

ESM – Formation & Recherche en Soins
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



La conduite du changement ou comment
manager une annonce impopulaire.

Ritha COLOGER

DCS@16-17

NOTE AUX LECTEURS

Les travaux écrits 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 de l'auteur et de l'Ecole Supérieure Montsouris.

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier en tout premier lieu mes enfants qui ont pendant presque une année vécu en situation d'autarcie mais qui au final en seront sortis grandis en autonomie. Je vous remercie Matys et Seylomé pour la patience dont vous avez fait preuve dans les difficultés quotidiennes ainsi que pour l'immense fierté que j'ai toujours vu briller dans vos yeux pour votre mère.

J'ai toujours voulu être pour vous l'incarnation de la persévérance qui paye et je pense que cette année y a contribué. Les parents ont un rôle dans l'éducation de leurs enfants mais la réciproque est tellement vraie et encore plus à ce jour.

Je vous aime.

Je remercie mes parents sans qui se sont sacrifiés et ceci malgré leur Age avancé pour me permettre d'avancer et d'atteindre mon objectif. Merci d'avoir cru en moi et merci de manière générale d'être toujours là.

Je tiens à témoigner mon immense considération pour l'équipe de l'ESM : Madame Le Gall pour l'immensité de ses qualités pédagogiques et humaines : Les mots que je pourrais utiliser ne seront qu'un pâle reflet de son talent et de son humilité !

Merci à toute l'équipe d'accueil pour sa disponibilité et sa présence. Un grand merci pour votre professionnalisme et vous contribuez largement à la notoriété de cette école dont la réputation et l'image n'a fait que se confirmer au fil de mes stages.

Je tiens également à remercier chaleureusement le directeur, et oui, quelle chance j'ai eue ! pour la qualité des échanges et de l'accompagnement tout au long de ce travail.

Pour finir j'exprime ma profonde reconnaissance à tous les professionnels de terrain qui ont bien voulu témoigner de leur expérience et contribuer à l'élaboration de ce travail de recherche.

LEXIQUE

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

ARS : Agence régionale de santé.

AS : Aide-soignante.

AVC : Accident vasculaire cérébral.

EM : Entretien motivationnel

ESI : Etudiants en soins infirmiers.

GH : Groupement hospitalier.

IDE : Infirmière diplômée d'état.

RTT : Récupération du temps de travail.

TABLE DES MATIERES

1.INTRODUCTION	3
1.1Du constat à la problématique.	4
1.2. Le questionnaire exploratoire.....	4
2. LE CADRE CONTEXTUEL.	5
2.1. Le Contexte particulier des organisations hospitalières.	5
2.2. Les grandes réformes hospitalières.....	6
2.3. L'hôpital entreprise.	7
2.4. Le malaise hospitalier.	8
3. LE CADRE CONCEPTUEL.	8
3.1. Le changement.	8
3.1.1. L'enjeux du changement dans les organisations.	8
3.1.2. Les différents types de changement.....	9
3.1.3. Le changement imposé.	9
3.1.4. Le changement impopulaire.....	9
3.2. La psychologie du changement chez l'individu.....	10
3.3. Le changement et la souffrance au travail : les risques psychosociaux.	11
3.4. La résistance au changement.....	12
3.5. Le changement et le dilemme.....	14
3.5.1. Le changement et le dilemme pour l'équipe.	14
3.5.2. Le changement et le dilemme pour le cadre.....	14
4. LA CONDUITE DU CHANGEMENT.	15
4.1. Le management du changement.....	15
4.2 Le rôle du cadre dans la conduite du changement.....	16
4.2.1 le cadre de santé et la gestion de la dynamique du travail en équipe.	16
4.2.2. Le cadre de santé face au changement imposé.....	19
4.2.3 Manager une annonce impopulaire	20
4.3. La conduite de projet, un outil au service de la conduite de changement.....	22
4.4. Le Changement et la qualité de vie au travail : une affaire de management.	23
4.4.1. La communication comme outil du changement au service de l'adhésion.	23
4.4.2. L'entretien motivationnel : un outil de communication efficace.	24
4.5. L'hôpital, un lieu spécifique où s'exercent différents pouvoirs.....	25

4.6. Le professionnel : acteur du changement.....	26
4.7. Vers un management plus responsable.....	27
4.8. Le management participatif.....	28
4.9. L'importance du bien-être au travail dans le changement.....	29
4.9.1. Le développement des compétences.....	30
4.9.2. La reconnaissance au travail.....	30
4.9.3. Le sens accordé au travail.....	31
4.9.4. Confiance, délégation et partage de pouvoirs.....	32
4.10. L'exemple des hôpitaux magnétiques.....	32
5.L'ENQUETE.....	33
5.1. Le terrain.....	33
5.2 les outils.....	34
5.2.1. Le questionnaire de santé pour les paramédicaux.....	35
5.2.2. L'entretien pour les cadres et cadres de santé.....	35
5.2.3. L'observation : un outil redoutable.....	36
5.3. Limites des outils.....	36
5.3.1 Limites des entretiens.....	36
5.3.2. Les limites des questionnaires.....	37
5.4. Les freins.....	37
6.LES RESULTATS.....	38
6.1. Présentation générale.....	38
6.1.2. Résultats des entretiens cadres.....	43
6.2. Analyse.....	49
6.2.1. Analyse questionnaires soignants.....	49
6.2.2. Analyse entretien cadres.....	51
6.2.3. Confrontation des perceptions soignants/cadres.....	53
6.3. Limites et pistes d'amélioration.....	54
6.3.1. Les limites.....	54
6.3.2. Les pistes d'amélioration.....	54
CONCLUSION.....	55

1.INTRODUCTION

Nous sommes confrontés tous et toutes à une évolution galopante des techniques et des comportements. Ce sentiment de brusque accélération semble aller trop vite pour que l'adaptation puisse se faire sans heurts. Le besoin de réfléchir sur le changement et sa signification, son impact et ses enjeux dans le monde de la santé est vital.

En plus des turbulences engendrées par ces changements qui nous sont imposés par l'environnement social, politique et économiques, viennent s'ajouter des contradictions inhérentes aux personnes et aux organisations.

A l'hôpital, les incessantes dispositions légales, les plans d'évolution, les rénovations et fusions, l'évolution des pathologies et donc des technologies de soins à maîtriser, les changements se succèdent.

En tant que soignants, Il est important de déterminer à quel degré nous sommes concernés et impactés par lui ainsi que les actions et le pouvoir dont nous disposons pour le gérer

Deux attitudes extrêmes semblent s'opposer, à savoir se laisser vivre en subissant les changements imposés par les nouvelles contraintes sociales, contextuelles ou bien au contraire s'impliquer dans l'organisation du changement qui semble s'imposer à tous et dans ce cas, comment maîtriser le changement voire le transformer en opportunité de progrès ?

En tant que future cadre de santé, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je n'ai pas choisi ce thème par hasard :il s'est doublement imposé à moi de par l'importance des changements que j'ai pu subir et observer depuis ma prise de fonction en tant qu'infirmière avec tous les enjeux dont j'ai pu avoir conscience.

De plus ce choix émane d'un constat, d'une situation qui m'a interpellée et que j'ai jugé fondamentale d'éclaircir pour assurer ma future fonction de façon optimale.

Pour débiter, je définirai le constat en question et la problématique qu'il a soulevé en moi.

Afin de valider la pertinence de mon questionnement professionnel, j'ai bien entendu élaboré un questionnaire que j'ai soumis aux professionnels de terrain et qui m'a confortée dans le bien fondé de mon questionnement.

Dans une première partie, je poserai le cadre conceptuel regroupant les notions qui me semblent essentielles à aborder et à intégrer pour apporter des pistes de réflexions émanant d'études et de travaux d'auteurs dont les recherches ont contribué à donner des pistes de solution au problème. C'est dans cette première partie, très théorique que de nombreux concepts seront abordés.

Dans une seconde partie, je mènerai une étude sur le terrain afin de confronter toute cette partie théorique à la réalité du terrain.

Pour conclure je ferai le parallèle entre théorie et pratique, ce qui me permettra dd confirmer ou d'infirmer mon hypothèse de départ.

1.1 Du constat à la problématique.

Le milieu hospitalier français est confronté à de multiples réformes qui ont donné lieu à de nombreuses restructurations. La réforme de Monsieur Martin Hirsh¹ (confer **ANNEXE I**), en fait partie : elle a instauré la mise en place de la grande équipe dans une institution dont les horaires fixes contribuaient à garantir l'attractivité. Cette réforme a été annoncée lors du premier trimestre 2015 et a été mise en œuvre le premier septembre 2016. Cette nouvelle, qualifiée d'annonce impopulaire a été mal reçue par les équipes et a entraîné de nombreux mouvements de protestations ainsi que des mouvements de grève très médiatisés. Face à ces changements imposés, les professionnels de santé ont réagi très violemment et de nombreux sont ceux qui ont menacé de partir. En tout cas, beaucoup n'ont eu d'autre choix, pour faire face à leurs obligations familiales, que de changer de service afin de mieux s'organiser. En effet, certains changements ont un impact notable sur la vie familiale ce qui est impliqué des sacrifices et engendre un sentiment d'impuissance et d'injustice si l'on considère que pour bon nombre, accomplir ces missions de service public, relève d'un réel choix de vie et est une source d'épanouissement qui parfois même, confère du sens à leur vie.

Au regard de cet exemple, nous pouvons percevoir que les restructurations imposées représentent un réel vrai risque pour les équipes ainsi qu'un réel défi pour le cadre de santé.

La question suivante me semble donc légitime : Comment le cadre peut-il accompagner son équipe dans le cadre d'un changement imposé ?

Changement : un terme qu'il est impossible ne pas avoir entendu, sinon vécu dans le monde du travail.

La confrontation à cette nouvelle réalité a modifié la relation de l'homme au travail : Flexibilité, polyvalence et adaptation se sont substitués à stabilité, fidélité et sécurité. Guy Le Boterf² résume ainsi cet événement : « Confrontées à la complexité et à l'incertitude, organisées en structures hétérogènes et mouvantes, les entreprises et organisations doivent disposer d'hommes et de femmes capables d'affronter l'inédit et le changement permanent. La performance d'une entreprise...relève des microdécisions d'action portées par la compétence de ses professionnels. »

Le milieu hospitalier n'a pas échappé à ces bouleversements.

1.2. Le questionnaire exploratoire.

Afin de confirmer le bien-fondé de mon questionnement j'ai réalisé une enquête exploratoire, présenté en **ANNEXE II**, auprès de trois cadres de proximité :

- -La première issue du service de diabétologie de l'hôpital Bichat, cadre de santé expérimentée et rompue à la conduite de changement.
- -La seconde, cadre de santé nouvellement diplômée en service de cancérologie à l'hôpital Beaujon, donc qui a peu d'expérience de terrain dans la conduite de changement et qui a dû mener une double restructuration profonde dès son arrivée.
- -Le troisième est un cadre non-hospitalier qui travaille dans la gestion du parking Indigo. Je précise que j'ai choisi de questionner ce cadre car après divers échanges, j'ai compris qu'il rencontrait les mêmes problématiques que celles des cadres hospitaliers notamment concernant la gestion de changements imposés.

¹ Directeur des hôpitaux de Paris et à l'origine de la refonte de l'organisation sur le temps de travail à l'Assistance Publique hôpitaux de Paris

² Guy Le Boterf, De la compétence à la navigation professionnelle, éditions d'organisation, 1998, tiré du manuel changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité : Monique Pengam et Corinne Sliwka.

J'ai choisi d'utiliser des questions ouvertes afin de recenser au maximum le ressenti des trois cadres et de leur offrir la possibilité de m'ouvrir à d'autres pistes de réflexion auxquelles je n'aurais pas pensé. Il est intéressant de faire un premier constat qui est que le changement fait partie du quotidien des organisations sondées. Donc la gestion du changement est une préoccupation réelle des cadres d'aujourd'hui.

Deuxièmement chaque cadre confirme l'importance et l'utilité des réformes mises en place. Selon leurs propos : « Les réformes sont inscrites dans une perspective utile et ceci afin d'uniformiser les règles à des fins stratégiques et budgétaires. » Ensuite les trois ont témoigné de l'importance des impacts en termes d'atteinte de la motivation et des valeurs professionnelles. En termes de positionnement, ils ont du faire preuve de présence, d'écoute et de pédagogie. En effet ils ont dû justifier les bien-fondés des nouvelles mesures afin d'apporter des explications face aux exigences d'efficacité et de rentabilité. Ils ont du faire preuve d'écoute pour prendre en compte les inquiétudes des agents et y répondre sereinement.

Selon eux, le changement aurait dû se faire progressivement et sur la base du volontariat. De plus les changements les ont obligés à se réorganiser, s'adapter. Ce qu'ils déplorent c'est que le changement par manque de communication apparaît peu pertinent ou peu justifié car élaboré par des dirigeants sans interaction et concertation avec les équipes et sans se préoccuper des réalités du terrain, ce qui heurte celui-ci à des difficultés d'ordre pratique. Ils soulignent l'importance de donner espoir en les associant (les acteurs du terrain) et ceci en leur expliquant que le système est perfectible et en faisant remonter les critiques du terrain.

Au regard de ma question de départ et des informations obtenues lors de l'enquête exploratoire, ma problématique est la suivante :

Dans quelle mesure un changement prescrit peut-il s'inscrire dans un projet qui permettra à l'équipe non seulement de l'accepter mais aussi de se construire une nouvelle identité professionnelle collective ? Quels sont les leviers du cadre de santé pour favoriser l'adhésion à ces changements prescrits ?

2. LE CADRE CONTEXTUEL.

2.1. Le Contexte particulier des organisations hospitalières.

L'ouverture des frontières européennes laisse arriver des structures de plus en plus performantes qui activent la concurrence. Le système hospitalier français n'en est pas épargné. En quelques décennies, le caractère instable des environnements a provoqué de grandes transformations dans le secteur hospitalier.

Aujourd'hui, le milieu hospitalier encourage la mobilité pour preuve, les multiplications des projets et dispositifs institutionnels mais le tout s'inscrivant dans une réflexion sur comment accompagner le personnel.

Les organisations hospitalières sont caractérisées par trois logiques lesquelles se confrontent ce qui entraîne des incohérences et des tensions.

-La logique gestionnaire :

Elle relève des instances ministérielles et des autorités de tutelle à qui les directeurs d'hôpitaux doivent rendre des comptes pour obtenir des moyens financiers. La réalité est que le contexte de restriction budgétaire général rend leur mission délicate.

-La logique médicale :

Elle est dominante dans l'hôpital et est incarnée par le projet médical dont dépend en grande partie le projet de l'hôpital. Cette logique est défendue par le corps médical qui est très puissant et qui défend ses intérêts. La mise en place des pôles s'est beaucoup heurtée à cette logique.

-La logique soignante :

Elle représente la logique de l'ensemble des paramédicaux et en particulier les infirmières qui représentent 70% du personnel hospitalier et elles sont souvent les porte-paroles d'une incohérence entre les logiques médicales et budgétaires et les logiques des soins, ce pourquoi elles sont mandatées. Au quotidien, les impératifs avancés pour le changement sont souvent perçus comme répondant aux injonctions des logiques financières au détriment de celles de Care³.

L'organisation hospitalière a de surcroît plutôt tendance à résister aux changements. En effet, la direction impose des changements dictés par les politiques mais comme il existe dans le secteur un grand turn over des directeurs, la mise en place ou la pérennisation des changements envisagés ou débuté est à long terme aléatoire.

Le caractère particulier de la santé se traduit par un encadrement important de l'activité hospitalière en termes de textes législatifs et règlementaires.

2.2. Les grandes réformes hospitalières.

Les organisations hospitalières sont en état de changement permanent. En quelques années, de nombreux changements ont été imposés par les politiques afin de répondre aux besoins de la société et aux contraintes de restriction budgétaires.

Je trouve important d'énumérer les principaux qui ont été à l'origine de nombreux bouleversements dans le paysage hospitalier français :

- **-Les lois de financement de la sécurité sociale**, LFSS, votées annuellement par le parlement, définissent l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Ces objectifs de maîtrise sont bien évidemment en lien avec l'injonction de restrictions budgétaires et de nombreuses stratégies à l'origine de nombreux changements.
- **-La loi 2009-279, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire**, plus communément appelée loi HPST avec la mise en place de la nouvelle gouvernance avec l'instauration des pôles. Elle renforce les possibilités de coopération entre établissements.
- **-La loi du 31 juillet 1991**, portant réforme hospitalière qui instaure une planification régionale ainsi que le principe de contractualisation pluriannuelle, périodique entre l'établissement de santé et les autorités de tutelles.
- **-Les lois de financement de la sécurité sociale instituées par le Plan Juppé de novembre 1995.** Elles ont pour objectif principales de maîtriser les dépenses de santé nationales. En effet, les années 80 représentent un tournant essentiel pour la sécurité sociale en D'. Plus que jamais, les pouvoirs publics conçoivent que plus jamais les comptes ne retrouveront l'équilibre sans l'intervention de mesures correctrices. De nombreux plans et réformes ont été votés avec pour objectif, d'une part, de limiter les dépenses de santé en régulant la consommation et la production de soins, et d'autre part, d'augmenter les recettes en agissant sur les modes de financements. Divers plans⁴ ont été mis en place la dernière mise à jour date de novembre 2015.
- **-L'ordonnance numéro 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et qui établit les ARH qui deviendront des ARS (agence régionale de santé), ainsi que le principe d'un contrôle qualité périodique.
- -L'intensification de la prise en compte de l'utilisateur depuis **la loi du 04 mars 2002** avec une commission les représentant
- -L'aménagement et la réduction du temps de travail en (mise en place de la **RTT en 2002**).
- **-La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.** Celle-ci développe notamment, la notion de parcours, et dans son article 107, institue les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire).
- **-l'accréditation** avec le développement d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles

³ Le terme Care est un mot d'origine anglaise qui regroupe des valeurs éthiques au sujet de la relation avec l'autre. Basée sur des notions comme l'empathie et la capacité à prendre soin de l'autre.

⁴ <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-lasecurite-sociale-en-france.pdf>

- **-la mise en place de la tarification à l'activité(T2A)** avec l'attribution des moyens en fonction de l'activité.

Ce corpus législatif s'organise autour de nombreuses perspectives qui définissent la politique hospitalière. Parmi celles-ci, je citerai plus particulièrement la volonté de passage de l'autarcie à la coopération ainsi que le passage de l'administration à l'Entrepreneuriat.

Face à ces bouleversements, c'est le fonctionnement du quotidien de l'hôpital qui est impacté avec un pilotage basé sur la définition d'objectifs.

Ces changements entraînent de nombreux phénomènes de résistance de par leur fréquence et le rythme soutenu qu'il impose aux équipes. De plus, ils sont rendus plus acerbés du fait du contexte de crise sans précédent dans lequel l'institution est plongée : pénuries d'infirmières et de médecins, fermetures de lits d'hospitalisation en lien soit avec des problèmes budgétaires soit avec des problèmes d'effectifs soignants, engorgement des services d'urgence, crise identitaire des professionnels de santé, nouvelles relations au travail... Ces évolutions touchent d'autant plus le personnel hospitalier qui n'est pas accoutumé à cette nouvelle logique qui bouleverse sa culture

2.3. L'hôpital entreprise.

Afin de répondre aux différentes contraintes économiques en lien avec les déficits successifs de la sécurité sociale, de nombreux plans se sont succédés, comme le plan Veil qui, considérait déjà en 1978, remis à jour en juin 1993 (confer les plans de réforme de l'assurance maladie), que l'équipement en D' était suffisant et qui pour réaliser des économies il fallait supprimer des structures entières, comme ça a été notamment le cas pour plusieurs maternités qui ont fermé pour insuffisance du nombre d'accouchements. Ces structures étaient jugées pas suffisamment rentables. Ces mouvements de réduction des capacités d'accueil ont occasionné des fermetures mais également des fusions et de nombreuses restructurations qui ont transformé le paysage hospitalier français depuis le début des années 1980.

Ces dernières années, par le biais de multiplicité des textes législatifs, le positionnement des établissements de santé a été modifié qui s'inscrit progressivement dans une logique budgétaire au service de la politique nationale : on parle de la Grande Transformation

L'entrepreneuriat :

Ce terme est généralement associé à une entreprise et représente la fonction qui vise à mobiliser, gérer et organiser des ressources matérielles et humaines dans le but de développer des sociétés.

Ce terme est de plus en plus associé au milieu hospitalier doit désormais répondre à une logique de réduction de ses couts, d'efficience, de rendement et ceci afin de survivre car le secteur hospitalier est, comme n'importe quelle entreprise soumis aux contraintes de la concurrence.

Au début du 19^{ième} siècle, le financement du système reposait sur le financement à la journée mais ce mode de financement s'est avéré inflationniste, ce qui est devenu une préoccupation économique et politique de plus en plus pesante (compte tenu du contexte d'accroissement des besoins et des dépenses en termes de santé en lien avec l'augmentation et le vieillissement de la population et donc les prises en charge qui en résultent, ainsi que l'augmentation des progrès techniques).

Le financement au prix à la journée a été remplacé par la Dotation Globale, qui a permis de réduire les dépenses mais qui s'est révélée rapidement insuffisante.

Depuis les années 80, le **PMSI** devient alors la base du financement associé à la tarification à l'activité ou **T2A** et le budget est remplacé par un Etat Prévisionnel des recettes et des Dépenses (**EPRD**) qui se rapproche plus du financement des entreprises : c'est l'entrepreneuriat.

Les hôpitaux sont, depuis, assimilés à des entreprises qui fournissent des prestations de santé, lesquelles sont assimilables à des produits. Les hôpitaux, en cas de gestion non optimisée, peuvent générer des pertes financières, ils sont donc au minimum, tenus à tenter de se maintenir dans un état d'équilibre financier.

Aujourd'hui, les hôpitaux sont financés en fonction de prévisions de recettes ce qui les oblige à dégager des marges, à produire des actes de soins afin de générer une capacité d'autofinancement.

Bien entendu, ce système demeure pervers dans la mesure où il induit la sélection d'actes bien cotés par la sécurité sociale, donc sélection des soins les plus lucratifs, ce qui est contraire à la logique du service public. De même, il induit une surconsommation d'actes pour être rentable ce qui augmente les dépenses publiques de santé.

2.4. Le malaise hospitalier.

L'augmentation et la récurrence des mouvements de grèves ainsi que les nombreuses vagues de suicides mettent en évidence l'inquiétude du personnel hospitalier.

De nombreux acteurs ne trouvent plus de sens à leur travail et quel que soit leur fonction, ils se sentent exclus des décisions. La situation hospitalière était déjà très complexe mais les difficultés se sont aggravées depuis l'instauration des 35 heures qui ont majoré les difficultés de fonctionnement par déficit en personnel médical et paramédical. Ceci a engendré une détérioration du climat social et a nécessité des réorganisations et la généralisation des changements imposés.

Les acteurs alertent par rapport aux différentes difficultés mais restent sans réponse et ne savent comment faire pour améliorer la situation...le tout étant aggravé par un manque de communication entre les différentes catégories professionnelles.

Les directeurs ont la tâche d'appliquer les textes et les directives ministérielles mais ceux-ci ne sont pas accompagnés des moyens financiers et matériels ce qui aggrave le problème et ceci ajouté parfois à un management inadapté aux équipes.

De nombreuses crises sanitaires ont contraint les pouvoirs publics à prendre des dispositions préventives ce qui a eu pour impact la multiplication de textes législatifs ainsi que la complexification du fonctionnement des hôpitaux.

Les établissements de soins sont désormais contraints à l'instauration de contrats dits de performance mis en place progressivement avec des notions de gains, d'économie, d'efficacité et de performance.

3. LE CADRE CONCEPTUEL.

3.1. Le changement.

Définition

La notion de changement est apparue dans les écrits en 1947 et depuis, de nombreux auteurs ont abordé ce thème en lien avec l'environnement en pleine mutation technologique.

Deux questions fondamentales reviennent à savoir, est ce qu'il faut imposer ou négocier le changement, de même est ce qu'il faut que le changement corresponde à une rupture ou un état permanent, et ceci dans un souci de proposer un accompagnement efficace.

3.1.1. L'enjeu du changement dans les organisations.

Un dirigeant d'entreprise qui cherche à améliorer ses performances doit mettre en cohérence l'organisation de sa structure avec les caractéristiques de son environnement, ce qui reste compliqué dans un contexte instable et imprévisible.

Avec l'intensification de la concurrence, la réflexion est orientée sur comment réduire les coûts et augmenter la compétitivité.

S'adapter à l'environnement reste malgré tout insuffisant car il faut anticiper les évolutions de l'environnement, en dans cette optique, il faut élaborer des stratégies.

Le changement s'inclut dans un processus complexe qui demande la mobilisation de l'ensemble des acteurs sur le projet.

3.1.2. Les différents types de changement.

Les changements continus et organisés correspondent à un changement permanent alors que les changements proposés et dirigés relèvent plus d'un état de rupture.

- **-Le changement continu.**
Il émerge de l'entreprise après une prise de conscience lié à un environnement. Il n'est pas organisé. L'intérêt augmente parallèlement avec l'envie de faire bouger les choses. Il n'y a pas d'idée précise des méthodes, échéances et ressources à mobiliser.
- **-Le changement proposé.**
Il est proposé par la direction. Les résultats et le planning à respecter sont déterminés à l'avance. Les acteurs sont libres d'utiliser les méthodes et ressources qu'ils jugent nécessaires qui ont une liberté relative concernant les modalités pour déployer et réaliser le changement. Dans ce contexte, le changement est à l'instigation de l'individu lequel est plus enclin à changer
- **-Le changement dirigé.**
L'impulsion du changement est donnée par la direction de manière injonctive avec des contraintes de réalisation forte et de la marge de négociation faible. L'état d'urgence est utilisé pour justifier un changement rapide qui privilégie l'action à la discussion et au compromis.
- **-Le changement imposé**
Il s'agit de l'objet de mon étude et en particulier le changement impopulaire, que je définirai ultérieurement.

3.1.3. Le changement imposé.

Je me limiterai, dans le cadre de ce mémoire à l'exploration du changement imposé, ce qui inhérent à l'évolution et qui fait partie du quotidien du cadre de santé hospitalier.

De nombreux auteurs critiquent l'idée d'un changement radical conduit par la direction, en montrant que des ajustements réalisés avec les opérationnels sur la base de l'expérimentation, peuvent, eux aussi, conduire progressivement la transformation des organisations.

Aujourd'hui, les théories sur le changement ont été revisitées et remettent les hommes au centre de l'organisation.

Le changement relève d'un processus inéluctable et sa légitimité n'est pas discutée car avec du recul, celui-ci est souvent bénéfique et pour les acteurs et pour l'organisation lorsqu'il est consenti.

3.1.4. Le changement impopulaire

« Chaque fois que vous voyez une entreprise qui réussit, dites-vous que c'est parce que quelqu'un a pris une décision courageuse » : P Drucker.⁵

A l'hôpital, le changement impopulaire est étroitement lié au contexte des réformes accélérées qui caractérise notre système de santé. Les logiques qui en sont à l'origine ont été mentionnées dans les paragraphes précédents : maîtrise des effectifs et de la masse salariale, projets, réorganisations de toutes sortes. Il est indiscutable que ces modifications sont indispensables il n'en reste pas moins vrai qu'elles suscitent des craintes individuelles et

⁵ **Peter Ferdinand Drucker**, né le 19 novembre 1909 à Vienne en Autriche, mort le 11 novembre 2005 à Claremont en Californie aux États-Unis, est un professeur, consultant américain en management d'entreprise, auteur et théoricien. Il est à l'origine de nombreux concepts utilisés dans le monde de l'entreprise, comme l'esprit d'entreprise et l'innovation systématique.

collectives, une perte de repère et de stabilité, voire de vives réactions d'opposition. Leur récurrence en lien avec les évolutions nous questionne sur la nécessité des managers à maîtriser leur communication et leur gestion.

