour l'équipe de gynécologie, qui a vécu également le déménagement cinq ans plus tard.

De plus, les professionnels ont travaillé ensemble dans le but **d’harmoniser les pratiques de soins**. Dans le premier entretien, les deux unités de réanimation n’utilisaient pas les mêmes protocoles de soins selon les sites. Dans l’entretien n°3, s’ajoutait à ce travail, un **changement de spécialités** puisque les professionnels avaient des compétences dans chaque discipline de chirurgie, néanmoins ils devaient acquérir des compétences sur la totalité des spécialités de ce nouveau service. Le cadre de santé expliquait qu’il établissait les plannings en fonction des compétences des agents : *« au niveau de l’organisation de travail c’était de pouvoir faire en sorte que chaque jour on puisse avoir IDE et AS compétents dans la majorité des spécialités dans l’unité au même moment, c’est-à-dire ne pas mettre des gens issus de l’orthopédie par exemple une même journée, mais à chaque fois de prévoir l’ensemble des agents qui avaient les connaissances sur toutes les chirurgies »*. Je n’ai pas retrouvé cette notion d’harmonisation des pratiques lors de l’entretien n°2. Une explication probable est le nombre peu important de soignants qui sont restés dans cette unité.

Lors de l’entretien n°4, le CDS a qualifié la situation comme étant *« un **changement de rupture**, c’est-à-dire qu’il faut accepter de perdre quelque chose pour aller vers autre chose [...] il faut perdre, accepter, gagner [...] ce n’est pas d’oublier ce que j’ai fait avant mais de faire un pas en mettant les choses de côté pour les voir différemment »*.

Ressenti des professionnels

Les réponses que m’ont donné les CDS sur ce qu’ils ont pu percevoir des ressentis des professionnels sont de deux ordres.

Tout d’abord, des ressentis d’ordre plutôt négatif avec des **craintes** liées à l’intégration d’un nouveau service et de nouvelles pathologies nécessitant des compétences différentes. Trois CDS sur quatre ont en effet exprimé ce point de vue en ajoutant que chaque professionnel pense faire *« le mieux »* et que la première réflexion qu’il se fait est que *« ça ne va pas être bien »*.

De plus, un ressenti qui peut se rapprocher du changement géographique est la *« **douleur car ils quittent leur maison** »*. J’ai retrouvé cet aspect notamment auprès d’un des CDS pour qui l’équipe avait changé de site.

Enfin, une sensation de *« **déception** »* pour les professionnels qui n’avaient pas de poste suite au changement.

Néanmoins, ces aspects sont nuancés par des ressentis d’ordre positif. En effet, selon trois CDS, les équipes étaient *« **parties prenantes** »* et ont participé à la mise en place du projet.

Pour deux CDS, les équipes étaient « **attachées à la spécialité** » et le fait que le service accueille le même public les a **rassurées**.

Impacts sur les cultures professionnelles

Les réponses des CDS sont partagées. Pour deux CDS il y a eu un impact sur les cultures professionnelles avec pour l'un « **un choc culturel avec des heurts** » entraînant un **turn-over** de 48% des professionnels lors de la première année.

De plus, pour ces deux professionnels, la difficulté résidait dans la **reconnaissance des compétences** de l'autre, soit entre les personnes issues de la même catégorie socio-professionnelle, soit entre des personnes de catégories socio-professionnelles différentes : « *les cultures ont été modifiées du fait du **travail en collaboration** avec d'autres catégories socio-professionnelles, avec une mise en commun des champs de compétences de chacun* ».

Les deux autres CDS m'ont exprimé qu'il n'y avait pas eu d'impact sur les cultures professionnelles, cela étant du pour l'un au fait que la fusion s'est faite en plusieurs étapes. Aussi, les deux mettent en avant **l'importance de la communication** tout le long du processus. L'un a également exprimé qu'il avait été surpris car dans cette situation qu'il qualifie de stressante, les équipes ont beaucoup **échangé** et **partagé** leurs compétences ainsi que leurs savoirs.

La posture du cadre de santé

Rôle du CDS

Pour 100% des réponses, le CDS a un rôle « **primordial** » ou « **majeur** » dans **l'accompagnement** des équipes. Chacun a enrichi ceci en expliquant ce qu'il entendait par accompagnement. Pour l'un, c'était accompagner les professionnels que l'on connaît et tenter de **gagner la confiance** des autres. Pour un autre, cet accompagnement passe aussi par **l'organisation du fonctionnement** du service. Un CDS a exprimé que le rôle primordial était **d'impulser le changement**, qu'il devait être **moteur** en restant **authentique** pour montrer que « *la base est solide* » et pleine de **bon sens**.

Un des quatre CDS a complété en disant qu'il fallait avoir conscience que cela ne se faisait pas en « *un mois* ».

Autres acteurs

75% des CDS ont mentionné comme autres acteurs les **cadres supérieurs de santé** et le **Directeur des soins** en précisant que ce dernier avait une implication moins importante.

A 50% ils ont parlé de l'accompagnement par les **médecins** et un CDS a ajouté que leur présence pouvait également « *troubler* » les équipes en entraînant des questionnements supplémentaires. Cette même personne inclut **l'infirmière référente** comme acteur.

Le CDS de l'entretien n°3 compte aussi un **consultant de l'ANAP** ainsi que les **partenaires** comme la diététicienne et les kinésithérapeutes.

Un des CDS a englobé **l'équipe** et la **hiérarchie** en expliquant que le CDS avait un rôle « *de passeur* » et en rajoutant : « *globalement, c'est un échange, on ne peut pas travailler seul, il faut travailler avec l'équipe et la hiérarchie* ».

Plan d'action

Trois CDS mettent en avant que les **réunions de services communes** permettent de développer le travail en collaboration et les réflexions communes. Le CDS de l'entretien n°4 a détaillé ce qu'il attendait de ces réunions. Aussi, il m'a parlé de « *réunions préparées* » c'est-à-dire « *faire travailler les gens de leur côté pour participer lors de la réunion, dire qui ils sont, pour que chacun se connaisse et pour voir ce que les gens ont envie de transmettre à ceux avec qui ils travaillent* ». Ce même CDS a complété cette réponse sur la nécessité de porter « *une grande **vigilance sur le recrutement*** » ainsi que sur **l'importance des entretiens annuels**. C'est pour lui des aspects importants pour que cela fonctionne.

Dans 50% des entretiens, les CDS intègrent dans le plan d'action le fait d'amener les équipes à **visiter les locaux**.

Lors de l'entretien n°2, le CDS avait mis en place avec la Direction des soins, un support comprenant les **différents aspects du changement** tels que les ressources humaines, les travaux, les partenaires ainsi que la logistique.

Seul un CDS dans un entretien évoque dans le plan d'action, **l'évaluation** et les **réajustements** en aval de la fusion.

Apports de l'expérience

Globalement les réponses des quatre CDS lors de cette question furent assez disparates. En effet, pour deux CDS ils ont mobilisé leurs **capacités relationnelles** pour accompagner les équipes dans toutes les phases. Aussi, ils se sont appuyés de **l'expérience acquise en qualité d'infirmier**.

L'un d'entre eux a ajouté **l'expérience en tant que faisant fonction de CDS** avec « *un petit peu* » **d'improvisation**. Il évoque aussi l'avantage de pouvoir s'appuyer sur **l'expérience des fusions précédentes** en tenant compte des points positifs et des points négatifs.

Il est aussi ressorti d'un entretien la prise en compte des différents **types de management** pour adapter sa posture en fonction des situations.

Enfin, un CDS a exprimé tenir compte de « ***tout ce qui nous structure, les valeurs, l'éducation. Le fait d'acquérir des compétences tout au long de sa vie [...] c'est l'addition de tout ça qui fait que je suis ainsi dans mon management*** ».

Difficultés lors du changement

Globalement, les difficultés principales rencontrées par les quatre CDS sont liées à la **coordination des différents acteurs**. En effet, l'un aborde les difficultés pour mettre en lien les professionnels paramédicaux et médicaux afin d'établir un fonctionnement optimal pour assurer une prise en charge des patients de qualité et de sécurité. Autant que pour les équipes paramédicales, les équipes médicales ont-elles aussi du s'adapter en changeant leurs façons de faire et en s'imprégnant des organisations de chacun.

Au sein de cet aspect, je peux y intégrer le fait de **prendre contact auprès des nouveaux acteurs/partenaires** qui entrent en relation dans le fonctionnement du service ainsi que dans la prise en soins des patients. Ceci demande à recréer des liens, un réseau.

Outre ces aspects, un CDS a parlé de l'aide apportée aux équipes dans la **gestion du stress** engendré par ces changements.

Méthodes pour favoriser la collaboration des professionnels

Majoritairement, au travers des **réunions**, les CDS pensent favoriser le travail en collaboration. En effet, ce sont des **temps de partage** via des « réunions préparées » ou alors des temps qui permettent au CDS de « *faire le bilan, un état des lieux* » à chaque étape pour « *se retrouver dans l'existant et savoir comment on peut faire évoluer les choses* ».

La mise à jour des fiches de poste en collaboration avec les équipes paramédicales et médicales est également un support indéniable pour favoriser la collaboration des professionnels.

Enfin, un des CDS dit être en posture de « **guide** » avec une **mission de coordination** pour travailler la cohésion d'équipe ainsi que l'esprit de collaboration.

Stratégies managériales

Tous les CDS déclarent avoir recours aux **différents types de management** et être le **guide de l'équipe** : « *guider les équipes en tant qu'acteurs dans le changement* », les écouter et « *admettre que l'équipe est force de proposition* ». En cela, l'organisation doit être pensée avec l'équipe pour obtenir un résultat favorable. Ainsi, dans 75% des cas, les CDS disent utiliser entre autre un **management participatif**.

Seul un CDS pense qu'il ne faut pas être dans le management directif dans ce type de situation tant cela peut nuire à l'implication des acteurs.

Le CDS doit amener à « *un sentiment d'égalité, reconstruire une nouvelle équipe, un nouveau collectif de travail dynamique* », mais pour ce faire, **il faut du temps**. C'est un aspect que j'ai retrouvé dans trois entretiens où les CDS déclarent être « *stratèges* » et que « *c'est une stratégie sur du long terme* ».

Enfin, lors de l'entretien N°4, le CDS a insisté sur la **notion du travail en collaboration** du CDS, « *il faut s'inscrire dans une stratégie d'établissement, on ne fonctionne pas que pour son équipe, on fonctionne pour le pôle, pour l'institution* ».

Commentaires

Pour finir, j'ai décidé de retranscrire certains éléments que m'ont donnés les CDS pour clore les entretiens et qui m'ont paru intéressants car ils viennent compléter leur discours durant les entretiens.

« *Ce pour quoi j'ai ce vécu là, c'est bien parce que l'équipe, quasi dans son intégralité, a suivi au moment de la fusion* ».

