

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

**La résistance au changement : un challenge pour le
cadre de santé.**

Maria Alcina Gonçalves

DCS@15-16

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de recherche, spécialement à toutes les personnes de mon entourage qui mon supporté et accompagné pendant cette année.

Je remercie tout particulièrement mon directeur de mémoire, Madame Miriam Boulanouar, qui a contribué par sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils avisés au cheminement de ma réflexion tout au long de la réalisation de ce travail.

Sommaire

Abréviations.....	3
Introduction.....	4
1 De mon expérience à mes questions	6
1.1. L'origine de ma réflexion	6
1.1.1 Le cheminement.....	7
2 Le cadre conceptuel.....	9
2.1 Le monde de la sante aujourd'hui.....	9
2.2 La résistance au changement : un concept.....	13
2.2.1 Définition de la résistance.....	14
2.2.2 Le modèle de changement de Kurt Lewin	14
2.3 Les facteurs de résistance au changement.....	15
2.3.1 Les cinq facteurs de résistance au changement.....	16
2.3.2 Conduire le changement	19
3. Le cadre de santé : Historique et missions	20
3.1 Ebauche d'une profession.....	20
3.1. 1 Le rôle du cadre de santé : de la formation à la fonction.....	22
3.1.2. Fonction du cadre de santé.....	23
3.1.3. La notion d'équipe	25
3.2 Fonction d'encadrement et management	25
3.2.1. L'information et la communication	27
3.3 Les cadres de santé : les rôles du manager.....	28
3.3.1 Les différents types de management.....	30
3.3.2 Enjeux et rôles du management de la qualité.....	31
Conclusion du cadre conceptuel	32
4. Hypothèses.....	33

5 Enquête de terrain	33
5.1. Méthodologie	34
6. Analyse des entretiens auprès des cadres de santé	35
6.1 Population interrogée	35
6.1.1 Restitution des entretiens	36
6.2 Synthèse de l'analyse : en confrontation aux questions et aux hypothèses	49
Conclusion	52
Bibliographie	54
Annexes	

Abréviations

SAU : Service D'Accueil des Urgences

CHI : Centre hospitalier intercommunal

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat

AS : Aide-soignante

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

T2A : Tarification à l'activité

HAS : Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

Introduction

L'Hôpital a dû s'adapter à de nombreuses évolutions ces dernières décennies. Les organisations hospitalières doivent répondre à des exigences de plus en plus importantes, qui modifient les pratiques professionnelles. Elles sont soumises à des contraintes qui bouleversent l'organisation de l'ensemble des acteurs de santé. Ce changement s'accompagne d'une réorganisation de l'activité et modifie les habitudes des équipes soignantes. Cela n'est pas sans conséquence pour les agents, qui manifestent leurs craintes et présentent des difficultés à s'approprier le projet.

C'est dans cette atmosphère d'interaction de valeurs, d'incertitude grandissante, et de fragilisation environnementale que le cadre de santé, doit instaurer un climat de confiance auprès de l'équipe dont il a la responsabilité. La conduite du changement et l'identité professionnelles, deviennent un élément managérial incontournable pour le cadre de santé.

En introduction à la synthèse de son rapport de septembre 2009, concernant les cadres de santé, Chantal de Singly¹ nous dira en citant les mots de Directeurs d'hôpitaux que les cadres de santé sont « *la clés du changement* ».

Ainsi dans cette perspective, je souhaite comprendre et analyser, comment accompagner une équipe sur ce changement et tendre vers une quête de reconnaissance des valeurs professionnelles.

Ayant exercé la fonction d'infirmière au Groupe Hospitalier Intercommunal le Raincy-Montfermeil (GHI), j'ai eu l'opportunité de travailler dans différents domaines : notamment en médecine cardiaque et pulmonaire, gériatrie, gynécologie, maternité, bloc maternité et pédiatrie.

Mon implication dans les différentes instances de l'hôpital, notamment le CLUD², et le CHSCT³, ainsi que mes capacités de management et d'organisation des soins, m'ont conduit, à prendre un poste de faisant fonction de cadre de santé au SAU (service d'accueil des urgences) adultes et pédiatriques dans le même établissement.

¹ Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers Présenté par Chantal de Singly (11 sept. 2009)

² CIUD, comité de lutte contre la douleur

³ CHSCT, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions au travail

Au cours de cette expérience professionnelle, j'ai pu collaborer avec des cadres de santé originaires de professions différentes, lors, de la gestion du flux des patients, des projets transversaux ou de service.

Le travail en équipe est une valeur fondamentale dans l'activité des soignants. C'est la condition nécessaire pour dispenser des soins de qualité et réaliser une prise en charge globale des patients. La cohésion dans une équipe s'avère être très fragile, elle est à construire de façon permanente. Nombreux sont les facteurs qui peuvent influencer cette cohésion, notamment en période de restructuration de service et de redéploiement des ressources humaines.

Les changements sont difficiles à opérer. Cela nécessite un travail en amont de la part de l'encadrement. De fait, on ne peut pas instaurer des nouvelles règles sans avoir recours à l'information, la formation et la communication.

Par exemple, la mobilisation des agents en dehors de leur service d'origine est très mal vécue par ceux-ci, même si le service appartient au pôle d'affectation. Cette réfraction à la mobilisation s'accroît davantage lorsque les agents sont détachés dans un service en dehors du pôle d'où ils dépendent.

D'où le thème que je souhaite développer:

La résistance au changement : un challenge pour le cadre de santé.

Par ce travail de recherche je vais essayer de montrer comment le cadre de santé par son positionnement, peut mener son équipe à adhérer au changement.

Tout d'abord, il me semble important de définir et comprendre le monde de la santé face aux différentes réformes induites en intra et extra hospitalier. Ensuite je donnerai une définition de certains mots clés du thème que j'ai choisi avec une approche organisationnelle du changement. Puis, j'aborderai le rôle du cadre dans sa globalité. Enfin, par le biais d'une enquête de terrain auprès des professionnels je confronterai mes hypothèses aux résultats obtenus.

1 De mon expérience à mes questions

1.1. L'origine de ma réflexion

Comme je l'ai dit précédemment, j'ai acquis mon expérience professionnelle en travaillant dans différents services de l'Hôpital du (GHI LRM⁴).