En effet, les accompagner fait partie des missions des dirigeants malheureusement ces derniers peuvent se sentir démunis ce qui aggrave le risque perçu par le personnel. Notons que l'inexpérience d'un cadre ou encore son manque d'adhésion à la nature du changement sont des facteurs pouvant constituer un frein dans cet accompagnement. De plus il n'existe pas de formation à la gestion des mauvaises nouvelles et le paradoxe est que le dispositif d'annonce est bien connu des soignants par exemple lors d'annonce de diagnostic grave. Pour comprendre l'impopularité du changement il est important de se pencher sur la psychologie du changement chez l'individu, ce que je propose d'aborder au paragraphe suivant.

3.2. La psychologie du changement chez l'individu.

Des auteurs comme Kets de Vries et Miller, ont, dans leurs nombreuses études en psychanalyse, étudié les relations qu'entretiennent les individus avec le changement. Ils ont également analysé les différents mécanismes de défenses que ce dernier met en place pour se protéger psychiquement face au changement imposés.

Tout d'abord, il est important de prendre conscience que le changement est perçu comme une menace par celui-ci qui aura d'abord tendance à le nier. Le sentiment de menace vient du fait que l'individu ne conçoit aucune négociation possible et une injonction pour lui de s'adapter. Ces attitudes sont alors pour lui des mécanismes de défense et ont pour but de neutraliser l'anxiété résultant de la menace qu'il ressent, persuadé d'être en proie à des exigences qu'il ne comprend pas toujours et qui, de surcroît peuvent être contraires à sa logique et ses valeurs.

Dans ce paragraphe, je vais expliquer les cinq phases par lesquelles l'individu confronté au changement passe. Il est important pour le manager de les connaître, de les repérer afin de pouvoir agir dessus.

- **-La crainte.**

Même pour un individu de stabilité émotionnelle « normale », la tendance naturelle est à la résistance au changement. Cette phase est caractérisée par un sentiment de détresse, difficile à supporter. Pourtant, même lorsque les circonstances s'avèrent négatives, cette phase va être suivie d'une prise de conscience qui va déclencher un processus mental qui lui permettra d'envisager des alternatives à la situation.

- **-La confrontation.**

Cette phase est souvent liée à l'intervention d'un facteur extérieur ou de l'intervention d'une tierce personne influente qui confronte l'individu au problème provoque en lui un déclic, le met devant du factuel et des évidences ce qui progressivement affaiblit sa résistance. Il entrevoit alors de nouvelles perspectives, moins négatives, ce qui le prédispose à l'acceptation.

- **-La clarification.**

Il s'agit d'une étape préparatoire qui va permettre à l'individu de clarifier la situation dans toutes ses dimensions et de les partager avec les autres. Ces analyses permettent de mettre en lumière, ensemble, les problèmes mais également les enjeux et les aspects positifs.

- **-La cristallisation.**

Lors de cette étape, le changement devient plus clair et s'avère envisageable. Une réévaluation réfléchie et détaillée des objectifs est envisagée : « La cristallisation correspond à une sorte de voyage intérieur, conduisant à une meilleure connaissance de soi-même ainsi qu'à un nouveau commencement ».

- **-Le changement.**

L'étape précédente dont l'essence est la cristallisation, permet à l'individu d'intérioriser un nouvel état d'esprit qui prouve qu'il a intériorisé une nouvelle vision des choses et qu'il s'est engagé dans un processus d'inscription du changement.

Ces différentes étapes traduisent les modifications psychiques engagées dans le fore intérieur d'un individu, lors des processus de changement. Or, si l'on considère qu'une organisation ou une équipe, sont constituées d'un ensemble d'individus, alors on comprend que pour faire changer une organisation, il faut avant tout faire changer les individus qui la composent.

Autre approche, autre type de classification établie par Elisabeth Kubler Ross⁶(psychiatre et psychologue) en 1976, qui décrit les phases lors d'une annonce difficile : des similitudes peuvent être observées chez les professionnels et sont comparables aux étapes vécues lors d'un Deuil. Ces différentes étapes sont répertoriées en **ANNEXE III**.

L'étude de la psychologie du changement nous amène naturellement à nous pencher sur les risques occasionnés par la souffrance que peut occasionner le changement.

Le deuil, un temps à traverser

« On entend par deuil la perte d'un être cher, d'un animal aimé, d'un objet ou d'une situation fortement investie, d'un état ou d'une idée auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'objet perdu. En soi, le deuil est un processus normal et universel auquel nous avons été, nous sommes ou serons tous un jour confrontés. » : Elisabeth Kubler Ross

Le changement est assimilable à une forme de deuil et comme en tant que tel, nécessite un accompagnement adapté.

3.3. Le changement et la souffrance au travail : les risques psychosociaux.

L'homme s'investit dans son travail et en tire plaisir' épanouissement et reconnaissance. Pourtant, dans des contextes de changements incessants et surtout imposés, il peut éprouver de la souffrance. Beaucoup d'études ont fait le lien entre conditions de travail et souffrance psychologique : sont souvent incriminés les conditions organisationnelles ainsi que le regard porté par les autres professionnels.

Le terme de « **risques psychosociaux** » est un terme vaste qui regroupe un ensemble de situations et de conséquences qui vont du simple stress à l'épuisement professionnel complet.

« Si l'activité professionnelle est susceptible d'exposer à des risques et donc de dégrader l'état de santé des travailleurs, notamment s'ils présentent une fragilité préalable, elle peut également constituer pour eux une ressource en faveur de leur santé. Le travail est donc un déterminant de santé » : (plan santé au travail 2016-2020⁷, page 3, adopté le 08 décembre 2015 par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail(COCT) sous la présidence de Myriam El Khomri, ⁸Ministre de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.).

Cette situation a le mérite de souligner les bienfaits du travail mais elle sous-entend que les individus victimes des risque psychosociaux seraient de fragilisés de base ce qui contribue à stigmatiser la victime et à ne pas remettre en question les organisations.

Je proposerai donc une définition moins récente mais cependant toujours d'actualité. Elle provient du rapport Gollac et Bodier⁹.

⁶Elisabeth Kübler-Ross, née le 8 juillet 1926 à Zurich en Suisse et morte le 24 août 2004 aux États-Unis, est une psychiatre helvético-américaine, pionnière de l'approche des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie.

⁷<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

⁸Femme politique française née à Rabat en 1978 et Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social en 2015.

⁹Rapport du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychologiques au travail. Présidé par Michel Gollac et assisté par Marceline Bodier : remis le 11 avril 2011.

Les risques psychosociaux sont les « Risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. ».

Cette définition fait bien les liens entre des conditions de travail délétères et la Survenue de troubles psychosociaux.

D'ailleurs, nous aborderont l'aspect prévention de ces risques en lien avec les changements imposés, nous verrons bien que l'un de ses principes généraux est que les organisations doivent s'adapter aux individus et non l'inverse.

Depuis des dizaines d'années, il y a une recrudescence du nombre d'ouvrages et de publications concernant les risques psychosociaux et les éléments déterminants les plus cités sont les suivants :

- exigence et intensité du travail*
- exigences émotionnelles*
- manque d'autonomie et de marges de manœuvre*
- mauvaise qualité des rapports sociaux et des relations de travail*
- conflits de valeurs*
- insécurité de la situation de travail*

Or chacun des éléments précités sont retrouvés dans le changement imposé.

(Source : rapport Gollac et Bordier, 21 avril 2011).

Certes de nombreuses actions sont mises en place dans les hôpitaux pour faire face à l'ampleur du phénomène comme des prises en charge psychologiques ce qui dénote une prise de conscience. Pourtant, à mon sens, ces actions ne règlent pas le problème en profondeur mais uniquement ses effets.

Face à ce constat la question légitime qu'un dirigeant est en devoir de se poser est la suivante : en quoi l'organisation que j'ai contribué à mettre en place est-elle délétère ?

Toujours selon la même source, les principales situations à risque sont :

- le travail qui déborde* (stress aigu et stress chronique)
- le travail qui oppose ou le travail qui expose* (violences internes et externes)
- le travail contre l'éthique personnelle*
- le travail contre ses propres émotions*

La réflexion ainsi que les actions engagées depuis deux décennies en ce qui concerne les RPS s'est traduit en droit Européen et Français :

Conformément aux accords interprofessionnels et arrêté ministériel de 2010, des mesures de prévention des RPS sont obligatoires désormais et s'imposent à tout employeur selon deux axes principaux :

- -améliorer la compréhension et la prise de conscience des employeurs et des salariés par des actions de sensibilisation et de formation.
- -prendre en charge les victimes.

Le travail peut occasionner des souffrances et c'est l'une des raisons pour lesquelles l'être humain est par essence naturellement résistant au changement.

Le paragraphe suivant nous permettra d'étudier les déterminismes de cette résistance.

3.4. La résistance au changement.

Dans le chapitre enjeux et intérêts du changement, nous avons établi comme évident qu'il est essentiel voire vital pour la survie d'une organisation de transformer ses organisations, et nous en avons explicité les différents enjeux.

Malheureusement, ces exigences demandent aux différents acteurs de modifier leurs organisations, leurs habitudes et leurs acquis ce qui génère naturellement des phénomènes de résistance au changement.

Nous pouvons distinguer trois niveaux de résistance au changement :¹⁰

- **-La résistance individuelle :**
Pour l'individu, le changement est générateur d'anxiété car synonyme de rupture et de perturbations des habitudes.

¹⁰ Thierry Servat cadre de santé, unité de psychiatrie adulte, hôpitaux de Lannemezan, hautes Pyrénées, dans, l'essentiel du management, objectif soin éditions Lamarre.

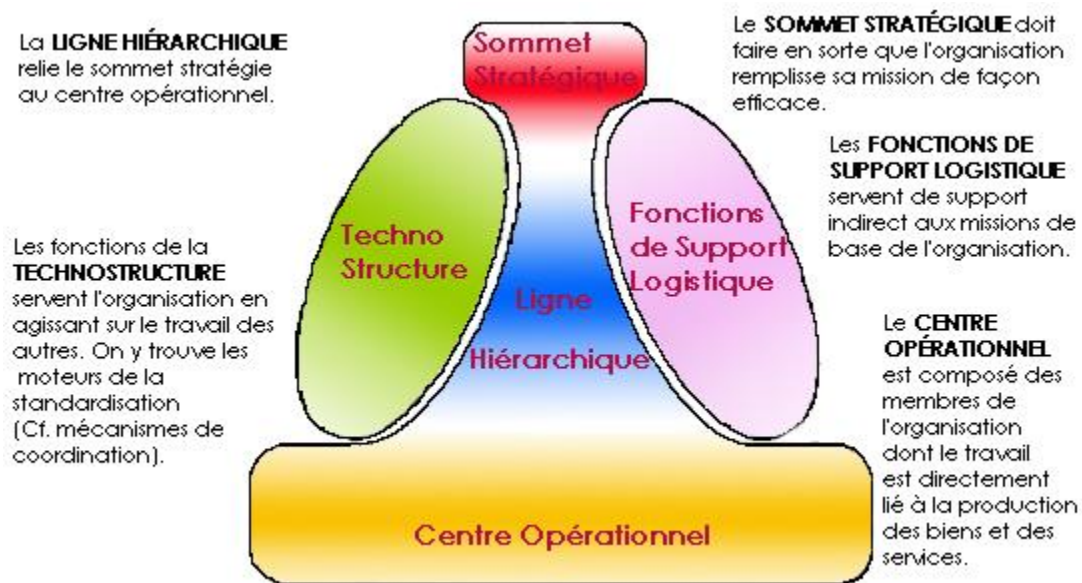
- **-La résistance collective :**
Elle est induite par tout ce qui fait appel aux normes, aux rites et aux valeurs.
- **-La résistance structurelle et conjoncturelle :**
Selon le type d'organisation et de management mis en place, l'équipe a une configuration et le changement en bouleverse l'équilibre. Les conditions de travail, le climat d'entreprise, peuvent constituer un facteur de risque important dans l'apparition des résistances. Plusieurs acteurs sont impactés par le changement, mais les trois principaux sont les suivants :

***Les stratèges :** il s'agit de ceux qui conçoivent, élaborent le changement (les chefs de projet, la direction)

***Les organisateurs des changements :** Ils sont directement concernés par le changement et sa mise en œuvre.

***Les destinataires du changement :** Il s'agit de la base opérationnelle suivant la typologie de Henri Mintzberg¹¹.

La pyramide organisationnelle selon la théorie de Mintzberg :



Les destinataires du changement, font partie intégrante du centre du centre opérationnelle et représentent « l'ensemble des individus qui doivent adopter et s'adapter au changement. Ils apparaissent comme la source première de résistance ».

- **Je vais énumérer cinq raisons qui sont les déterminants de cette résistance.**
- -1. La perte de contrôle qui se résume à trop d'injonctions et trop peu d'actions engagées par les opérationnels.
- -2. L'incertitude relative aux étapes et aux modalités du changement (manque d'informations).
- -3. Le manque d'informations lorsque les décisions sont exposées sans préparation préalables.
- -4. La confusion lorsque trop de choses simultanément ce qui casse la routine.
- -5. Le sentiment de perdre la face lorsque l'injonction donne aux individus le sentiment qu'ils sont stupides par rapport à leurs actions passées.
-

¹¹ Universitaire canadien en sciences de gestion. Ouvrage gestion des organisations soignantes, Master management en santé : Jean Paul Dumond, 2016.

Il est intéressant de concevoir qu'une action peut être menée au regard de chacune de ces raisons. Il est donc important pour le cadre qui accompagne le changement de prendre conscience de ces facteurs afin de les prendre en charge de façon efficace par un management adapté.

En effet, le cadre et son positionnement peuvent faire évoluer les forces de résistances antagonistes vers des forces favorables et amener l'équipe à participer et à s'engager dans des projets communs.

Le tableau suivant représente un outil simple à disposition des cadres face aux attitudes de résistances les plus communes et au regard de celles-ci une manière diplomate d'y faire face de briser des barrières et d'obtenir des informations pouvant éclairer la compréhension de la résistance.

Formes de résistances	Réactions possibles du cadre
Maque de temps	« J'ai beaucoup de difficultés à faire avancer ce sujet sans votre intervention »
Attaque	« Vous mettez en cause plusieurs de mes actions. Quelles sont les raisons de votre inquiétude ? »
Complaisance	« Vous semblez très favorable à toutes mes suggestions, il m'est difficile de faire la part des choses »
Changement de sujet	« Pourrions-nous traiter les sujets un par un ? Revenons au sujet principal »
Manque de coopération	« Comment pouvons-nous aboutir à la solution sans votre coopération ? »
Confusion	« Nous avons du mal à avancer. Quels sont les points qui vous gênent ? »
Silence	« Pourriez-vous m'aider à interpréter votre silence ? »

3.5. Le changement et le dilemme.

3.5.1. Le changement et le dilemme pour l'équipe.

Le soignant est en proie à un dilemme concernant ses préoccupations et les impacts que le changement aura sur sa vie privée et la légitimité du changement en termes d'amélioration de la qualité des soins pour les patients. Or il s'agit là du cœur de son métier et la raison pour laquelle il a été mandaté. Il est alors confronté à une réelle contradiction qui est source de conflits intérieurs et de malaise et qui le poussent à réaliser des choix et faire des compromis. Il essaie de tenir compte des différents facteurs liés au changement mais ne doit en aucun cas oublier l'objectif ultime qui est la satisfaction du patient. C'est un argument de poids utilisé par les dirigeants qui amène le professionnel à modifier sa propre approche par rapport au changement. De plus il est conscient de la nécessité de concilier le progrès social avec la constance de qualité des soins à offrir.

3.5.2. Le changement et le dilemme pour le cadre.

Le cadre a une place particulière car il doit à la fois s'adapter à une situation qu'il subit sans aucun pouvoir sur elle et donner l'impression qu'il a fait le même choix que les responsables hiérarchiques. Se sentir obliger d'adhérer à des décisions qui choquent et offensent et devoir la faire accepter par tous le place dans une situation indélicate, voire un conflit de valeur.

Le cadre se retrouve parfois dans un effroyable sentiment de solitude face aux décisions qu'il doit assumer et peut ressentir de la culpabilité car peut se sentir utilisé, instrumentalisé. En effet, il peut être un simple vecteur et pas le décideur d'une décision difficile.

La gestion d'un changement impopulaire peut représenter un risque pour le cadre dans le sens où celle-ci l'expose à devenir lui impopulaire : c'est ce que l'on appelle confondre l'objet et le sujet.

Malgré tout, en tant que représentant de l'institution il doit faire face à ses responsabilités, ce pour quoi il est mandaté et ceci quels que soient son jugement personnel.

Dans ce sens, le quotidien des managers hospitaliers demande du courage pour assumer ces décisions et ne pas redouter l'impopularité qu'elles suscitent et du leadership pour malgré tout arriver à convaincre, donner confiance, motiver, fédérer.

4. LA CONDUITE DU CHANGEMENT.

4.1. Le management du changement.

***définition du management :**

La fonction management est essentielle dans la conduite du changement.

Nous avons défini précédemment le concept de projet et la définition suivante du concept de management illustre bien le rôle capital du management dans le processus du changement.

Le management est une démarche rationnelle de coordination de toutes les ressources de l'entreprise. Au niveau étymologique, il s'agit d'un termes d'origine anglaise qui traduit l'action de conduire, de diriger ou d'entraîner. Il est employé depuis la fin du 18^{ième} siècle pour décrire un ensemble de personnes chargées de la gestion et de la direction d'une institution, d'un organisme ou d'une entreprise. En français, ce terme regroupe l'ensemble des techniques de gestion et d'organisation d'une entreprise. Son évolution a suivi l'évolution de l'Homme et de son rapport au travail. En effet, l'Homme au travail est progressivement considéré avec ses besoins propres ce qui a induit une intensification de la culture managériales ainsi qu'une adaptation de celle-ci à un environnement social et professionnel changeant.

L'ANAES a publié en 2005, un guide des pratiques de management en établissement. Celui-ci organise la fonction cadre autour de cinq fonctions. J'ai trouvé intéressant de les relever car elles constituent pour moi le socle du cadre accompagnateur lors d'une conduite de changement :

- 1. Une fonction de **prévision** : en lien avec le management par projet lequel tient compte des attentes et des valeurs des professionnels dans leurs diversités.
- 2. Une fonction d'**organisation**.
- 3. Une fonction de **décision** : le cadre décide et contribue à faire mettre en œuvre les directives de la direction, lesquelles gagnent en efficacité à être concertées, négociées et issues d'un travail et d'une dynamique d'équipe.
- 4. Une fonction de **motivation** : Pour faciliter l'atteinte des objectifs. Cela passe par le fait de fixer des objectifs individuels et collectifs, créer des espaces de liberté et d'initiatives, de la reconnaissance et la valorisation des compétences.

- 5. Une fonction d'**évaluation**. Cette notion est essentielle car l'hôpital est inscrit dans une logique qualité ce qui signifie une réflexion continue sur l'amélioration permanente de la qualité des prestations offertes, la réduction des dysfonctionnements.

Pour illustrer cette mouvance en matière de philosophie managériale, les propos de P.DRUCKER ¹² :Au cours de ces quinze dernières années, le management a été principalement responsable de la production et de la productivité. Il est désormais responsable des hommes qui produisent de la valeur...Une discipline sociale comme le management traite du comportement d'êtres humains et d'institutions humaines. Il est donc sujet à des changements continuels. Le management est l'organe spécifique et distinctif de toute organisation quelle qu'elle soit."

Le management au plus proche du centre opérationnel est effectué par le manager de proximité, cadre de santé en milieu hospitalier. Il est l'un des maillons de la mise en œuvre des projets institutionnels.

Pour avoir évolué dans de nombreuses entreprises, j'ai fait le constat que le terme de manager est peu utilisé dans le secteur des soins certainement car il renvoie un système d'entrepreneuriat, à une logique de performance et de productivité, qui, même si elles existent à l'hôpital, n'en demeurent pas moins quasiment tabou.

4.2 Le rôle du cadre dans la conduite du changement.

Le cadre de santé est au carrefour des différentes logiques exposées dans le chapitre précédent. Il est un acteur de terrain qui travaille au plus près de la production, et de ce fait, sa position est stratégique notamment dans l'accompagnement dans la conduite de changement. De part cette proximité et sa connaissance du milieu complexe de l'institution et de son service en particulier, il est le plus au fait de tous les éléments qui entrent en jeu dans une bonne organisation des soins à savoir, l'état des malades, les effectifs, la charge de travail, les conditions psychologiques des soignants.

De plus, de par sa position hiérarchique, et de son engagement à œuvrer pour décliner la politique institutionnelle, son positionnement est fort d'impact pour la transmettre' expliquer à ses équipes et leur permettre de se l'approprier et l'adapter dans les unités de soins.

L'application du projet hôpital 2007 va amplifier ce phénomène en donnant plus de responsabilités au cadre de proximité.

Pourtant, si l'encadrement peut représenter un levier du changement, il est malheureusement accablé dans les services par le poids des tâches administratives et des procédures surtout depuis la mise en place de l'accréditation et l'obligation de s'inscrire dans une démarche qualité, ce qui nécessite beaucoup de temps de réunions pluri professionnelles.

Le cadre a plusieurs missions mais celle de prendre soin du personnel est à mon sens l'une des plus nobles. L'occulter serait perdre l'une des raisons pour lesquelles il a été mandaté.

Malheureusement, trop souvent dans les services, les cadres sont davantage accaparés par le côté administratif, gestionnaire et organisationnel, au détriment de prendre soin et des patients, et des familles et du personnel.

4.2.1 le cadre de santé et la gestion de la dynamique du travail en équipe.

*le concept d'équipe

Il s'agit d'un concept qui remonte au moyen âge.

La notion d'équipe s'oppose à la notion de groupe :

¹² Peter Ferdinand Drucker, autrichien, professeur consultant en management des entreprises.

Une équipe est un groupe des personnes unies dans et pour la réalisation d'une tâche collective et collaborant à un projet.

L'équipe est donc un ensemble de personnes d'origines culturelles différentes mais ayant une base professionnelle commune, alors qu'un groupe est constitué d'individus d'origines culturelles différentes certes, mais ayant des bases professionnelles différentes.

La notion d'équipe remonte au moyen âge elle présente trois caractéristiques :

- une cible commune
- une tâche à opérationnaliser
- la volonté commune de convergence des efforts de chacun des membres

Dans le secteur de l'entreprise, une équipe professionnelle se caractérise par une volonté commune de collaboration au service d'un projet commun ce qui sous-entend le retranchement de la vision individuelle au service de la vision collective.

Certes, comme dans toute équipe, la présence d'un chef (qui représente la tête selon l'étymologie latine:caput capitis) impulse la cadence mais c'est le corps c'est à dire le centre opérationnel qui génère les efforts concertés.

L'équipe a donc un mode d'organisation spécifique avec ses règles, ses rites et ses caractéristiques mais tend vers un même objectif.

Olivier Devillard¹³, définit l'équipe comme « un groupe d'individus organisés ensemble, conduits par un leader et œuvrant à l'intérieur d'un contexte pour un même objectif ».

Aller ensemble vers un même objectif suppose une organisation, une distribution des rôles, ce qui est du ressort du cadre qui doit tout mettre en œuvre pour favoriser l'adhésion dans le cadre d'un projet, en donnant du sens et de la cohérence tel un chef d'orchestre. Pour cela il doit tenir compte des spécificités et des compétences de chacun, ce qui suppose une bonne connaissance de ses équipes.

De plus, l'hôpital a cette spécificité dans le côté pluridisciplinaire et de l'équipe soignante qui de surcroît est toujours en mouvance.

Après avoir défini la notion d'équipe, nous allons développer plus particulièrement, la notion ainsi que l'intérêt de la dynamique d'équipe.

L'équipe soignante

Elle a une configuration spécifique dans laquelle interagissent des individus où il existe des règles, des pouvoirs, des normes, des valeurs, propres au milieu du soin.Elle répond à trois principes :

- La cohésion
- L'individualité
- La finalité

La dynamique du travail d'équipe

Nous avons vu qu'une équipe est une organisation humaine qui se caractérise par des individus qui " regardent ensemble dans la même direction ».

C'est dans les années 1930,1940 que le concept de dynamique de groupe a fait son apparition. Kurt Lewin, psychologue et sociologue américain aborde ce concept dans ses articles dès 1944 : Il est considéré comme père fondateur de ce concept.

Roger Mucchielli¹⁴ la définit comme suit : » La dynamique des groupes est un ensemble des phénomènes qui apparaissent dans les groupes restreints et les lois qui la régissent. Le groupe est une structure collective, et cette dynamique des groupes se manifeste par des phénomènes d'interactions et d'influences, de communication de valeurs intrinsèques pouvant être source de tensions et d'enjeux divers ».

Le rôle du cadre est essentiel car bien qu'il doive veiller à favoriser le développement individuel de l'épanouissement et des compétences, il doit également veiller à ce que ces évolutions personnelles s'inscrivent dans une vision collective au service collectif c'est à dire au service de la stratégie de l'entreprise.

¹³ Olivier Devillard : La dynamique des équipes, Paris, organisation 2000.

¹⁴ Roger Mucchielli, psychologue, psychosociologue et psychopédagogue

Les individus qui constituent une équipe de travail sont tous différents de par leur origine, leur parcours, leurs capacités et compétence, leurs personnalités et leur degré de motivation et d'implication aux différents projets du service.

Face à cette hétérogénéité, le cadre doit repérer et potentialiser la synergie de son équipe. Grâce à une connaissance minutieuse de chacun des membres et veiller à leur articulation judicieuse.

L'importance du groupe avec des effets qui sont potentialisés par rapport à des sommes d'efforts individuels, les performances étant plus élevées en situation de groupe.

L'importance du travail d'équipe est l'essence même du travail hospitalier de par la continuité des soins (mission fondamentale du service public), qui met en interaction plusieurs catégories de professionnels, évoluant sur plusieurs équipes et en collaboration avec différents services avec lesquels ils mutualisent les ressources humaines et matérielles

Garantir une bonne dynamique d'équipe est fondamental dans la mesure où elle génère un bien-être au travail et un sentiment d'appartenance qui limite les perceptions négatives face à un changement. En effet, faire face ensemble est toujours plus rassurant.

Or, le maintien de cette synergie d'équipe est du ressort du cadre de proximité de par la qualité de son management ainsi que des relations qu'ils contribuent à tisser entre lui et ses collaborateurs ou entre les différents membres de son équipe.

Les règles d'un travail d'équipe de qualité et ce à quoi le cadre se doit de veiller sont :

- -une bonne cohésion des différents membres de l'équipe
- -l'efficacité du travail
- -une répartition équilibrée des tâches
- -une bonne entente entre les membres de l'équipe
- -une bonne solidarité
- -un soutien et une empathie face aux difficultés
- -le partage d'objectifs communs
- -la satisfaction du travail accompli
- -des orientations de travail précises

Le cadre est le plus approprié pour garantir le suivi de ces règles sachant que chacun des éléments cités ci-dessus contribue au sentiment d'appartenance qui favorise l'acceptation d'un éventuel changement.

Ces règles sont la base d'une équipe équilibrée qui se caractérise par une cohésion, par une capacité à chacun d'être fidèle à ses convictions ce qui n'exclue pas sa contribution active au groupe. Dans ce type d'équipe, il est question de coresponsabilité, de co-construction, d'acceptation mutuelle et d'engagement. Il en résulte efficacité, créativité et qualité de vie au travail.

Or, mettre en place une équipe équilibrée n'est pas innée mais relève d'un long processus de compréhension des individus, des relations et du management ce qui est encore du ressort du cadre. Le management humaniste, que nous développerons dans le second chapitre est une approche managériale soucieuse de l'individu car elle est centrée sur celui-ci ce qui a un impact sur sa perception et son rapport au travail, à la hiérarchie et au projet proposés par celle-ci.