« *C'est plus simple de créer quelque chose de nouveau et de penser un projet et quelque chose de neuf, car sinon les gens restent avec leur histoire et sur la position qu'avant c'était comme ça, ils restent dans la comparaison. Il faut donc réfléchir à de nouvelles organisations même au sein des unités qui fusionnent sur un même lieu, faire table rase du passé, nouveau fonctionnent, nouvelles habitudes, cela permet de rendre tous les professionnels acteurs* ».

« C'est avec le temps que les professionnels arrivent à reconnaître la compétence de l'autre parce que la question, elle est là en fait, chacun est persuadé qu'il fait bien et qu'il fait mieux que l'autre et il a envie d'amener l'autre à faire comme lui, les habitudes sont difficiles à changer surtout quand on est persuadé qu'elles sont bonnes ».

5.3.3 L'exploitation des deux outils

Suite à la synthèse des questionnaires ainsi que celle des entretiens, certains éléments donnés par les enquêtés peuvent être mis en corrélation. Ainsi, je vais tenter de mettre en lien ce qui ressort de cette enquête.

Tout d'abord, les professionnels associent la culture d'équipe avec les valeurs. J'irais même plus loin, ils révèlent entretenir une culture d'équipe lorsqu'ils travaillent ensemble, c'est pourquoi ils associent en seconde position la culture d'équipe avec l'implication dans les projets de services.

Par ailleurs, lors des entretiens, deux CDS ne considéraient pas que la fusion ait eu un impact sur les cultures professionnelles en raison d'une communication importante entre les acteurs. Cette communication passe principalement à 88% pour les réponses des questionnaires lors de réunions de service et pour les réponses des entretiens, 100% des cadres de santé ont mis en avant l'intérêt de ce travail en commun pour développer le travail en collaboration et les réflexions de groupe. D'ailleurs, les réunions de service ne sont-elles pas un endroit privilégié pour verbaliser et mettre en commun les valeurs de chacun?

L'importance de cet aspect peut expliquer la position des deux autres CDS qui ont considéré que la fusion avait eu un impact sur la culture professionnelle, avec un « choc culturel avec des heurts » ou des difficultés dans la reconnaissance des compétences. En effet, le turn-over important révélé lors de l'entretien n°1 peut s'expliquer par le fait que les professionnels ne partageaient plus leurs valeurs en aval de la fusion.

Il s'avère également qu'au cours de leur carrière professionnelle, les agents sont amenés à exercer au sein de différents services. En effet, en croisant les données des réponses au questionnaire, il semble que le changement soit inscrit dans la continuité du parcours des soignants. Aussi, les moins de 30 ans disent exercer dans un ou deux services pour 12 réponses sur 13. En revanche, les changements de services sont nettement plus importants à partir de la catégorie des 30-50 ans avec en majorité 12 personnes sur 33 qui

ont travaillé dans au moins 4 services. Enfin, pour les plus de 50 ans, 40% ont exercé dans au moins 5 services. Ces changements sont motivés majoritairement pour acquérir de nouvelles connaissances à hauteur de 39%.

Cependant, l'exploration des questionnaires m'a montré que ce n'était pas toujours un choix de leur part puisqu'à 22%, ces changements sont liés à des réorganisations de service. Même si dans 77% des réponses, les fusions d'unités représentent une opportunité de faire évoluer leurs pratiques, il n'en reste pas moins que pour 23% cela se traduit par une augmentation de leur charge de travail. Aussi, en tenant compte du ressenti des professionnels, ils l'ont attribué à de la méfiance à 48%. C'est donc une source d'incertitude. Ces résultats sont renforcés par le taux du ressenti des IDE de moins de 30 ans qui classent après la méfiance, un ressenti de peur. Cela montre l'intensité de cette incertitude ainsi que la position inconfortable de ces professionnels.

Cette perception est verbalisée par les CDS qui décrivent que cela ne se fait pas sans craintes ni « *douleur* » même si l'équipe s'implique dans la réorganisation. En effet, cela vient bouleverser le quotidien tant en termes de prise en charge des patients qu'en termes de travail en collaboration.

Le dernier aspect qui vient compléter la notion de fusion est que c'est un processus qui se réalise sur du long terme. Cette notion de temps est décrite par les CDS, il faut du temps pour permettre à une équipe de se « *reconstruire* » et de créer « *un nouveau collectif de travail* ». De plus, si pour 59% des professionnels, la fusion est qualifiée de positive, il n'en reste pas moins que pour 36% elle est toujours en construction. Par ailleurs, cette qualification est essentiellement donnée par les professionnels qui exercent depuis plus de 15 ans. Est-ce une saturation liée à la succession de nombreux changements ou la digestion de l'expérience qui montre qu'un service, s'il est dans une démarche qualité, est en évolution constante ?

Enfin, les résultats des deux outils se rejoignent pour définir le rôle du CDS comme étant un guide de l'équipe. En effet, les résultats des questionnaires le montrent à 39%, quant aux CDS, tous s'accordent pour dire que la façon d'accompagner les équipes est le facteur de réussite le plus important. Cela est d'autant plus vrai si le CDS permet aux professionnels d'être acteurs dans le changement (aux acteurs d'être acteur dans le changement), il faut comme le disait un CDS, soutenir le fait « *qu'ils sont force de proposition* ».

Néanmoins, cette implication est perçue différemment en fonction des agents puisque 29% ne se sont pas sentis intégrés au projet lors de la fusion. Par ailleurs, ces professionnels perçoivent la fusion comme étant imposée sans prendre en compte leurs avis. Pour quelles raisons l'ont-ils perçu de la sorte ? Peut-être les réunions de service ne sont-elles pas suffisantes pour sensibiliser l'ensemble des acteurs ?

Ce qu'il me semble intéressant de mettre en exergue concernant le lien entre l'équipe et le cadre de santé, est la relation de réciprocité entre les deux. En effet, j'ai perçu au travers de cette enquête de terrain, que les résultats entre les deux ne révélaient pas de divergences dans les réponses. Les CDS sont conscients des impacts qu'engendrent les fusions sur le quotidien de l'équipe et adaptent leur management, et les professionnels sont satisfaits de l'accompagnement du CDS, mais surtout reconnaissent leur rôle en juste rapport avec ses missions.

6 L'analyse

Dans cette partie, je vais faire un parallèle entre les apports de mon cadre conceptuel et ceux de l'enquête de terrain. Pour mettre en valeur ce parallèle, je souligne ces données. Ainsi, je vais reprendre les points suivant :

- L'implication des acteurs
- Le rôle cadre de santé

6.1 L'implication des acteurs

Au travers de l'élaboration du cadre conceptuel, j'ai tenté de mettre en exergue certains aspects relatifs à la construction de l'identité professionnelle et à la place de l'individu au sein d'une équipe.

Le professionnel structure son identité professionnelle au travers de ses activités de travail mais aussi au travers de son appartenance à un groupe professionnel. Aussi, ce qui représente le groupe et les relations entre les collaborateurs fait partie de la culture professionnelle. Chaque professionnel va apporter de son identité professionnelle et ainsi créer des normes, des valeurs et des règles pour fonctionner. Cet aspect est identifié en partie par les équipes lorsqu'elles associent la culture avec les valeurs mais aussi, elles jugent développer cette culture au travers de leurs implications dans les projets de service qui leurs permettent de la partager et de l'échanger.

Comme je l'ai décrit dans le cadre conceptuel, N.ALTER⁶⁴ définit la culture professionnelle par les représentations, les normes sociales ainsi que les valeurs. Il précise également dans les normes sociales que si elles ne sont pas respectées elles peuvent être sanctionnables tant cela est mal perçu par le groupe. En faisant un parallèle avec l'enquête de terrain, un CDS a révélé un taux important de turn-over et des heurts durant la première année qui a suivi la fusion.

Le changement fait partie intégrante du parcours des soignants notamment pour acquérir de nouvelles connaissances. Cependant, les fusions d'unités ne font pas partie d'un changement choisi par le professionnel, c'est un changement contraint. En effet, malgré le fait qu'un soignant travaille dans différents services durant son parcours professionnel, les résultats des questionnaires montrent que 22% des changements font

⁶⁴ ALTER Norbert avec la collaboration d'auteurs enseignants à l'université de Paris-Dauphine ou chercheurs au CNRS. *Sociologie du monde du travail*, op. cit., pp 103-106.

suite à des réorganisations de services. Aussi les CDS durant les entretiens décrivent que les fusions s'inscrivent dans des injonctions de l'ARS ou des évolutions médicales.

Les fusions d'unités ne sont pas sans conséquences pour celui qui les vit tant il y aura des répercussions en termes de pratiques, de conditions de travail, d'outils, d'organisation, de stratégies, de lieu, ainsi que de culture. Une fusion se caractérise donc par le deuil du passé pour un futur meilleur. Selon D.AUTISSIER et J-M.MOUTOT⁶⁵ : « *Le changement est une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* ». Même si les professionnels de l'enquête par questionnaire l'associent à une opportunité de faire évoluer les pratiques, ils l'associent également à une augmentation de la charge de travail (importance pour les soignants de la pratique quotidienne). On note ici la différence d'angle de vue, de position entre les équipes et le CDS qui lui dispose de la vision stratégique sur long terme. Le changement est donc perçu par les professionnels enquêtés avec méfiance et malgré un angle de vue différent, les CDS interrogés ont bien identifié ces sensations de « *craintes* », de « *douleur* », de « *déception* » durant le processus. L'explication d'un des CDS interviewé fut de décrire le changement en termes de « *rupture* » et il s'agit pour lui de ne pas associer cela à un deuil mais plutôt « *de faire un pas en mettant les choses de côté pour voir les choses différemment* ». C'est ici que se joue l'importance de la communication notamment par les réunions de service, l'enquête par questionnaire révèle que 88% des professionnels ont été informés du changement lors d'une réunion de service. Il s'agit de faire en sorte que ces professionnels de terrain puissent ancrer, dans la volonté institutionnelle globale, leur pratique quotidienne. Cela nous renvoie à la question du sens. Donner du sens au changement pour que chaque acteur ait à mettre sa pierre à l'édifice. Finalement, au travers de ces réunions, le CDS favorise les allers et retours entre pratiques professionnelles et volonté institutionnelle (entre quotidien et évolution sur moyen et long termes). Lors de mon enquête tous les CDS disent que l'organisation doit être pensée avec l'équipe et que les réunions permettent de favoriser le travail en collaboration car elles représentent des temps d'échanges. Au travers de cette recherche, il ne fait nul doute que le CDS doit obtenir l'adhésion du groupe pour favoriser la réussite du projet. Par ailleurs, D.AUTISSIER et J.M.MOUTOT⁶⁶ listent et classent par ordre d'importance huit principaux facteurs d'échec dans la conduite de changement dont le premier étant la « *Non adhésion des principaux acteurs* » puis le deuxième la « *Non*

⁶⁵ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*. op. cit., pp 6.