Pendant mes trois années en tant qu'infirmière dans le service de gynécologie/obstétrique/urgences gynécologiques et chirurgie gynécologique, j'ai pu voir apparaître différents changements dans cette unité. Notamment, l'ouverture de 10 lits pour accueillir les nouveaux-nés avec leurs mamans, la maternité, d'une capacité de 25 lits attenante à notre service ne suffisait plus à accueillir toutes les parturientes.

Il a fallu réaménager une partie du service de gynécologie afin de pouvoir pallier les besoins des accouchées et les accueillir dans des bonnes conditions.

Or, le personnel de cette unité, n'était pas formé à l'accueil des mamans/bébés, d'autant plus qu'il n'y avait pas de professionnel spécialisé en puériculture.

Les craintes du personnel paramédical, concernant l'ouverture des 10 lits mères/bébés étaient légitimes, puisque nous n'étions pas prêtes ni matériellement, ni psychologiquement, pour accueillir ce nouveau profil de patients. L'opposition à cette ouverture n'a pas tardé à se faire ressentir auprès de notre cadre de santé et notre cadre de pôle.

Nous objectons le fait de l'augmentation de la charge de travail, du manque de formation et du manque de personnel.

Pour pallier le manque de formation, les IDE⁵ et AS⁶, ont été formées quelques jours à tour de rôle en service de maternité pour acquérir et améliorer les connaissances de prise en charge des mamans et des bébés. Mais cela ne nous satisfaisait pas. En effet, la plupart d'entre nous, ne se sentaient pas en sécurité et nous estimions que la formation reçue n'était pas suffisante.

L'ouverture des lits mamans/bébés en gynécologie a fini par arriver plus tôt que prévue. Ceci a eu lieu un week-end, la maternité ne pouvant plus accueillir de parturientes et les salles de bloc étant toutes occupées.

⁴ GHI LRM, Groupe Hospitalier le Raincy Montfermeil

⁵ IDE, infirmière diplômé d'état

⁶ AS, aide-soignante

Ces évènements se sont déroulés alors que l'encadrement de proximité et de pôle étaient absents.

Ce même week-end, un bébé a décompensé une détresse respiratoire. Comment faire, aucun des membres de l'équipe présents ce week-end-là n'était préparé à ce genre de pathologie et de prise en charge.

Le pédiatre de garde a été appelé, ainsi que les collègues de maternité. Cette situation a accentué le désarroi du personnel qui était en larmes.

Dans la semaine qui a suivi l'évènement, une réunion s'imposait avec l'encadrement et le personnel paramédical, afin de débriefer sur le sujet et d'apporter des réponses aux questions qui se posaient.

Nous avons réussi à avoir la présence d'une sage-femme les week-ends en plus de la semaine. Nous aurions aimé avoir plus de personnel infirmier tenant compte de la charge de travail croissante. Mais il nous a été répondu « Pas dans l'immédiat ».

En tant que professionnelle de santé, je me suis aussi tôt posée la question de la sécurité au travail et la responsabilité de l'encadrement.

Ne s'agit-il pas d'un manque d'anticipation, de coordination, de communication, de formation et d'information envers le personnel ? A-t-on mesuré l'impact sur l'équipe du fait de ce changement subi : qu'en est-il de la confiance, de la sécurité des soins et des personnels, de l'estime de soi et de la fiabilité?

Il a fallu du temps à l'équipe pour se remettre de cette mésaventure. Avec le temps nous avons bénéficié de formations sur la prise en charge du nouveau-né et de la maman, mais tout cela à posteriori des évènements.

1.1.1 Le cheminement

Par la suite j'étais amenée à faire fonction de cadre de santé aux urgences adultes et pédiatriques dans le même hôpital. Cette période a été très formatrice pour moi, notamment dans la gestion du flux des patients, le lien avec les autres cadres de santé et le travail en équipe avec les cadres du pôle. Notamment, pendant cette période, j'ai eue à apprivoiser le management d'équipe, l'organisation, la restructuration des locaux et du matériel suite aux travaux d'agrandissement qui allaient débiter quelques mois après ma prise de poste.

Ces travaux étaient attendus par tous, cela faisait partie des grands projets de l'hôpital, l'équipe médicale et paramédical les attendaient. Il faut dire que, les locaux

commençaient à être vétustes. Avec une augmentation d'affluence des patients aux urgences (en moyenne 150 par jour), l'agrandissement, le réaménagement des locaux et une remise au propre étaient nécessaires.

En comparaison avec le service de gynécologie, aux urgences il n'y a pas eu de résistance au changement de la part du personnel. Cela faisait partie des projets dont ils étaient acteurs. Ils avaient eu l'information bien en amont des travaux et leur avis avait été demandé concernant l'aménagement de certaines pièces en attendant la fin des travaux. Le commun accord avec l'équipe pluri professionnelle dans cette aventure de changement, n'a pas eu une influence majeure en ce qui touchait au savoir acquis, puisqu'ils restaient dans les locaux habituels et qu'ils continuaient à exercer les soins de manière habituelle. Néanmoins, l'équipe avait besoin de réassurance et d'accompagnement face aux inquiétudes du réaménagement et à l'étendu des travaux.

Encore au SAU, je me suis souvent confrontée à la difficulté de la mobilisation et du détachement des agents dans les différents services.

Des arrêts inopinés dans le service ou pendant la garde du week-end, demande de l'anticipation et de l'organisation pour trouver des remplaçants. Alors, il faut solliciter nos agents.

Bien sûr ils comprennent la situation, mais aller dans un autre service ce n'est pas facile nous répondent-ils, « *je ne connais pas le service et puis on va me demander d'aller remplacer à chaque fois* ». « *On va prendre l'habitude de nous détacher* ».

Ce facteur de contingence, m'amène à me poser des questions sur les aptitudes et l'adaptabilité des équipes face aux changements.

Sur quels critères peut-on évaluer la réussite ou non réussite de ce processus ?

Le rôle des cadres dans l'accompagnement de ces changements et l'adaptabilité des cadres face aux besoins des équipes dans une évolution permanente des pratiques et des postures.