Les chapitres suivants dédiés à la sociologie du groupe et à la sociométrie de Moreno, nous apporteront un éclaircissement sur l'importance de ces concepts dans la compréhension des interactions entre individus et comment le cadre peut, adopter des stratégies pour gérer les interactions suivant les différents schémas d'affinité.

Car n'oublions pas que le changement induit des résistances d'où l'importance du positionnement du cadre de sa compréhension de l'équipe et de son leadership.¹⁵

Approche sociologique du groupe :

Cette approche est fondamentale dans la compréhension des déterminismes des relations d'un groupe ou d'une équipe. Philippe Bernoux, évoque la notion de zones d'incertitude, de

¹⁵ Leadership : fonction de leader, position dominante : celui qui a le pouvoir, l'influence, l'autorité sur un groupe.

relations de pouvoir et le fait que dans toute organisation, c'est l'Acteur qui crée le système. Ce dernier possède une certaine autonomie, une marge d'action, la maîtrise de l'incertitude confère du pouvoir à celui qui la détient et des alliances se forment et se déforment. Connaître le groupe et les interactions qui s'y jouent est intéressante lors de la gestion de projet car celui-ci est un processus qui touche aussi bien les organisations que les individus. De ce fait, l'adaptabilité au changement va dépendre du contexte que le cadre va créer et de sa capacité à gérer, associer et positionner les différentes compétences que constituent les membres de son équipe, en fonction de leurs affinités de leur complémentarité... Ce sont ces associations stratégiques qui permettront aux individus d'évoluer dans leur point de vue, leurs attitudes.

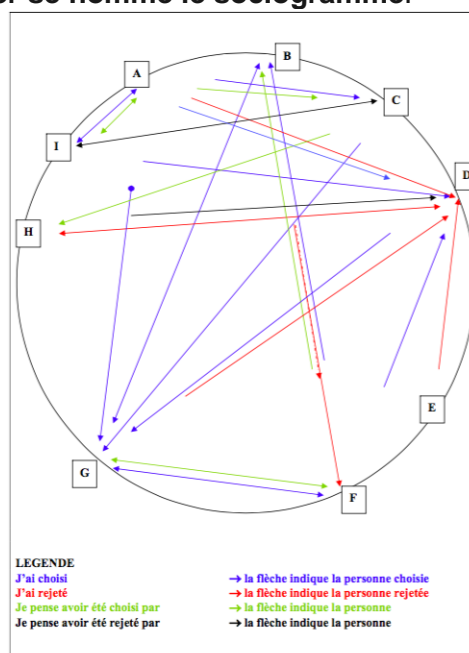
*Le sociogramme de Moreno¹⁶

Un **sociogramme** est un diagramme des liens sociaux qu'une personne possède. Les critères qui servent à établir un tel diagramme sont divers : relations personnelles, relations professionnelles, Cet outil permet d'objectiver la dynamique du groupe, afin qu'un animateur ou un enseignant, par exemple, soit moins influencé par ses sentiments et ses préjugés lorsqu'il établit des équipes de travail.

Comment fonctionne le Sociogramme de Moreno ?

Selon Moreno, les humains sont liés par **3 relations possibles** (subjective): sympathie, antipathie et indifférence. Ces relations peuvent se mesurer à partir d'un questionnaire.

L'analyse des résultats permet de modéliser un système (le groupe et ses membres). **Ce système posé sur papier se nomme le sociogramme.**



4.2.2. Le cadre de santé face au changement imposé.

L'hôpital est un secteur où la rotation du personnel est très importante. Face à la pénurie de personnels, le cadre ne choisit pas toujours les acteurs avec lesquels il devra collaborer. Aussi, souvent les groupes se constituent de manière aléatoire en fonction des départs, des mutations des équipes de suppléance. Ces multiples mouvements de personnels contribuent à complexifier le rôle du cadre, surtout lorsque son objectif est de fédérer ces personnes autour d'une valeur ou de projets communs. Dans ce contexte, l'équipe est une variété originale et faire converger les efforts vers l'exécution d'une œuvre commune est n'est pas

¹⁶ Jacob Levy Moreno, né le 18 mai 1889 à Bucarest, et mort le 14 mai 1974 à Beacon, est un médecin américain d'origine roumaine. Il est l'un des pionniers de la psychothérapie de groupe.

tâche aisée. A cela se rajoute la diversité de plusieurs catégories professionnelles à manager. Dans les services, les contraintes liées au management les plus souvent citées sont : les changements de tous ordres fréquents, les réductions de personnels, l'augmentation des injonctions de qualité liées à la certification des établissements, l'accroissement des exigences des patients et l'augmentation des résistances au changement...

Le groupe travaille à flux tendu face aux innombrables contraintes liées aux changements imposés.

La notion d'équipe de travail est à dissocier de celle de groupe, la première, faisant référence à un ensemble d'individus collaborant de manière à atteindre un but commun et réunis par un ensemble de caractéristiques ou de valeurs communes alors que la seconde évoque une collection aléatoire d'individus disposés pour travailler ensemble.

Le changement imposé a cette particularité ou il réunit les acteurs autour d'un intérêt commun à défendre. Aussi, des liens et affinités sont susceptibles de se créer générant une forte interdépendance dans le groupe ainsi que de la solidarité. Au gré de ces nouveaux

4.2.3 Manager une annonce impopulaire

Comme nous l'avons vu précédemment, les évolutions constantes des établissements de santé conduisent les projets à se succéder sans cesse et il est du ressort du cadre de présenter la décision aux équipes. L'imminence de certain projet oblige le cadre à être transparent afin de s'approprier la confiance de son équipe. En effet, il est inutile de fuir ou de se cacher derrière la responsabilité de la direction, ce qui peut entraîner une perte de confiance ainsi qu'un sentiment d'inconfort de la part des équipes.

De nombreuses compétences d'ordre managérial entre autres sont nécessaires pour manager une annonce impopulaire comme celle du passage en grande équipe qui a été imposée dans l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance Publique. Ces compétences sont nécessaires pour apaiser d'éventuelles insatisfactions et tensions avant que ces dernières n'embrassent l'ensemble du système. C'est un exercice complexe qui implique que les dirigeants ne se laissent pas déborder par l'ensemble des leurs émotions et de se concentrer sur les actions à mettre en œuvre pour lever l'impopularité de l'annonce. Manager une annonce impopulaire relève d'une efficace gestion des ressources humaines.

Il est important pour le dirigeant de concevoir que manager une annonce impopulaire n'est pas une simple formalité administrative. Il n'existe pas de recette, de norme, de procédures comme nous avons l'habitude d'en être submergés à l'hôpital mais : **« Il s'agit d'une rencontre contingente de logiques d'actions diverses et de compréhensions hétérogènes »**¹⁷ Lors d'un changement qui a un impact le devenir professionnel et personnel et qui remet en question le sens qu'il accordait à son travail, l'individu a besoin et associé et accompagné. Le chapitre sur l'entretien motivationnel démontre combien ce dernier a besoin qu'on l'aide à retrouver du sens à son action, un sens qui lui est propre et qui l'aide à s'inscrire dans cette nouvelle dimension professionnelle. Pour cela, il a besoin et de toute façon, mérite vérité, transparence, honnêteté, équité et concertation...autant que possible...afin que des décisions crédibles et envisageables pour tous soient débattues ensemble.

La gestion des équipes hospitalières se révèle d'une grande complexité de par la diversité des professions, la multiplicité des réformes. Cette complexité demande aux dirigeants une

¹⁷ Revue soins cadre : manager au quotidien : manager une annonce impopulaire, numéro 97 juin 2016

grande capacité d'ajustement, de pragmatisme ainsi que de reconnaître le caractère imprévisible de l'impact de certaines décisions : être honnête vis à vis de cette incertitude et ne pas se sentir dans la toute-puissance en estimant pouvoir tout maîtriser.

Ce recul et cette conscience des choses sont favorisés par l'expérience :

En effet, l'expérience, qui relève de la capacité à avoir pu gérer les épreuves de la vie, est un élément important qui nous amène à relativiser à faire confiance. L'expérience aguerrit, confère un recul, une hauteur, une position réflexive et une maturité professionnelle.

L'expérience permet au dirigeant d'acquérir une forme d'intelligence managériale en matière de 'traduction' des situations, ce qui est bien décrit par Cécile Demasrais¹⁸ , Il s'agit :

"D'interpréter et influencer les attentes et les contraintes de l'environnement, à travers les trois processus suivants : un processus interpersonnel destiné à favoriser le partage des interprétations avec les parties prenantes, un processus organisationnel destiné à favoriser un recul vis à vis des règles et des attentes, un processus stratégiques de création du sens".

Nous avons vu précédemment qu'il n'existe pas de procédure toute faite en matière de management d'un projet impopulaire : Néanmoins, il existe quelques conseils pratiques qui relèvent du bon sens et qui peuvent inspirer le cadre dans l'accompagnement de tels changements afin d'en atténuer le risque de crise.

- -Premièrement, la situation impopulaire, avant de l'annoncer, doit avoir été soigneusement préparée : le cadre doit avoir anticipé les attentes, les questions ainsi que les réactions de ses collaborateurs. Il doit avoir préparé son discours qui doit être adapté aux interlocuteurs et dont les objectifs doivent être clairement exposés. L'annonce est inconfortable pour les deux parties et déconseillé de reporter voire d'éviter cette confrontation.
- -La forme de l'annonce étant tout aussi importante que son contenu, le cadre doit s'évertuer à demeurer dans une attitude d'écoute et de bienveillance. Il doit faire attention à son attitude non verbale et se montrer disponible.
- -Il est fondamental que le cadre afin d'optimiser son accompagnement, maîtrise son sujet afin d'éviter les approximations, les erreurs ou pire, les contradictions.
- -Le message, pour gagner en pertinence ne doit pas se contenter d'être improvisé. Selon Pierre Carli¹⁹, professeur d'anesthésie réanimation et directeur du service d'aide médicale au Samu de Paris,
- -La communication doit être construite simplement, à partir de faits précis. L'objectif est de donner de l'information factuelle sur ce qui se passe, sur ce qui est fait et sur ce qui est projeté ou va se passer : Et comme dans le domaine médical, le message d'annonce doit être structuré en trois étapes :

-Le diagnostic : quelle est l'analyse de la situation ?

-Le pronostic : quelles sont les conséquences et les évolutions attendues ?

-Le traitement envisagé : Qu'est ce qui a été décidé ? Qu'est ce qui peut être réalisé maintenant et ultérieurement (Plan B).

¹⁸ Professeure et directrice du master Humann System Engineering à la Haute école d'ingénierie et de Gestion du Canton de Vaud et Emmanuel Abord de Chatillon, professeure des universités en management et santé au travail.

¹⁹ Revue soin cadre, manager au quotidien, manager une annonce impopulaire, supplément, juin 1996.

Evoquer un plan B redonne espoir ainsi qu'évoquer clairement l'accompagnement proposé par l'institution car dans la difficulté, les professionnels ont besoin d'une direction lisible.

“Un projet ne peut être conduit contre ceux qui le mettent en œuvre” 'Hubert Lantier²⁰

Hubert Lantier est un expert reconnu dans le domaine du management humain de l'entreprise et des relations sociales. Il intervient auprès des sociétés sur des problématiques liées au management du changement et de conduite de projets impopulaires. Il est à l'origine de la mise au point de techniques d'audits qualitatifs du climat social en vue de sortie de crise...il contribue à la recherche de solutions acceptables en vue d'un progrès économique et social fondé sur le dialogue.

Pour conclure ce chapitre, une annonce peut être impopulaire mais pas forcément illégitime. Le cadre se doit d'assumer pleinement sa responsabilité et ne pas nier ou minimiser les appréhensions légitimes de ses collaborateurs. De même, il se doit d'être patient et ne pas imposer une adhésion à tout prix car celle-ci est le fruit d'un long processus faisant intervenir plusieurs facteurs, dont les facteurs temps et confiance, or cette dernière n'est pas innée mais se construit progressivement.

4.3. La conduite de projet, un outil au service de la conduite de changement.

Projet : IL s'agit d'un terme récent qui vient du latin Projicere qui signifie jeter en avant.

Définition : L'AFNOR (Association française de normalisation) donne une définition du projet :

« Le projet est une réponse ponctuelle, pour atteindre un ou des objectifs donnés, reposant sur une organisation, mobilisant les ressources humaines, matérielles et financières pour réaliser des actions spécifiques coordonnées. »

L'émergence d'une culture du projet est aujourd'hui, incontestable.

Pour J.P Boutinet, anthropologue du projet, il n'y a pas d'entreprise humaine sans projet, qu'il soit ou non implicite. C'est un concept provenant de l'entreprise mais qui fait de plus en plus partie de la culture hospitalière ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et qui viennent renforcer la loi du 31 juillet 1990, sur la nécessité et même l'obligation de mettre en place des projets. On entend régulièrement parler de projets d'entreprise, projet médical, projet infirmier, projet de restructuration...

L'Accréditation et la démarche qualité ont d'ailleurs contribué à promouvoir et renforcer cette culture du projet à l'hôpital.

Le concept de projet peut être conçu comme un outil au service du cadre (ce qui lui confère un rôle clé), un levier service de son management, qui est susceptible de mobiliser, dynamiser et fédérer ses équipes. Il repose sur trois points essentiels :

- -Les objectifs
- -Un calendrier avec des actions et des échéances
- -Une évaluation régulière ainsi qu'une réévaluation des stratégies.

La circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 2010, énonce les missions et fonctions du cadre en ces termes : » Il élabore en équipe un projet de soin et définit des objectifs de service cohérents avec les orientations médicales, définis dans le cadre du projet d'établissement. »

²⁰ Hubert Lantier, docteur en sciences économiques et sociales, diplômé en sciences politiques et expert auprès des entreprises sur les problèmes liés au management.

Le projet représente donc un outil dans le sens où il est une aide pour le cadre dans son accompagnement au changement pour responsabiliser l'équipe et créer une dynamique de groupe en les rassemblant autour d'une cause commune dont l'objectif final est ce pourquoi nous sommes tous mandatés : l'amélioration du service rendu.

De plus, le doit faire participer en recherchant l'implication de l'équipe mais il demeure le responsable du produit fini.

4.4. Le Changement et la qualité de vie au travail : une affaire de management.

Les changements et les conditions de travail qu'elle engendre impactent la qualité de vie au travail. Pourtant, le changement est inéluctable pour s'adapter aux nouvelles données du contexte économique : Comment les entreprises font elles sans trop impacter les conditions de vie au travail ?

Il ne faut pas oublier qu'il n'existe pas d'acceptation du changement sans les éléments suivants qui sont : une bonne préparation en amont, un plan stratégique bien déterminé et une bonne communication.

4.4.1. La communication comme outil du changement au service de l'adhésion.

Le changement comme nous l'avons vu a besoin d'être vécu. La qualité des informations qui l'entourent va contribuer pour une bonne part à une adaptation sans crise ou plus exactement, la crise verra ses effets négatifs réduits. C'est le souhait de tout manager.

L'être humain a toujours cherché à comprendre, apprendre savoir, pour évoluer et progresser et dans ce sens, l'information et la communication sont primordiales.

Pourtant, le manque d'information est une plainte récurrente qui circule concernant l'Hôpital. Tout manager sait qu'il faut communiquer rapidement sur certaines situations impactant directement le personnel dans le but de précéder la rumeur et en particulier la fausse rumeur qui peut rapidement devenir non maîtrisable. Néanmoins, il est vrai que parfois certains sujets nécessitent un temps de 'digestion' afin de laisser l'émotion de l'annonce impopulaire retomber pour préserver le personnel et ensuite gérer l'après annonce de manière plus efficace.

L'impopularité se gère et s'anticipe ce qui passe par la considération et l'inscription des principaux intéressés au projet. Il s'agit du dialogue social.

L'annonce impopulaire crée un sentiment d'inconfort alors que les travailleurs ont besoin de se sentir en sécurité.

Le rôle du cadre, à travers une communication efficace est de rendre le message clair et compréhensible par tous, ce qui coupe cours à toute interprétation et qui favorise l'acceptation. Favoriser le dialogue lors de réunions formelles permet au cadre de communiquer les tenants et aboutissants du projet en question et de prendre en compte, dans la mesure du possible bien entendu, les propositions de chacun, leurs expériences en matière de changement, de recenser les différentes appréhensions afin d'y apporter la réponse la plus appropriée possible.

Selon Paul Watzlawick, psychologue, occulter la communication est inconcevable dans le cadre de l'accompagnement d'un projet. De plus, le message n'est pas uniquement composé de mots, qui représentent son aspect non verbal, mais également de tout ce qui concerne l'attitude et qui elle, représente l'aspect non verbal. L'importance du choix des mots, leur poids, est capital, mais le non verbal ne ment pas. Aussi, le cadre doit être attentif à son attitude autant qu'à ses paroles. Tout ce qui relève du non verbal, c'est à dire sa posture, ses gestes et son ouverture à ses interlocuteurs, peuvent influencer l'impact de son discours de façon radicale.

Dans la rapidité des changements effectués en milieu ont un impact sur la communication qui de ce fait s'effectue de manière brutale, non anticipée et sans possibilité de concertation.

De nombreux auteurs, comme Hubert Lantier, que nous avons évoqué précédemment, ont mis en lumière que ce n'est pas tant le changement qui est remis en cause, mais la manière dont il est managé et communiqué et afin d'éviter ou de restaurer la confiance, lors d'une annonce impopulaire doit prendre ses responsabilités et communiquer et être franc sur les éléments qui ont rendu le changement nécessaire ainsi que sur ce que vont engendrer les modalités de mise en œuvre. Ainsi détenteur de la vérité, les agents concernés pourront en toute conscience et en adultes responsables, prendre les décisions qui s'imposent. N'oublions pas le leitmotiv récurrent lors d'un changement à savoir : « de toute façon, on nous prend pour des pions », ce qui est un raccourci certes mais qui témoigne de la répétition d'une perception extrêmement désobligeante.

La communication est fondamentale car la manière d'informer peut changer le désir du changement en répulsion et inversement.

Donc, il est primordial que le cadre sache communiquer car les équipes ont besoin d'être informées et ceci notamment au cours des changements et des conduites de projets.

L'annonce :

Il faut concevoir l'annonce comme la première étape du processus d'information. De plus, il n'y a pas de bonne et de mauvaise annonce et personne ne sait quand et comment annoncer une mauvaise nouvelle tout en préservant la confiance et la motivation du personnel. Un manager ne peut prétendre diriger une équipe et se défilier lorsqu'il s'agit d'annoncer une annonce désagréable. Cette annonce doit se concevoir comme le don légitime d'une information à l'Autre le concernant en premier lieu. Elle doit être claire et adaptée et le manager doit être préparé psychologiquement au fait qu'elle ne corresponde pas aux attentes et désirs des personnes à qui elle s'adresse. Il faut qu'il accepte qu'elle puisse être perçue comme impopulaire et à ce titre qu'elle fasse l'objet d'une phase de rejet. Malgré tout, cette annonce peut toutefois être perçue comme un soulagement car peut mettre fin à des doutes qui peuvent être vécus comme une épée de Damoclès et rien n'est plus angoissant que l'incertitude.

Une annonce impopulaire stratégiquement et intelligemment communiquée peut même servir la cohésion d'une équipe en renforçant les liens grâce à une réflexion collective.

La communication permet au personnel d'exprimer son ressenti, de verbaliser ses appréhensions ce qui permet au dirigeant d'y apporter une réponse, une solution la plus appropriée possible. Mais ce qui est le plus important c'est qu'elle permet à l'employé d'être acteur et non seulement exécutant du changement car c'est à lui seul qu'appartient la décision de s'inscrire ou non dans la trajectoire proposée dans le cadre du changement. Cette notion d'appropriation et de contribution individuelle est fondamentale dans la gestion des annonces impopulaires.

En résumé, l'annonce impopulaire, lors d'une restructuration importante est indispensable et témoigne d'une volonté de transparence au service du mieux travailler ensemble et l'absence de décision ou l'absence de communication peuvent se révéler destructeurs.

4.4.2. L'entretien motivationnel : un outil de communication efficace.

Il s'agit d'un concept qui est apparu il y a environ une trentaine d'années. C'est un style de conversation collaboratif qui a pour objectif de renforcer la motivation propre d'un individu et son engagement vers le changement. L'EM est utilisé dans de nombreux champs professionnels comme l'éducation thérapeutique par exemple ou lorsqu'un changement est attendu, et pas uniquement un changement de comportement. Il est important d'insister sur le fait que l'EM implique une notion de partenariat avec le collaborateur, un respect de ses motivations et intérêts ainsi qu'une acceptation que la liberté de choix de changer lui appartient, en tant que personne libre et autonome. Ajouté à cela, la notion d'altruisme comme élément fondamental et humaniste dans lequel doit impérativement s'inscrire l'esprit de l'EM.

Pour information, l'engagement est défini comme un processus d'établissement d'une relation fondée sur la confiance mutuelle et sur une aide respectueuse : il a plusieurs impacts positifs comme l'accord sur les objectifs à atteindre, la potentialisation de la collaboration sur les tâches négociées en vue d'atteindre un but commun.

Les discussions sur le changement surviennent ainsi chaque jour dans les métiers d'aide et l'EM est conçue pour trouver une manière constructive de répondre aux difficultés survenant lorsqu'un aidant tente d'agir sur la motivation au changement. En effet, les personnes ont plus de chance d'être persuadées par ce qu'elles s'entendent dire.

Dans les entreprises, les changements sont permanents et suscitent en premier lieu des comportements d'ambivalence et de réticence. Il s'agit d'étapes normales qui nécessitent une préparation en amont de la part des dirigeants. Lorsqu'un manager utilise un style de management trop directif, cela peut faire naturellement ressurgir chez les personnes ambivalentes, des arguments opposés : il s'agit là d'un mécanisme de défense dont le cadre doit prendre conscience (éviter de se braquer).

L'EM est basée sur quatre grands principes, que nous retrouverons en **ANNEXE IV**

Ces quatre grands principes de l'EM sont également retrouvés dans la conception du management humaniste, abordé lors du chapitre précédent, style de management relativement récent et qui démontre encore une fois l'évolution de la conception du management.

Dans le management d'une équipe, l'instauration de la confiance favorise les adhésions et l'engagement dans la relation. Cet engagement est le carburant nécessaire à l'instauration de ce que l'on appelle la culture d'entreprise. Un indicateur de cet engagement étant un turn over faible, révélateur d'une relation de travail confiante empreinte de respect mutuel : en effet, les personnes les plus activement impliquées dans la relation ont la plus forte probabilité de persister et les effets d'un tel engagement sont visibles au niveau des résultats : qualité des soins et efficacité.

Selon moi, un cadre, soucieux d'atteindre un niveau optimal d'engagement de son équipe devrait pouvoir répondre de manière positive à ces questions simples certes mais qui sont néanmoins des indicateurs prédictifs de l'implication, à savoir :

- -est ce que je respecte ce collaborateur ?
- -est ce que je l'écoute et que je le comprends ?
- -est ce que je lui fais confiance et si oui, est ce que je lui manifeste ?
- -est ce qu'il a son mot à dire ? Une marge de Manoeuvre, un espace virtuel de liberté
- -est ce que je cherche à négocier plutôt qu'à imposer ?

En effet un style de management comme le management directif, comme nous l'avons abordé dans le chapitre précédent, bien qu'il soit envisageable dans certaines formes d'accompagnement, peut s'accompagner de messages négatifs qui peuvent pousser à la passivité voire au désengagement.

4.5. L'hôpital, un lieu spécifique où s'exercent différents pouvoirs.

L'hôpital a sa spécificité avec ses considérations financières certes, mais heureusement des considérations qualitatives et nobles qui la caractérisent comme la satisfaction des patients, la satisfaction du personnel, la contribution aux progrès techniques, la formation des étudiants et le respect de l'environnement.

Pourtant, il est également un lieu où sont partagés trois pouvoirs légitimes : Le pouvoir des médecins, le pouvoir des soignants et le pouvoir de la direction. Nous pouvons, maintenant et avec l'évolution sociétale parler du pouvoir des patients et des familles. Ces pouvoirs s'affrontent chacun défendant sa propre logique.

L'hôpital est comme nous l'avons vu un lieu de conflits de tensions, de contradictions, et d'intérêt divergents. Chaque personne développe des stratégies qui lui sont propres et heureusement, le plus souvent pour le bien de l'organisation mais surtout des patients.

Le système social est un équilibre entre les stratégies et les relations de pouvoirs des uns et des autres ce qui s'incarne dans des règles de jeu explicites et implicites.

Pourtant, un le bien être des collaborateurs passe par une reconnaissance laquelle n'est possible que par le partage des pouvoirs ce qui est le fruit d'un management performant qui les implique.

4.6. Le professionnel : acteur du changement.

Ma réflexion sur le management participatif me pousse à la réflexion que le professionnel, appelé collaborateur dans de nombreuses entreprises, a une part de changement qui sommeille en lui aime être acteur. Cette faculté de vivre et provoquer le changement, sans le subir ne peut se comprendre que dans un processus à travers lequel les membres d'une équipe créent collectivement, apprennent ensemble, c'est-à-dire, inventent et « fixent de nouvelle façon de jouer le jeu social, de la coopération et du conflit et acquièrent les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes »²¹. Dans son ouvrage, Michel Crozier, devant l'évolution et la complexification des systèmes institutionnels, les stratégies de changement ne peuvent se concevoir que à travers le développement de l'innovation sociale, l'invention de nouveaux construits collectifs qui permettent le développement de nouvelles capacités relationnelles chez les acteurs individuels et collectifs, "l'affirmation de nouveaux instruments intellectuels, de nouvelles rationalités et de nouveaux objectifs pour l'action". Selon Michel Crozier, les acteurs utilisent leur marge de liberté et leur capacité de négociation, y compris face à leurs supérieurs hiérarchiques ce qui ne correspond plus au modèle d'obéissance et de conformisme imposée par une autorité magistrale et totalitaire.

Aussi, même dans des situations de dépendance et de contraintes institutionnelles, les individus ne s'adaptent pas passivement aux circonstances et sont même capables d'agir sur elles de façon autonome et active. Et même si on ne peut jamais dire que les acteurs sont totalement libres, il faut tout de même leur reconnaître une capacité de pouvoir, de pression et de manipulation.

Toujours dans le même ouvrage, Michel Crozier souligne qu'il ne faut pas oublier que l'individu n'est pas seulement une main, en référence au taylorisme, ni même un corps et une tête, mais "une tête, c'est-à-dire une liberté, ou en termes plus concrets, un agent autonome qui est capable de calcul et de manipulation et qui s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires. ». C'est reconnaître la complexité des organisations mais également celle des comportements humains et des relations qui les caractérisent, ce qui rend encore plus difficile le management.

Les collaborateurs sont en mesure, s'ils le veulent et s'ils sont sollicités par leurs supérieurs, d'émettre des remarques, des critiques et des suggestions afin d'optimiser l'organisation, d'améliorer leur quotidien professionnel et d'auto- développer la qualité de leur service.

²¹ L'acteur et le système : Michel Crozier et Erhard Friedberg, édition Politique, page 30.

A ce moment, le cadre devient l'ambassadeur de son personnel auprès de la direction et lui fait part des dysfonctionnements et des axes de progrès suggérés par les acteurs de terrain.

4.7. Vers un management plus responsable.

Le management d'aujourd'hui doit s'inscrire dans cet univers de différence et de complémentarité. Les collaborateurs sont, comme nous l'avons évoqué avec Miche Crozier de véritables acteurs et il ne suffit donc pas d'être nommé chef pour que ces derniers exécutent passivement la tâche pour laquelle ils sont rémunérés.

Les nouvelles règles sociales, les jeux de pouvoirs, les règles implicites des organisations, l'éthique sont des éléments que le manager doit prendre en compte dans son management s'il veut respecter les acteurs.