⁶⁶ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*, op. cit., pp 14.

compréhension de ce qui est attendu des différentes parties prenantes ». Pour réussir, il est donc important de déployer des moyens de communication et d'explication auprès du centre opérationnel. Au travers des entretiens, deux cadres de santé ont estimé que les cultures professionnelles n'avaient pas été impactées grâce notamment à l'instauration d'une communication tout au long du processus entre eux-mêmes et leurs équipes mais aussi entre les acteurs eux-mêmes. Par ailleurs, les résultats des questionnaires montrent que l'implication dans le projet, se fait par la création de groupes de travail ainsi que par la mise en commun lors des réunions d'organisation de service. Aussi, les professionnels ne s'étant pas sentis intégrés au projet, expliquent avoir vécu la fusion comme étant imposée sans que leurs points de vue soient pris en compte. Je peux ainsi me dire que l'adhésion des professionnels est influée par la façon dont le projet leur est transmis. Aussi, les phases décrites par D.AUTISSIER et J-M.MOUTOT⁶⁷ dans la conduite de changement, la phase de diagnostic, la communication, la formation et l'accompagnement et la phase de pilotage, paraissent d'autant plus importantes pour prendre en compte tout les aspects entrant en jeu lors d'une fusion.

Cependant, l'enquête de terrain a permis de constater que chaque professionnel au sein d'une même équipe, d'une même catégorie socio-professionnelle et/ou d'une même génération, ne perçoit pas le changement de la même façon. L'approche du CDS doit alors se faire aussi bien de façon individuelle que collective. J'ai retrouvé cet aspect lors de mon enquête de terrain notamment par un CDS qui a soulevé l'importance de connaître chaque professionnel de l'équipe de façon à cibler ce que chacun pouvait apporter dans la mise en place du projet. Ainsi, un autre CDS a notamment cité l'implication de l'IDE référente.

Bien que le CDS guide et décide, tous les acteurs doivent ressentir que ce projet ne peut prendre forme que par le travail pluridisciplinaire. Cette étude a montré que des professionnels qui ne se sont pas sentis intégrés au projet, n'ont pas eu de sentiment positif à l'égard du changement. On voit là l'importance de la communication du sens qui permet l'implication des acteurs à chaque étape du projet.

L'implication des acteurs ne s'arrête pas seulement aux professionnels paramédicaux. Un autre aspect que j'ai relevé lors de l'enquête de terrain est le travail avec les professionnels médicaux. En effet, ils travaillent en étroite collaboration avec l'équipe paramédicale et de fait vont eux aussi vivre des transformations de leur fonctionnement. Lors des entretiens,

⁶⁷ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*, op. cit., pp 26-29.

trois CDS ont précisé que les médecins avaient une influence sur l'équipe avec notamment « *des interrogations supplémentaires pour l'équipe* », « *des exigences particulières* ». Aussi, au travers des questionnaires, les professionnels ont bien mis en avant que le changement le plus marquant se trouvait être l'organisation de travail (ce qui nous ramène au travail quotidien pour lequel ils craignent qu'il y ait trop de changement). Or si cela est vrai pour les professionnels paramédicaux ça l'est également pour les professionnels médicaux. Un CDS a affirmé que les équipes médicales comme les équipes paramédicales avaient dû s'adapter en changeant leur fonctionnement. De plus, au travers de cette enquête, un autre CDS a cité les médecins comme acteurs dans la réflexion sur l'organisation du travail en collaboration entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Cette réorganisation est venue modifier le fonctionnement habituel des médecins : « *on s'est rendu compte que pour les médecins, ça leur avait donné beaucoup d'autonomie et qu'ils n'étaient pas dans l'attente de faire une visite avec un professionnel car celui-ci ne pouvait pas toujours se rendre disponible* ». Le rôle du CDS est alors de lier ces acteurs pour que l'organisation puisse être optimale. Selon la DHOS⁶⁸, le CDS « *est à un nœud d'information, de réflexion et de décision, entre les médecins, les malades (et les familles), les soignants, les prestataires médico-techniques, les techniciens et administratifs de support* ». Il doit ainsi tenir compte de tous les acteurs qui participent à la prise en charge du patient. Comme je l'ai marqué dans le cadre conceptuel, il peut notamment établir un diagramme des relations.

Enfin, un dernier élément qui me semble essentiel à prendre en compte par le CDS est qu'une fusion ne se fait pas de la même manière en fonction de sa nature, s'il s'agit par exemple de deux sites différents se regroupant sur des sites ou s'il s'agit d'une fusion se faisant sur dans un nouveau service (neutre). Les professionnels n'auront pas le même vécu en fonction du lieu de la fusion. En effet, dans le cadre conceptuel, je faisais référence à un article de N.MERCIER⁶⁹ qui avait étudié les représentations de l'espace des usagers avant et après un déménagement. C'est un aspect que j'ai retrouvé lors de mon enquête sur le terrain, tant dans les questionnaires avec le classement des lieux comme étant un changement marquant lors d'une fusion d'unité, avec une personne qui l'a classé ainsi mais

⁶⁸DHOS - Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la FPH Etude prospective des métiers de la FPH.

Disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante.pdf> (consulté le 29/04/2014).

⁶⁹MERCIER Nathalie. L'espace hospitalier comme révélateur des pratiques professionnelles au sein des services de soin, *art. cit.*, pp 23.

en précisant « *ça dépend si c'est nous qui déménageons ou pas* ». Tous les CDS ont insisté sur les modifications géographiques en précisant « *douleur car ils quittent leur maison* » ou « *Je ne dirais pas que l'équipe (qui avait changé de site) de la première fusion l'a vécu de la sorte* ».

6.2 Le rôle du CDS

La profession de cadre de santé a évolué au cours du temps et mon enquête sur le terrain me prouve que cette évolution est ancrée dans la vision de chacun. Ainsi, que ce soit pour les professionnels de terrain ou pour les CDS, le rôle majeur dans ce type de contexte est d'être un guide de l'équipe. Par ailleurs, la DHOS⁷⁰ s'attache à définir la place du CDS dans la dimension administrative et gestionnaire : « *Le travail de cadre a également beaucoup changé pour ce qui relève de la relation aux collaborateurs : l'autorité de la "surveillante" n'est plus, il faut expliquer, motiver, impliquer les agents* ». En effet, les agents ne recherchent en rien que le CDS soit un expert en soins comme il le fut auparavant. C'est un aspect que j'ai retrouvé dans les questionnaires puisqu'une seule personne l'a spécifié et l'entretien auprès d'un CDS ne provenant pas de la filaire soignante confirme également cette position. En effet, celui-ci ne semblait pas être en difficulté quant à l'accompagnement de professionnels soignants en me disant que s'il a besoin d'une précision il trouve une personne ressource pour l'aider, souvent il fait appel à un CDS de formation soignante.

Les missions du CDS lors d'une fusion d'unité peuvent être transposées à celles décrite par la HAS⁷¹ lorsqu'elle définit les cinq fonctions du management qui sont :

- Prévoir
- Organiser
- Décider
- Motiver
- Evaluer

⁷⁰ DHOS - Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la FPH Etude prospective des métiers de la FPH.

Disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante.pdf> (consulté le 29/04/2014).

⁷¹ HAS. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005. 36 p.

Pour effectuer ces missions, le CDS va utiliser les différentes formes de management. Ainsi, lors des entretiens, les CDS à 75% disent privilégier l'utilisation du management participatif.

Je trouve intéressant ici de mettre « *les caractéristiques du métier en prospective horizon 2015* » établis par la DHOS⁷².

« La mise en place des pôles d'activité et du copilotage médico-administratif dans le cadre de la nouvelle gouvernance modifie l'activité des cadres de santé qui sont confrontés "en première ligne" aux changements et nouveaux enjeux organisationnels, technologiques et économiques (gestion des ressources, prise en compte de la concurrence et de l'externalisation des prestations médico-techniques) en cours à l'hôpital. »

« Les cadres de santé de proximité ou de pôle devront organiser, évaluer, améliorer le travail [...] dans une recherche constante d'efficacité [...]. L'organisation exigera collaboration, coordination et coopération entre les différents acteurs de santé (soignants, médecins), dans et hors établissement ; à cette fin, sont en jeu la transversalité et l'acquisition d'une culture commune de pôle. »

« La mission essentielle est la gestion de la prise en charge du patient, de son parcours.

Les trois grands domaines d'activité du cadre de santé de proximité sont :

-la gestion des ressources humaines (pour ce qui est déléguée) au niveau de l'équipe soignante,

-l'organisation du travail de l'équipe soignante dont la supervision en matière de qualité, hygiène, sécurité...

-la conduite des projets qui concerne les soins au niveau de l'unité. »

On en revient ici aux rôles majeurs du CDS de guide et de lien. Il fait en sorte par tous les outils qu'il a à sa disposition, formels et informels, apports professionnels et personnels, que le tout prenne forme et que le tout fonctionne. En effet, lors des entretiens tous les CDS estiment que leur rôle est primordial et qu'il faut être un guide de l'équipe. Pour ce faire ils utilisent différentes stratégies et leurs expériences aussi bien professionnelles que personnelles.

⁷² DHOS - Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la FPH Etude prospective des métiers de la FPH.
Disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante.pdf> (consulté le 29/04/2014).

Dans cette conduite de changement le CDS n'est pas seul. Il peut s'appuyer sur le Directeur des soins pour conduire ce projet. En effet, trois CDS ont mentionné cet acteur, cependant ils ont précisé que son implication était moins importante.

En amont d'une fusion d'unités, les professionnels s'investissent dans la conception d'une nouvelle organisation, néanmoins leur travail se poursuit donc ils doivent réaliser en plus de leur travail quotidien, un travail supplémentaire. Les résultats des questionnaires montraient que pour 23% des professionnels, la fusion entraînait une charge de travail supplémentaire. Cette qualification d'augmentation de charge de travail concernant une fusion nait peut-être à ce moment. Permettre aux professionnels de disposer de temps spécifiquement pour la réflexion semble nécessaire. Comme je le notais dans le cadre conceptuel, cela peut rentrer dans une relation d'emploi où la rétribution serait d'accorder ce temps de réflexion.

Le CDS doit permettre au travers de son travail managérial de mettre en place les stratégies et les moyens nécessaires pour mobiliser l'équipe autour d'un projet et atteindre les résultats annoncés. Les entretiens de mon enquête montrent que les CDS conduisent des réunions pour favoriser le travail en collaboration, ils guident et coordonnent pour développer une cohésion d'équipe et pour rendre les professionnels acteurs dans le changement. Trois CDS disent utiliser notamment un management participatif pour le permettre.