Dont mes questions de départ :

Quelle est la place du cadre de santé, dans l'élaboration du processus de changement, de quoi va-t-il avoir besoin pour réussir dans cette mission ?

Quels moyens le cadre peut-il mettre en place pour amener son équipe vers le changement ?

En tant que future cadre de santé, il me semble que le positionnement du cadre joue un rôle majeur dans la conduite du changement. Les orientations et actions qu'il va mener sont déterminantes pour une dynamique et l'équilibre de l'équipe.

2 Le cadre conceptuel

La partie qui suit, va me permettre par une approche contextuelle et conceptuelle d'éclaircir les différents points abordés précédemment. A partir de mes lectures et connaissances, je vais essayer de répondre aux questions soulevées.

« Par un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question »

Gaston Bachelard (1938, « la formation de l'esprit scientifique »)

2.1 Le monde de la sante aujourd'hui

Le monde de la sante est en perpétuel changement. Depuis plus de 30 ans son organisation a permis une amélioration constante de la sante publique en France, accompagnant les organisations sociales et économiques de la population.

De nombreuses lois ont influé l'organisation hospitalière telle que nous la connaissons aujourd'hui, depuis la loi du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière, à l'origine des premières réformes de coopération entre établissements de santé. Par la suite, plusieurs d'entre elles ont porté sur le financement de la Sécurité sociale, d'autres ont concerné l'organisation de la politique de santé, la gouvernance hospitalière, ou bien encore, les droits des malades.

L'ordonnance Jupé de 1996⁷ : rendait obligatoire l'accréditation des établissements de santé par un organisme indépendant, l'Anaes, dans un but d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Depuis, la HAS a remplacé l'ANAES⁸ et l'accréditation s'est transformée en certification (13 août 2004).

Pour ce faire, une régulation des établissements de santé par la qualité est visée, insufflant une volonté d'amélioration continue dans ces établissements. Par ailleurs, la certification doit permettre de délivrer une information transparente aux usagers et professionnels.

⁷ La certification HAS a été créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

⁸ ANAES, Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé

Les établissements doivent réaliser des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge (patient traceur). Ils doivent leur remettre un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé.

La loi du 4 mars 2002⁹ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : renforcement des droits à l'information et au consentement du malade, participation accrue de l'utilisateur du système de santé, instauration d'un droit à indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux.

Droits de la personne :

- A la protection de la santé
- Au respect de la dignité
- Au respect de la vie privée et au secret des informations
- A recevoir des soins les plus appropriés et traitements dont l'efficacité est reconnue
- A recevoir des soins visant à soulager la douleur

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent de responsabilités de nature à garantir la pérennité du système et des principes sur lequel il repose.

La loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie et créant la Haute Autorité de Santé (HAS) chargée de répondre aux mutations du monde de la santé. Les difficultés croissantes de financements des dépenses de santé ont amené progressivement les pouvoirs publics à rendre les prises en charge de plus en plus efficaces.

Ordonnances du 1^{er} sept. et du 2 mai 2005 : Nouvelle gouvernance, simplifiant le régime juridique des établissements de santé et mise en place d'une nouvelle organisation hospitalière (création des pôles d'activité cliniques et médico-techniques, modification de la composition et de l'attribution du conseil d'administration, installation d'un conseil exécutif...).

La tarification à l'activité (T2A) : organisation du passage progressif à la tarification à l'activité de l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Cette politique budgétaire introduit un lien direct entre l'activité, les recettes et le budget de fonctionnement d'un pôle. Objectif de convergence dépenses/ recettes. Un contrat annuel est établi entre le directeur de l'hôpital et la Commission Médicale d'Etablissement, obligeant le médecin responsable de pôle à rendre des résultats mesurés sur l'activité du pôle.

⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, JORF du 5 mars 2002 page 4118

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » HPST, du 21 Juillet 2009

Modifie les modalités d'exercice du service public hospitalier. L'objectif de cette loi est multiple :

- La modernisation des établissements de santé
- L'accès de tous à des soins de qualité
- La prévention et la santé publique
- L'organisation territoriale du système de santé

Cette loi crée notamment les Agences Régionales de Santé (ARS), celles-ci étant chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé, ainsi que les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre établissements.

Elle renforce également la nouvelle gouvernance hospitalière en modifiant la structure, la composition et les missions de certaines instances hospitalières. Renforcement du rôle des chefs de pôle par une délégation accrue sur leur organisation interne et leurs moyens, ainsi que l'autorité fonctionnelle sur l'équipe, avec le contrat de pôle comme outil privilégié de pilotage interne, donnant plus de responsabilités au cadre de service.

Les ARS assurent deux grandes missions:

La régulation de l'offre de santé en région qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé.

Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier.

Elle comporte une dimension territoriale :

- Pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire
- Une dimension économique, pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

Parmi les acteurs de l'hôpital, l'encadrement soignant a vu ses missions se multiplier et se diversifier accentuant leurs rôles dans le fonctionnement et l'organisation hospitalière. Il se positionne au cœur de l'organisation hospitalière dont une de ses missions principales est la gestion des ressources humaines, qui regroupe les relations de l'homme avec son travail et avec les différents acteurs de l'établissement.

Les missions de service public hospitalier définies par la loi, reprennent l'essentiel des garanties et obligations attachées aux missions précisées : garantir à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions ou admis en urgence l'égal accès aux soins, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, en application des tarifs opposables sans dépassement d'honoraires. De plus, un établissement qui accomplit des missions de service public a l'obligation de participer à la coordination des soins avec la médecine de ville et le secteur médico-social.

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...) et d'actions de coopération (...). Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel »¹⁰.

Ces principes d'organisation et de management, doivent être pratiqués dans le respect des compétences professionnelles et de la déontologie, en particulier à travers l'autonomie de la décision du professionnel, dans son champ de compétences. Notamment, le rappel des responsabilités professionnelles liées à la prise en charge des patients qui font partie des missions que le cadre de santé doit avoir envers les équipes.

" Il n'y a rien dont l'exécution est plus difficile ou la réussite plus douteuse ou le maniement plus dangereux que l'instauration d'un nouvel ordre des choses."¹¹

Machiavel

Ces différentes réformes imposent aux institutions de santé d'améliorer leur gestion des ressources humaines et de piloter des changements. Ce qui m'a amené à décrire le changement selon différents auteurs.