En effet, des situations ne contraignent jamais les employés lesquels gardent toujours une marge d'autonomie, de liberté et de négociation. Cette marge de liberté constitue pour le cadre une zone d'incertitude car tenir compte des différents comportements peut impacter l'atteinte des objectifs, donc il doit adapter son management.

En effet, le pouvoir exercé par les acteurs leur permet de négocier leur coopération en contrepartie de la préservation de leurs intérêts.

Pour le cadre, identifier les jeux individuels et collectifs des acteurs, et pour ceci, je vous renvoie au sociogramme de Moréno, c'est se donner les moyens d'anticiper les conséquences de ses décisions ainsi que la réaction des acteurs.

Avoir cette analyse des pouvoirs de ses collaborateurs, permettra au cadre de repérer ses leviers pour agir sur la motivation de ses équipes. Cela lui permettra également de définir plus finement ses stratégies d'intervention : tantôt une stratégie d'autorité, si le pouvoir est déséquilibré, c'est ce qu'on appelle le management directif, tantôt un type de management participatif. Ce dernier se révèle plus adapté à une stratégie de négociation car négocier, c'est reconnaître le pouvoir et les marges de manœuvre de l'autre.

Nous avons vu avec des auteurs comme Hubert Lantier que les managers contemporains ont plus intérêt à faire preuve de flexibilité comportementale.

Le cadre est confronté aux injonctions de la direction à savoir optimiser mais avec des ressources de plus en plus limitées et ceci tout en préservant la qualité de vie au travail et l'implication du personnel.

Il doit donc réaliser en permanence des ajustements entre ces contradictions. Son management doit être responsable c'est-à-dire tenir compte de la cohérence dans toute la complexité de ce système. Les collaborateurs attendent des preuves de cette cohérence, laquelle est visible par son comportement, son discours, ses actes.

Parmi ces preuves, je citerai :

- -Avoir une vision, définir une stratégie d'action et la transmettre
- -Piloter l'activité et la contrôler
- -Déléguer
- -Accompagner et conseiller
- -reconnaître

Avoir une vision implique avoir une stratégie et la faire savoir, la communiquer afin de mettre en commun les réflexions des collaborateurs partenaires.

Avoir une vision oblige à réfléchir en termes de risques et d'opportunités, de faire des choix, de prendre des décisions, de les communiquer, les suivre, les évaluer et réévaluer si besoin.

Piloter une activité, c'est l'organiser de la façon la plus efficace en tenant compte des enjeux et répercussions sur tous les protagonistes.

Piloter implique :

- -De connaître et respecter les variables environnementales.
- -De bien connaître les besoins individuels des acteurs afin de rechercher le meilleur ajustement.
- -De négocier sur les points de divergences.
- -De veiller à la bonne application des décisions.

4.8. Le management participatif.

« Les seuls facteurs qui font progresser une entreprise sont les Hommes, de l'ouvrier au directeur, leur capacité d'innovation et la façon dont ils organisent leurs relations de travail ». P. Drucker.

Le type de management adopté appliqué par le cadre est un élément pour promouvoir le changement.

Un type de management participatif voire situationnel car il donne une autonomie au personnel dans le cadre de la gestion de projet Il permet également aux équipes de se rendre compte des dysfonctionnements et de proposer ainsi des actions correctrices relevant de leur propre initiative.

Dans ce type de management qui est propice à l'émergence d'idées et de solutions novatrices, le rôle du cadre est de guider, d'accompagner et de préparer les équipes à adhérer au projet.

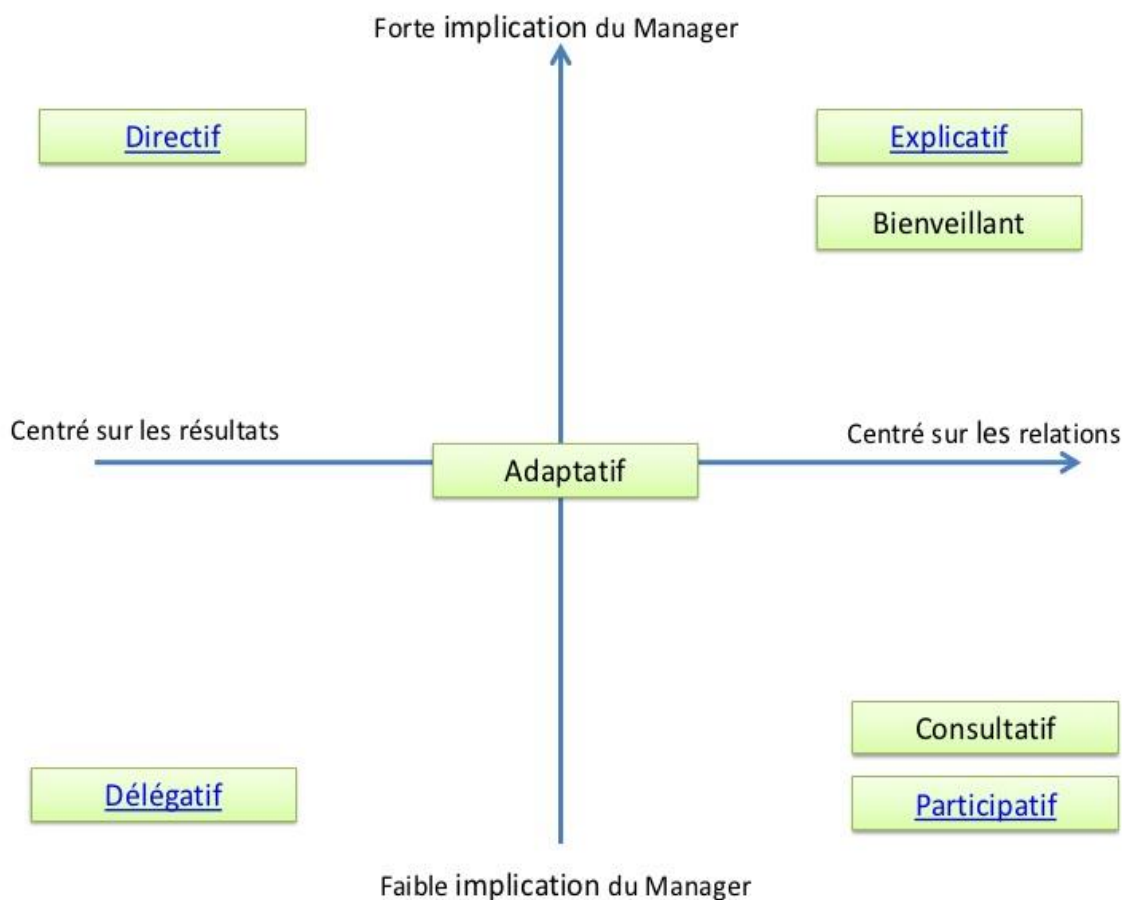
Son travail en amont dans le cadre de ce type de management et dans le contexte du projet, est d'avoir une idée des possibilités d'autonomie :et d'implication possibles de chaque acteur afin d'identifier les ressources dont ils auront besoin ainsi que leur rôle respectif. Il sera pertinent de repérer les leaders positifs qui pourront être des ressources portant le projet ainsi que les leaders négatifs et les personnes qui ne prennent pas position. Ce travail de repérage lui permettra d'adapter son style de management aux différentes catégories de personnes et aux différentes situations, c'est-à-dire qu'à partir de problèmes rencontrés il peut passer d'un management participatif à un management plus directif.

Il devra dans tous les cas bien s'assurer que le but ultime recherché est l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur.

Ce type de management participatif me semble représenter un bon moyen de responsabiliser une équipe et de la fédérer autour d'un projet tout en ménageant les capacités les susceptibilités et le désir d'implication de chacun car parfois doit être respecté.

Il permet ainsi aux différents individus de s'intégrer dans un groupe de réflexion et surtout de les associer à la prise de décision ce qui a un impact déterminant dans l'adhésion et la résistance au changement comme nous l'avons vu avec les précédemment avec les travaux

d'Hubert Lantier. Pour le cadre, ce type de management est une méthode stratégique qui permet d'engager l'individu dans le mouvement collectif autour de l'outil qu'est la démarche projet



Les différents types de management

Ce schéma nous montre bien l'opposition entre un management participatif, axé sur la personne et le management directif, qui est lui plus centré sur les résultats.

4.9. L'importance du bien-être au travail dans le changement.

La gestion des ressources humaine est un formidable levier au service de l'amélioration des performances et de l'amélioration de la qualité de vie au travail. En effet, la qualité de vie est l'une des préoccupations sociales, économiques depuis plusieurs années.

Depuis 2000, la qualité de vie au travail a été introduite a été instaurée lors du sommet de Lisbonne : Il s'agit de l'Agence Nationale pour l'Amélioration Des Conditions de Travail.

La qualité de vie au travail peut se concevoir comme « un sentiment de bien-être au travail perçu individuellement et collectivement, qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, l'équité, la reconnaissance et la valorisation du travail effectué pour concilier conditions de travail individuelles et performances collectives de l'entreprise.

Les évolutions économiques, la mondialisation sont à l'origine de pressions au travail qui engendrent burn out, manifestations sociales et suicides : Qualité de vie au travail et performance sont liées dans la mesure où cette dernière ne peut s'obtenir sans une réflexion et des actions en faveur de la qualité de vie au travail.

Ainsi la conception du management a évolué et les conduites de changement sont pensées dans le souci de recueillir le ressenti des salariés comme baromètre d'efficacité comme nous allons l'étudier plus bas avec l'exemple des hôpitaux magnétiques. Les cadres développent de plus en plus un management axé sur la qualité des relations avec ses collaborateurs, l'attention à leur bien-être et à leur motivation...et ceci afin de favoriser leur adaptation dans cet environnement concurrentiel qui peut être perçu comme hostile et pesant.

La qualité du travail étant fonction de l'interface entre les différents individus qui interviennent dans les phases des processus de production, un individu bien "inséré" sera un élément en faveur de l'amélioration de la performance globale de l'entreprise. Les dirigeants ayant bien compris ce principe, ils pourront alors mettre en place des mesures potentialisant le bien être qui se révéleront être de puissants leviers au service de la performance économique.

Une entreprise, pour gagner en performance doit avoir analysé et traité en interne ses problèmes de qualité de vie au travail et les hôpitaux, réputés pour être confrontés à la souffrance au travail à laquelle s'ajoute la souffrance liée à la gestion ou au contraire à l'incapacité de gestion de la souffrance des patients en est un bel exemple.

Aussi la gestion des ressources humaines étant une source de performance, pour être optimale, doit favoriser accompagnement aux innovations et motivation en s'interrogeant sur les potentialités à développer.

Pour améliorer la qualité de vie au travail, les entreprises doivent donc mettre en œuvre des actions orientées vers le développement des compétences ou encore pérenniser les éléments de reconnaissance centrés sur l'individu.

4.9.1. Le développement des compétences.

Un individu, pour se sentir inséré et motivé doit être en accord, c'est à dire convaincu du bien-fondé du projet mais également à l'aise avec tous les éléments qui concerne sa mise en œuvre : du nouveau matériel, une nouvelle organisation, de nouvelles procédures ou de nouveaux concepts à intégrer. Or ceci passe par l'acquisition de nouvelles compétences ce qui se fait par le biais d'actions de formations adéquats. Le développement des compétences est également un formidable levier de motivation.

Le management et les managers sont au centre de ces processus de développement des compétences individualisé, dont la demande est en constante évolution et qui est également source de qualité. Or, ne l'oublions pas, les entreprises ont l'obligation de s'inscrire dans une démarche qualité.

De nombreux dirigeants utilisent le terme de management par la qualité en référence à l'orientation de leur source de performance et l'atteinte de leurs objectifs basés sur l'augmentation du potentiel de leurs collaborateurs, par la formation et le développement des compétences d'où l'explosion des plans de formation: miser sur le bien-être au travail pour des salariés performants, compétents et innovants au service de la qualité et de la performance au travail....telle est la nouvelle équation gagnante.

4.9.2. La reconnaissance au travail.

Le bien-être au travail qui a un impact comme nous l'avons vu sur la performance au travail. Mais ce bien être ne repose pas uniquement par la gestion des compétences, mais également par la reconnaissance au travail.

La reconnaissance est un facteur essentiel de motivation car il s'agit de la satisfaction d'un besoins physiologique essentiel.

La reconnaissance au travail est source de satisfaction, de réalisation, d'épanouissement et de sentiment d'appartenance et d'utilité et d'accomplissement dans une équipe. Elle favorise

l'implication et l'adhésion aux décisions donc est inversement proportionnelle à la résistance au changement.

Les conditions de travail peuvent favoriser le fait d'être heureux au travail ce qui est extrêmement intéressant dans des professions paramédicales qui à la base sont auréolées d'un sens et d'une utilité sociale.

Reconnaître un collaborateur dans la qualité du travail qu'il fournit l'entraîne dans une dimension d'amélioration de l'estime et de l'image qu'il a de lui-même ce qui renforce son envie de servir l'institution et de s'engager avec elle dans les actions et projets visant à l'amélioration de celle-ci.

La relation entre les différents membres de l'équipe entre eux, de manière générale et la reconnaissance du manager envers ses collaborateurs est essentielle dans l'atteinte des objectifs. D'ailleurs le terme de collaborateur est de plus en plus utilisé alors qu'il y a quelques temps on entendait plus souvent celui d'agent, d'employé, ce qui témoigne d'une évolution de la conception des rapports de pouvoir au travail. De même dans certains grands groupes comme le groupe Auchan, l'un des moyens de reconnaître le personnel est de représenter l'organigramme sous une forme inversée, ce qui n'est pas conventionnel voire surprenant mais qui remet en haut de la pyramide le centre opérationnel selon la représentation de Mintzberg.

Faire confiance, donner des responsabilités et de l'autonomie permet de générer une certaine assurance génératrice d'idées pouvant mener au développement de l'entreprise.

Les efforts effectués pour que les employés trouvent du sens et de l'épanouissement dans leur travail démontrent un changement de la conception du rapport de l'homme au travail. En effet, contrairement à la vision taylorienne du travail, les dirigeants ont plus intérêt à tenir compte de l'intelligence et des compétences de leurs collaborateurs et de ne pas simplement les recruter comme petite main pour profiter de leur force de travail.

Ainsi la gestion des ressources humaines s'est profondément modifiée et de plus en plus d'actions sont engagées pour le bien-être au travail ce qui passe par des actions de prévention du burn out et des troubles musculo squelettiques ou encore des actions pour la reconnaissance de leurs besoins physiologiques, l'amélioration des perspectives d'évolutions de carrière, le développement de nouveaux métiers avec la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et compétences) et des projets personnalisés, la création d'espaces dédiés à la détente, danse et activités sportives parfois à proximité directe ou intégrés dans les locaux pour en favoriser l'accès. En matière de management également, une formation initiale renforcée avec des accompagnements accrus des managers sont entrés dans les mœurs.

La reconnaissance se manifeste au quotidien par, l'écoute, le respect, l'encouragement, l'acceptation de l'autre comme personne capable de changer.

Trop de conflits proviennent de la méconnaissance des besoins et attentes de l'autre alors que c'est important pour poser les bases de la négociation.

La reconnaissance est une forme d'exercice du pouvoir pour le manager car elle permet de rechercher la meilleure adéquation entre les exigences de l'institution et les capacités réelles de la personne.

4.9.3. Le sens accordé au travail.

Chacun de nous, pour donner du sens à sa vie, a besoin de donner du sens à son action quotidienne et d'en comprendre la finalité, quel que soit son niveau de responsabilité dans son travail.

Faire partager une vision et expliquer les objectifs en termes de résultats à atteindre pour remplir sa mission est le rôle de tout cadre responsable

La communication s'inscrit dans cette volonté de donner du sens à l'action collective. En effet, la qualité de la communication permet de communiquer ce qui est utile, au moment opportun pour donner les éléments de compréhension qui permettront d'agir ensemble.

La cadre doit maîtriser le pouvoir de communiquer avec justesse, ce qui est source de performance et une compétence non innée.

L'organisation, incarnée par le cadre est porteuse de sens pour le personnel qui y trouve des sources de motivation intrinsèques : être utile à la collectivité, contribuer à la santé, protéger l'environnement, apporter du confort aux patients et aux familles, contribuer à la recherche et à l'innovation ainsi qu'à la formation initiale et continue.

4.9.4. Confiance, délégation et partage de pouvoirs.

La délégation a cette particularité ou elle permet d'allier confiance, motivation, autonomie du cadre envers ses collaborateurs.

Déléguer, c'est confier à un subordonné de confiance la réalisation d'objectifs négociés, en lui laissant une réelle autonomie mais à l'intérieur d'un cadre défini. Cet acte ne prive pas du cadre de sa responsabilité et il se doit d'être présent cas de difficulté et de faire régulièrement un point sur les résultats dans le cadre de procédures de contrôles

Il s'agit bien là d'un partage de pouvoirs.

Bien des cadres ont du mal à déléguer, monopolisant le pouvoir de manière centralisée sur leur propre personne. C'est à l'antipode du travail en collaboration, des valeurs de partage et de reconnaissance des compétences de l'autre.

Diriger, c'est également faire partager, tout en donnant des informations sur les objectifs à atteindre.

Déléguer implique de bien gérer son pouvoir personnel en sachant stimuler l'initiative et les pouvoirs de ses collaborateurs.

Déléguer consiste à distribuer le pouvoir, y compris les décisions, de façon adaptée, pour augmenter les compétences et les performances de ses collaborateurs, ce qui permet d'optimiser les performances collectives.

Déléguer, c'est lâcher prise et éviter de s'exposer aux risques psychosociaux.

La recherche de l'équilibre des pouvoirs par le processus de la délégation est un levier puissant de développement des compétences individuelles et collectives. La délégation permet la prise d'initiatives, et le travail en collaboration dont les organisations ne peuvent plus se passer.

4.10. L'exemple des hôpitaux magnétiques.

Dans de nombreux établissements, des équilibres de pouvoirs plus harmonieux ont émergé permettant au système de gagner en souplesse fluidité et performance. Et ceci, malgré les contraintes. Cet équilibre est le fruit de la volonté de chacun de progresser dans une voie de maturité sociale pour répondre aux enjeux.

Face à des problèmes comme la pénurie d'infirmières, le turn over important, la démotivation du personnel et la résistance au changement, il est urgent de développer et de proposer des modèles de vie au travail plus attractifs.

Les difficultés qui affectent le personnel sont communes à tous les établissements et dans certains hôpitaux un seuil critique a même été dépassée ce qui a une répercussion sur sa notoriété. Pourtant, on constate que certains hôpitaux en sont moins impactés. Des études américaines ont montré que le problème de roulement est très répandu et surtout qu'il existe une corrélation entre les variables satisfaction /insatisfaction au travail et rétention/roulement.

La rétention, la fidélisation et la motivation sont importants pour potentialiser le sentiment d'appartenance et l'adhésion aux différents projets or, un milieu délétère accentue les problèmes de pénurie de personnels, d'épuisement, d'absentéisme.

Certains hôpitaux et cliniques semblent ne pas connaître ce type de problèmes ou en tout cas de façon atténuée comme en témoignent les résultats des baromètres de satisfaction diffusés en interne.

Ainsi, la clinique Pasteur à Toulouse ²²a calqué ses pratiques sur celles des hôpitaux Belges, les premiers hôpitaux magnétiques d'Europe.

Mais qu'est-ce qu'un hôpital magnétique ? "C'est un établissement qui favorise l'autonomie professionnelle, une gestion décentralisée des unités de soins et encourage une capacité d'innovation. L'environnement créé facilite la collaboration médecins/infirmières, en valorisant les relations avec les pairs, ce qui génère une meilleure motivation et de meilleurs investissements. Ces établissements se différencient par une attraction/rétention des infirmières ainsi que par une forte satisfaction au travail.

²² www.techopital.com/...magnetiques-une...les-infirmieres-NS_1076.html

La démarche adoptée est nommée ARIQ pour Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins, pour attirer et fidéliser le personnel et améliorer la qualité de vie au travail.

Une telle démarche est intéressante mais il est certain qu'elle nécessite un leadership du cadre fort et visible.

Huit conditions ont été associées aux hôpitaux qui peuvent se gratifier d'un tel label.²³

Il s'agit des critères suivants :

- -Une forte autonomie accordée aux professionnels
- -Des supports professionnels garantissant un confort des conditions professionnels et une gestion de la vie privée (garderies, éléments de sécurité au travail, éléments garantissant la fluidité de l'information.)
- -Une bonne collaboration entre médecins et infirmières.
- -Une valorisation des professionnels ainsi qu'un leadership infirmier (accès à la formation, possibilité de dispenser des cours.
- -Des relation positives avec les pairs : les compétences de chacun sont reconnues et respectées.
- -La direction est présente et accessible.
- Un ratio de personnel adéquat avec une bonne proportion d'infirmières qualifiées.
- -L'importance de la place accordée au patient qui est l'objet de toutes les attentions.
- -L'importance accordée à la qualité des soins avec des moyens mis en œuvre pour la garantir.

Ce type d'entreprises est caractérisé par la reconnaissance de valeurs ancrées et partagées et par un faible niveau de paliers hiérarchiques. La chaîne de commandement peut y sembler floue en apparence voire donner une impression de désorganisation de type décentralisée avec une grande place laissée à l'informel, mais cette configuration favorise l'autonomie.

Le respect est présent et rappelé, et le personnel n'est pas considéré comme des pièces interchangeables ce qui est l'une des premières marques de considération et de reconnaissance à mon sens.

Pour conclure ce chapitre, je considère qu'un tel type de philosophie de management peut paraître basique et évident mais que de nombreux hôpitaux, sans jugement aucun, auraient fort à gagner à adopter un style similaire compte tenu des bénéfices à en tirer pour l'institution (amélioration de leur notoriété, gains en termes d'efficacité donc réductions des coûts de recrutement de formation et des coûts liés à l'absentéisme, diminution des coûts d'hospitalisation et), pour le personnel (motivation et meilleure implication dans des projets individuels dans les projets collectifs), et pour le patient (soins de meilleure qualité, amélioration de la satisfaction et réduction des durées d'hospitalisation).

5.L'ENQUETE

5.1. Le terrain

Introduction :

Face à ce constat de contexte hospitalier en perpétuel mouvance, mon hypothèse à vérifier sur le terrain, était que le cadre de santé avait de par son positionnement et ses stratégies managériales, un rôle capital dans l'adhésion et la fédération des équipes lors de conduite de changement imposé.

Me rendre sur le terrain, avec les outils (entretiens et questionnaires) que j'ai élaborés, m'a permis de répondre, avec les limites que j'exposerai ainsi que les freins auxquels j'ai été

²³ www.ameli.fr/.../user_upload/documents/Les_hopitaux_magnetiques.pdf

confrontée à mon hypothèse de départ grâce à la théorie que j'ai exposé dans mon cadre conceptuel et la pratique, le concret, la réalité que vivent les cadres et les soignants lors de changements imposés.

Je précise que, en tant que future cadre, j'ai été témoin de nombreux projets de réformes très mal perçus par les équipes et que mon objectif, à travers cette étude, est trouver des pistes de réflexion et de pouvoir bénéficier de l'expérience des cadres qui ont réussi, malgré le caractère impopulaire des changements, à maintenir leurs équipes dans un niveau de satisfaction telle que celle-ci a permis une adhésion au projet collectif.

le choix du terrain:

Mon choix d'enquête s'est porté sur les hôpitaux de publics de manière générale d'une part car le constat de départ est parti d'une décision d'harmonisation des pratiques sur l'ensemble de ces hôpitaux

J'ai sondé en priorité des hôpitaux qui avaient subi des restructurations hospitalières importantes car comme je l'ai mentionné lors de mon introduction, les nombreuses réformes hospitalières de par leur récurrence, ont un impact négatif sur le travail, entraînant démotivation et surtout résistance au changement.

-L'hôpital Bichat, situé à Paris porte de Saint Ouen dans le XVIII^e arrondissement parce ce qu'il s'agit d'un des derniers hôpitaux qui, malgré les directives, avait maintenu des plannings avec des horaires fixes, ce qui le rendait très attractif en termes de recrutement mais à qui on a imposé la grande équipe.

-L'hôpital de Gonesse, situé dans le Val d'Oise, car c'est un hôpital qui a subi en parallèle un déménagement ainsi qu'une modification profonde des roulements avec imposition de la grande équipe pour tous et passage en 12 heures, ce qui a entraîné un profond bouleversement dans la gestion des équipes.

-L'hôpital Beaujon, situé à Clichy dans le 92, car de nombreuses fusions de services y ont eu lieu afin de favoriser la mixité des personnels et de mutualiser les ressources humaines.

Les réformes hospitalières sont de toute façon communes à toutes les structures publiques comme privées et les problématiques rencontrées sont donc transposables à toutes.

J'ai bien sûr privilégié les services dans lesquels la rotation ou les changements avaient été initiés récemment avec un personnel qui restait dans une zone de confort relative.

J'ai la conviction que de toute façon le changement et sa conduite sont inhérents à toutes les catégories de structures et services car il existe de nombreux types de changements comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel. Maîtriser sa conduite est donc un enjeu fondamental pour le cadre de santé d'aujourd'hui.

5.2 les outils

La conduite de changement et la qualité de celle-ci concerne deux catégories de protagonistes principaux : ceux qui conduisent le changement et ceux qui le mettent en œuvre.

C'est donc tout naturellement que j'ai décidé de sonder ces deux populations afin d'une part de recenser leur ressenti par rapport au changement imposé mais également les écarts de ressentis entre les deux catégories de professionnels.

Les questions posées lors des entretiens et questionnaires font référence à des variables qui peuvent avoir un impact et être déterminant sur la réussite de la conduite de changement :

Je citerai en exemple le type de management, la place accordée aux professionnels de terrain, l'implication du cadre dans le projet, la perception de la popularité ou l'impopularité du changement, les stratégies développées par le cadre, la transparence de l'objectif annoncé.

Toutes ces variables ont été intégrées dans le cadre conceptuel car elles sont à mon sens déterminante et impactantes.

5.2.1. Le questionnaire de santé pour les paramédicaux.

Un questionnaire destiné aux professionnels de terrain : les infirmiers et aides-soignantes : il s'agit d'une méthode d'expérimentation quantitative.

Le questionnaire est présenté en **ANNEXE V**.

Il s'agit bien entendu de professionnels qui correspondent rigoureusement à me permettre de répondre à ma problématique de départ. A savoir est-ce que pour les soignants interrogés, le type de management du cadre de proximité a un impact positif sur leur implication et leur adhésion lors de l'annonce et de la mise en œuvre d'un changement initialement perçu comme impopulaire.

J'ai choisi cet outil d'investigation afin de recenser un maximum de professionnels et de faire du quantitatifs. Le personnel a été très réceptif à ma démarche et j'ai compris qu'ils avaient besoin de s'exprimer par rapport au changements imposés. Rien qu'à travers le peu de résistances lors des distributions, j'ai compris que certains utiliseraient ce biais pour faire passer des messages revendicatifs.

Sonder les soignants est une manière indirecte d'estimer leur satisfaction par rapport à la façon dont le cadre et les dirigeants ont conduit le changement. Je trouve cette démarche intéressante voire pertinente car nous sommes dans l'ère de l'autoévaluation et d'évaluation des pratiques professionnelles. Il est intéressant pour un cadre d'avoir un retour sur la façon dont il gère le changement non pas dans le but de le remettre en question mais pour s'inscrire dans l'amélioration de ses pratiques professionnelles : de la critique constructive, en toute transparence et bienveillance, ce qui n'exclut pas le respect.

Me présenter à l'ensemble des équipes juste après les transmissions était un choix stratégique pour mobiliser un maximum de soignants. Je leur ai annoncé que j'étais très sensible à ce thème, enjeux cruciaux pour l'amélioration de l'hôpital de demain, argument que les nouveaux soignants ont intégré plus facilement. Je leur ai également confirmé que même, s'il s'agissait d'enquêtes anonymes, ils contribuaient à une démarche de recherche scientifique, ce qui est assez gratifiant.