Ce travail de recherche me confirme à quel point il est essentiel d'aborder et d'appréhender les notions d'identité professionnelle, de culture professionnelle, de faire des détours par la sociologie des organisations, de comprendre le jeu des acteurs ainsi que le fonctionnement du groupe. Les interactions dans l'équipe sont forcément complexes, bien que régulables, et il s'agit toujours de mettre en perspective les événements passés, présents et à venir en fonction des contextes individuels, collectifs et environnementaux.

Le CDS, lui-même dans la réalisation de cette tâche complète, s'appuie sur des ressources professionnelles, collectives, institutionnelles et individuelles aiguisées, acquises lors de son parcours.

7 Retour sur mes hypothèses

Dans cette partie, je vais confronter l'enquête de terrain ainsi que l'analyse que je viens d'effectuer avec les hypothèses que j'avais formulé :

Un cadre de santé doit adopter de multiples stratégies managériales pour fédérer l'équipe lors d'une fusion d'unités.

Cette première hypothèse est confirmée par mes entretiens car les CDS disent être stratégiques en se servant de leurs acquis et en adaptant les différents styles de management en fonction des situations. Il faut accompagner les équipes et surtout faire en sorte qu'elles soient en posture d'acteur. Le CDS doit instaurer une cohésion d'équipe et un esprit de collaboration en impliquant les acteurs dans des projets communs.

Par ailleurs, les CDS déclarent qu'une équipe impliquée est source de réussite du changement.

Un cadre de santé provenant de la filière soignante perçoit plus aisément la culture professionnelle des soignants, étape indispensable dans la conduite de changement.

Cette deuxième hypothèse n'est pas confirmée en partie. En effet, ce qui est infirmé est la première partie de l'hypothèse. Au travers de mon cadre conceptuel, j'ai mis en avant le fait que la culture professionnelle n'était pas palpable c'est pourquoi lors de l'arrivée d'un nouveau professionnel, elle pouvait être transmise pour lui permettre une intégration plus rapide. Aussi, pour la percevoir, le CDS ne doit pas nécessairement venir de la filière soignante, il doit la repérer, la faire verbaliser pour la prendre en compte et percevoir les mouvements qu'il pourrait y avoir lors d'un changement organisationnel. Le CDS de formation psychomotricien me disait « *on demande au CDS de repérer la qualité des soins, la sécurité et d'être dans le projet d'établissement. On manage une équipe et si on manage bien une équipe, les gens seront en confiance* ».

De plus, les professionnels ont montré en répondant à la question 16, qu'ils n'attendent pas du cadre de santé qu'il soit « expert en soins ».

La seconde partie de l'hypothèse est confirmée. Percevoir la culture professionnelle ou la réunion de différentes cultures professionnelles est une étape importante dans la conduite du changement que les CDS mettent en œuvre. Ceci reste un travail complexe, tissé d'objectivité et de subjectivité, d'apports individuels et collectifs. La difficulté ou plutôt la subtilité de l'accompagnement est de l'adapter à la fois à la personne et à l'équipe.

8 Mes perspectives professionnelles

Durant l'élaboration de ce travail de recherche, j'ai pu éclaircir certains aspects du travail du CDS. Cet enrichissement fut complété via les apports théoriques dispensés à l'IFCS ainsi qu'à l'université mais aussi, via les apports pratiques découverts sur les lieux de stages. Cela a participé à la compréhension de certaines situations que j'avais vécues en qualité de faisant fonction de CDS.

La construction de ce travail de recherche m'a également permis de développer des capacités rédactionnelles, de synthèse et d'analyse mais surtout de rester sensibilisée à la prise en compte de tous les éléments contextuels dans une situation et aux nécessaires aller-retour entre théorie et pratique, réflexion et action.

Tout ce travail de recherche va me permettre en tant que CDS, d'accompagner et de guider l'équipe dans des projets à court, moyen et long terme, mais également chaque jour. Cet accompagnement requiert des capacités d'adaptation du cadre de santé dans sa façon de manager. Ainsi, il faut savoir passer d'un type de management à un autre en fonction des situations et/ou des professionnels.

Les notions que j'ai développées me permettent à présent de compléter mon regard sur les comportements des acteurs lorsqu'une situation vient bouleverser leur quotidien. Aussi, j'ai intégré les différentes étapes de la conduite de changement et je pense qu'elles me seront d'une grande utilité dans ma carrière professionnelle.

A présent, le retour au sein de mon établissement se précise. Je n'ai pas à ce jour, connaissance du service dans lequel je serai affectée, cependant après la rédaction de ce mémoire je souhaiterais mettre en pratique les éléments acquis en accompagnant une équipe dans le changement. J'accorde une grande importance quant au management bienveillant. Ce que j'entends dans ce type de management est de mettre en avant tout d'abord des valeurs comme le respect et l'écoute, ensuite, l'efficacité de l'équipe en insistant sur l'importance de l'association de chaque acteur pour l'atteindre. Je pense également que le CDS doit rester authentique en toutes circonstances. Il doit mettre en avant l'efficacité de l'équipe mais également avertir et lorsque celle-ci s'en éloigne.

Aussi, je pense que la connaissance et le fait de tenir compte des différents éléments qui constituent les étapes de la conduite du changement participent largement à ce type de

management. En effet, le CDS est le garant de la qualité et de la sécurité des soins pour assurer une prise en charge optimale des patients. Aussi je pense que ces exigences se réalisent dès lors que l'équipe se sent soutenue. Il me semble que cela commence par le soutien de leur supérieur hiérarchique direct qui est le cadre de santé.

9 Conclusion

L'évolution du système de santé amène à repenser les organisations. De fait, au sein d'un établissement de santé, les unités sont redessinées et ainsi, elles peuvent faire l'objet d'un rassemblement et aboutir à une fusion d'unités. Ces dernières demandent aux professionnels de s'adapter à un nouvel environnement.

Après avoir vécu ce type de situation lors de mon exercice en qualité de faisant fonction de cadre de santé, j'ai souhaité le mettre à l'étude car la réalisation d'une fusion est complexe tant elle modifie le fonctionnement de l'équipe. J'ai donc axé ce travail sur les professionnels soignants par le biais de la culture professionnelle, ainsi que sur la place du cadre de santé.

Ce travail met en perspective au travers des références bibliographiques, le positionnement des acteurs au sein d'une unité et l'appréhension des répercussions que peuvent avoir ces restructurations sur les cultures professionnelles. Ainsi, j'ai orienté le cadre conceptuel sur l'identité professionnelle et la culture de travail en passant par les notions de la sociologie des organisations, notamment en ce qui concerne le jeu des acteurs. En effet, il semble que ces approches traitent pleinement les aspects à prendre en compte lors d'une fusion d'unités. Pour compléter ce travail, je me suis arrêtée de manière exhaustive sur la fonction du cadre de santé, son évolution et son rôle dans la conduite du changement.

J'ai enrichi ce travail en menant une enquête de terrain auprès de professionnels d'unités mais aussi des cadres de santé. Cette enquête m'a permis de mettre en lumière les difficultés perçues par le centre opérationnel, qui entraînent de la méfiance ou de la crainte. En effet, une fusion va déstabiliser les professionnels en modifiant leurs repères quotidiens. Le cadre de santé lui, dispose de la vision stratégique et des objectifs à long terme. Toute la subtilité de l'accompagnement de l'équipe se trouve donc dans le fait de lui faire appréhender cette vision à plus ou moins long terme afin de donner du sens au changement. Ainsi chaque acteur pourra co-construire ce changement et naîtra un sentiment d'implication. Cette implication participe largement à leur adhésion au projet. Le cadre de santé, pilote dans la conduite de changement, doit déployer des stratégies managériales adaptées aux situations qui sont toutes singulières. En effet, au-delà des approches évoquées dans le cadre conceptuel, c'est toute l'adaptation du cadre de santé aux

particularités du contexte, des équipes, des individualités et des évènements rencontrés qui permet la réussite d'une fusion.

Ce travail m'a permis d'acquérir une compréhension stratégique des enjeux d'une fusion d'unités. De plus, cette recherche sur la conduite de changement est d'autant plus intéressante qu'elle peut être transposée à tout type de changement dès lors que le centre opérationnel voit une modification dans l'organisation de travail.

Au travers de ce travail de recherche et notamment via les lectures ainsi que les rencontres faites lors de mon enquête de terrain et les échanges avec ma Directrice de mémoire, j'ai acquis des connaissances et appréhendé des pratiques en lien avec le métier de cadre de santé en développant une posture réflexive.

Enfin, comme j'ai pu le marquer au début de ce mémoire, cette année de formation a participé à l'enrichissement de mon identité professionnelle.

Bibliographie

Ouvrages :

ALTER Norbert avec la collaboration d'auteurs enseignants à l'université de Paris-Dauphine ou chercheurs au CNRS. *Sociologie du monde du travail*. 2^{ème} éd. Paris : Puf, 2008, 356 p.

AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2013, 252 p.

BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Paris : Seli Arslan, 2006, 288 p.

CAMPENHOUDT Luc/QUIVY Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4^{ème} éd. Paris : Dunod, 2011, 262 p.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'organisation comme problème : in *L'acteur et le système*. Paris : Points, 1981, pp 41-90.

MINTZBERG Henry. Le management : *voyage au cœur des organisations*. Mouguerre : Eyrolles, 2013, 703p.

Articles de périodique, revue :

CAGNOLI Sylviane. Management. Changement organisationnel et blessure narcissique. *Soins Cadres*, 4^{ème} trimestre 1999, n°32, pp 46-48.

DELPLANQUE Régine. Stratégie de changement, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée ?. *Soins Cadres*. Août 2008. Supplément au n°67. S 8-11.

DE VISSCHER Pierre. Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints, *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2006/2 Numéro 70, pp. 53-61.

DUMOND Jean-Paul. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 24, n°4, 2006. pp. 97-127.

GERNET Isabelle. Les relations entre santé et travail du point de vue de la psychodynamique du travail. *Mouvements*. Avril-juin 2009. n°58, pp 79-84.

HAS. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Janvier 2005. p 36.

HERVEOU Anne, STEPHAN Sylvie. Vers un management intergénérationnel solidaire. *Soins Cadres*. Novembre 2013, n°88, pp20-23.

Inspection Générale des Affaires Sociales RM2012-046P Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Avril 2012. 125 p.

VIAL Michel. Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser. *Soins Cadres*. Février 2005. n°53, pp 33-36.

Mémoire, enquête, rapport :

DHOS - Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la FPH Etude prospective des métiers de la FPH. Disponible sur : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante.pdf (consulté le 29/04/2014).

DREES. *Etudes et résultats*. N°846, juillet 2013. Disponible sur : http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/etudes_et_resultats/etude_resultats_drees_846_etablissements_sante_personnel_soignant_plus_age.pdf (consulté le 14/04/2014).