¹⁰ www.anap.fr. Projet d'établissement, le 06/01/2016.

¹¹ Machiavel ou l'art du pouvoir (Le prince et L'art de la guerre) (1799), Nicolas Machiavel (trad. Toussaint Guiraudet), éd. Flammarion, 2008.

2.2 La résistance au changement : un concept

Ce concept nous vient de la sociologie des organisations de M. Crozier et d'E. Freidberg¹². Les auteurs l'associent aux marges d'incertitudes et aux jeux des acteurs. L'acteur, soumis en permanence à des tensions internes et externes, recherche un équilibre permanent afin de rester en harmonie avec son environnement. De ce fait, l'acteur met en place des stratégies pour retrouver un état d'équilibre antérieur aux tensions subies.

Le changement génère des forces à la fois positives et négatives. Il s'agit pour l'individu de trouver un équilibre entre ces deux forces pour accepter au mieux le changement. Ce dernier peut être innovant et source de motivation ou au contraire susciter des résistances.

« La résistance au changement peut s'expliquer par le fait qu'en rationalisant son comportement, en le rendant prévisible, l'acteur perd son pouvoir. Le changement est un processus d'apprentissage collectif.

Le changement n'est pas simplement la conséquence d'une logique (économique, biologique, culturelle) extérieure à l'homme. C'est un problème sociologique, car l'homme ne change pas individuellement, mais dans ses relations avec les autres et son organisation sociale.

Le changement est d'abord la transformation d'un système d'action, la mise en pratique de nouveaux rapports humains.

... tout changement entraîne une modification dans les sources de pouvoir et la maîtrise des zones d'incertitude.

*Souvent le problème dans l'élaboration d'une décision est la difficulté à obtenir une information non biaisé ».*¹³

Selon les acteurs, le changement est aussi la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités, car il met en jeu la volonté et la capacité des groupes à coopérer dans la même action. C'est un processus collectif dans lequel sont mobilisées les ressources et les capacités de chacun.

Mais, en structurant l'expérience des acteurs, ces construits d'action collective sont aussi des obstacles à l'apprentissage, c'est-à-dire à l'invention de nouveaux construits.

¹² Crozier M. & Friedberg E., 1977, L'acteur et le système, Editions du Seuil, Paris

¹³ CROZIER M. & FRIEDBERG E., 1977, L'acteur et le système, Editions du Seuil, Paris, pp.3à 24

2.2.1 Définition de la résistance

Lorsque l'on s'attarde sur la forme linguistique du mot « résistance », celui-ci est composé du préfixe « re » et du mot latin « sistere » qui veut dire s'opposer. D'une manière générale, la résistance est l'action de s'opposer à une force physique, morale ou envahissante. Plus particulièrement, ce terme est employé dans plusieurs domaines : physique, mécanique, thermodynamique, électricité, droit, biologie, politique et bien sûr en psychanalyse¹⁴.

2.2.2 Le modèle de changement de Kurt Lewin

« La résistance au changement provient de l'attachement des individus aux normes du groupe, normes formelles, normes implicites (sociales, culturelles...)

Il est nécessaire d'agir sur les normes du groupe pour permettre le changement. Les processus de changement les plus efficaces sont ceux portés par le groupe. Il est plus efficace de réduire les forces négatives du changement (résistances) que d'augmenter les forces positives (argumentés en faveur d'un nouveau comportement).

L'accompagnement du changement : quelques repères conceptuels :

- *regler, soutenir les individus dans leurs nouveaux rôles,.*
- *encourager la réflexion sur l'apprentissage / changement,*
- *célébrer les succès et asseoir les nouveaux comportements, dégel,*
- *aider les acteurs à comprendre le changement et ses causes : limiter le choc,*
- *informer sur les objectifs et les enjeux du changement.*
- *s'attendre à une résistance transition,*
- *aider les acteurs à changer : écouter, comprendre, soutenir, encourager, accompagner, débattre, répondre,*
- *mettre en place les moyens de formation nécessaires »¹⁵.*

D'après Kurt Lewin, le processus de changement suit un cheminement en trois étapes, plus ou moins longues, complexes et conflictuelles, selon la nature du changement et des caractéristiques de l'organisation.

Le Dégel, c'est aider les acteurs à comprendre le changement et ses causes : limiter le choc, informer sur les objectifs et les enjeux du changement s'attendre à une résistance.

¹⁴ Dictionnaire Larousse. Larousse 1989

¹⁵ Cécile Bareil, La résistance au changement : synthèse et critique des écrits », 2004, Montréal, p. 3 et 4

La transition, c'est aider les acteurs à changer : écouter, comprendre, soutenir, encourager, accompagner, débattre, répondre.

Mettre en place les moyens de formation nécessaires. Le *regel*, c'est soutenir les individus dans leurs nouveaux rôles.

L'auteur nous dit qu'il faut encourager la réflexion sur l'apprentissage, le changement, célébrer les succès et soutenir les nouveaux comportements.

2.3 Les facteurs de résistance au changement

Après avoir vu le concept de résistance au changement selon les auteurs cités précédemment, je vais exposer les motifs qui peuvent influencer ces résistances tels que les décrit Kurt Lewin¹⁶:

Facteurs psychologiques (individuels) :

- peur de l'inconnu et de l'incertitude préférence pour la stabilité crainte de perdre l'avantage de ses acquis,
- crainte d'une remise en cause de ses compétences,

Facteurs sociologiques (collectifs) :

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

Ainsi la relation avec le changement dans un contexte organisationnel, se traduit par de la résistance qui est synonyme de blocage, de frein, d'obstacle à la mise en place d'une nouvelle organisation. « *L'expression de la résistance au changement est aussi employée non seulement pour signifier des personnes mais aussi des organisations. La résistance organisationnelle serait utilisée pour signifier ce qui empêche la construction*

¹⁶ Kurt Lewin « *Psychologie dynamique. Les relations humaines* », Paris, PU F, 1975.

d'un nouveau système organisé de se mettre en place. »

Selon Kurt Lewin, la résistance au changement serait un phénomène naturel porté par le groupe dû aux habitudes et repères que le groupe a constitué, ce lien serait difficile à changer.