5.2.2. L'entretien pour les cadres et cadres de santé.

Un entretien semi directif destiné aux cadres de santé : il s'agit d'une méthode d'exploration explicative.

Il est présenté en **ANNEXE VI** ; J'ai choisi d'effectuer des entretiens avec des questions ouvertes afin de laisser un maximum de liberté d'expression et afin que les cadres interrogés

ne soient pas influencés par des questions fermées et directives.

L'entretien semi directif est un outil qui présente l'avantage de garder un contrôle relatif de la situation tout en laissant une grande part de l'expression libre. Je voulais des réponses les plus en relation avec la réalité du terrain et recenser le ressenti des professionnels. Ce type d'entretiens permet également d'obtenir des pistes de réflexions auxquelles je n'avais pas forcément pensé, du fait de mon inexpérience dans le domaine de la conduite de changement.

J'ai débuté l'entretien par deux questions larges afin de permettre une entrée en matière avec diplomatie et de me mettre en phase avec mon interlocuteur. Je suis ensuite passée à des questions plus ciblées, c'est la technique dite de l'entonnoir, pour finir par une question très ouverte, à l'affût de leurs suggestions.

Pour avoir étudié les techniques de communication lors de ma formation d'ingénieure commerciale, j'apprécie et j'utilise tout particulièrement la reformulation afin de permettre de préciser ses idées et d'écartier tout quiproquo.

Bien entendu, afin d'éviter d'influencer les cadres sondés, je leur ai communiqué le thème de l'entretien mais je n'ai pas dévoilé ma problématique, ce qui aurait biaisé les réponses.

Il y a peu d'entretiens, certes, dû au fait du temps imparti mais les réponses j'ai préféré me positionner sur du qualitatif.

L'entretien ne s'adresse qu'à un nombre limité de personnes mais fait gagner en finesse, en précision et en profondeur.

5.2.3. L'observation : un outil redoutable.

Ecouter les conversations informelles, les transmissions informelles entre les soignants et les cadres (rarement, fréquemment, le ton et style, le degré d'affinité. Bon reflet de la cohésion d'équipe. Dès l'entrée dans le service, on peut se faire une idée de l'esprit de cohésion qu'il existe dans une équipe, de la température. Suivre le cadre nous donne également des informations concernant le style de management et le degré d'autonomie accordé au personnel ainsi que leur participation et leur satisfaction au travail. L'observation s'avère très utile lorsqu'il s'agit d'évaluer des comportements ou des attitudes qui sont facilement observables. Un soignant qui prend spontanément des initiatives et qui n'est pas passif, l'expression d'une certaine sérénité au travail, la curiosité, le fait d'aller facilement interpeler le cadre même de manière informelle, tout en respectant sa disponibilité est un bien entendu personne dépendant mais est également un bon indicateur des relations que le cadre a su tisser dans son équipe de la proximité qu'il a su instaurer.

5.3. Limites des outils.

5.3.1 Limites des entretiens.

La première limite de l'entretien est le temps que les professionnels du terrain ont du mal à accorder.

La seconde limite est leur analyse car contrairement au questionnaire les réponses ne rentrent pas dans des cases préconçues. Le dépouillement et l'analyse demandent plus de finesse de compréhension. Ce travail de compréhension se fait en amont c'est-à-dire dès la formulation des questions et le fait de recentrer l'interlocuteur lorsqu'il dévie des objectifs et du cadre de l'entretien. Je pense que mon outil d'entretien est fiable car les réponses sont

bien en lien avec les questions posées. Mais il est vrai que plus la question sont ouvertes, plus l'information est riche mais moins elle est facile à

5.3.2. Les limites des questionnaires.

Les limites de l'entretien est représenté par le thème en lui-même. Il s'agit d'un sujet sensible et les hôpitaux que j'ai choisi des structures qui ont vécu des restructurations récentes. Les soignants étaient assez impliqués mais encore sous le choc des changements. J'aurais donc sur un sujet de ce type qui avait mobilisé les équipes soignantes et de direction à l'hôpital Bichat ainsi qu'à l'hôpital de Gonesse, tiré profit d'obtenir des réponses plus précises par le biais d'entretien également. Il m'a donc semblé irréalisable de sonder les deux populations par le même outil qui s'il a l'intérêt d'être qualitatif, est très chronophage. De plus, ai fait extrêmement attention à ne pas proposer un questionnaire comportant trop de questions, ce qui aurait été d'emblée dissuasif. Le questionnaire ne permet pas de saisir les émotions, de laisser les soignants s'exprimer avec leurs propres termes et ce qui est extrêmement limitant c'est qu'il occulte tout le côté observation qui est source d'information : l'importance du non verbal.

5.4. Les freins.

Le principal frein auquel j'ai été confronté a résidé dans le thème de mon sujet de mémoire et jusqu'à ce jour ce frein me laisse perplexe quant à la liberté d'expression des agents et des cadres.

Pour information, j'ai pris soin de suivre la procédure en vigueur en ce qui concerne le droit d'enquêter au sein d'un établissement hospitalier. J'ai donc contacté les directions des soins respectives en prenant soin de leur joindre le questionnaire à l'appui ainsi que la grille d'entretien.

Le premier établissement m'a répondu qu'il n'était pas opportun de mener l'enquête dans le GH dans lequel j'avais exercé et qu'il fallait donc que je m'ouvre à d'autres structures. Il a rajouté qu'il s'agissait d'un thème sensible.

Effectivement, lorsque je quittais l'établissement pour l'entrée à l'école des cadres, la mise en œuvre de la grande équipe débutait et non sans heurts car dans mon service d'origine, de nombreuses infirmières se sont organisées pour partir, soit de nuit soit en libéral. Il s'agissait de piliers de la diabétologie, d'infirmières qui avaient une expérience de dizaines d'années dans ce service qui ne souffrait pas de problématique de turn over. Leur expertise en termes d'éducation thérapeutique (elles assuraient des consultations infirmières et étaient formées au tutorat ainsi qu'à la réalisation de fond d'œil pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, l'une des complications du diabète.

Le second établissement dans lequel j'ai effectué ma demande m'a répondu qu'une autre étudiante enquêtait sur le même thème ce qui ne me semblait pas poser problème vu la capacité de la structure...sauf que celle-ci pour y avoir été en stage cadre est très en difficulté compte tenu de la multitudes de changements et déménagements engagés simultanément. (Pour information, tous les cadres du pôle et la cadre supérieure seront partis d'ici moins de deux mois) sans oublier le fait que je suis arrivée dans un contexte de grand mouvement de grève de l'ensemble des cadres.

Le troisième établissement, juge le thème très intéressant et d'actualité mais les termes d' » imposé et d'impopulaire « lui posent problème compte tenu du fait que » D'autant qu'en tant que future cadre de santé, vous aurez à accompagner et piloter des projets en accord ou en désaccord avec vos valeurs. Merci de regarder cela avec votre directeur de mémoire ».

6.LES RESULTATS.

6.1. Présentation générale.

Après concertation avec mon directeur de mémoire, il m'a semblé raisonnable de recueillir entre 8 et 10 entretiens approfondis. En ce qui concerne les questionnaires, une trentaine m'a paru acceptable.

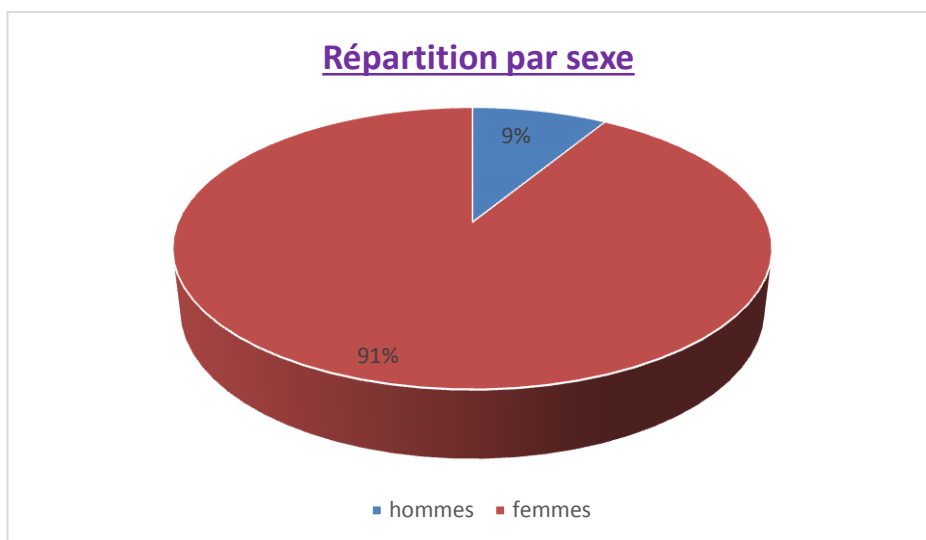
Il fallait donc que je tienne compte du taux de non-retour qu'il m'était difficile d'évaluer. J'ai donc contacté environ 20 cadres de santé et distribué 45 questionnaires auprès des professionnels de santé, infirmiers et aides-soignants.

6.1.1. Résultats des questionnaires soignants.

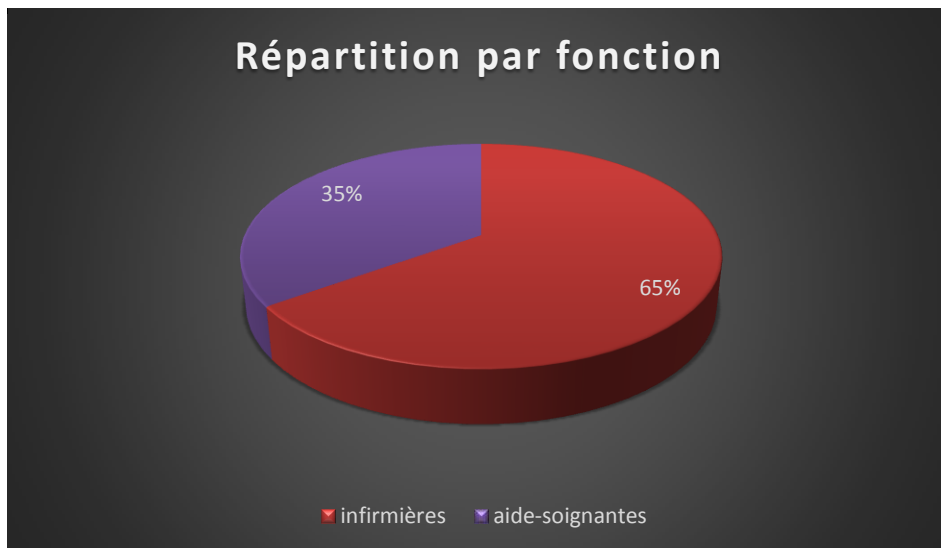
J'ai obtenu 23 questionnaires sur la totalité des questionnaires distribués sur les 30 distribués ce qui correspond à un pourcentage de **76% de taux de retour**.

En ce qui concerne l'échantillon, il est de taille correcte et diversifié car il bénéficie d'une bonne représentativité.

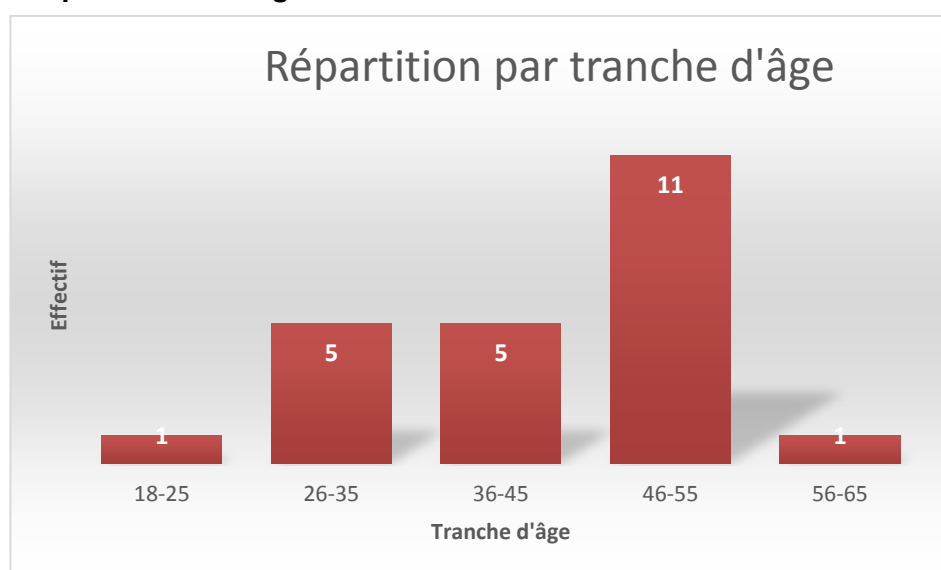
2 hommes contre 21 femmes ce qui correspond à 91% de femmes et 9% d'hommes, ce qui n'est pas étonnant compte tenu que l'une des caractéristiques des soignants est d'être essentiellement féminine.



An niveau de la répartition professionnelle, nous avons 35% d'aides-soignantes et 65 % d'infirmières ce qui n'est pas le reflet de la répartition de la population des services auditionnés mais juste le reflet de leur moindre réticence au rapport à l'écrit.

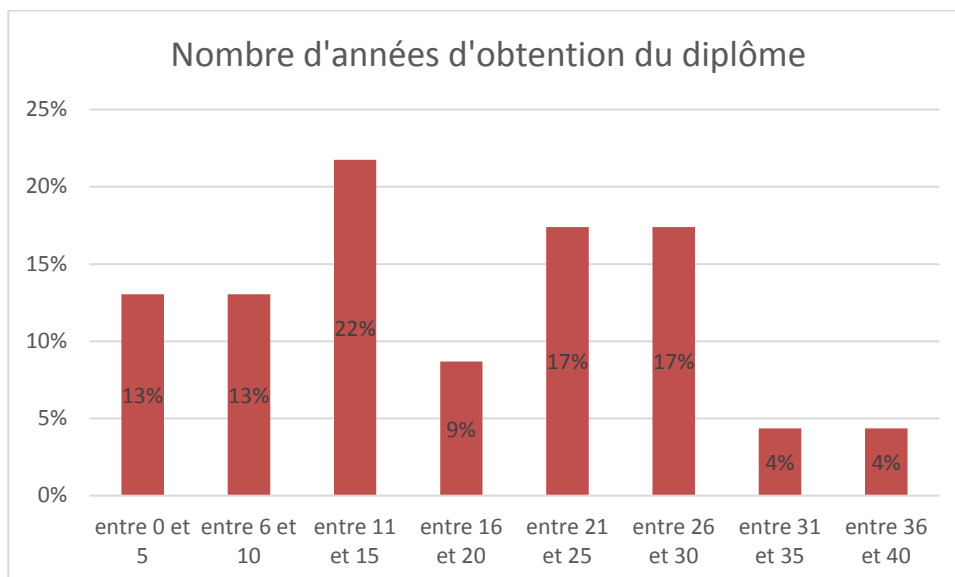


-Répartition par tranche d'âge :



Au niveau du nombre d'année d'obtention du diplôme, la dispersion étant importante, j'ai effectué des catégories suivantes :

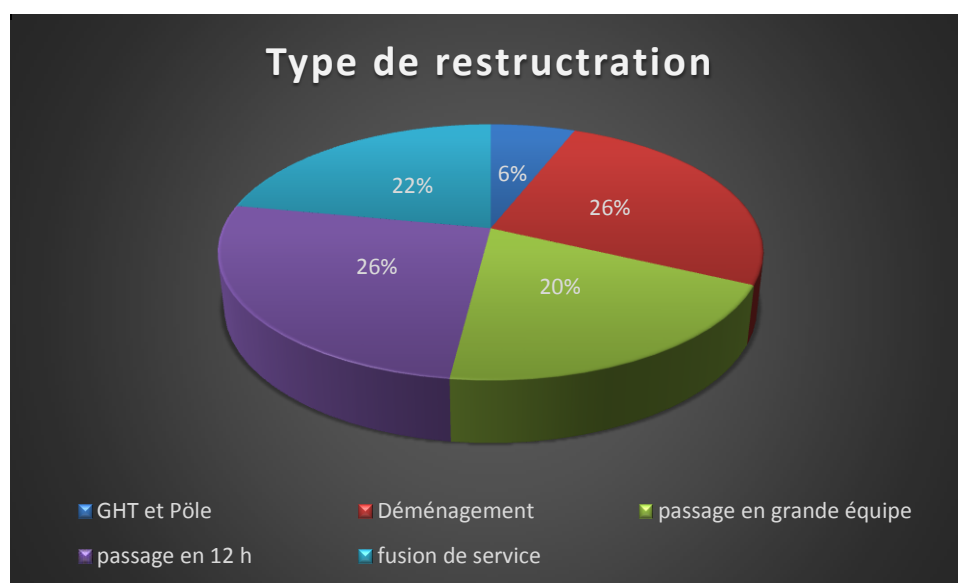
- 3 entre 0 et 5 :13%
- 3 entre 6 et 10 :13%
- 5 entre 11 et 15 :21.7%
- 2 entre 16 et 20 :8.6%
- 4 entre 21 et 25 :17.4%
- 4 entre 26 et 30 :17.4%
- 1 entre 31 et 35 :4%
- 1 entre 36 et 40 :4%



En ce qui concerne le type de changement :

- déménagement :26%
- passage en grande équipe :20%
- passage en 12 heures :26%
- fusion de service :22%

Ces réponses confirment bien que les soignants sondés ont eu à surmonter des changements donc que les cadres ont eu à manager plusieurs types de changements différents Comme le chiffres l'indiquent, les changements mentionnés sont des changements de structures et des modifications des horaires de travail En majeure partie des passages en douze heures ou des horaires mixés comme 12 h et 7h45 ce qui impacte le nombre de jours de repos et notamment la diminution des jours de RTT.



En ce qui concerne l'impact de ces changements sur les organisations de travail ainsi que sur la vie privée, la répartition est la suivante :

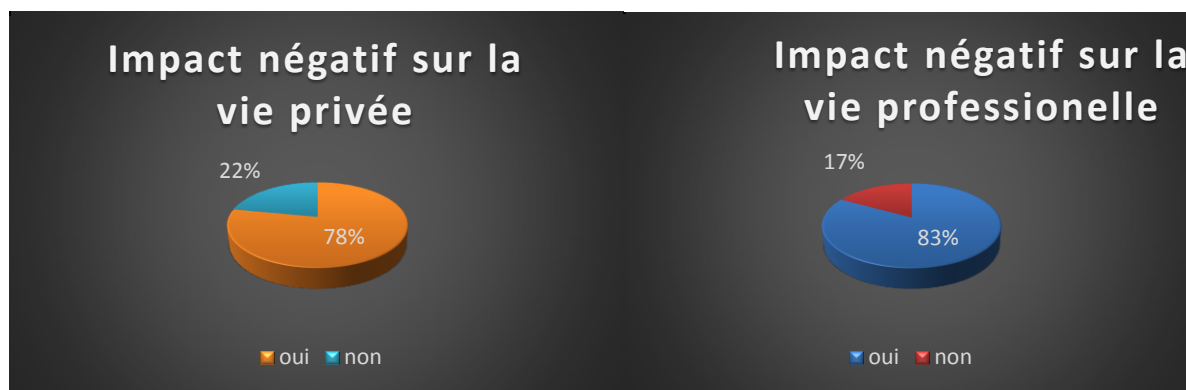
-78% des soignants indiquent que **ces changements ont impacté leur vie privée** ce qui est énorme et de même, **83%** indiquent que le changement a eu des répercussions sur leur **vie professionnelle**.

Ces résultats confirment la pertinence de se pencher sur cette problématique du changement de par les taux importants d'impacts évoqués.

C'est une vraie problématique de management car ces impacts vécus comme négatifs ont une répercussion sur la qualité de vie au travail et sur l'atteinte des objectifs institutionnels.

En ce qui concerne **l'impact sur la vie privée**, les réponses les plus communément citées sont :

L'obligation de réorganiser sa vie familiale avec parfois obligation de passer en horaires de nuit, une plus grande fatigabilité, avec une récupération plus difficile et l'arrêt des activités annexes et des loisirs ce qui est dommage lorsqu'on a conscience de leur importance dans l'équilibre global des individus.



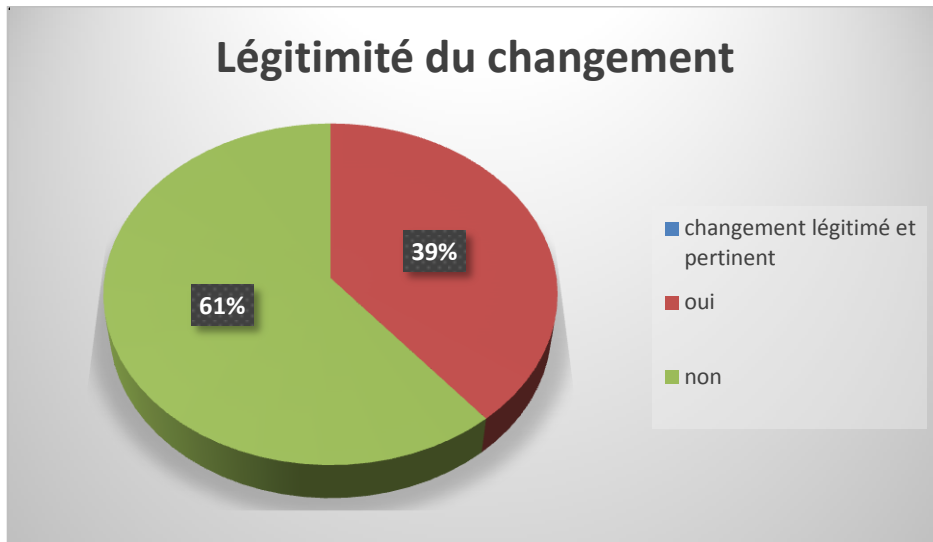
En ce qui concerne l'impact sur la dynamique professionnelle, les commentaires les plus exprimés sont les suivants :

- une charge de travail plus dense sur 12 h
- suppressions de postes
- prise en charge du patient moins efficace par diminution du temps de chevauchement
- irritabilité, perte de repères, emplois du temps plus aléatoires sur le matin ou l'après -midi
- stress, tensions dans les équipes et inter-équipes, négociations de réorganisation des tâches
- moins de possibilité d'accès à la formation
- devoir s'adapter à de nouvelles disciplines
- acquérir rapidement de nouveaux outils informatiques

Une enquête est réalisée sur l'hôpital de Gonesse pour évaluer les impacts du passage en 12 heures. Le questionnaire a été élaboré récemment par un groupe de travail composé de cadres de différents pôles. Les résultats ne sont pas en ma possession mais il fait suite à des plaintes de la part des soignants mais également des cadres.

En ce qui concerne la légitimité du changement

61% des soignants estiment ce changement non légitimé contre 39% qui pensent le contraire.

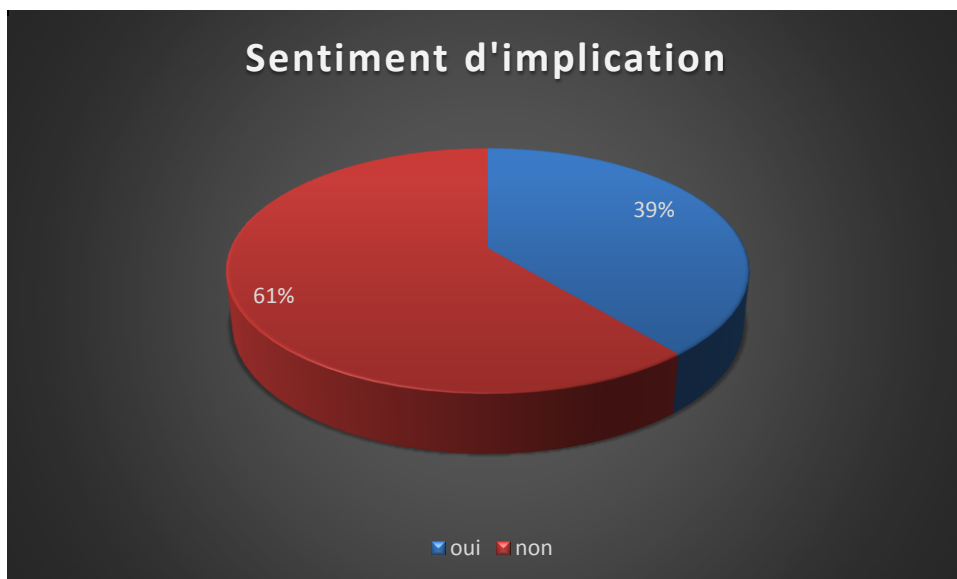


Ces chiffres sont à croiser avec le niveau d'information donnée ou (comprise). La réponse à cette variable peut être obtenue grâce à la question 8, à savoir si l'information a été régulièrement donnée. Car l'une des manières simple et efficace de légitimer un changement est de communiquer autour de ses enjeux, ses objectifs, sa mise en œuvre et son degré d'avancement, comme nous l'avons largement abordé dans le cadre conceptuel dans le chapitre consacré à la communication.

Parfois, par manque de connaissance, les soignants ne perçoivent qu'un aspect du projet, souvent la contrainte parce que ses bénéficiaires ne sont pas suffisamment exposés ou au contraire sont surexprimés, occultant les aspects contraignants.

***En ce qui concerne le sentiment d'avoir été impliqués et de s'être senti intégrés dans le processus de décision relatif au changement :**

39,9% estiment avoir été impliqués contre 60,1 qui estiment le contraire.



*En ce qui concerne ceux qui se sont sentis impliqués,

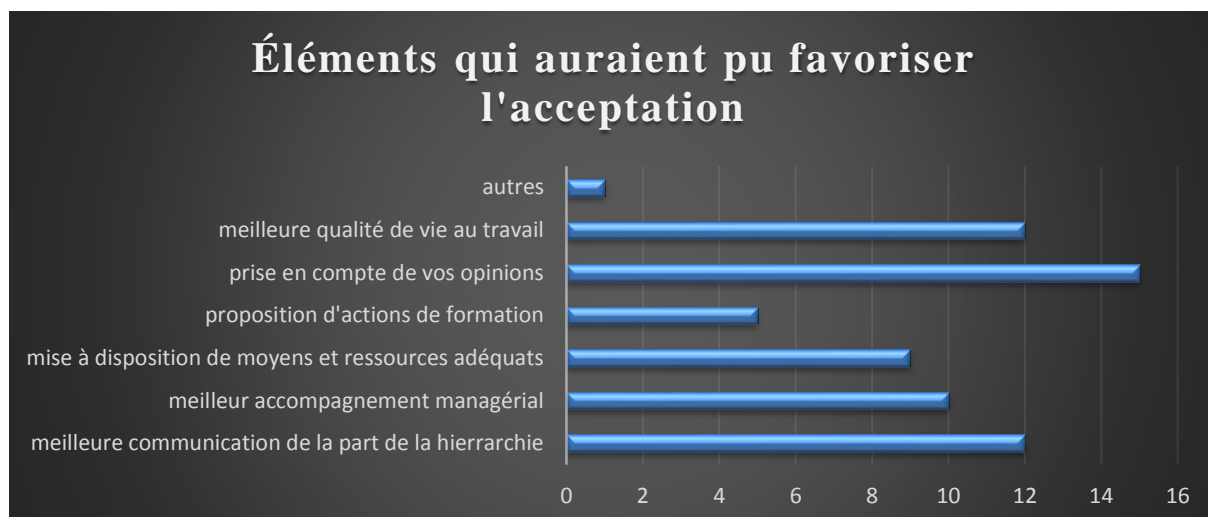
-39%, grâce à des temps d'information régulière

-30%, grâce à des propositions d'actions de formations et de remises à niveau

***en ce qui concerne ce qu'ils estiment leur avoir fait défaut dans cette conduite d'accompagnement et qui aurait probablement pu modifier leurs perceptions du**

changement :

2



6.1.2. Résultats des entretiens cadres.

C'est une étape fondamentale qui me permet, de manière rigoureuse et méthodique de repérer les indices qui me permettront de vérifier mon hypothèse ou ma problématique de départ.