Inspection générale des affaires sociales RM2010-010P. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé Février 2010 <www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/> (Consulté le 19/01/2014).

MOLINIER Pascale, SCHELLER Livia, RIZET Clément. Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et des cadres supérieurs infirmiers de l'APHP. Février 1998.

RICHARD Antony. *Le déménagement vers une nouvelle structure : un challenge humain*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2013, 70 p.

Texte législatif :

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur :

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&dateTexte=&categorieLien=id>> (Consulté le 24/01/2014).

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur :

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>> (Consulté le 24/01/2014).

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958. Journal officiel 19/11/1958. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=859163A19B3C978FDB67B351BE4E679C.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&categorieLien=id>

(Consulté le 24/01/2014).

Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière disponible sur :

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539&dateTexte=&categorieLien=id>> (Consulté le 22/01/2014).

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Disponible sur :

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>> (Consulté le 24/01/2014).

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Disponible sur :

<www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0500028R> (Consulté le 19/01/2014).

Support électronique :

ALDERSON Marie. Santé mentale au Québec. *La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques*. vol. 29, n° 1, 2004, p. 243-260. Disponible sur : <<http://id.erudit.org/iderudit/008833ar>> (Consulté le 4 décembre 2013)

ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves. *La dynamique des groupes restreint*. Disponible sur : <http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877017796> (consulté le 11/03/2014).

AUTISSIER David et VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle « Les managers de première ligne et le changement ». *Revue française de gestion* 5/2007 (n°174), p115-130. Disponible sur : <www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-5-page-115htm> (Consulté le 20/01/2014).

CHOMIENNE Hervé. *L'accompagnement du changement dans les organisations publiques*. Présentation power point [en ligne], disponible sur : <http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Conferences/flash/10-11/apaaenes/chomienne/medias/apaaenes_chomienne_h_diapo.pdf> (consulté le 11/03/2014).

DUBAR Claude. Le concept d'identité professionnelle. Disponible sur <<http://suite101.fr/article/le-concept-didentite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030>> (Consulté le 02 décembre 2013).

MERCIER Nathalie « L'espace hospitalier comme révélateur des pratiques professionnelles au sein des services de soin », *Communication et organisation* [En ligne], 21 | 2002, mis en ligne le 27 mars 2012. Disponible sur : <<http://communicationorganisation.revues.org/2659>> (consulté le 19/01/2014).

Règlementation du métier de cadre de santé. Disponible sur : <<http://personnellesante.fr/etablissement-sante-environnement/reglementation-du-metier-cadre-de-sante.html>> (Consulté le 22/01/2014)

<<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>> (consulté le 21/01/2014)

WIKIPEDIA <http://fr.wikipedia.org/wiki/Groupe_restreint > (consulté le 11/03/2014)

Cours :

DUMOND J-P. Organisation de santé, *la grande transformation*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

DUMOND Jean-Paul. *Gestion des ressources humaines*. Cours magistraux. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

FARNAULT Patrick. *Gestion de la dynamique du travail en équipe*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil, 2014.

FARNAULT Patrick. Les postures managériales. Evolution des compétences d'encadrement. Cours magistral. Université Paris Est Créteil. Paris, année 2013-2014.

FARNAULT Patrick. *Présentation d'un diagramme des relations*. Ecole Supérieure Montsouris, année 2013-2014.

MARCHAL Viviane. *Prévention des risques psychosociaux*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

Dr LEMASSON. *biostatistiques*. Cours magistral. Université Paris-Est Créteil. Année 2013-2014.

Annexes

Annexe 1 : schéma des services de chirurgie avant et après la fusion.

Annexe 2 : Marguerite sociologique de JOHNSON et SCHOLLES.

Annexe 3 : La balance du changement.

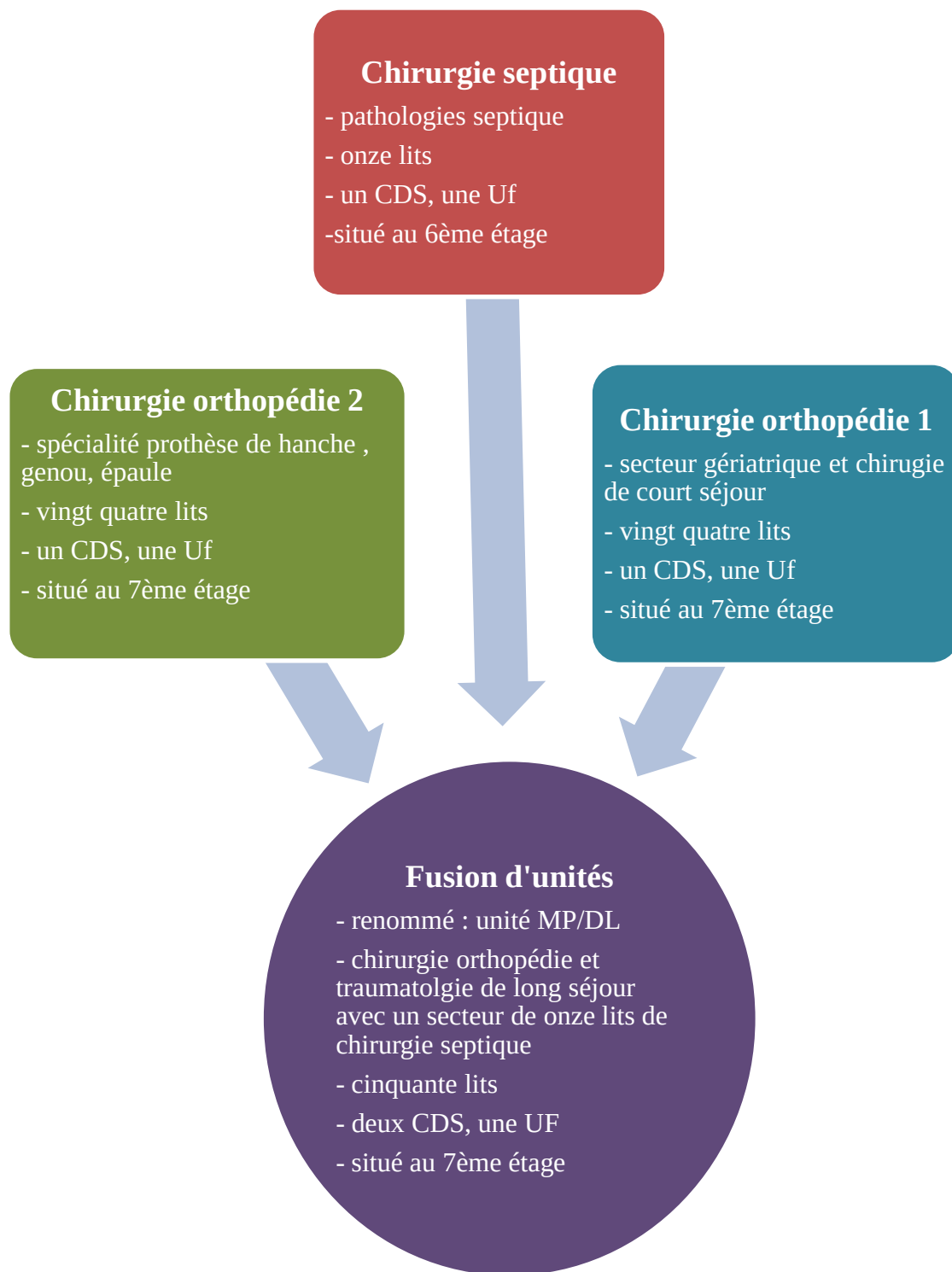
Annexe 4 : Fiche métier cadre responsable d'une unité de soins.

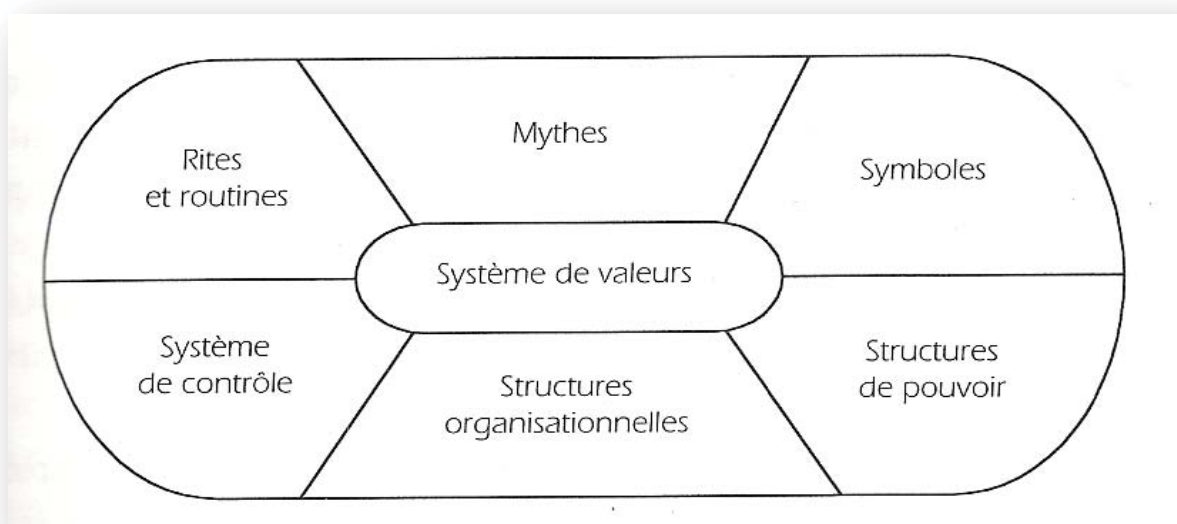
Annexe 5 : Questionnaire pour les professionnels (IDE, AS, ASH) ayant vécu une fusion d'unité.

Annexe 6 : Grille d'entretien auprès des cadres de santé.

Annexe 7 : Retranscription de l'entretien n°2 auprès de Madame G de l'établissement 1.