Afin d'arriver à amener son équipe vers le changement attendu, le cadre doit agir par étapes.

Il nous parle de regel et dégel, qui seraient les étapes de l'annonce du projet et de la conduite de projet que le cadre doit mener avec une organisation rigoureuse et réflexion.

Pour cela le cadre doit accompagner l'équipe à travers l'information, la formation, la communication, l'écoute, ceci tout le long du processus de changement. Il doit être disponible et présent à chaque étape et encourager, féliciter et aider l'équipe vers une réflexion commune d'adhésion au projet.

A travers ce processus par étapes, je me rends compte combien il est important d'organiser le changement et de faire participer l'équipe au projet, afin, d'amoinrir les dégâts psychologiques que le changement des habitudes peut induire sur le groupe.

2.3.1 Les cinq facteurs de résistance au changement

« Le terme de résistance au changement désigne tout comportement ou toute attitude indiquant le refus de soutenir ou d'apporter une modification à un projet de changement »¹⁷. Dans les organisations, cette résistance au changement est souvent mise en avant lorsqu'un projet n'avance pas. Elle est alors perçue comme un obstacle à la réussite.



¹⁷ Dictionnaire Larousse. Larousse 1989

Chaque personne, de par son histoire, sa culture, son système de valeurs ou de croyances, a des représentations très personnelles de tous les éléments liés au changement. Par exemple, une situation inconnue peut être vécue comme une découverte pour l'une et comme une véritable angoisse pour l'autre. De la même manière, la préférence pour la stabilité, l'attachement aux habitudes confortables ou la remise en cause des compétences comptent parmi les principales sources de résistance liées à des facteurs individuels.

Les facteurs liés à la nature même du changement :

« Parfois, ce n'est pas tant l'objet du changement qui est remis en cause, mais l'action même de changer. En effet, les individus considèrent que le temps, l'énergie et l'attention nécessaires pour mener à bien un projet de changement ne "valent pas le coup".

Ainsi, pour limiter ce facteur de résistance au changement, l'instigateur du projet sera vigilant à communiquer "avec la manière" sur ces 4 conditions :

Le changement est bénéfique ; il comporte un ou plusieurs avantages significatifs pour les personnes impliquées et représente une valeur ajoutée par rapport à l'état actuel.

Le changement est compatible ; il possède des caractéristiques respectant, autant que faire se peut, les valeurs et l'expérience des individus concernés par le changement.

Le changement est relativement simple ; il est en mesure d'être compris et mis en œuvre par l'ensemble des personnes.

Le changement est en période d'essai ; il est soumis à expérimentation de façon progressive et susceptible d'être modifié au fur et à mesure de son implantation ».

Les facteurs stratégiques :

« Les agents de changement doivent aussi se préparer à affronter une résistance liée à la stratégie mise en œuvre pour conduire le changement.

La stratégie de partage de pouvoir. La guerre des chefs est souvent perçue comme teintée d'hypocrisie et source de manipulation.

La stratégie de la persuasion rationnelle. Quand les discours surchargés de chiffres ou d'études pointues génèrent plus de doutes que de convictions.

La stratégie de la contrainte. Certaines personnes n'aiment pas la gestion autoritaire et encore moins le recours aux menaces ».

Les facteurs liés à l'agent du changement :

« Parfois aussi, la résistance au changement est due à la personne qui incarne et/ou est à l'origine du projet de changement (...)

Enfin, le déclenchement d'une résistance au changement peut apparaître si la personne à l'origine du changement possède des caractéristiques personnelles très éloignées des personnes impliquées par le projet (âge, formation, statut socio-économique, ...) ».

Les facteurs organisationnels et de groupes

« La structure même de l'organisation peut être une source de résistance au changement. Ainsi, une structure organisationnelle bureaucratique génère plus de résistances qu'une structure plus souple. D'autre part, certains groupes où les valeurs de cohésion et de solidarité sont très ancrées et où le maintien des liens privilégiés est une priorité montrent aussi plus de difficultés à l'introduction de certains changements dans leur organisation »¹⁸.

Christophe Peiffer

Consultant Ressources Humaines

christophe.peiffer@audalom.com

Selon l'auteur, tout changement est lié à une approche psychologique que chaque individu se fait du changement et la manière dont celui-ci est appréhendé. Ainsi, il peut être plus ou moins bien accepté selon la stratégie et le mode de communication qu'emploie la personne qui est à l'origine du projet de changement.

Dans la « Psychodynamique du travail » C. Dejours¹⁹, met en avant la transformation identitaire de la personne au travers de son activité professionnelle. Cette approche permet de comprendre le sens des comportements adoptés par l'individu pour faire face à une situation et à accepter des comportements en adéquation.

Les interactions qui se jouent dans les phénomènes du changement, peuvent entraîner un état de plaisir et/ou un état de souffrance. L'individu va de ce fait chercher à établir un équilibre entre ces deux cas.

¹⁸ Cadresdesante.com, consulté le 30/11/2105

¹⁹ C. Dejours, *Psychopathologie du travail* (ouvrage collectif sous la direction de C. Dejours, C. Veil, A. Wisner), Entreprise moderne d'édition, 1985.

Pour Philippe Bernoux²⁰, tout changement nécessite, comme condition nécessaire, la prise en compte des rationalités des différents acteurs impliqués et donc la reconnaissance. Non seulement parce qu'ils peuvent et doivent infléchir les actions du changement, mais que concrètement ils les infléchissent et les modifient.

« *L'impulsion des dirigeants doit donner une direction, fixer des objectifs, mais laisser aux acteurs la possibilité de s'adapter le changement à leurs rationalités* »²¹. Philippe Bernoux fait référence à TERSSAC²² (1992) qui a montré comment dans les systèmes techniques les plus automatisés, l'autonomie des équipes et le recours à leur façon de penser en tenant compte de leur avis, est central pour l'organisation qui permet au système de fonctionner.