Mon mémoire est une initiation à la recherche et je me considère comme un apprenti scientifique qui conduit une étude précise, rigoureuse et méthodique. Avec le nombre d'entretiens et de questionnaires se posait la question de la fiabilité de la validité scientifique. Après concertation avec mon directeur de mémoire, il m'a semblé raisonnable de recueillir entre 8 et 10 entretiens approfondis. En ce qui concerne les questionnaires, une trentaine m'a paru acceptable.

Il fallait donc que je tienne compte du taux de non-retour qu'il m'était difficile d'évaluer. J'ai donc contacté environ 20 cadres de santé et distribué 45 questionnaires.

Profil des cadres

J'ai pu conduire 9 entretiens

2 sur 9 sont des hommes et donc 7 sont des femmes, ce qui est en lien avec une profession qui est essentiellement féminine.

Les lieux d'exercice sont disparates, d'une part car bien qu'au départ ma cible était essentiellement hospitalière, j'ai accepté de m'entretenir avec une cadre puéricultrice qui, ayant entendu parlé de mon sujet de mémoire, m'a proposée de partager son expérience de la conduite de changement en m'argumentant que les restructurations sont présentes dans toutes les structures

Deux des 9 cadres interrogés sont des cadres supérieurs et 7, des cadres de proximité.

7 des 9 entretiens ont été conduits dans Paris et la région Parisienne et deux, par téléphone auprès de deux cadres de province : la Moselle et Le Lot et Garonne.

3 des 9 cadres interrogés ont eu leur diplôme récemment c'est-à-dire, il y a moins de 5 ans.

L'ANNEXE VII présente 4 des 9 entretiens cadres qui m'ont paru les plus pertinents en termes d'informations.

Perception du changement :

Lorsque j'ai interrogé les cadres concernant leurs perceptions du changement, des réformes et des restructurations, trois axes se dégagent.

- -une vision stratégique, avec des notions de rendement, de stratégie, d'efficacité, excellence, optimisation, rentabilité.
- -Une vision axée sur les contraintes du changement avec des termes cités comme, réorganisation, désorganisation, investissement, remise en cause, chocs des cultures et pertes des repères.
- -Une vision très institutionnelle et pratique avec des termes comme : projet, perspectives utiles, uniformisation des pratiques et la référence à tout ce qui est réglementaire.

Définition d'une annonce impopulaire :

Plusieurs cadres ont précisé que l'annonce pouvait paraître impopulaire pour l'équipe mais pas forcément pour le cadre. Il s'agit en générale d'une annonce imposée, contraignante, qui heurte les sensibilités et qui est vécue comme une injustice par la perte des acquis qu'elle occasionne.

-Les cadres auditionnés ont tous eu à conduire un voire plusieurs changements simultanément (ce qui valide la pertinence de mon questionnaire)

Les restructurations et réformes accompagnées :

	Changement, réformes, restructuration, que vous évoquent ces termes ?
cadre 1	Soutien, accompagnement, réorganisation, travail en équipe, projet de service
cadre 2	Difficultés ressources humaines, réorganisations, équité
cadre 3	Fusion, investissement, cohésion, motivation, écoute
cadre 4	Changements d'habitudes, projets, ruptures
cadre 5	Désorganisation, impacts négatifs sur la vie privée et professionnelle
cadre 6	Perspectives utiles, uniformisation des règles et pratiques, stratégies budgétaires, rendement
cadre 7	Réorganisation, remise en cause, chocs culturels, pertes de repères pour certaines générations
cadre 8	Restructuration, retour au réglementaire
cadre 9	Efficacité, quête d'excellence, conduite, optimisation, rentabilité, changement permanent, regroupement

Les restructurations ont concerné majoritairement des projets de déménagement et de réorganisations architecturales et organisationnelles des locaux ainsi que des fusions et mutualisation de services. En ce qui concerne les réformes, elles ont concerné la réorganisation du temps de travail avec essentiellement le passage en grande équipe et l'instauration des 12 heures.

Le positionnement des cadres vis-à-vis de ces annonces :

Les cadres sont unanimes dans l'importance de l'annonce pour tenter de favoriser l'investissement, l'adhésion pour une implication :4 ont tenté des négociations avec la direction pour gagner en souplesse et en temps Dans tous les cas ; les cadres ont tenté d'adopter une communication adaptée avec pédagogie et transparence. Ils ont misé sur un

discours basé sur l'importance de l'unité et de Etre Ensemble. (C'est le rôle du cadre de proximité à mon sens et ceci implique confiance, respect et cohésion d'équipe bien établie).

Les objectifs annoncés de ces restructurations :

Il s'agit là d'évaluer le niveau de communication et de transparence, sans jugement aucun des de la direction et pourquoi pas de croiser ces données avec la perception positive ou négative du changement.

Les objectifs annoncés, en tout cas aux cadres de santé, semblent être en accord avec les sujets des restructuration et réformes que ces derniers m'ont indiqués lors de la question précédente.

Deux objectifs majeurs ressortent :

-Le première indication du changement étant la remise en conformité de locaux qui ne sont plus adaptés ou plus aux normes et ceci pour 5 cadres sur 9.

-La seconde indication étant animée d'une volonté d'harmonisation des pratiques, la recherche de mutualisation et mise en conformité avec le contexte règlementaire. Et ceci pour 6 cadres sur 9.

Perception du changement par les équipes soignantes :

Le changement a été perçu de manière négative par les équipes, selon 8 des 9 cadres interrogés. Des termes très forts ont été évoqués comme : "crise, affronter la colère des équipes, menaces de départ, vécu comme imposé, période de défiance", ce qui laisse présager de l'ambiance à laquelle ils ont dû faire face. Cela confirme le fait que, comme je l'ai évoqué dans la première partie relative au cadre conceptuel, l'être humain est naturellement résistant au changement qui représente pour lui, une perte de ses acquis, de ses repères.

Raisons évoquées de ces perceptions du changement :

J'ai classé les raisons évoquées de ces perceptions négatives en deux axes :

Premier axe

-Le changement d'habitudes et d'organisation, ce qui fait sortir le soignant de sa zone de confort

-la moyenne d'âge des soignants ainsi que leur longévité dans la structure, l'impact sur la vie privée qui est cité majoritairement lorsque l'on interroge les soignants.

-Le caractère brutal du changement

Second axe

-Le manque de préparation en amont, cité par 3 cadres

-L'absence de concertation et de marge de liberté, cité par 3 cadres

Dans la partie analyse, nous verrons les leviers et moyens d'action qu'a le cadre de santé pour modifier la perception du changement car comme nous l'avons étudié, ce n'est pas tant

le changement en lui-même qui est critiqué mais bien la façon de le conduire, de communiquer autour du projet ainsi que la posture et le positionnement du cadre.

Agir sur ces perceptions du changement agirait sur leur caractère impopulaire.

Les impacts sur les organisations de travail et sur la dynamique des équipes soignantes :

Au niveau des impacts, j'ai regroupé ceux-ci en deux axes :

-Les impacts négatifs

*Pour le personnel

Les cadres auditionnés ont répertorié une répercussion sur la qualité de vie au travail, avec des modifications d'organisation, une baisse d'investissement dans les groupes de travaux, une diminution du sens du travail d'équipe avec une difficulté de travailler en binôme.

*Pour les patients

Les cadres ont recensé un impact sur la qualité des soins causée par une diminution des temps d'échanges entre professionnels (diminution des temps de transmissions inter-équipe) ainsi qu'une diminution du travail en collaboration.

-Les impacts positifs.

Pour le personnel

Le changement l'occasion d'une réflexion sur ses perspectives d'avenir, une réorientation. Se projeter sur l'avenir et l'acquisition de compétence, de même que la polyvalence et une meilleure prise en charge des patients.

La seconde partie de l'entretien me permet, après avoir confirmé l'existence de changements, restructurations et réformes de différents types, d'explorer le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement de ces changements qui, nous l'avons vu, sont même s'ils ont des impacts positifs notoires, sont perçus de façon négative, ce qui est un frein à leur conduite donc un frein à l'atteinte des objectifs institutionnels.

Le rôle du cadre dans la légitimation du changement et l'accompagnement des équipes dans ce processus.

L'ensemble des cadres sont d'accord qu'il faut légitimer l'annonce, c'est-à-dire lui donner du sens.

Les arguments les plus cités sont :

- -Tout d'abord, les cadres ont pour légitimer ces changements imposés évoqué des arguments qui donnent du sens au travail de chacun et qui rassemblent autour de valeurs communes : se recentrer sur les besoins du patient, les missions du services publics qui nous animent et qui sont ce pour quoi nous avons été mandatés. Ils ont également cité l'équité, valeur qui fait écho dans nos pratiques quotidiennes de soignants.
- -Ensuite, ils ont cité la transparence par rapport aux enjeux des changements, à savoir, l'environnement concurrentiel du contexte actuel de la santé et l'obligation de se plier aux injonctions pour pérenniser la structure, sauver des emplois et donc survivre.

Au niveau de leurs rôles, j'ai pu les regrouper les rôles en quatre segments majeurs

- -Un rôle de fédérateur
- Les arguments cités sont la volonté de faire adhérer et d'impliquer(3 cadres), de favoriser la mixité lors des fusions(2 cadres sur trois fusions),la volonté de s'unir, d'anticiper de de faire remonter les failles relatives au changement(l'un des cadres leur a bien expliqué pour les rassurer que le système était perfectible).Ce côté fédérateur du cadre qui implique est retrouvé dans la gestion du changement par approche projet et du management de type participatif, avec la notion de cohésion d'équipe et de perspective d'avenir. Deux d'entre eux ont insisté sur le fait que le changement, même s'il contraignait de prime abord, permettait de gagner en qualité
- -un rôle axé sur la communication
- Les cadres interrogés ont manifesté l'importance d'une communication adaptée, orientée sur l'écoute (pour 4 cadres), la favorisation des échanges formels ou informels, l'annonce précoce (3 cadres), ainsi que des qualités comme la maîtrise de la pédagogie et de posture sereine lors des entretiens. N'oublions pas, comme je l'ai signalé dans le chapitre relatif à la communication que le non verbal est autant important que les termes utilisés.
- -Un rôle axé sur un positionnement humaniste
Les cadres interrogés ont évoqué l'humanisme, la présence, la transparence, quels que soient les directives, la réponse aux inquiétudes. Certains, ont même tenu à indiquer aux agents qu'eux-mêmes, n'avaient pas le choix et qu'ils étaient tenus dans un engagement de
- -un rôle axé sur l'importance des ressources que constituent les soignants
- Certains ont évoqué le fait qu'ils ont fait appel au bon sens des soignants et à leur bonne intelligence

La perception du cadre face à son propre style de management face à cette thématique.

8 cadres sur les 9 interrogés se sont définis comme ayant un type de management à dominante participative. Ils ont parlé de dominantes car malgré la large autonomie qu'ils accordent même au sein des contraintes, ils ont fait part du fait que dans la conduite de changement, être participatif peut représenter un frein, une entrave à la bonne réalisation du projet et que face à des négociations impossibles, ils se devaient d'être dans une posture directive, donc d'imposer les directives.

Comme le souligne les propos de la dernière cadre interrogée :” **Si on n'est que dans le participatif, on n'est pas dans une posture cadre :il faut savoir être directif : c'est le côté schizophrène du cadre**”.

Les leviers et ressources sur lesquels les cadres ont pu compter dans cet accompagnement au changement.

Là encore, trois axes ressortent :

- -D'une part les ressources humaines ont pu constituer une aide précieuse dans l'accompagnement du changement. Il s'agit de l'équipe soignante et de la confiance qu'elle a accordée au cadre, une confiance mutuelle qui a été citée par 3 cadres sur 9. Cette confiance s'est manifestée également par la nomination d'infirmières référentes qui ont contribué à la bonne avancée du projet (pour 2 cadres) Puis ceux-ci ont évoqué l'importance du collectif cadre, le soutien de la hiérarchie et de la direction (2 cadres)
- -Le positionnement du cadre par rapport au projet :
L'adhésion du cadre par rapport au projet ce qui a un impact sur les arguments positifs comme l'intérêt pour l'équipe, la nécessité d'adapter l'offre à la demande, l'importance de se positionner et de trouver des solutions plutôt que se voir tout imposé.
- -Les nouvelles technologies

Elles sont, comme des locaux attractifs et neufs, des ressources qui favorisent l'adhésion au changement.

Les freins qui ont entravé la conduite de changement et les moyens éventuels de les contourner.

Je les ai regroupés en trois items :

- -les facteurs humains :
Une équipe soudée est comme nous l'avons vu précédemment une ressource formidable dans la conduite d'un projet de changement mais elle peut également représenter un frein puissant si de manière collective, elle fait bloc ensemble.
De même, le choix de vie de certains agents qui choisissent de privilégier, ce qui est leur droit, l'équilibre de leur vie familiale et qui ne veulent pas mettre celle-ci en difficulté peut désinciter à des engagements
La résistance des équipes médicales a été citée par deux cadres.
- -les facteurs liés au cadre
Une cadre inexpérimentée, lors de sa prise de poste, l'absence d'un collectif cadre solide ou la non adéquation entre les objectifs du projet et les valeurs du cadre ont été cités comme frein.
- -les facteurs institutionnels.
L'insuffisance des moyens alloués pour mener à bien le changement, le manque de transparence de la direction ainsi que l'instabilité des équipes de direction ont été cités.

Les éléments à disposition mis en place pour favoriser l'adhésion au processus de changement.

Cette question a eu peu de succès auprès des cadres auditionnés. Les éléments recensés sont essentiellement les groupes de paroles, les audits mis en place, le collectif cadre, ainsi que la présence d'experts qui ont aidé dans l'élaboration des plannings complexes.

La place des professionnels de terrain dans les processus de décisions engageant le changement.

6 cadres sur 9 s'accordent sur le fait que les professionnels de terrain sont les premiers concernés par le changement car ils en sont les acteurs. Ils contribuent à le mettre en œuvre. Ils rajoutent que les faire participer favorise l'appropriation et l'adhésion au projet.

Pour 4 d'entre eux, les professionnels ne sont toutefois pas suffisamment concertés. Ils dénoncent une absence de dialogue et de valorisation.

Pour l'un d'entre eux, il faut favoriser l'adaptation de la conduite du changement aux attentes des acteurs du changements, selon le type de projet bien entendu. (Confer Hubert Landier dans le cadre conceptuel : 'Le changement ne peut être conduit contre ceux qui le mettent en œuvre'.

La cadre supérieure interrogée lors du dernier entretien est plus pessimiste et estime que de moins en moins de marge de manœuvre et d'autonomie est accordée aux professionnels de terrain qui voit son champ progressivement réduit ce qui diminue son investissement.

Avec du recul, mesures correctrices à apporter à leur conduite de changement

Cette question a pour but d'inscrire le cadre dans une démarche de réflexion critique et d'auto-évaluation de sa conduite de changement. C'est la posture réflexive, la prise de hauteur et de distance par rapport à ses pratiques, analyser les failles afin de les éviter et utiliser ce qui a bien fonctionné afin de le transposer dans d'autres conduites de changements.

L'une des cadres s'est remise en question. Il s'agit d'une jeune cadre qui expérimente son premier poste avec un gros projet de double restructuration. Le projet a été finalement accepté par les équipes mais avec du recul elle estime que à l'avenir, pour éviter les conflits, elle est prête à réfléchir à moins heurter les sensibilités de chacun car elle estime avoir grandi humainement et compris qu'il est important de respecter les capacités de chacun, de laisser du temps, en somme des paroles de sagesse.

Les autres cadres ont évoqué la possibilité d'une meilleure anticipation avec une plus grande association des dirigeants et de l'équipe médicale.

Ce qu'il manque à l'institution pour potentialiser l'engagement dans le processus de changement

En résumé les réponses apportées témoignent d'une volonté d'une meilleure coopération entre les dirigeants d'une part (avec des dispositifs d'accompagnement des cadres), les cadres, les syndicats et les professionnels de terrain.

6.2. Analyse.

C'est une étape fondamentale qui me permet, de manière rigoureuse et méthodique de repérer les Indices qui me permettront de vérifier mon hypothèse ou ma problématique de départ.

Mon mémoire est une initiation à la recherche et je me considère comme un apprenti scientifique qui conduit une étude précise, rigoureuse et méthodique. Avec le nombre d'entretiens et de questionnaires se posait la question de la fiabilité de la validité scientifique

6.2.1. Analyse questionnaires soignants.

Les chiffres de retour obtenus sont un bon indicateur de l'intérêt des soignants pour le thème abordé.

D'après ces chiffres, nous voyons que les soignants qui ont le plus répondu à ce questionnaire ont entre cinq et onze ans de diplôme. Il s'agit de soignants qui sont confirmés dans leurs pratiques professionnelles, pas des débutants, encore jeunes et en tout cas sensibilisés par rapport au sujet.

Cette catégorie est suivie par des soignants qui ont entre 21 et 30 années d'expérience professionnelle. Cette proportion importante dans cette catégorie de professionnelles qui sont peut-être ancrés dans leurs habitudes et pour qui le changement est un sujet aigu car le plus le nombre d'années au travail est élevé, plus les professionnels sont ancrés dans leur habitudes et plus le changement est sensible. Pour confirmer cette hypothèse, il aurait fallu croiser les données suivantes : nombre d'années passées au travail et impact du changement sur la vie professionnelle et la vie privée. Voir même les variables nombre d'années passées au travail et perception d'un changement légitimé et pertinent.

Les jeunes diplômés c'est à dire entre 0 et 10 années de diplôme sont moins représentés mais attention, il s'agit d'un échantillon de petite taille, donc la pertinence des résultats par rapport à la taille est à relativiser. De plus, il faut également tenir compte de la qualité de l'échantillon. En effet dans certains services (médecine essentiellement), comme ceux qui ont été recensés les jeunes diplômés sont moins représentés que dans certains services

comme la réanimation, les urgences où les autres services réputés en soins techniques dont sont friands les jeunes diplômés.

En ce qui concerne les professionnels qui ont plus de 30 ans de carrière, leur investissement moindre dans le sujet peut se comprendre car, ils sont proches de la retraite et se sentent moins impliqués ou plus résignés, ce qui n'implique que moi, mais malgré tout, ces réponses sont revenues dans les réponses données.

*En ce qui concerne l'impact des changements sur la vie privée et la vie professionnelle, les taux obtenus sont élevés et méritent une vraie réflexion et de réelles actions afin de les limiter ne serait-ce que pour améliorer les RPS.

Il faut à mon sens, croiser ces données avec le nombre d'années passées après ce changement afin d'analyser si avec le temps ceux-ci ont trouvé des moyens pour s'organiser dans leur vie privée en fonction des nouvelles contraintes de leur travail. Donc après réflexion, la variable qu'il me manque est la question suivante : Quand a eu lieu ce changement car je suis persuadée qu'un changement ancien et conduit progressivement est vécu de façon moins négative. De toute façon, ces chiffres montrent que le changement est un réel bouleversement dans la trajectoire des soignants et que sa prise en charge est un enjeu majeur pour l'encadrement, ce qui confirme l'intérêt de se pencher sur la gestion du changement. Il n'y a à priori pas de recette toute faite.

En effet, de nombreuses variables comme le type de changement, l'ancienneté des soignants, le style de conduite du changement, la dynamique de l'équipe entre en jeu dans la gestion du changement et la problématique de sa conduite est donc bien légitime.

Le passage en 12 heures dans certains services réputés difficiles comme la neurologie, service enquêté a un impact sur la charge de travail. En effet, les séquelles (hémiplégie, aphasie, troubles de la déglutition) et handicaps lourds qui entraînent une surveillance et une charge de travail intenses est source de fatigue chez les soignants.

*L'impact sur la vie professionnelle et privée est bien identifié et est problématique.

Comme je l'ai souvent répété, ce n'est pas le travail en lui-même qui est contesté.

Les résultats montrent que le personnel se sent impliqué à presque 40%, mais aurait souhaité l'être davantage et ceci par le biais d'échange et de transparence, d'un meilleur accompagnement managérial d'une meilleure prise en compte de leurs opinions et d'une meilleure qualité de vie au travail.

Ces réponses outre le fait qu'elles confirment l'importance de ces items dont j'ai largement alimenté mon cadre conceptuel, ressortent vraiment de manière criante.

J'ai pu observer lors de mon stage de management à Gonesse des soignants jeunes confrontés à une charge de travail extrêmement importante de par la spécificité du service : la prise en charge de patients atteints d'AVC, ce qui entraîne des handicaps brutaux ainsi qu'une perte d'autonomie, une altération de l'estime de soi et un deuil de ses capacités antérieures. Ce type de prise en charge entraîne pour le personnel de nombreux soins techniques et relationnels autant auprès des patients que des familles. Mais ce qui m'a marqué c'est qu'au-delà de ces contraintes (double restructuration à type de déménagement et de restructuration des horaires, une certaine sérénité un immense professionnalisme et une grande autonomie se dégageait des prises en charges. J'ai pu observer le positionnement de la cadre, sa capacité d'écoute et de rendre chacun acteur et singulier, sa capacité à les valoriser et à les motiver dans l'intégration à de nombreux projets de service en collaboration avec les équipes médicales fortement impliquées, comme la mise en place d'infirmières référentes, d'une infirmière coordinatrice du suivi post AVC en lien avec L'ARS, d'infirmières d'éducation chargées de prospecter les médecins de ville afin de faire connaître et reconnaître leurs activités.

Le personnel a besoin de reconnaissance, c'est une évidence que le cadre ne peut nier dans sa stratégie d'accompagnements pour potentialiser bien être adhésion et indirectement atteindre des objectifs.

6.2.2. Analyse entretien cadres.

Les 9 cadres interrogés ont eu à conduire un ou simultanément plusieurs changements. Il s'agit donc, comme mon enquête exploratoire me l'avait confirmée d'un vrai problème managérial ainsi que d'un réel enjeu pour le cadre de santé en termes de maîtrise de cette conduite afin de permettre non seulement de viser l'atteinte des objectifs institutionnels mais j'irai plus loin, en respectant la satisfaction et la sérénité des professionnels qui sont, les acteurs de ce changement donc la première ressource des institutions.

Malgré les réticences auxquelles j'ai été confrontée, j'ai choisi ce terme d'annonce impopulaire car nous sommes dans une ère de changements permanents, que la société a changé et quelle a ses revendications et pas forcément les mêmes rapports au travail, et que ce terme fait référence à mon constat de départ.

J'ai choisi de poser cette question avec ce terme qui heurte parfois les sensibilités car une annonce imposée n'est pas nécessairement synonyme d'une annonce impopulaire. (Voire les mouvements sociaux et les manifestations et les vagues de défiances et de départ que cette dernière soulève). Il était important pour moi de clarifier ce terme afin d'être sûre que les cadres questionnés et moi étions sur le même registre.

J'ai d'ailleurs choisi mon stage d'encadrement dans une structure dont j'avais eu écho de changements complexes. Parler des groupes de travail pour évaluer l'impact des 12 heures.

En ce qui concerne le positionnement vis-à-vis de l'annonce les cadres sont unanimes pour la communiquer, ce qui conforme mon hypothèse qu'elles favorisent l'implication sans laquelle le projet peut être mal vécu et voué à l'échec.). Pourtant, le cadre stratège est à la croisée de deux logiques qui peuvent parfois être antagonistes : logique des dirigeants et logiques des soignants, d'où les négociations tentées avec la direction.

Au niveau des objectifs annoncés des changements les raisons invoqués par la direction semblent être en accord avec ce que les cadres ont perçu.

Ces réponses me confortent sur une certaine transparence des dirigeants, ce qui est extrêmement important pour les cadres dans la mesure où ces derniers, impliqués dans la conduite de ces projets, doivent en connaître un minimum les objectifs et enjeux.

Je ne peux me prononcer sur le niveau et le degré de transparence dans la mesure où, comme nous le verrons ultérieurement, les cadres et les soignants citent le manque de transparence des dirigeants, ce qui est, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel avec Hubert Landier, un frein à l'acceptation et donc à la fédération.

En ce qui concerne la perception du changement par les équipes, les cadres s'accordent à la juger négative.

Toutefois, une nuance est à prendre en compte car 2 cadres sur 9 affirment que selon le type de génération, à savoir X ou Y, le changement est perçu différemment, la jeune génération (y) étant plus favorable et moins résistante au changement car peut être moins engoncée dans ses pratiques et plus à l'aise avec un monde qui évolue rapidement, ainsi qu'avec les nouvelles technologies qui accompagnent souvent les restructurations.

En ce qui concerne la perception négative du changement, telle qu'elle est évoquée, le cadre peut agir sur le second axe qui concerne la préparation en amont, l'évaluation des besoins des patients et du personnel, l'anticipation en besoin de formation pour mettre en adéquation les compétences actuelles des soignants et les futures compétences requises. Cette

préparation en amont demande anticipation, projection mais également et pourquoi pas association des soignants dans les groupes de travail de préparation car ces derniers, comme nous l'avons vu sont souvent force de propositions, ont une fine évaluation de la faisabilité et des contraintes car ce sont eux qui sont directement concernés par la mise en œuvre. Ils ont une bonne capacité d'anticipation des problèmes car ils connaissent les problématiques liées à leur poste.

En ce qui concerne l'absence de concertation, et de prise en compte des avis des soignants, de larges études (confer le chapitre concernant les hôpitaux magnétiques) ont montré que, l'attractivité d'un service et d'un hôpital était en lien avec le niveau de satisfaction et de reconnaissance des professionnels qui y évoluent. Le personnel a besoin de reconnaissance et l'intégrer dans les processus de décision lui confère une autonomie qui est génératrice d'innovation, d'implication et qui a même un effet sur la diminution de l'absentéisme, du turnover et des risques psychosociaux.

La direction de manière générale et le cadre ont un rôle à jouer dans cette préparation et cette implication qui modifieraient selon moi, la perception qu'ont les individus du changement : diminution du caractère imposé ou impopulaire.

En ce qui concerne, l'âge des agents, et l'impact sur la vie privée, la marge de manœuvre du cadre est probablement moins importante mais toutefois, non négligeable : Le cadre peut négocier avec la direction des aménagements dans certaines situations particulières de vie complexe ou de problème de santé. Il est à mon sens important de ne pas laisser partir des talents et compétences, des piliers du services.

En ce qui concerne les impacts positifs, La polyvalence est à mon sens un facteur de potentialisation de compétences (ainsi qu'un gain d'autonomie donc de satisfaction et de pouvoir), même si elle peut être source de stress au départ si elle n'est pas accompagnée.

Concernant le rôle du cadre qui est au cœur de ma problématique, sur l'importance de la communication soulevée par les cadres auditionnés, je tiens à insister sur sa sérénité cadre, qui est favorisée par sa bonne connaissances du projet ainsi que sur son adhésion à celui-ci. Ce sont des facteurs qui vont influencer son message et la confiance accordée à celui-ci. Donc un message maîtrisé doit avoir été intelligemment préparé (éviter l'improvisation même si tout l'échange ne peut être anticipable du fait du nombre et de la variété des agents dans leur adhésion).

Au sujet de la posture humaniste relevée par l'une des cadres mais sous entendue dans le discours de tous.

Dans cette posture, le cadre le cadre cherche à rassurer le personnel en tentant d'être centré sur lui et ses besoins, ses angoisses et en tentant de rechercher des solutions comme des possibilités de dérogations provisoires, la perspective également de chercher des alternatives comme d'offrir la possibilité de formations pour maîtriser le changement ou encore la recherche ensemble d'un poste plus adapté .Cette aptitude à se centrer sur les besoins de l'autre sont des éléments clé de l'entretien motivationnel que j'ai abordé dans le chapitre dédié à la communication.