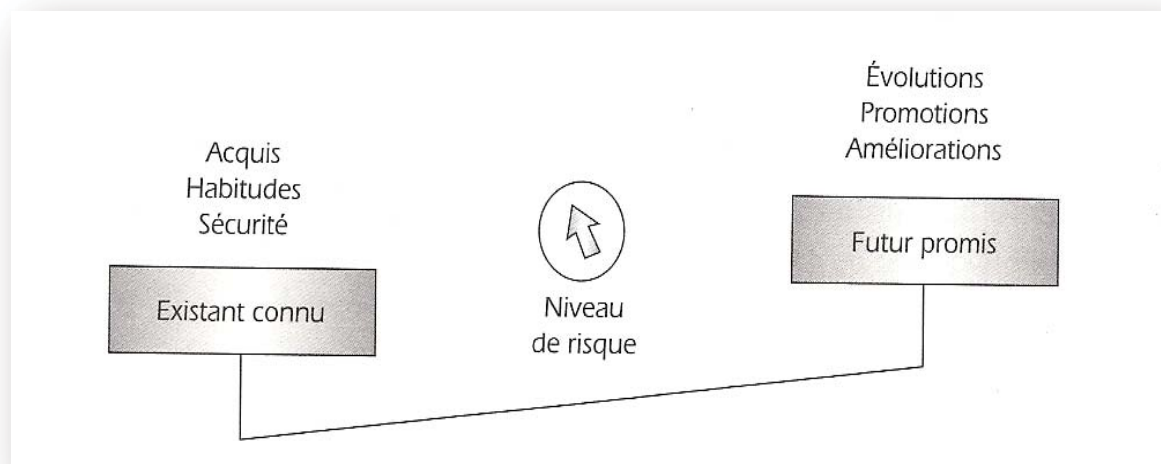
Annexe 1 : schéma des services de chirurgie avant et après la fusion





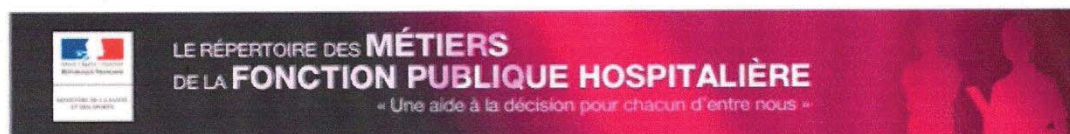
⁷³ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. Méthode de conduite du changement : *Diagnostic Accompagnement Pilotage*, op. cit., p 168.

Annexe 3 : La balance du changement⁷⁴



⁷⁴ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. Méthode de conduite du changement : *Diagnostic Accompagnement Pilotage*, op. cit., p 8.

Annexe 4 : Fiche métier cadre responsable d'une unité de soins⁷⁵.



Cadre responsable d'unité de soins

Famille : Soins
Sous-famille : Management des soins
Code FPT : 06/D/25
Code Rome : J1502
Code métier : 05U20

► Information générale

Définition :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

Autres appellations :

Cadre de santé
Surveillant

Prérequis :

Exercice professionnel de 4 ans

► Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
- Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

► Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

Cadre responsable d'unité de soins - Page 1/3
Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins

⁷⁵ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27> (consulté le 21/01/2014).



LE RÉPERTOIRE DES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »

Connaissances

Description	Degré	Formacode
Animation d'équipe	Connaissances détaillées	
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies	
Communication et relation d'aide	Connaissances approfondies	44021
Droit des patients	Connaissances détaillées	43415
Évaluation de la charge de travail	Connaissances détaillées	32012
Management	Connaissances détaillées	
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies	14254
Organisation du travail	Connaissances détaillées	42887
Soins	Connaissances approfondies	
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances détaillées	32025

Connaissances détaillées :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

Etudes préparant au métier et diplôme(s) :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé

Correspondances statutaires éventuelles :

Cadre de santé

Proximité de métier - Passerelles courtes :

Directeur des soins,
cadre supérieur de santé,
cadre de santé de pôle

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires,
évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences,
évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIERS**
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

- Développement de la traçabilité
- Réalisation de protocoles, de procédures
- Ajustement des profils de postes et évaluation en besoins de formation

Annexe 5 : Questionnaire pour les professionnels (IDE, AS, ASH) ayant vécu une fusion d'unité
--

Dans le cadre de la formation de cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant **l'accompagnement des équipes lorsqu'elles vivent une réorganisation de travail dans le cadre de fusion d'unité**.

Votre opinion est d'autant plus importante qu'elle viendra enrichir mon travail de recherche.

Je vous remercie par avance du temps que vous accorderez pour remplir ce questionnaire et je vous précise que celui-ci est anonyme.

Concernant votre situation

1° Quel âge avez vous ?

Moins de 30ans ☐ 30-50 ans ☐ Plus de 50 ans ☐

2° Vous êtes :

- Infirmier ☐
- Aide-soignant ☐
- Agent de service hospitalier ☐

3° Depuis combien de temps exercez vous cette profession ?

<5ans ☐ 5-10 ans ☐ 10-15ans ☐ >15ans ☐

4° Dans combien de service avez-vous exercé en comptant celui où vous travaillez actuellement ?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 et plus ☐

5° Quelles sont les raisons à l'origine de ces changements de service ?.....

.....
.....

6° Selon vous, qu'est ce qui favorise une culture d'équipe ?

Les valeurs ☐

Les projets de services ☐

L'histoire de l'unité ☐

Le vécu professionnel ☐

Les représentations de chacun ☐

Autre

Concernant la fusion d'unité

7° Lorsque l'on parle de fusion d'unités, cela vous évoque :

- Une charge de travail supplémentaire ☐

- Une opportunité de faire évoluer ses pratiques professionnelles ☐

- Autre :

8° Quel a été votre ressenti lorsque vous avez appris la fusion d'unité ?

Peur ☐

Enthousiasme ☐

Confiance ☐

Méfiance ☐

Autre :

9° Par qui avez-vous eu connaissance du changement ?

- Le cadre de santé ☐

- Le cadre supérieur de santé ☐

- Le directeur des soins ☐

- Le médecin chef de pôle ☐

- Autre(s) personne(s) ☐

10° Comment avez-vous été informé ?

- Lors de réunion de service ☐

- En allant vous-même chercher l'information ☐

- Autre ☐

11° Vous êtes vous senti intégré au projet ?

☐ Oui, pourquoi ?

.....

☐ Non, pourquoi ?

.....

12° Selon vous, quel est le changement le plus marquant lors d'une fusion ? (*classez de 1=le plus marquant à 4=le moins marquant*)

- l'organisation de travail ☐
- La culture de l'équipe ☐
- Les lieux ☐
- La hiérarchie ☐
- Autre : ☐

13° Avez-vous été accompagné dans ce changement ?

- Oui ☐
- Non ☐ (*Veillez passer directement à la question N°16*)

14° Par qui ?

15° Cela vous a-t-il semblé suffisant ?

- Oui ☐
- Si non, qu'attendiez-vous de cet accompagnement ?

.....

16° Selon vous, quel est le rôle majeur du cadre de santé dans ce type de contexte ?

(cochez une seule case)

Coordinateur des soins ☐ Gestionnaire des moyens ☐

Interface entre l'équipe, le pôle et l'institution ☐ guide de l'équipe ☐

Expert en soins ☐

Autre :

17°A ce jour, qualifiez-vous cette fusion comme étant :

- Positive ☐

- Négative ☐

- En construction ☐

Merci de m'avoir accordé du temps

Aymar

Annexe 6 : grille d'entretien auprès des cadres de santé ayant conduit une fusion d'équipe

Dans le cadre de la formation de cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant **le rôle du cadre de santé pour fédérer et favoriser l'adhésion de l'équipe soignante lors de fusion d'unités.**

Identité professionnelle :

- 1) Etes vous cadre de santé ? ☐ Cadre supérieur de santé ? ☐ Cadre de pôle ? ☐
- 2) Depuis quand êtes vous cadre de santé?
- 3) Quelle est votre formation initiale ?

La fusion :

- 4) Pouvez-vous me décrire brièvement le contexte qui a abouti à la fusion d'unités ?

Les équipes soignantes :

- 5) Quels ont été les impacts sur l'organisation du travail des soignants ?
- 6) Selon vous, quel a été le ressenti des professionnels lors de l'annonce, au début de la fusion et quelques temps après ?
- 7) Le projet a-t-il eu un impact sur les cultures professionnelles ?
- 7a) **Si oui** : lequel ?
- 7b) **Si non** : pourquoi selon vous ?

La posture du cadre de santé :

- 8) Comment qualifiez vous le rôle du cadre de santé dans le processus de changement ?
- 9) Est-ce que d'autres acteurs sont intervenus dans ce processus ?
- 9a) **Si oui**, lesquels
- 9b) **Si oui**, quels ont été leurs rôles ?
- 10) Avez-vous mis en place un plan d'action pour favoriser la mise en place du projet ?

10a) **Si oui**, lequel ?

10b) **Si non**, pourquoi ?

11) Quel(s) apport(s) de votre expérience vous a le plus aidé lors de la fusion ?

12) Avez-vous rencontré des difficultés lors du changement ?

12a) **Si oui**, lesquelles ?

12b) **Si non**, pourquoi ?

13) Avez-vous utilisé et/ou utilisez vous des méthodes pour favoriser la collaboration des professionnels d'une unité ?

14) Selon vous, le cadre de santé doit-il adopter des stratégies managériales pour obtenir un résultat optimal dans ce type de contexte ?

14a) **Si oui**, lesquelles ?

14b) **Si non**, pourquoi ?

15) Avez-vous des commentaires à rajouter ?

Annexe 7 : retranscription de l'entretien n°2 auprès de Madame G de l'établissement 1.

Durée de l'entretien : 35 minutes

Identité professionnelle :

Quelle est votre fonction actuelle ? Depuis quand êtes vous cadre de santé? Quelle est votre formation initiale ?

Alors, je suis cadre supérieur de pôle depuis 2007, au moment de la création des pôles dans l'établissement, et je travaille dans l'établissement depuis bien longtemps puisque j'ai commencé ma carrière en 1983 en tant qu'infirmière dans l'établissement et je suis cadre de santé depuis 1997. Oui, j'étais à l'IFCS de [...] de 1996 à 1997.

La fusion :

Pouvez-vous me décrire brièvement le contexte qui a abouti à la fusion d'unités ?

Oui, alors en fait donc euh, pendant le temps où j'étais à l'école des cadres hein euh, il a été procédé à la fusion administrative des deux établissements qui étaient à l'époque l'établissement [...] A et l'établissement [...] B donc la fusion administrative a été prononcée en 1997 et pour moi les premières fusions d'unités se sont faites en 1999. Euh, pour ma part, effectivement en étant à l'école des cadres et en ayant projeté avec la direction des soins le poste que j'occuperai après mon retour, j'ai avant même de prendre mes fonctions, j'ai participé à des réunions d'organisation pour organiser les premières fusions. Donc, quand j'ai pris mon poste en juillet 1997, je savais euh que à terme euh, une fusion s'opérerai entre les deux unités de gynécologie qui existaient alors puisque'il existait une unité de gynécologie sur le site A et une unité de gynécologie sur le site B et qu'effectivement l'objet de la fusion était la suppression des doublons alors pas de tous les doublons de première intention, mais de façon organisée d'un point de vue calendaire, mais effectivement les premières fusions ont concerné le secteur de gynéco-obstétrique avec des fusions des maternités pour lequel j'étais moins concernée même si j'étais cadre

euh dans un secteur qui intéressé de la gynéco-obstétrique et en collaboration avec les collègues cadre sage-femme. (Silence)

Comment cela s'est déroulé, vous étiez cadre sur le service de gynécologie de l'établissement A ?