Philippe Bernoux revient ensuite sur la difficulté de la coopération dans les organisations. Face à un problème, il ne s'agit pas seulement de trouver le bon spécialiste pour donner la meilleure réponse, mais aussi de trouver une méthode pour faire travailler ensemble les acteurs. La conclusion de Philippe Bernoux sur ce point est que dans toute organisation, le changement et l'innovation sont une affaire de mise en réseau d'acteurs ayant des logiques différentes, mais conduisant à un même projet.

2.3.2 Conduire le changement

« *Le chef de pôle, chef d'orchestre et animateur de la mise en œuvre du projet de pôle, doit être en mesure d'accompagner le changement en : analysant l'impact et les implications pour les équipes de son pôle, accompagnant le projet par une communication adaptée, s'appuyant sur les bons acteurs.*

Changer les organisations, les modes de fonctionnement et les habitudes de travail peut susciter chez les acteurs concernés des réactions contrastées d'enthousiasme ou au contraire de doute voire de résistance. La courbe des étapes du deuil (inspirée des travaux d'Elisabeth Kübler Ross²³) permet d'identifier les différents stades et « états psychologiques » par lesquels passe un collaborateur soumis à un changement organisationnel. Un changement important suscite ainsi chez les équipes concernées un inconfort et une perte de repères qu'il est indispensable d'accompagner. Le manager doit accompagner de manière adaptée les trois grandes étapes de la transition vécue par les

²⁰ Philippe Bernoux, Sociologie du changement. Dans les entreprises et dans les organisations, 310 p, pp. 120 à 150

²¹ Philippe Bernoux Sociologie du changement. Dans les entreprises et dans les organisations, 310 p, p154

²² De Terssac G., 1992, *Autonomie dans le travail*, Paris, PUF, Coll. Sociologie d'Aujourd'hui, 279 p

²³ Elisabeth Kübler-Ross née le 8 juillet 1926 à Zurich (Suisse) psychiatre 1960 « Les étapes du deuil ».

équipes : refus et rejet du changement annoncé (déli, colère, peur) ; confusion et perte de repères (abattement), acceptation du changement, prise en compte de ses impacts positifs et inscription dans une dynamique nouvelle »²⁴.

Le rôle de l'équipe qui opère le changement, est de faire en sorte que les professionnels comprennent ces enjeux, par des arguments convaincants, afin de réduire les incertitudes auprès de l'équipe. Je pense, que le rôle du cadre est à ce moment-là prépondérant, mais pour cela il a besoin du soutien du cadre de pôle, du chef de service, de la Direction des Soins et des Ressources Humaines.

3. Le cadre de santé : Historique et missions

Le cadre de santé a une place et un positionnement bien définis au sein de l'hôpital tant au niveau du service près de l'équipe, qu'au niveau du pôle et de l'institution. Cette fonction a évolué et a connu de nombreux changements, c'est pourquoi il me semble essentiel d'aborder cette progression au fil du temps jusqu'à nos jours.

3.1 Ebauche d'une profession

« A la demande de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat, un décret du 18 février 1938 avait prévu un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière qui permettait d'exercer des fonctions de responsabilité. Mais avec la déclaration de guerre, rien ne fût institué.

Après la seconde guerre mondiale, avec le développement de l'antibiothérapie et des techniques d'explorations, l'hôpital devient un lieu d'hyper technicité, et on assiste d'une part à l'apparition de nouveaux professionnels de santé (diététiciennes, manipulateurs en radiologie médicale, technicien de laboratoire, ergothérapeute...) et d'autre part à l'appropriation par les infirmières de nouvelles compétences médicales. Les soins dispensés en série sont centrés sur la maladie ou l'organe atteint. L'hyper technicité entraîne une hiérarchie professionnelle construite sur tout un système de valeurs techniques. La surveillante, soucieuse du bon fonctionnement du service, voit son rôle se

²⁴ www.anap.fr cours de Mme Maud Papin-Morardet, le 06/10/15

résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle. C'est à cette époque que l'on assiste à l'explosion des mémentos et fiches de soins qui dictent d'une façon drastique les façons de faire. La conception du travail est ici taylorienne, l'ordre est régi par la règle, le management est de type directif.

En 1951, la Croix Rouge met en place une expérience pilote en accord avec les pouvoirs publics où deux programmes d'études (un centré sur l'administratif et l'autre sur la pédagogie) sont proposés aux infirmières. Afin de donner à cette formation plus de crédit, la Croix Rouge propose d'y associer d'autres professionnels hors hôpital et de créer un institut. Mais l'ANFIIDE²⁵ s'oppose à ce projet craignant que cet institut appartienne à l'Education Nationale plutôt qu'il soit sous l'égide du Ministère de la Santé. L'exemple de la Croix-Rouge fût rapidement suivi dès 1954. En 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice.

C'est à partir de 1975 que le mot « cadre infirmier » apparaît d'un point de vue législatif et institutionnel dans les structures hospitalières. L'ouverture d'écoles de cadres depuis les années 1960 a grandement contribué à l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicale et administrative. L'encadrement infirmier tourne son regard vers les entreprises, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion. La création du Diplôme de Cadre de Santé en 1995 marque ce changement puisque la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la notion de qualité »²⁶.

Dans la fonction publique hospitalière, le diplôme de cadre est requis, pour exercer le métier de cadre de santé. Le contenu de la formation défini dans l'arrêté du 18 août 1995²⁷, stipule : « le bon fonctionnement de nos structures de santé hospitalières, ..., dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. La formation contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de gestion des équipes et des activités ».

²⁵ Association nationale des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat

²⁶ 10 décembre 2007, par Marc Catanas, revue cadre de santé

²⁷ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, annexe 1. Paru au JO du 20 août 1995, p12469.

Sachant que la compétence se construit en confrontation avec la pratique, en ce sens nous avons besoin de l'apport de concepts et de savoirs, nécessaires au domaine professionnel.

Reconnaissant la place prépondérante des cadres de santé dans l'organisation des institutions, la formation propose l'acquisition de savoirs faire et le développement de méthodes de réflexion devant permettre aux cadres d'analyser les situations professionnelles et de s'adapter aux évolutions attendues.

D'après G. le Boterf²⁸ : « La compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources. »

Ceci me permet de me questionner sur l'aptitude des cadres de santé à adopter des nouvelles stratégies d'organisation envers les équipes soignantes dans la conduite du changement, face notamment aux nouvelles réorganisations hospitalières qui se dessinent et face aux exigences croissantes des usagers.