Les cadres ont insisté sur l'importance de la ressource que constitue le personnel, C'est un aspect intéressant dans la mesure où il donne une place d'acteur aux soignant ce qui est extrêmement respectueux et valorisant. C'est un aspect j'ai largement développé avec l'auteur Hubert Landier. Ce choix de fiche de lecture était d'ailleurs stratégique par rapport à mon thème de mémoire.

En ce qui concerne les ressources dont les cadres interrogés ont pu bénéficier comme levier d'aide à la conduite du changement, ces derniers ont cité leur équipe et la qualité des liens de confiance tissés entre les deux parties.

Je vous renvoie à mon chapitre sur la confiance dans le paragraphe management participatif. C'est un concept qui est à la base de relation de qualité et d'envie de collaboration et d'engagement à travailler ensemble. La confiance ne se décrète pas mais elle se construit tout au long du côtoiement des équipe elle est un moteur pour faire adhérer au changement, comme nous l'avons abordé dans le chapitre relatif à la confiance dans le management participatif.

En ce qui concerne l'adhésion du cadre au projet, le fait que ce dernier ait du sens pour lui le rend plus facilement acceptable et permet de fédérer autour d'un changement qui a du sens, qui fait écho en chacun et pour lequel il y a moins de freins et de réticences à mettre en œuvre.

Pour finir, la non intégration de l'équipe médicale au projet et au processus de décision a été et comme un frein et comme une piste d'amélioration et d'erreur à éviter dans l'avenir.

En effet, la conduite de changement est un projet qui implique l'intégration et l'adhésion de tous les partenaires. Associer l'équipe médicale au projet, lors des différentes étapes, lors des phases d'annonce ou dans des groupes de travail.

6.2.3. Confrontation des perceptions soignants/cadres.

Cadres et soignant se rejoignent de par leur implication à participer à l'étude sur l'importance de l'accompagnement des différents types de changements.

Tant à travers les questionnaires que les entretiens j'ai pu confirmer le fait que certains changements sont mal vécus de la part des soignants de par les répercussions qu'ils ont sur les organisations de travail et la vie privée des agents.

Les deux parties dénoncent le manque de transparence de la part des dirigeants.

La légitimité du changement est importante pour les cadres qui s'évertuent à annoncer et communiquer autour des projets imposés. Pourtant cette légitimité n'est pas retrouvée du côté des soignants qui restent perplexes quant au bienfondé de certaines restructurations.

Etant donné que 61% des soignants les jugent illégitimes, mon hypothèse est qu'une telle disparité de perception est liée à une communication peut être pas toujours adaptée ou à un manque d'insistance ou de précision sur les enjeux et les avantages du projet.

Les soignants sont attachés à leurs pratiques et l'habitude est un verre opaque qui peut empêcher une vision à long termes ? De plus, étant concentrés sur les soins, ils ne sont pas forcément conscients des enjeux économiques et politiques des décisions.

Pour avoir évoluer dans les services, les contraintes, les procédures des soignants ainsi que les nombreuses réunions des cadres ont pour impact une limitation des temps d'échanges entre les professionnels, ce qui est préjudiciable à la quantité et la qualité des informations.

Communiquer autour du changement nécessite des vrais temps de pause formalisés ce qui est extrêmement compliqué à organiser compte tenu des tensions, de l'absentéisme, de la réduction des temps de croisement entre professionnels présents.

De même, malgré l'importance accordée à l'implication et l'adhésion dans les processus de changement évoqués par les cadres, force est de constater que plus de 60% des soignants ne se sentent pas impliqués donc pas reconnus comme ressources. Or, c'est leur souhait et c'est l'un des moyens d'obtenir satisfaction au travail et modification de la perception de subir des changements.

6.3. Limites et pistes d'amélioration.

6.3.1. Les limites

Les limites ont essentiellement résidé dans le temps imparti, en effet une année nous a été accordée, mais compte tenu de la multitude de devoirs à rendre en parallèle, et malgré une gestion du temps appropriée, plus de temps pour effectuer cette recherche ne m'aurait pas fait défaut.

6.3.2. Les pistes d'amélioration.

-ces recherches ont été effectuées sur des changements relativement récents.

Afin d'évaluer les impacts de ceux-ci sur la qualité de vie au travail, il aurait été pertinent d'organiser des audits, un temps délimité après leur mise en œuvre afin d'obtenir des données concrètes et exploitables sur l'impact réel et pas sur du uniquement sur du ressenti. Certains, ce qui aurait conféré un caractère plus scientifique et objectivable à l'études

A la suite de ces audits des groupes de travail sur comment apporter des réponses adaptées pour pallier aux problèmes recensés.

A l'hôpital de Gonesse, suite à une grosse fuite du personnel suite à une double restructuration, des audits ont été initiés pour évaluer l'impact de la mise en place des 12 heures sur :

- -La qualité et la continuité des soins
- -La qualité de la prise en charge des familles
- -la qualité des transmissions et de l'information en général
- -La qualité des relations inter professionnelles
- -L'évolution de la fréquence des conflits dans l'équipe
- -l'évolution de l'absentéisme
- -l'évolution des conflits avec les patients et les familles
- -l'évolution des accidents au travail
- -la qualité de la vie au travail
- -Le nombres d'heures supplémentaires effectuées

Des indicateurs bien choisis peuvent en comparaison avec ces mêmes indicateurs recueillis avant le changement peuvent être pertinents et donner des informations.

Dans ma démarche, il aurait été intéressant d'avoir des données d'indicateurs de ressources humaines comme :

-le taux d'absentéisme du personnel.

Il se définit par des absences répétées. Cet indicateur peut témoigner d'une certaine forme de souffrance au travail ou de difficultés relationnelles ou d'adaptabilité particulières. Pour bien interpréter ces données il faut une bonne connaissance du personnel, savoir identifier les causes de ces absences et les traiter, ce qui est du ressort du cadre de proximité.

-Le taux de rotation du personnel

Il est important à comparer car il peut être la traduction d'une souffrance au travail, de mauvaises relations au travail, de désorganisations, de perte de compétences ou d'expérience. Cela a un impact sur la continuité et la qualité des soins car recruter demande du temps de l'investissement. Un taux important de rotation doit amener à s'interroger sur l'attractivité de l'établissement ou du service, sur le management des équipes (un

management trop directif favorise la fuite du personnel) alors que comme nous l'avons vu dans les hôpitaux magnétiques, ce n'est pas le cas pour un management de style participatif

De même des études de type benchmarking pour évaluer comment les conduites ont été menées ailleurs peuvent être des informations utiles : attention cependant tous les changements ne sont pas transposables car chaque structure est unique avec ses spécificités, son offre à adapter en fonction de ses bassins de population.

-La gestion des risques pour le personnel.

Cet indicateur recense le nombre d'accidents au travail, le nombre d'arrêts liés aux accidents avec expositions au sang. Une croissance anormale doit être analysée (condition de travail dégradées ? burn out, RPS, présentéisme ?).

Avec du recul j'aurais probablement axé mon entretien cadre sur des données centrées sur des indicateurs de ce type avec des données concernant l'évolution des événements indésirables, voire des événements indésirables graves avec pourquoi pas des CREX (communication retour d'expérience).

CONCLUSION.

Les résultats des enquêtes et entretiens convergent dans le sens où la conduite de changement est une réelle préoccupation aussi bien pour les cadres que pour les soignants. Une différence de perception concernant l'accompagnement ressort.

Pour les cadres, il est fondamental de communiquer, d'impliquer afin d'assurer motivation et fédération qui sont de véritable levier d'accompagnement au changement.

Pourtant, en ce qui concerne les soignants, l'accompagnement est vécu de façon moins positive dans la mesure où ils estiment ne pas être suffisamment impliqués et intégrés dans les processus de changement.

En les questionnant de manière frontale, hors questionnaire, il apparaît que cette absence de communication et d'intégration n'est pas en lien avec le type de management mis en place mais ce qui est dénoncé est l'absence de la direction et les échecs des tentatives de négocier avec cette dernière, ce qui génère un sentiment d'impuissance, de frustration et d'utilisation à des fins stratégiques sans tenir compte de l'aspect humain.

Cette étude, grâce aux résultats apportés, me permet d'affirmer mon hypothèse de départ, à savoir que le rôle du cadre de santé est primordial dans la conduite de changement en général mais plus encore dans l'accompagnement des annonces impopulaires en particulier.

Les institutions hospitalières sont, comme nous l'avons vu confrontées à des changements et ceci de manière récurrente et désormais, le changement fait partie de leur quotidien qu'elles doivent être en mesure d'affronter si elles veulent continuer de subsister.

Face à ces changements, l'une des réponses qui peut lui permettre d'asseoir sa stratégie réside en le choix de personnel d'encadrement adapté et notamment celui des futurs cadres de santé. En effet, devant les nombreuses réformes du système de santé et leurs enjeux, manager le changement va devenir l'une des fonctions essentielles du cadre de demain. Nous avons vu dans le cadre conceptuel l'importance pour le cadre de tenir compte de l'intégralité des acteurs et maîtriser les jeux de pouvoirs s'exprimant au travers des relations et ceci a bien été confirmé lors des enquêtes et entretiens menés sur le terrain.

L'équilibre des pouvoirs implique de laisser à chacun la possibilité d'exercer, à un moment

donné, un pouvoir, c'est à dire une capacité à agir sur le système dans lequel il vit. Ce mode d'exercice du pouvoir est exercé comme une sécurité donnée aux collaborateurs et une aide pour progresser.

A travers le concept d'hôpitaux magnétiques, il est fondamental de se questionner sur les couts engendrés par l'insatisfaction au travail. Une réflexion doit être menée sur les coûts liés à l'absentéisme et aux risques psychosociaux ainsi que ceux liés des arrêts de travail du turn over recrutement de formation, de remplacements par du personnel intérimaires avec toute l'insécurité au travail que cela engendre.

Le contexte financier hospitalier ne permet plus de faire l'impasse sur une conduite managériale qui engendre de tels impacts économiques.

Une approche plus humaine, moins rapide avec plus de souplesse et de marge de négociation car les rapports de l'homme au travail et à la hiérarchie ont changé du fait de l'évolution sociales.

Toute la difficulté du rôle du cadre est où il doit serrer les vis pour respecter les injonctions et où il doit faire preuve de souplesse.

Associer l'équipe médicale aux projets est un formidable levier car ils sont sensibles à impliquer le personnel dans les projets car elle craint elle aussi les turnovers, les démotivations et les fermetures de lits. Les médecins ont un poids évident sur la direction. L'ère n'est plus à la suprématie médicale mais à la collaboration. La réussite de projets dépend de l'investissement des différents acteurs mais un projet porté en collaboration avec l'équipe médicale a plus de chance de crédibilité et d'aboutir.

On prône le patient acteur alors que le système laisse parfois peu de marge d'autonomie à ses propres collaborateurs. Serions-nous en voie de devenir de simples exécutants avec la multiplication des normes protocoles et procédures

La formation initiale avec le référentiel 2009 avec sa philosophie d'acteur, autonome, avec la pratique réflexive favorise cet engouement pour l'innovation, l'évolution, l'adaptation au changement et la formation de professionnels responsables.

Les technologies ont évolué et l'inscription dans le parcours de soin nécessite une vraie pluridisciplinarité, de vrais échanges une réelle connaissance des besoins et des contraintes de chaque acteur.

Avec la réduction du temps de travail, les ressources humaines se sont raréfiée et il est important de les préserver.

J'espère que cette contribution permettra à la future cadre que je suis en passe de devenir et à d'autres, de faire des choix professionnels éclairés mais aussi de les aider à aborder des situations nouvelles. En effet, l'univers hospitalier est par essence un milieu riche en évènements et en situations complexes. Les professionnels, cadres ou non, apprennent à les gérer au quotidien et se créent ainsi de nouvelles compétences. Qu'ils soient donc persuadés de posséder cette richesse afin de s'appuyer sur elle pour réussir les changements actuels et à venir.

Pour conclure, une phrase de Michel Crozier, auteur incontournable dans le sujet :
« Les membres d'une organisation ne sont pas en effet rattachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer s'ils sont capables de trouver les intérêts dans les jeux qu'on leur propose²⁴ »

²⁴ Crozier M, Friedberg E, L'acteur et le système, Paris Seuil 1977, page 386.



BIBLIOGRAPHIE

- Conduite du changement : concepts clés, Autistiser, seconde édition, DUNOD.
- Initiation à la démarche de recherche, mémoire de fin d'étude.M.Poisson et L ; Jovic.
- L'acteur et le système, Michel Crozier et Erhard Friedberg.
- Indicateurs à la disposition des chefs de pôle, laboratoires Janssen
- Les 100 règles d'or du management, édition Marabout.
- La maîtrise de la fonction care de santé à l'hôpital, les guides de l'AP-HP.
- L'entretien motivationnel, William R Miller et Stephen Rollnick, seconde édition, interédition.
- L'essentiel du management, objectif soins, Françoise rosenblatt.
- les organisations de santé, 'la grande transformation hospitalière' 'Master management et santé.
- pilotage d'une équipe de professionnels : institut de formation des cadres de santé, année 2009, Marie hélène Lefèvre et Dominique Tiquet.
- "Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se soigner", Y. Brunelle, issu de la revue : Pratiques et Organisation des Soins volume 40 numéro 1/janvier-mars 2009.
- L'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets", *humaniste et entreprise*, N° 296-Février 2010ANTIER Hubert, Malmanagement:
- Revue soins cadres numéro 97 : manager une annonce impopulaire.
- changement de poste, changement de fonction, le cadre de santé à l'épreuve de la mobilité.

COURS SUIVIS A L'ESM ET DANS LE CADRE DU MASTER.

- Analyse et développement des pratiques d'encadrement : la résistance au changement, Virginie Lebastard, février 2017.
- Conduite de projet, décembre 2016, Anthony Tuytten.
- Développement du leadership, mars 2017, Virginie Lebastard.
- Cours de Anne Olivier : l'analyse du contenu, janvier 2017.
- L'analyse stratégique, Anne Olivier, mai 2017.
- Les organisations de santé, Master management, jean Paul Dumond.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : la réforme de monsieur Martin HIRSH.

ANNEXE II : le questionnaire exploratoire.

ANNEXE III : les différentes phases de deuil lors du changement.

ANNEXE IV : les fondamentaux de l'entretien motivationnel.

ANNEXE V : le questionnaire destiné aux soignants.

ANNEXE VI : l'entretien à visée des cadres de santé.

ANNEXE VII : 4 entretiens cadres.

ANNEXE VIII : Abstract français /anglais.

ANNEXE I

LA REFORME MARTIN HIRSCH.

Martin Hirsch a gagné son pari. Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est parvenu à convaincre un syndicat, la CFDT, [d'accepter une réforme des 35 heures](#), et surtout de l'organisation du temps de travail pour les 75.000 agents du premier groupe hospitalier du pays. L'accord trouvé mercredi est minoritaire, la CFDT n'étant que le troisième syndicat sur sept à l'AP-HP, avec 18 % des voix. En théorie, Martin Hirsch n'avait pas besoin des partenaires sociaux pour aller de l'avant. Mais [après cinq grèves et des remontrances gouvernementales](#), il lui fallait afficher le soutien d'une partie des salariés pour garder la confiance de sa tutelle politique. L'affaire semblait mal partie au début de l'année, mais Martin Hirsch peut se féliciter du réformisme du patron de la centrale syndicale, Laurent Berger, qui a fait avancer la négociation.

Lire aussi

La principale avancée de cet accord - suivi de près par l'ensemble des directeurs d'hôpital - réside non dans la durée du travail, mais dans l'organisation des temps : l'AP-HP va mettre en œuvre la « grande journée », comme l'ont déjà fait d'autres hôpitaux, comme Amiens. Aujourd'hui, il y a des équipes du matin, des équipes de l'après-midi, avec une prédilection des agents pour le matin. Résultat, on manque régulièrement de personnel en fin de journée, il faut rappeler en catastrophe des infirmiers qui avaient posé une RTT, bousculer les plannings, faire travailler des précaires ou des intérimaires hors de prix... C'est le chaos, et la fatigue s'accumule. A partir de septembre 2016, les équipes seront alternativement affectées le matin et l'après-midi. Le délai est très court pour cette grande réforme, qui doit également s'accompagner de la mise en place de plannings à long terme, avec des cycles matin-soir qui se répètent au bout de quelques semaines.

Par ailleurs, Martin Hirsch voulait diminuer le nombre de jours de RTT, comme l'ont fait la moitié des hôpitaux de France à ce jour. Cela passe par une baisse du nombre de minutes travaillées chaque jour, précieuses minutes qui se transforment en jours de RTT. Cela suppose aussi de supprimer les jours de congés extra-légaux octroyés par le passé, et baptisés « forfaits jour ». Ainsi, les contrats à 7 h 50 par jour, qui étaient assortis de 24 jours de congés, vont disparaître en septembre 2016. Ils concernent 15 % des agents. L'horaire à 7 h 36, donnant droit à 18 jours de RTT plus 2 « forfait protocole », est maintenu mais amputé des 2 jours extralégaux.

Journée de 7 h 30

L'accord introduit surtout la journée à 7 h 30, qui se traduit par 15 jours de RTT annuelles. Cela permet donc d'enlever 5 jours de congés par rapport au schéma qui domine aujourd'hui, et 9 jours par rapport aux 7 h 50. De nombreux hôpitaux publics ont réformé leur accord 35 heures ou cherchent à le faire pour parvenir à ces 15 jours par an. Tous les nouveaux recrutés suivront l'horaire en 7 h 30, sauf dans certains services qui ne fonctionnent pas 24 heures sur 24 et qui peuvent donc pratiquer des journées plus longues, jusqu'à 10 heures. Les agents déjà en place sont incités à choisir eux aussi la journée à 7 h 30. La direction leur offre 18 heures supplémentaires par an pour tenir compte d'éventuels dépassements liés au changement d'organisation. De plus, les samedis et dimanches, ils pourront faire des jours à 12 heures, ce qui réduit le nombre de week-ends travaillés.

En échange de ces efforts, la direction oublie sur son idée de décaler le temps de repas du temps de travail. Elle offre aux cadres qui passent au forfait 2 journées de « *valorisation professionnelles* ». Elle devrait aussi proposer une nouvelle vague de titularisations la semaine prochaine, dans le cadre de l'accord de déprécarisations signé avec la CFDT.

ANNEXE II

Le questionnaire exploratoire

Remerciements et présentations

Ce questionnaire est un questionnaire exploratoire qui me permettra de valider la pertinence de la problématique de mon sujet de mémoire cadre de santé.

Répondre aux différentes questions ne vous prendra que quelques minutes et je vous remercie de donner les réponses les plus spontanées possibles. Bien entendu, votre anonymat est garanti et, Je vous dévoilerai le sujet ultérieurement.

Le secteur hospitalier a subi de nombreuses réformes successives (loi HPST, mise en place des pôles...Ces dernières ont eu de nombreux impacts en termes de réorganisation des services, mise en place des pôles, réorganisation du temps de travail etc...

Pouvez-vous me dire en quelques lignes ce que vous pensez de ces différentes réformes ?

.....
.....

En ciblant l'une d'elles, quelles ont été les répercussions sur vos organisations de travail ? Ont-elles engendré un changement ' imposé' d'organisation que vous avez eu à mettre en place ?

.....
.....

Comment ont réagi les équipes ? Et pourquoi selon vous ?

.....
.....

Quel a été votre positionnement en tant que cadre face à votre équipe ?

.....
.....

Avez-vous développé des stratégies particulières pour faire face ? Quelles sont les ressources sur lesquelles vous avez pu compter ?

.....
.....

Au final, à distance et après X années, quel est le bilan de ces changements ? Impacts positifs et négatifs pour votre service, le personnel, les patients ?

.....
.....

Observations particulières.....

Merci de votre disponibilité et de votre collaboration.

ANNEXE III

Les différentes phases du deuil lors d'une annonce impopulaire

***Le choc initial :**

"Sur le coup, ça m'a fait un choc » : il s'agit d'un processus de sidération, véritable surdité émotionnelle.

***Le déni :**

"*Ce n'est pas vrai !* » : il s'agit d'une réaction d'incrédulité, un mécanisme de défense, en partie inconscient qui consiste à refouler une réalité insupportable, trop menaçante pour l'équilibre psychique.

***La colère ou la révolte :**

"*Pourquoi moi ?* » : c'est la prise de conscience de la réalité. Il peut y avoir une réaction d'agressivité, un sentiment de culpabilité, d'injustice.

***Le marchandage ou la négociation :**

"*D'accord, je n'ai pas le choix mais...* » : réveille des sentiments contradictoires et se traduit par des tentatives de marchandage vis à vis des contraintes des traitements et des solutions.

***La dépression-réflexion :**

"*Je ne serai plus jamais comme avant !* » : c'est le retour sur soi, l'accommodation, la personne prend conscience de ce qu'elle doit assumer, elle sait que ce ne sera plus jamais comme avant : perte définitive de quelque chose (amertume, ressentiment et tristesse, état méditatif, dépressif).

***L'acceptation ou l'intégration :**

La maladie ou la situation est acceptée ou supportée. La personne assume et intègre la nouvelle dans sa vie quotidienne.

ANNEXE IV

LES GRANDS PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

***le partenariat.**

Ce principe sous-tend que l'EM est une relation de collaboration active entre deux experts et non l'action d'un expert sur un bénéficiaire, les individus étant les experts de leur propre vie car personne ne se connaît mieux qu'elles-mêmes. Cette notion implique l'instauration d'une atmosphère sereine, positive et propice à l'échange, l'écoute, prémisses à toute adhésion à un changement. Bien entendu, l'EM n'étant pas une façon de piéger l'individu, mais un moyen de mobiliser ses propres motivations et capacités à changer.

***le non jugement.**

Le non jugement consiste à accepter l'Autre de façon inconditionnelle. C'est un principe qui reconnaît la valeur et le potentiel de chacun. Ne pas accepter ou reconnaître une personne a un impact sur sa motivation ou sa capacité à changer. au contraire, si celle-ci se sent acceptée, elle devient libre de changer.

***l'empathie**

L'empathie, qui est définie comme un effort conscient et actif pour comprendre le point de vue de l'autre, est un second aspect du non jugement tout comme la valorisation qui consiste à rechercher et à reconnaître les efforts engagés par chacun.

***L'altruisme.**

Il s'agit d'une capacité à promouvoir de façon active le bien-être de l'Autre et de donner priorité à ses besoins. Travailler dans un esprit d'altruisme, c'est tout mettre en œuvre au quotidien pour que la confiance que l'on suscite soit méritée.

7. Ce changement vous a-t-il semblé légitime, pertinent ?

☐ Non:

Pourquoi?.....
.....

☐ Oui : Pour quelle(s) raison(s)?.....

8. Vous êtes-vous senti impliqué dans ce processus de changement, et de quelle manière ?

☐ Non

☐ Oui : Comment ?

☐ J'ai été informé(e) régulièrement de l'état d'avancement

☐ J'ai pu proposer des pistes solutions

☐ On a tenu compte de mes contraintes

☐ Autre(s) : Précisez :

9. Quels sont les éléments qui, selon vous, auraient pu modifier votre perception de ce changement ?

☐ Meilleure communication de la part de la hiérarchie

☐ Meilleur accompagnement managérial

☐ Mise à disposition de moyens et ressources adéquats

☐ Proposition d'actions de formation

☐ Prise en compte de vos opinions

☐ Meilleure qualité de vie au travail

☐ Autre(s) : Précisez :

10. Quel a été le rôle de l'équipe d'encadrement dans votre adhésion et l'accompagnement à ce changement ?

.....
.....
.

Je vous remercie de votre disponibilité et de votre collaboration précieuse.

ANNEXE VI

L'ENTRETIEN CADRE

Questionnaire cadre de santé (trame pour entretien avec des questions ouvertes)

Etudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure de Montsouris à Créteil, j'ai choisi de présenter mon mémoire sur le thème suivant : « **L'accompagnement d'une équipe soignante lors d'un projet de restructuration hospitalière** ».

Répondre à ce questionnaire vous permettra de contribuer à la recherche paramédicale. Soyez assuré(e) de la confidentialité de l'intégralité de cet entretien.

*Age, sexe, service, année d'obtention du diplôme de cadre, date d'intégration du service actuel.

.....
.....

1. Changements, réformes hospitalières, restructurations...Que vous évoquent ces termes ?

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

2. Qu'est-ce qu'une annonce impopulaire ?

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

2. Avez-vous eu à accompagner un projet de restructuration hospitalière imposé donc impopulaire ? Quand et de quel type ? Comment vous y êtes-vous pris ?

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

3. Quel était l'objectif annoncé de cette restructuration ?

.....
.....

4. Comment ce changement a t'il été perçu par les équipes soignantes ? Et pour quelles raisons selon vous ?

.....
.....

5. Quels en ont été les impacts sur les organisations de travail ? Sur la dynamique des équipes soignantes ?

6. Quel a été votre rôle dans l'accompagnement des équipes ? Et comment avez-vous légitimé cette restructuration imposée ?

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

6 bis. Si c'était à refaire, quelles mesures correctrices feriez-vous ?

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

7. Comment définiriez-vous votre style de management face à cette thématique ? (Type, posture, positionnement ?)

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

8. Quels ont été les leviers et ressources sur lesquels vous avez pu compter pour favoriser, l'adhésion, la motivation ainsi que fidélisation au projet ?

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

9. Quels ont été les freins, les facteurs de réticences expliquant d'éventuelles résistances ? Quelles sont les stratégies que vous avez développées pour faire face ?

.....
.....

10. Quels sont les éléments à disposition dans votre service pour favoriser l'adhésion et la fédération au processus de changement ?

.....
.....

11. Quelle est la place du professionnel de terrain dans les processus de décisions engageant le changement ?

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

12. Selon vous, que manque-t-il à l'institution pour potentialiser l'engagement dans le processus de changement ?

.....
.....

Je vous remercie de votre disponibilité et de votre aide précieuse

ANNEXE VII

ENTRETIENS CADRES

ENTRETIEN CADRE 1.

Entretien cadre 2

Q0.

Femme, 44 ans, cadre depuis 2015. a intégré le service en 2015 d'hospitalisation d'oncologie à l'hôpital Beaujon plus l'HDJ et la consultation.

Q1.

Difficultés de RH. Repenser en profondeur le mode de fonctionnement car jusqu'à présent beaucoup de choses établies mais non équitables.

Q2.

Annnonce difficile pour les équipes mais aussi pour le cadre car en tant que nouvelle cadre, difficultés à acquérir la confiance de son équipe. Le cadre revêt l'étiquette de l'institution. Les agents ont du mal à faire la part des choses entre l'institution et le cadre. La position cadre est difficile. Difficultés pour les agents car ont des acquis sur lesquels il est dur de revenir Il y a un impact sur la vie professionnelle et privée. Annonce vécue comme une injustice.

Q3.

Deux projets imposés, même si y ont adhéré par la suite. L'un, imposé par l'institution, projet Martin Hirsh qui a imposé la grande équipe pour tous. Le personnel de la consultation avait des horaires fixes et étaient privilégiés se voient contraint à la rotation. L'autre, imposé par la direction des soins : mutualisation des deux services : mutualisation entre le personnel de l'HDJ et le personnel d'hospitalisation.

Q4.

Pas de secteurs privilégiés. Besoin d'équité. La grande équipe existe sur l'ensemble de l'AP-HP. Différences d'équité entre le personnel d'HDJ et de l'hospitalisation traditionnelle au niveau des plannings : meilleure gestion des plannings. Harmonisation des pratiques et connaissance du travail des autres secteurs. En HDJ, se cantonnaient aux soins techniques et ne savaient plus prendre en charge un patient dans sa globalité. Or, il faut se projeter dans l'avenir. il est dommage de perdre ses compétences qu'il faut conserver.

Q5.