Alors, non non, j'étais sur le site B à l'époque. (Silence)

Donc c'est vous qui êtes partie sur le site A ?

Non, pas exactement, non non, ce qui s'est produit dans un premier temps, on a procédé, alors, c'était en 1999, que ça à eu lieu, on a procédé à une fusion initialement du site A vers le site B, la gynécologie a fusionné sur le site B initialement. Voilà donc, est arrivée sur l'établissement B toute l'équipe, et médicale et paramédicale, qui se trouvait sur le site A, à ceci près hein évidemment puisque un plus un n'ont pas fait deux mais qu'il a fallu effectivement pour euh ce qui concerne l'équipe de l'établissement A et le cadre de cette unité, procéder à des entretiens de mobilités et pour moi accueillir des agents qui n'avaient pas forcément choisi de venir travailler sur le site B.

Les équipes soignantes :

Quels ont été les impacts sur l'organisation du travail des soignants ?

Alors moi, j'ai envi de dire, puisque j'étais cadre du site B et que la gynéco fusionnait sur le site, euh le choix et effectivement, les préalables qui ont été définis, c'est que l'équipe de gynéco du site B n'était pas remise en question sur son positionnement et sur son affectation, par contre, effectivement tout un travail a du être fait avec l'équipe qui se trouvait sur le site A puisque certaines avaient des contraintes liées au transport pour ce déplacer d'un site à l'autre et effectivement le cadre de l'époque du site A a mené des entretiens de mobilité et euh, dans mon souvenir seules trois infirmières sont, euh ont accepté d'être affectées sur le site B pour suivre la spécialité. Et c'est vrai que c'était pour ces professionnels là, un attachement euh pour, à la spécialité euh chirurgicale que représente la gynécologie et l'attachement à l'équipe médicale aussi probablement.

C'était trois infirmières sur combien ?

Euh non, je ne me souviens plus, je ne dois pas avoir en mémoire une équipe que je ne gérais pas, mais c'était une petite entité. J'imagine à l'époque, euh elles avaient de mon souvenir, mais c'est assez loin quand même, c'était une quinzaine de lits donc euh, elles avaient un dimensionnement euh, on part sur deux et demi la nuit minimum euh, elles fonctionnaient peut être à trois par jour je dirais qu'elles étaient de l'ordre de, allez huit professionnels environ. Aucune aide-soignante n'ont fait le choix de venir travailler sur l'autre site. Donc quand il a été effectivement question de, euh d'organiser la gynécologie sur le site B, l'équipe médicale a mis des conditions à leur arrivée sur le site euh c'est-à-dire que soit procédé à une remise en état des locaux que nous avons à disposition, donc ça en est passé à une étape de travaux de déménagement de cette unité vers une autre unité le temps des travaux c'est-à-dire qu'il y a eu une opération tiroir. J'ai été amenée à déménager euh le service euh sur une période qui s'est étalée sur trois mois hein donc une opération tiroir avec l'équipe du site B pour que soit procédé à des travaux et après un nouveau euh redéménagement vers l'unité euh refaite à neuf euh oui refaite à neuf voilà. Donc ça a été pas mal de bouleversement euh, tout un travail d'anticipation sur ces travaux là et sur la réorganisation.

Selon vous, quel a été le ressenti des professionnels lors de l'annonce, au début de la fusion et quelques temps après ?

Alors comme ça a été sur plusieurs étapes hein, il y a eu cette fusion initiale sur le site B puis euh, sur les étés qui ont suivi, dans la mesure où euh, alors en fait initialement la chirurgie gynécologique disposait d'un bloc spécifique, les activités se faisaient dans le bloc de gynéco-obstétrique au plus près du lieux des hospitalisations des patientes de gynécologie et durant cette phase on a aussi fait le choix de fermer le bloc de gynéco-obstétrique puisque la gynéco partait, et de regrouper les activités de la dite gynécologie avec le bloc central. Or le bloc central du site de B ferme tout les étés et nous avons été amenés à délocaliser l'activité de la chirurgie gynécologique les étés qui ont suivi sur le site A pour au final, arriver à prendre la décision, puisque l'obstétrique avait déménagé sur le site A, de faire une nouvelle euh enfin, une nouvelle localisation de gynéco et on est parti en 2004 sur le site A. Donc, vous dire les effets que ça a produits, il y a eu plusieurs effets en cascades. Euh parce que, il y a eu la fusion sur le site B, euh la délocalisation tout

les étés qui ont suivi sur l'autre site dans des locaux non connus par tout le monde mais connus par certaines d'entre elles, puis au final le choix institutionnel d'installer à nouveau finalement la gynécologie sur le site A. Ça a été des effets en cascade et assez complexes à accompagner hein euh, effectivement avec, et bien, un groupe à reconstituer puis à ramener sur l'autre site ponctuellement sur la période estival.

Avez-vous eu beaucoup de turn over pendant cette période ?

Non absolument pas, absolument pas. Donc, effectivement quand on en est arrivé à prendre la décision euh de ramener toute l'activité euh de la chirurgie gynécologique sur le site A, l'ensemble de l'équipe à deux exceptions près, c'est-à-dire deux aides-soignantes qui n'avaient pas le permis, pas de véhicule, qui ont fait le choix elles, mais elles étaient dans un processus de changement d'affectation dans l'idée où elles avaient euh projet d'évolution donc ce sont des aides-soignantes qui de toute façon auraient changer d'affectation puisqu'elles étaient euh dans le service déjà depuis trois années, euh et donc elles étaient déjà dans une démarche de changement d'affectation et donc le fait que la gynéco parte sur le site A, euh, on fait qu'on a réactivé cette demande de changement d'affectation et seules deux AS sont restées sur le site mais dans d'autres unités hein euh. Sans quoi, l'équipe dans son intégralité a suivi cette activité parce que effectivement c'était une activité à laquelle elles étaient très attachées et elles ont été très parties prenantes, mais c'est aussi parce que je l'ai suscité dans ce regroupement sur le site A. C'est-à-dire qu'elles ont été parties prenantes, elles ont participé à toute les étapes à chaque fois que je suis partie en visite sur l'autre site pour euh, voir les locaux, repenser les organisations, elles ont été présentes à toutes les étapes, c'est-à-dire qu'effectivement il y avait une référente par catégorie professionnelle qui m'a accompagné dans chacune des visites, et qui, avec moi ont repensé les organisations.

Le projet a-t-il eu un impact sur les cultures professionnelles ?

Effectivement, euh hier, nous étions en direction des soins euh, le Directeur des soins en poste évoquait cette fusion qui a été pour le service, pour l'institution, une fusion réussie sans effets heu, sans réactions euh, la fusion qui avait précédé qui était la fusion des unités de suites de couche, euh ne s'est pas passée de la même manière puisque qu'il y avait de fortes réactions et de fortes manifestations allant jusqu'à des mouvements de

grève avec des banderoles déployées sur l'établissement euh voilà. Donc effectivement, le fait que ça se soit passé aussi en plusieurs étapes euh, parfois mal comprises, euh je vous l'accorde euh, c'est vrai que ça m'a demandé à moi un fort investissement et euh, de nombreux temps de retours et d'information à l'équipe, euh à chaque étapes, euh je prenais le temps d'informer clairement et euh, c'est vrai que j'ai adopté une grande transparence parce que, je ne vous cache pas qu'il y a eu des moments où j'avais pour ma part, de nombreux questionnements. Mais ces questionnements, on les a partagé et ensemble, on a essayé euh, de trouver des réponses à chacun de nos questionnements et le fait de les avoir intégré à tout ces temps euh, ont permis cette réussite euh pour moi ça a été une réussite.

La posture du cadre de santé :

Comment qualifiez-vous le rôle du cadre de santé dans le processus de changement ?

Et c'est euh, alors c'est un rôle majeur d'accompagnement, mais je dirais dans son quotidien euh, (temps de réflexion) dans son quotidien il faut être en mesure de répondre à euh toutes les interrogations, à toutes les peurs euh parce qu'il y en avait des peurs hein oui.

Est-ce que d'autres acteurs sont intervenus dans ce processus ?

Alors effectivement, et bien ça a été accompagné par, à l'époque, le chef euh de département, puisqu'on parlait de département à l'époque euh alors, accompagné euh plutôt dans les directives à mettre en œuvre (sourire) hein à l'époque c'était le Docteur V euh le professeur pardon, le professeur V qui avait à sa charge l'ensemble du département de gynéco-obstétrique euh. Dans la même période, c'est-à-dire entre 1997 et 1999, il y a eu un changement de chef de service pour la gynécologie hein puisque euh, quand moi j'ai pris mon poste c'était le Docteur M qui était chef de service et qui partait à la retraite, et en 1999 arrivait un nouveau chef de service le professeur actuellement F et effectivement euh, j'ai envie de dire oui ils ont été présents mais très peu. Oui, ça a été principalement mon rôle d'accompagner ce déménagement et tous ces changements. Hein parce que, comme je vous le disais, il y a eu aussi la fusion inverse c'est-à-dire qu'on a commencé par fusionner sur le site B puis A avec l'arrivée d'une autre équipe médicale véritablement

parfois ils ont été plutôt euh enfin, ils ont été à l'origine de certains troubles, enfin de certains questionnements supplémentaires pour l'équipe. C'est-à-dire qu'il fallait recevoir une nouvelle façon de faire, une nouvelle culture, de nouvelles exigences, parce qu'autant on avait travaillé dans ce service là, avec l'arrivée des nouveaux médecins, il y avait l'exigence de locaux repeint à neuf euh, c'est une petite idée parmi tant d'autres mais euh, oui c'était de nombreuse, ça m'a demandé beaucoup d'énergie et parce que j'avais aussi cette équipe là, avec moi, avec euh, l'infirmière référente qui était très impliquée aussi hein euh, je reconnais que ça a été un travail que j'ai partagé avec une infirmière référente (temps d'attente), qui n'était pas détachée des soins mais qui avait, avec moi, cette expérience euh de changement, d'accompagnement de changement.

Avez-vous mis en place un plan d'action pour favoriser la mise en place du projet ?

Oui oui oui évidemment, euh dans ces nombreux déménagements, alors c'est vrai que je n'ai plus euh, j'avais eu mis à disposition par la direction des soins un support qui me permettait de balayer euh tout les aspects à ne pas omettre dans ces différentes phases et étapes. C'est-à-dire qu'effectivement et bien euh, il y avait l'aspect euh, gestion des ressources humaines qui était euh, un des aspects, mais il y avait aussi l'aspect d'accompagnement des travaux avec toutes les dimensions, toutes les étapes euh, tout les partenaires à ne pas oublier, tout les aspects logistiques à balayer euh, en partant de l'électricité euh, au magasins euh, à la pharmacie, la restauration, et bien euh toutes les fonctions logistiques qui s'articulent autour de ça.