3.1. 1 Le rôle du cadre de santé : de la formation à la fonction

J'ai trouvé convenable de préciser le rôle du cadre de santé, et ses missions au sein de l'hôpital. Pour cela, je me suis appuyé sur le Rapport de la mission cadres hospitaliers de Cantal de Singly - Septembre 2009.

Parmi les différentes définitions possibles, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent :

- une mission de management d'équipes et d'organisations
- une mission transversale ou de responsabilité de projet
- une mission d'expert
- une mission de formation

Cette définition apparaît opportune à plusieurs titres : elle dépasse sans les ignorer les qualifications statutaires, elle s'adresse à tous les secteurs de l'hôpital. Elle transcende sans les confondre les filières professionnelles, elle se décline aussi bien au sein qu'en dehors des différents niveaux hiérarchiques. Elle correspond au mieux aux objectifs indiqués dans la lettre de mission.

²⁸ Guy Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'Organisation, 2004

La mission essentielle du cadre soignant est de gérer son unité et son équipe. Gérer doit être vu ici dans son sens premier à savoir “ gerare ” en latin qui signifie tourner. On entend d’ailleurs en langage commun que le cadre doit “faire tourner le service ”. Au sein d’un groupe se développe un système de tensions tantôt positives, tantôt négatives. La conduite d’un groupe consiste, entre autres et particulièrement dans un contexte de changement, à effectuer des opérations visant à résoudre ces tensions et à rétablir un équilibre.

3.1.2. Fonction du cadre de santé

Le cadre infirmier a pour fonction de coordonner des logiques, des actions, des moyens. Il s’inscrit dans une démarche de recherche dans le domaine du soin comme de la pédagogie. Il participe aussi à des coordinations avec la hiérarchie infirmière, les cadres supérieurs, en lien avec la gestion hospitalière, dans des projets de qualité.

Mais il coordonne aussi avec le corps médical, avec les associations de patients, avec la formation initiale (par les stagiaires accompagnés dans le service devenu le terrain des stages), avec les familles.

Enfin, il est en lien avec le corps des intervenants (auditeurs, visiteurs certificateurs, chercheurs, qualitatifs etc.) qu’il reçoit dans le service ou l’unité. La qualité de la prise en compte du soigné est étroitement liée à la qualité de la satisfaction des personnes au travail. Le cadre doit donner un sens et un but à la mission que chacun doit effectuer dans l’exercice de sa fonction, il doit donner du sens aux actions.

Le cadre de proximité constitue le premier niveau d’encadrement qui anime hiérarchiquement ou fonctionnellement des équipes ou des groupes de travail ayant acquis, à des degrés différents, une certaine autonomie dans la réalisation du travail. Il est auprès des équipes, là où les problèmes quotidiens se posent, là où les tensions se vivent.

Enfin là où il faut trouver des compromis tout en étant capable de prendre de la distance pour traduire, consolider, anticiper et faire évoluer. Il est l’interface entre les équipes et sa hiérarchie dont il doit adopter les objectifs stratégiques et avec qui il doit négocier les moyens nécessaires à l’atteinte de ceux-ci. Il fait partie d’un système de fonctionnement qui contribue à définir en particulier son positionnement et son niveau de responsabilité.

Le cadre doit s'engager, s'impliquer, être capable d'affirmer ses convictions, ses principes, ses exigences, ses valeurs. C'est à travers l'élaboration de projets collectifs que le cadre va s'engager. Le projet devra être mobilisateur au sein du service, il sera conçu en équipe, vécu et mis en œuvre par l'équipe avec des objectifs précis, réalisables et évaluables dans un cadre référentiel commun.

Le cadre de santé d'aujourd'hui doit également se préparer à des impératifs qui dépassent son équipe. Il doit faire face et s'adapter à de nouvelles responsabilités transversales et tenir compte de nouvelles obligations :

- veiller à répondre aux exigences économiques et financières de l'établissement (projets d'établissement, contrats d'objectifs et de moyens) ;
- veiller à répondre aux demandes venant de la direction des soins infirmiers ;
- veiller à répondre aux demandes de diverses directions : travaux, services économiques, clientèle, qualité ;
- anticiper l'avenir (évolution du système de santé et évolution de son équipe).

Pour cela, le cadre doit animer une culture de soins et mettre en place une organisation adaptée à son service, tout en tenant compte des facteurs économiques :

- gérer le personnel, veiller à l'adaptation et formation des nouveaux arrivants ;
- mesurer la charge de travail et veiller à sa bonne répartition ;
- gérer le matériel, les stocks et veiller à sa bonne utilisation ;
- organiser les soins avec les outils adaptés (dossier patient, diagramme de soins ; transmissions ciblées...).

À ce niveau, le cadre participe à l'optimisation et à la mise en œuvre des ressources humaines et logistiques allouées au regard des variations de l'activité et des priorités. Il aide les différents acteurs de l'équipe soignante à déterminer les besoins de santé des patients et à y répondre de manière adaptée. Les cadres ont donc un grand rôle à jouer en tant qu'acteurs et agents de changement, rôle stratégique et tactique autant qu'opérationnel, bien sûr. Mais rôle humain surtout, si l'on se rappelle que l'hôpital, même s'il est contraint par la réalité économique, c'est aussi un milieu d'hommes au service des hommes.

3.1.3. La notion d'équipe

Une équipe est « *un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein*²⁹ ». Ce terme évoque des images d'élan, d'effort collectif et de solidarité surtout lorsqu'on entend parler d'équipe soignante.

La différence avec la notion de groupe est subtile et se trouve dans le mot «coopération» d'après K. Lewin. Pour que l'on puisse dire qu'un groupe s'est transformé en équipe, il faut qu'une coopération existe entre ses membres. « *Dans une équipe, les processus de coopération prédominent par rapport à ceux de la compétitivité. Dans un groupe, les membres ont tendance à se centrer sur eux-mêmes parce qu'ils ne sont pas impliqués dans la planification des objectifs de l'unité.*

Les expressions de désaccord sont considérées comme problématiques, les membres du groupe ne savent pas comment résoudre les situations de conflits qui sont, pour eux, l'expression d'une situation de crise. Dans une équipe, les membres éprouvent un sentiment de propriété pour leur emploi et pour le service dans lequel ils travaillent parce qu'ils sont attachés à des valeurs en fonction des objectifs communs auxquelles ils contribuent. Ils sont encouragés à exprimer ouvertement leurs idées, opinions, désaccords et sentiments.