Les IDE se plaignaient j'ai dû affronter la colère des équipes. Certaines finissaient trop tard. Beaucoup ont parlé de partir mais il n'y a pas eu de départ. La cadre a aidé l'une des IDE à passer de nuit.

Q6.

J'ai annoncé seule aux équipes. C'est dur de recevoir et gérer la colère des soignants. De plus, le service a un historique. Contexte 'n'avaient pas de cadre donc de règles depuis 2 ans. Avaient précipité le départ de 2 cadres pour DGI (danger grave et imminent).

Q7.

Leur faire comprendre qu'il faut s'organiser en bonne intelligence, ensemble, sinon imposé. Ont réfléchi en équipe aux roulements par rapport à leurs problématiques. Tout ne s'est pas construit en un jour. Il a fallu du temps. C'était au premier septembre et ont eu jusqu'au premier décembre. A entendu et noté les dérogations. ai parlé de conserver les compétences et qu'elle devait privilégier l'équité et amélioration de la gestion des plannings et du service rendu aux patients. Et anticiper les problèmes d'absentéisme ce qui génère des tensions d'équipe et du burn-out.

Q8.

Il ne faut pas heurter la sensibilité de chacun pour favoriser l'investissement.

Q10.

Ai eu de la chance car équipe soudée' Ai repéré une personne qui pourrait porter le projet avec elle et lui en ai parlé en premier. Il y a des personnes positives qui comprennent les problématiques et les avantages. Ai pu faire des réunions d'informations une fois avec la direction des soins et la cadre du pôle.

Le projet a été finalement accepté car j'étais convaincu de son bienfondé. Le projet était inscrit dans mes valeurs, d'équité et elles ont compris que mon objectif était de les faire évoluer. Ça a aidé.

Q11.

A affronté seule l'équipe. J'ai éprouvé des difficultés dans les premiers mois de mon management. Il a fallu du temps, ce qui est un frein pour que le personnel s'organise dans sa vie personnelle. Il a fallu retravailler les procédures de remise à niveau du personnel.

Il y a également un manque d'information et de communication autour du projet, pendant sa phase de mise en oeuvre.

Q12.

Groupes de paroles pour favoriser la communication. Pour obtenir compréhension et consensus. J'ai pu compter sur ma fermeté, ma personnalité.

Q13.

Les faire participer au processus de la nouvelle organisation, sinon, ne peuvent adhérer. Le personnel est une ressource.

Q14.

L'accompagnement des cadres surtout les nouvelles diplômées, sinon, c'est les mettre en difficulté.

ENTRETIEN CADRE II

Q0.

Femme, 50 ans, Diplômée cadre depuis 2011, cadre depuis 2013 en Moselle en SSR et HDJ rééducation.

Q1.

Changement, fusion, investissement, cohésion, motivation, écoute.

Q2. Annonce qui va chambouler confort et habitudes de travail.

Q3.

Transformation de l'hôpital de Freyming-Mer Le Bach, initialement MCO (plus un pôle gériatrique avec une unité Alzheimer) en SSR avec donc disparition de l'activité MCO.

Fusion avec le centre rééducation fonctionnelle de Forback, SSR plus HDJ plus plateau technique.

En vue de la certification, j'ai dû prendre en charge les équipes de Forbackc sur leur site et tout mettre en conformité en vue de la certification. J'ai récupéré deux équipes en autogestion.

Q4.

Mise aux normes en vue de la certification et disparition de la première structure.

Q5.

Les équipes n'étaient préparées au changement et chaque équipe remettait en question les compétences de l'autre équipe. Avaient leurs habitudes de travail depuis des décennies (moyenne d'âge de l'équipe environ 55 ans avec seulement 3 ou 4 jeunes sur 20 choc des cultures car deux champs d'activité différents. Les équipes SSR se sont retrouvées avec des équipes qui fonctionnaient en mode MCO. La coordination a été progressive mais difficile.

Premier changement pour l'équipe : La présence d'un cadre. Second changement : déménagement et changement des organisations de travail, soumissions à des procédures de standardisation et d'harmonisation, travail avec des équipes jusqu'alors inconnues. Résistance au changement car ne travaillaient pas avec des dossiers de soins dignes de ce nom, ni même de planification.

De plus, ne faisaient plus de MCO mais du SSR avec une modification de la prise en charge des patients. Elles ont dû se former car il y a eu mise en place d'un logiciel qui permettait de coordonner les pratiques avec les plateaux techniques. Elles n'avaient pas envie de changer, par principe.

De plus ce changement a entraîné une modification de leur convention et à ce titre elles se sont senties lésées car pas de revalorisation salariale.

Q6.

Grande phase de déception car pas d'aide pour le déménagement ni aménagement. Démotivation car changement de lieu de travail, avec un cadre moins idyllique. Sont passées par une phase d'acceptation fataliste. A ce jour, sont dans une phase d'acceptation. Il n'y a eu aucun départ.

Q7.

Ecoute, présence sur le terrain, porte ouverte en permanence, beaucoup d'échanges individuels ou en groupes de paroles, un maximum de transparence que l'information soit positive ou négative. Il est important de la donner pour court circuiter les rumeurs.

Pour légitimer l'annonce, je leur ai dit de ne pas tenir compte des ragots mais des annonces officielles. Je leur ai proposé de se reposer sur moi et de me faire part des problèmes relationnelles avec les équipes hôtes. J'ai favorisé la mixité entre les deux équipes avec un représentant au moins de chacune. Mise en place de fiches de travail.

Q8.

Je me laisserais plus emboliser par les problèmes créés par les médecins. J'ai alerté ma direction mais celle-ci n'a pas réagi. Le médecin n'a pas à intervenir sur l'organisation. Cela m'a retardée.

De plus la prochaine fois je demanderai une préparation en amont pour mixer les états d'esprit, faire les gens se connaître. Préparation de l'équipe accueillante.

Q9.

Management participatif car la collaboration est essentielle, c'est ce qui marche le mieux, mais parfois directif par manque de temps.

Q10.

J'ai nommé des référents pour me relayer (dossier, pharmacie, matériel). J'ai pu compter sur le travail en collaboration avec les autres cadres de la structure.

Le personnel a pu bénéficier de formations sur les nouveaux logiciels à leur arrivée dans la nouvelle structure.

Les résultats de la certification ont été en ma faveur, car comme ils étaient très satisfaisants, ils m'ont permis de gagner la confiance des équipes.

J'ai pu compter sur les quelques membres jeunes de l'équipe qui n'ont pas eu peur du changement car jeunes diplômées, elles avaient consciences des mauvaises pratiques.

Un médecin également qui était très axé efficacité, performance, projet, vision à long terme.

Q11.
L'équipe médicale a influencé le personnel paramédical car ils se connaissaient depuis des décennies. Le médecin chef ne souhaitait s'investir dans de nouvelles procédures car était proche de la retraite. Elle remettait en question l'autorité de la nouvelle cadre auprès des soignants. J'ai organisé des réunions avec l'équipe médicale, en dehors des soignants.

Il y a eu de la résistance car le concept de fusion ainsi que l'accueil dans la nouvelle structure n'avaient pas été préparés.

De plus, à leur arrivée, les travaux n'étaient pas terminés donc le personnel a été dispatché en attendant ce qui a été un comble. Il leur faut du temps pour s'approprier leur nouveau

milieu professionnel : ont quitté un manoir pour une structure bétonnée !

Q12.

Dialogue, réunions de service régulièrement pour préparer les équipes. Le délai était court donc ai dû imposer certaines choses 'création d'un dossier de soins. D'autres étaient négociables. J'ai annoncé clairement les objectifs.

Ce qui m'a permis de fidéliser les équipes, c'est la confiance mutuelle qui s'est instaurée, ainsi que le respect. Ma satisfaction, c'est qu'avec le recul, le personnel estime avoir grandi grâce au travail accompli. J'éprouve une grande fierté de les avoir rendus autonomes.

Q13.

J'ai imposé certaines choses, mais pour d'autres, comme leur organisation leur ai laissé de la souplesse 'ai nommé des référents pour les impliquer et les motiver. Je les ai associés dans l'élaboration des nouvelles procédures.

La place du professionnel de terrain est primordiale mais malheureusement, ils n'avaient pas été concertés. La restructuration avait été imposée. J'ai essayé de leur laisser une marge de liberté pour l'autonomie.

Q14.

Il faut donner la parole aux opérationnels, les consulter car ce sont les acteurs les premiers concernés par le changement : pour eux même et pour le patient.

Ils anticipent les conséquences. Il faut plus de clarté et de transparence.

De plus, en tant que cadre, il est difficile de faire accepter un projet auquel on n'adhère pas. Il faut trouver des arguments positifs comme sauver des emplois ou rendre la structure plus pérenne.

ENTRETIEN CADRE III

Q0.

Homme 44 ans, cadre dans un service de médecine interne diplômé en 2010

Q1.

Réorganisation, remises en cause, choc des cultures, perte de repères pour certaines générations.

Q2.

Une annonce qui est contradictoire entre la logique des dirigeants et celles du personnel. Elle entraîne une perception négative de l'objectif. Elle entraîne un changement redouté des habitudes. Elle oblige à se réadapter à de nouvelles organisations. Elle n'est pas attendue. Elle est imposée, subie. Elle ne laisse pas de marge de négociation ni de liberté. Elle heurte les valeurs professionnelles.

Q3.

Oui, une réorganisation des temps de travail consécutive à un déménagement d'hôpital. Passage en douze heures pour tous. Deux horaires imposés. Mutualisation avec les autres services du même pôle.

Q4.

Meilleure service rendu au patient. Moins de plannings chaotiques. Meilleure anticipation des plannings. Équité, moins de recours aux équipes de suppléance. Lissage des soins sur la journée Meilleure cohésion d'équipe par mixité.

Q5.

La réorganisation a été considérée comme imposée à la base par les cadres. Plutôt mal vécue sur le terrain, donc, car elle bouscule les habitudes de travail, en augmente la charge, et ne semble pas pertinente ou justifiée. Aussi parce que, bien qu'étudiée et préparée au mieux en haut lieu, elle ne se fait pas forcément en interaction permanente avec les équipes et les réalités du terrain, et elle se heurte donc à des difficultés d'ordre pratique. Se pose aussi dans les têtes la question du caractère brusque et arbitraire de ces nouvelles mesures. Beaucoup d'absentéisme et de recours à des infirmières intérimaires ce qui n'était pas satisfaisant en termes de qualité et sécurité des soins. Nombreuses vagues de fermetures de lits par manque de personnel pour garantir la qualité des soins. Cela a eu des répercussions sur les prises en charges, la qualité des informations et les relations avec l'équipe médicale.

Q6.

La réorganisation, la redistribution des tâches nous ont naturellement demandé de repenser les bouquets de compétences, en fonction des affinités et des capacités de chacun. Nous avons visé la spécialisation pour plus d'efficacité. Donc oui, des changements, des remises en cause et de l'adaptation

Q7.

De la pédagogie pour justifier le bien-fondé des nouvelles mesures, apporter point par point

une explication face à des exigences d'efficacité et de rentabilité. De l'écoute pour prendre en compte les inquiétudes et y répondre sereinement. Afficher de la mesure et de la patience, expliquer que le système est perfectible, en remontant les remarques et critiques provenant du terrain

Q8.

Faire en sorte que la direction prenne ses responsabilités car impose sans donner les moyens et expose les cadres aux premiers plans. Ne propose pas de solutions mais attends que nous leur soumettions des suggestions alors que ce sont eux qui imposent.

Q9.

Management participatif. C'est ce qui correspond le plus à ma philosophie de cadre accompagnateur du changement et c'est ce qui correspond le plus à l'état d'esprit de mes équipes. Quelques réticences, donc parfois négociation et directivité.

Q10.

Bonne connaissance du projet. Certains jeunes professionnels ont saisi ce changement comme une opportunité pour création de poste de coordination, de référents. L'équipe médicale a été très impliquée car a souffert de l'absentéisme une longue période. Ont proposé des solutions pour motiver le personnel car ont remarqué un turn over important.

Excellent collectif cadre, ce qui est très réconfortant. Beaucoup d'entraide pour mutualiser les ressources et les moyens au sein du pôle.

Du personnel impliqué avec bonne philosophie du service public.

Q11.

Une direction qui manque de transparence nous met en difficulté. Beaucoup de cadres ont été pris à parti.

Q13.

Impliquer le personnel dans la mise en œuvre des nouvelles mesures, stimuler l'esprit critique dans le but d'améliorer. Favoriser le dialogue et la discussion. Ce sont des méthodes habituelles pour permettre de s'approprier le changement et l'accompagner, le faire accepter. Rendre acteur les personnels.

Q14.

De la transparence. Une méconnaissance du terrain. Tous les projets ne sont pas toujours transposables et superposables. Meilleure prise en compte de l'humain qui accepte plus facilement dès lors qu'il se sent considéré et reconnu.

ENTRETIEN CADRE IV

Q0.

Homme cadre supérieur de santé à l'hôpital Henri Mondor à Créteil :APHP, service Urgences.

Q1.

Impopulaire pour le cadre ou impopulaire pour les agents ?

Une annonce imposée n'est pas forcément impopulaire. Attention au choix des termes qui conditionne le reste de l'entretien.

Q2.

Une annonce impopulaire qui va entraîner un changement où vision de l'équipe est différente de vision de l'encadrement. Compliqué si incompatibilité vie privée vie professionnelle.

Q3.

Restructuration des urgences et retour au règlementaire. Passage de 7h50 aux 7h36.

Q4.

Meilleure gestion des plannings. Augmentation des besoins et des exigences des patients, injonction de qualité, lisser les surcharges de travail, répondre aux besoins des usagers...alors que les ressources sont rares et volatiles. S'adapter aux évolutions techniques et sociétales.

Q5.

Soit le personnel adhère et reste, soit, il n'adhère pas et s'en va. 2 ont demandé une disponibilité et 2 une demande de mutation (elles avaient déjà envie de partir mais, ça a été l'élément déclencheur, ça a donc été une opportunité pour elles).

En revanche, il y a eu 9 congés maternité en même temps sur 44.

Pour le premier débriefing, 4 IDE seulement y ont assisté. Les autres n'ont pas jugé utile d'y assister car ont estimé que leur présence ne changerait rien car de toute façon les choses leur étaient imposées.

Il y a eu une période de défiance(refus de participer aux groupes de travail et aux réunions de service).

Q6.

Diminution des jours de RTT. Pas de jour fête des mères. Changement de leurs repos hebdomadaires. Diminution du nombre de jours de repos et diminution du temps de transmission. Changement d'horaires.

Dégradation de la qualité de vie au travail après la phase d'annonce.

Q7.

Les prévenir le plus tôt possible en amont. Même si on ne connaissait pas tous les tenants et aboutissants, il fallait leur donner le peu d'info dont on disposait. Eviter les intox.

Un débriefing après 12 semaines c'est à dire le premier cycle de roulement a été organisé.

Toute la difficulté du rôle du cadre est où il doit serrer les vis pour respecter les injonctions et où il doit faire preuve de souplesse.

Il faut être transparent avec les équipes. Parfois exprimer sa position mais oser dire qu'on n'a pas le choix. Leur faire comprendre qu'on agit ensemble pour en tirer quelque chose de vivable pour tous.

Il faut être à l'écoute, à l'affût.

Q8.

J'ai nommé des référents projets pour recenser les idées et les propositions de chacun.

Q9.

Plutôt participatif.

Q10.

On a préparé des supports papier et des power point pour faire passer l'info. On a fait venir des experts planning qui sont venus proposer des planning adaptés clé en main. Le travail effectué avec eux s'est estimé à plus de 55 heures.

Il faut toujours avoir une "taupe" dans l'équipe, une personne sur laquelle on peut s'appuyer et qui nous donne la température de l'équipe, une personne de confiance qui a une perception positive du travail.

Associer l'équipe médicale aux projets a été un formidable levier et aide car le chef de service très sensible à impliquer les IDE dans les projets car craint les turn over et les démotivations et les fermetures de lits. Les médecins ont un poids évident sur la direction. Ils ont des représentants de poids et ont de bons contacts avec les labos pour le financement des diplômés universitaires. Ils ont du pouvoir face à la direction. Une bonne cohésion d'équipe a un intérêt dans la mise en place de leurs projets. L'ère n'est plus à la suprématie médicale mais à la collaboration. La réussite de projet dépend de l'investissement des différents acteurs mais un projet porté en collaboration avec l'équipe médicale a plus de chance de crédibilité et d'aboutir.

Q11.

Avec les experts, on a essayé d'affecter les agents au plus proche de leur roulement. Au niveau des freins, nous cadres n'avons pas toutes les informations à disposition pour conduire le changement. C'est un frein à la communication et un facteur qui génère suspicion et réticences. Nous avons découvert au fur et à mesure certaines informations.

En ce qui concerne les réticences et démotivation, ma stratégie individuelle de cadre a été de revenir sur la rigidité, qui est invivable pour l'équipe mais aussi pour le cadre j'ai accordé un peu de souplesse au niveau des plannings. J'ai tenu compte de leur préférence du matin ou de l'après-midi en leur faisant bien comprendre que rien n'était acquis. J'ai ouvert les vannes en parcimonie. La modification a été acceptée par la direction de façon verbale mais ils ont refusé de notifier les accords par écrit car pas réglementaire.

Le nouveau référentiel 2009, a une nouvelle philosophie : l'élève acteur, autonome avec la pratique réflexive. La formation initiale favorise cet engouement pour l'innovation, l'évolution, l'adaptation au changement et la formation de professionnels responsables.

Le fait que le cadre doive porter un projet qui va à l'encontre de ses valeurs est un frein

puissant.

Q12.

Il y a eu des dérogations provisoires et exceptionnelles pour des cas particuliers. Elles ne sont pas définitives mais renégociables avec le cadre.

Q13.

On les a associés aux processus des nouveaux planning car ça modifiait leur vie privée. Ils ont pris acte avec possibilité de changer de roulement avec un autre agent volontaire mais on leur a fait comprendre que le changement, une fois acté, était définitif.

Ils sont capables de trouver des astuces auxquels le cadre n'aurait pas pensé. Le cadre est là pour recadrer, recontextualiser. Il faut leur laisser une autonomie et toujours argumenter pourquoi on ne retient pas leurs idées.

Les ressources viennent de l'équipe car ce sont elles qui sont impactées en premier lieu. Elle doit être force de proposition afin que les choses ne soient pas imposées et gagner en souplesse.

Q14.

Pourquoi ne pas associer l'équipe médicale lors de la phase cruciale qu'est l'annonce ? Les associer dans les stratégies d'annonce voire dans les comités du projet.

Une réflexion doit être menée sur les couts liés à l'absentéisme et aux risques psychosociaux. Le cout des arrêts de travail et du turn over avec les couts de recrutement et de formation, de remplacements par du personnel intérimaires avec toute l'insécurité au travail que cela engendre.

Une approche plus humaine, moins rapide avec plus de souplesse et de marge de négociation car les rapports de l'homme au travail et à la hiérarchie ont changé du fait de l'évolution sociales.

ENTRETIEN CADRE V

Q0 :

Femme 43 ans Cadre Supérieure Pôle chirurgie générale 2015

Est issue d'une filière manip radio.

Q1 :

Efficience, conduite de changement, rentabilité, optimisation des coûts et des soins. Regroupement de secteurs d'activité pour avoir l'excellence. Les choses vont de plus en plus vite et on a le sentiment d'être en changement permanent.

Q2 :

Annonce qui va heurter certaines sensibilités, personnelles ou professionnelles. Pas forcément une annonce qu'on attend.

Q3 :

Pas impopulaire pour le cadre mais oui pour l'équipe. Le cadre doit accompagner. Déménagement Le déménagement ok mais tout ce qui ses impacts sont impopulaires. Avec perte d'une partie du personnel d'une unité de chirurgie. Certains sont restés, d'autres sont partis de nuit. On a mis en place des accompagnements personnalisés.

Q4 : Déménagement. En théorie, pas de problème car même lieu voire lieux plus agréables. Nouveaux locaux mais réduction du personnel et changements de planning.

Q5 : Perception ?

Ok pour le déménagement mais celui-ci a eu lieu 4 ans après son annonce donc n'y croyaient plus. Perte de sens.

Q6 : Impacts

Nouveaux locaux, nouvelles technologies (tortues, distributeurs automatiques de vêtements, sonnettes patients reliées à la téléphonie des IDE et du cadre, chaque IDE du service a un téléphone). Tout ce qui impacte la vie privée est source d'angoisse. Aucun téléphone portable ne passe ce qui compromet la communication (l'extérieur est injoignable). Nouvelles normes environnementales.

Les deux changements en même temps c'était trop pour eux. Le passage en 12 heures dur mais la mixité des horaires est une horreur. La moindre demande de changement de jours est complexe pour le cadre et ils ont des réticences à demander.

Les douze heures ont diminué l'implication des équipes. Ils reviennent moins pour les projets et pour les moments conviviaux.

Avec le recul, le personnel qui s'est le mieux adapté est les paramédicaux car le travail avait été préparé en amont.

On a perdu en termes de convivialité par rapport à l'architecture. Aujourd'hui, on peut passer toute une journée sans se voir. De plus, suppression des salles de repos dans les services donc ne peuvent se poser ensemble.

Perte de temps de transmissions inter équipe., moins de partage, perte d'espaces de convivialité.

Q7 : Rôle de l'accompagnement des équipes.

Les agents suivent l'actualité qui est en mouvance. Pour légitimer, il faut s'appuyer sur le patient et ses besoins. Leur expliquer que le changement fait peur mais lorsqu'il est accompagné, c'est pour gagner en qualité. Il faut accepter de changer pour ne pas perdre. La transparence favorise la légitimation.

Mener deux changements en simultané est compliqué et cela entraîne des difficultés pour impliquer les équipes. Parfois même si on connaît les enjeux du changement, certaines décisions heurtent nos valeurs. Surtout les changements de directives.

Il a fallu réfléchir le projet longtemps en amont et préparer les différentes phases. Réfléchir aux différents axes : prise en charge du patient, conformité législative, faisabilité, accompagnement du personnel pour être en conformité avec les objectifs. Evaluer les besoins en personnel, réfléchir aux amplitudes de présence, définition des besoins en ETP. Rencontre avec le personnel pour connaître leur projet professionnel et les accompagner :

-fin de contrat pour les CDD

-orientation vers une autre unité

-pour ceux qui souhaitaient rester, rencontrer les autres professionnels des autres disciplines avec lesquelles il y avait projet de mutualisation. Anticipation 2 ans avant de la mise en place de la polyvalence. Donc à leur arrivée dans les nouveaux locaux, avaient déjà connaissance de leurs futurs collègues et des disciplines et avaient déjà expérimenté les horaires mixtes. Ne restait qu'à s'approprier les locaux.

En tant que cadre supérieure, deux rôles : accompagner les cadres de proximité. Certains cadres acteurs, d'autres freins car résistants. En ce qui concerne les agents, Il faut leur faire voir le vase à moitié plein, car ils ne restent focalisés que sur les pertes donc ne peuvent être positifs.

Il faut constamment recibler sur le patient.

Leur expliquer qu'on n'a pas le choix, directives de l'ARS pour améliorer la prise en charge et ne pas gaspiller l'argent public et pérenniser la structure dans environnement concurrentiel.

Q8 : mesures correctrices.

Il faut anticiper, c compliqué mais évite les déconvenues.

Faire attention à respecter le calendrier. Ou parfois, c'est contradictoire, mais laisser du temps. Parfois il faut imposer une dynamique mais certaines personnes ont besoin de plus de temps. Tout le monde ne peut pas avancer au même rythme.

Q9 : style de management.

Parfois participatif, parfois directif. Directif car dans un projet mené de cet envergure, parfois, on n'a pas le choix sinon on n'avance pas et on ne respecte pas le calendrier imposé. Etre directif peut entraîner ou être un frein. Etre trop participatif, c'est pareil.

Plus dans la délégation avec cadre moteur et plus directive avec cadre frein. Si on n'est que dans le participatif, on n'est pas dans une posture de cadre, il faut savoir être directif, c'est le côté schizophrène du cadre !

Q. leviers et ressources.

J'ai eu la chance d'avoir des équipes qui connaissent leur travail. De plus le déménagement a facilité la restructuration. Notre offre était inadaptée au bassin de population Plus de pathologies chroniques et de précarité. Il faut adapter l'offre à la demande. Le changement fait partie de la vie. Mieux vaut être acteur que subir.

Les nouvelles technologies présentent des avantages et une certaine attractivité. Déménager dans une structure neuve est attractif. Avant, nous n'avions pas de chambres seules et des toilettes dans toutes les chambres.

Q10 : Freins.

Le déménagement a eu lieu 4 ans après son annonce. Lorsqu'on a un objectif, il faut s'y tenir sinon c'est dur pour le personnel de se projeter. C'est une vraie difficulté dans le changement. Crée une zone d'incertitude. Perte de sens donc augmentation des difficultés d'accompagnements et de dynamiser les équipes car effritement de l'envie.

Diminution de la crédibilité et de la confiance. Disparition d'une unité (moins 20 lits), ce qui a généré de l'angoisse face à l'avenir.

Dans l'hôpital, pas de cohérence entre les syndicats et l'encadrement. Les syndicats ont boycotté les équipes contre l'encadrement. Les projets mis en place sont controversés s'il y a des agents syndiqués dans l'équipe.

Les agents ont naturellement peur du changement. Perte de leur zone de confort.

Discours de la direction pas clair dans leur discours.

Plus instabilité de l'équipe de direction : changement tous les deux ans et les nouveaux n'ont pas forcément même vision stratégique.

Le corps médical peut être un frein.

Q11 : éléments à disposition pour favoriser changement.

Q12 : place des professionnels de terrain.

De moins en moins de marge de manœuvre. Son champ est de plus en plus réduit. Souffrent de la réduction des effectifs. Les gens n'ont plus ni temps ni envie de s'investir.

Q13 :

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Conduite du changement

AUTEUR

Ritha COLOGER

MOTS CLÉS

Motivation, l'accompagnement au changement, nurse manager,

KEY WORDS

Motivation, accompagnement to change, participatory style management, le cadre de santé

RÉSUMÉ

Les évolutions technologiques et sociétales ainsi que les nombreuses réformes et l'environnement concurrentiel dans lequel baigne les hôpitaux les conduisent à être en perpétuel changements.

Entre, fusion, regroupements hospitaliers, les soignants sont mis à rude épreuve.

Ce thème émane de mon constat de départ qui est la réforme menée par Monsieur Martin Hirsh, directeur des hôpitaux de l'assistance publique- hôpitaux de Paris qui a instauré la grande équipe.

En tant que future cadre, je serai confrontée à cette question de conduite (ou d'accompagnement au changement) et ma problématique est donc la suivante :

Comment le cadre de santé peut-il, à travers son positionnement, favoriser l'acceptation au changement afin de motiver son équipe à l'atteinte des objectifs institutionnels ?

J'ai donc été à la rencontre des professionnels de santé et mené des entretiens pour les cadres et des questionnaires pour les soignants, l'objectif étant de repérer les leviers favorisant l'adhésion au changement.

Les résultats des enquêtes ont confirmé que le type de management de style participatif est un levier puissant qui, favorise la motivation l'implication et diminue la résistance.

ABSTRACT

Technological and societal developments, as well as the numerous reforms and the competitive environment in which hospitals are located, lead them to be in perpetual change.

In between, fusion, hospital groups, caregivers are put to strain.

This theme emanates from my initial observation, which is the reform carried out by Mr Martin Hirsh, director of the hospitals of Paris Public Hospitals, which set up the great team.

As a future middle manager, I will be confronted with this question of behavior (or of accompaniment to change) and my problem is the following:

How can the healthcare framework, through its positioning, promote acceptance of change in order to motivate its team to achieve institutional objectives?

So I met health professionals and conducted interviews for executives and questionnaires for caregivers, with the aim of identifying the levers that fostered support for change.

The results of the surveys confirmed that the type of participatory style management is a powerful lever that promotes motivation for involvement and decreases resistance to change.