Quel(s) apport(s) de votre expérience vous a le plus aidé lors de la fusion ?

Alors, j'ai du, quand même euh improviser un petit peu euh (sourire), je revenais de l'école des cadres finalement hein heu, puisque je suis sortie juillet 1997, c'était la fusion administrative euh, c'est vrai que en 1999, on faisait la fusion sur le site B. Je me suis servie de mon expérience en tant que professionnelle infirmière hein, c'est-à-dire qu'effectivement j'ai eu à vivre euh quelques fermetures estivales euh, de l'unité dans laquelle j'ai principalement fonctionné euh avec effectivement, des réaffectations sur les périodes estivales des uns et des autres, avec les difficultés pour les uns de s'adapter aux changements euh, et pour ma part également donc euh c'est de cette expérience là que j'ai tiré quelques éléments. Euh, j'ai tiré aussi partie des expériences des déménagements de

l'obstétrique qui avait précédé avec les écueils et les points positifs je me suis un petit peu inspirée effectivement de ce qu'ont vécu les cadres sages-femmes avant moi-même si ce n'était pas de commune mesure, elles n'ont pas eu elles, à fusionner sur différentes étapes. Euh le fait aussi en tant que faisant fonction d'avoir travaillé euh sur des projets de reconstruction pavillonnaire hein de bâtiment, où là je m'étais moi investie en qualité de faisant fonction à réfléchir à euh, à la reconstruction de pavillon euh, à réaménager et à voir toutes les étapes qui ne faillaient pas omettre pour euh accompagner au mieux un service dans un déménagement, en tout cas euh, et puis oui, se servir de l'expérience des autres avec euh, éviter les écueils qui avaient été rencontrés par d'autres. Oui c'est ce qu'il me vient de priorité.

Avez-vous rencontré des difficultés lors du changement ?

Alors effectivement, ce qui est le plus compliqué c'est organiser une coordination entre tous les partenaires qui interviennent euh, ça c'est assez complexe. Euh, tous les corps de métiers étant sollicités, euh alors je pense plus à l'étape travaux euh, où là c'était assez complexe d'organiser la coordination, même si au final, le jour J euh, tout le monde été partie prenante, et ça je l'ai vécu dans d'autres déménagements depuis lors où, là il faut effectivement les étapes de préparation. C'est parfois compliqué euh, d'obtenir des temps de disponibilité pour chacun, mais le jour J, tout le monde a été toujours efficace et opérant quoi voilà. (Temps d'attente).

Et entre les équipes paramédicales et médicales ?

Ce qui a été compliqué c'est effectivement, de faire face au fait que nous étions à l'époque deux établissements différents et nous étions à l'heure de la fusion au début finalement de cette fusion, et là, aucuns outils n'a été harmonisés, aucunes organisations n'étaient harmonisées et donc il a fallu et ça, ça a été long et difficile, c'était s'imprégner, quand je parle de la phase où nous avons du aller sur l'autre site, s'imprégner des organisations de l'autre site euh, faire admettre les outils que nous ne souhaitions pas abandonner euh, et s'imprégner, oui de cette organisation et puis se faire connaître sur le site aussi, c'est aller prendre contact avec chacun des partenaires, ça a demandé beaucoup de temps, ça a été un investissement en temps en énergie et en réajustement continu hein effectivement, et en réadaptation avec le sentiment parfois de faire un pas

en avant deux pas en arrière, mais de devoir oui, de devoir s'attacher à tout les éléments nouveaux qui venaient s'associer à ça.

Avez-vous utilisé et/ou utilisez vous des méthodes pour favoriser la collaboration des professionnels d'une unité ?

Alors en parallèle, un gros travail se faisait de façon institutionnel sur le DSP, le dossier de soins paramédicale, et donc ça a été aussi quelque chose à accompagner mais euh un outil aidant puisqu'il se mettait en place partout ailleurs et que chacun devait si retrouver autour de ça hein. Après euh, une méthode euh, une méthode c'est vrai que, en école des cadres euh, à l'époque, on ne développait pas tous les outils qu'on a à disposition aujourd'hui hein euh, mais à chaque fois euh, c'était le point d'étape euh, « voilà on en est là » euh, « quelles sont euh les organisations en place autour de cet aspect là » c'est-à-dire et bien, à chaque étape, et bien faire le bilan de euh, un état des lieux, de savoir comment nous, on pouvait se rattacher à ça, de voir quelles étaient les organisations, de voir comment on pouvait à chaque étape euh se retrouver dans l'existant et de savoir comment on pouvait faire évoluer les choses mais effectivement euh, c'était et bien euh, intégrer un nouveau poste de soins euh, qui n'avait pas la même configuration, savoir comment euh s'installer dans ce nouveau poste de soins, comment on organisait la visite des médecins, euh est-ce que les outils et le matériel que nous avons à disposition sont adaptés au nouveau locaux, oui euh il a fallu reprendre point par point l'organisation euh, en faisant le listing et puis il fallait revoir les fiches de postes hein, ça a été repenser les fiches de postes aussi et les activités de chacun, parce que effectivement euh, autant nous avons un service sur le site euh où nous traitons la prise en charge des patients de la phase diagnostic à la phase pronostic jusqu'à la fin de vie, autant quand nous partions sur l'autre site nous prenions, puisque nous changions de chef de service euh, nous avons une autre politique à développer qui était principalement une politique de prise en charge de patient principalement sur les aspect de chirurgie hein partant sur le site A, nous n'avions plus en charge les chimiothérapies des patients que nous avions en charge sur l'autre site précédemment. C'était assez complexe hein, je dois reconnaître que c'était un gros gros travail avec différents aspects du coup ça vous semble assez brouillon mais il y avait tellement d'éléments qu'il a fallu repenser toute l'organisation euh soignante aussi bien médicale que paramédicale hein, donc ça a été aussi une étroite collaboration avec le nouveau chef de service mais qui je dois dire m'a laissé carte

blanche, mais qui à la limite tant mieux. Ça a été à la limite plus facile, je lui rendais compte à chaque étape euh, mais il m'a laissé en tant que cadre et en tant qu'équipe euh, prendre beaucoup d'initiatives euh, et euh, être à l'origine de beaucoup de propositions qu'il a fallu valider à chaque étape mais euh, c'est vrai que cette part d'autonomie a été très facilitante.

Selon vous, le cadre de santé doit-il adopter des stratégies managériales pour obtenir un résultat optimal dans ce type de contexte ?

Oui, c'est un management participatif hein et euh, pas directif. C'est amener l'équipe à chaque étape, parce qu'il y en a eu de très nombreuses hein euh, chaque étape, donner l'impression à l'équipe euh, qu'elles sont actrices aussi qu'elles n'étaient pas là que pour subir des décisions, mais qu'elles prenaient part aussi à leur niveau à quelques décisions. C'était faire prendre la mayonnaise entre guillemet et euh, oui à chaque étape informer et euh, prendre la mesure de leurs propositions, admettre que l'équipe est force de proposition et qu'effectivement si euh, l'organisation n'est pas décidée avec l'équipe à un mon avis c'est une organisation qui ne peut que flancher.

C'est les fédérer autour d'un projet commun ?

Et bien, évidemment, et leurs donner le sentiment que elles ne subissent pas les décisions mais qu'elles y contribuent même si au bout du compte la décision était prise. Mais qu'elles n'aient pas l'impression de subir et de ne pas être acteur du changement. Tout ne peut pas être décidé dans des bureaux pour moi, le terrain amène beaucoup.

Avez-vous des commentaires à rajouter ?

Ce pour quoi j'ai ce vécu là, c'est bien parce que l'équipe, quasi dans son intégralité, a suivi au moment de la fusion sur le site A. Je ne dirais pas que l'équipe de la première fusion l'on vécu de la sorte, mais je n'ai été amenée à côtoyer que celles qui sont arrivées sur le site B, à la fois ces trois IDE là étaient des IDE nouvellement recrutées, sur les trois, il y en avait deux qui étaient nouvellement recrutées, donc pour qui ça ne posé pas véritablement de problème, elles venaient d'arriver, et la troisième c'était une ancienne, une très ancienne mais qui était extrêmement attachée à la spécialité et à

l'équipe médicale et c'était quelqu'un qui avait une riche expérience de la gynécologie et qui s'est intégrée très aisément hein, mais qui était très ouverte à pleins d'autres projets puisqu'elle a après évolué euh, elle est partie de la gynécologie avant même qu'on ne la ramène sur l'autre site euh mais dans un projet d'évolution de carrière.

Merci



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@13-14

TYPE DE DOCUMENT
Mémoire

TITRE DU DOCUMENT
Entre fusion d'unités et cultures professionnelles
Quel rôle pour le cadre de santé

AUTEUR
Sophie AYMAR

MOTS CLES
Management. Fusion d'unités. Culture professionnelle. Cadre de santé. Equipe soignante.

KEY WORDS
Management. Merger of units. Professional culture. Health manager. Nursing staff.

RESUME

Dans un contexte où le paysage hospitalier ne cesse de se restructurer, notamment pour répondre aux évolutions sociétales, aux exigences de qualité et de sécurité ainsi qu'aux exigences économiques, les organisations au sein des établissements sont repensées et peuvent aboutir à des fusions d'unités. Néanmoins ces dernières sont complexes et sont vécues difficilement par les équipes soignantes tant elles modifient leur fonctionnement quotidien.

Ce mémoire vise à comprendre les conséquences engendrées par ces fusions sur les personnels soignants, notamment sur la culture professionnelle, ainsi qu'à appréhender le rôle du cadre de santé dans la conduite d'un changement comme celui-ci. Pour réaliser ce travail de recherche, j'ai élaboré un cadre conceptuel au travers de la littérature, puis j'ai mené une enquête de terrain par le biais de questionnaires pour les professionnels d'unités et d'entretiens pour les cadres de santé. Il s'avère que l'implication des acteurs dans la conduite de changement participe à leur adhésion au projet. Le cadre de santé, pour permettre la réalisation efficiente de ces restructurations, d'une fusion, doit adapter son management, son accompagnement, en fonction du contexte, des équipes ainsi que des individualités, et ce, étape par étape.

ABSTRACT

In a context where the hospital scene is still in the process of restructuring, in particular to meet society changes, quality and safety requirements, as well as economic requirements, organizations within hospitals are rethought and might lead to the mergers of units. Nevertheless, these are always complex and hardly experienced by nursing staff as they modify their daily work.

This paper aims to understand the consequences caused by the mergers on nursing staff, notably on professional culture, and to understand the role of the health manager in the change management like this one. To perform this research work, I created a conceptual framework through literature, and then I conducted a field survey through questionnaires for professionals of units and interviews for health managers. It appears that the people involvement in the change management participates in their support to the project.

To enable the efficient implementation of these restructuring, the merger, the health manager has to adapt his management, his support according to the context, according to the teams and individualities step by step.