Les conflits y constituent un aspect normal des interactions et sont considérés comme une opportunité pour de nouvelles idées. Une équipe tente de résoudre les conflits de manière constructive. Le terme d'équipe est souvent mélangé avec celui d'unité. L'unité est « le caractère ce qui est commun à plusieurs ». Il s'agit d'une « structure organisée au sein d'une ensemble plus vaste »³⁰.

Selon Kurt Lewin, une équipe ou un groupe travaillant au sein d'une unité, font partie d'un système qui est une combinaison d'éléments réunis de façon à former un ensemble autour d'un centre qu'on appelle une organisation.

3.2 Fonction d'encadrement et management

« Par « fonction d'encadrement »³¹ nous désignons l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler

²⁹ Dictionnaire Larousse, édition 2006

³⁰ K. Lewin, psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme

³¹ Rapport de C. Singly, septembre 2009

le travail des personnels ainsi encadrés. Ces activités contribuent d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du « bon travail », donc certaines orientations de ce travail (d'où leur importance stratégique pour les réformes dans les organisations). La forme la plus explicite et connue de ces activités est l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnels au quotidien et de manière directe (ex : cadre de santé) ou plus indirecte (ex : cadre supérieur de santé). Mais de manière encore plus indirecte, le personnel est aussi encadré par les procédures, décisions budgétaires, solutions techniques, dont s'occupent les « cadres experts », et aussi « en aval » par la formation, organisée par les cadres formateurs ».

Ainsi, les missions du cadre de santé au niveau des ressources humaines sont :

- gestion directe des personnels paramédicaux du service ou de l'unité, Identification des besoins en formation du personnel, suivi et évaluation des résultats,
- accueil et organisation par l'encadrement des nouveaux personnels et des étudiants.

Au niveau du contrôle :

- contrôle de la qualité, de la sécurité des soins et des activités paramédicales ; des procédures ; des protocoles ; réalisation d'audits ; suivi d'indicateurs,
- veille professionnelle sur l'évolution de la santé, des professions, des techniques et du matériel.

Au niveau de la communication, de l'information :

- gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales,
- conseil, information, éducation ou formation clinique ou technique, auprès des familles, des patients et du personnel

Au niveau de l'organisation des soins :

- élaboration, réalisation et communication du projet paramédical du service ou de l'unité en liaison avec l'équipe médicale,
- programmation hebdomadaire et journalière des activités du service ou de l'unité,
- répartition et gestion des ressources et des moyens dans l'unité,
- suivi et bilan des activités du service ou de l'unité.

Au niveau du matériel :

- coordination et suivi des prestations de maintenance et de logistique.

Afin de mettre en place ces mesures et d'être sûr de leur compréhension par l'équipe, le cadre a besoin d'outil et de supports, comme l'information et la communication.

3.2.1. L'information et la communication

Nicole AUBERT³², nous dit que ce qui caractérise l'information, c'est son contenu, ce qui permet à celui qui le reçoit de disposer des éléments qui lui manquent pour agir. L'information a une date de péremption, et prend toute sa valeur dès lors qu'on peut l'échanger, il faut la traiter dans l'immédiat si on ne veut pas qu'elle perde une grande partie de sa valeur.

« Ce qui caractérise la communication, c'est qu'elle est, centrée sur la relation. La valeur essentielle de la communication repose sur la prise en compte des facteurs relationnels et sur la possibilité de créer une véritable interaction entre les protagonistes. Ce qui suppose d'accepter le principe que toute situation de communication n'a de sens qu'à partir du moment où s'engage un processus d'influence réciproque, concrétisé par la possibilité du feed-back.

L'information et la communication se complètent, à condition de trouver un point d'équilibre entre le contenu et la relation.

La communication est un échange entre plusieurs personnes. Deux attitudes peuvent influencer le déroulement d'un échange, et le conduire selon les cas, vers une radicalisation des positions, ou vers une confrontation des points de vue. La première attitude consiste à centrer l'énergie sur soi, l'autre perçoit la volonté de convaincre.

Dans la deuxième attitude, l'énergie est centrée sur l'autre, et celui-ci se retrouve en position d'acteur, invité à s'exprimer et à faire valoir sa vision des choses. C'est l'importance accordée à autrui qui devient le moteur de toute véritable communication ».

Dans un service hospitalier, il semble évident que le cadre détient un rôle prépondérant en matière de communication et d'information. Mais au-delà du contenu de l'information, le cadre doit accorder de l'importance à ses interlocuteurs, en s'assurant que le message est clair et sera correctement compris, en tenant compte de leurs avis et leur

³² Le culte de l'urgence: la société malade du temps, pag 192: Nicole AUBERT

ressenti sur l'information. Ce qui implique pour le cadre de savoir écouter avec empathie et avoir la capacité relationnelle de se centrer sur l'autre.

Nous voyons dans cette partie combien la communication est importante, voire même centrale dans le fonctionnement d'une équipe. Elle est source de reconnaissance d'autrui et d'estime de soi, déterminée par l'approbation de l'autre. Le cadre de santé a un rôle majeur à jouer afin de permettre la fluidité des rapports dans son équipe, mais aussi avec les partenaires extérieurs.

En tant que manager, le cadre de santé non seulement doit communiquer et informer, mais il doit également savoir organiser, coordonner et diviser le travail.

3.3 Les cadres de santé : les rôles du manager

Le cadre de santé, se trouve au gré des différents courants managériaux, investi d'un ensemble de missions pour aboutir à ce que l'on connaît aujourd'hui : l'ensemble de missions qui vont de la prévision jusqu'au contrôle en passant par la décision.

Le manager est la personne qui est investie de l'autorité formelle dans l'organisation. Il s'inscrit dans une hiérarchie, détient des responsabilités et doit unir les efforts pour atteindre les objectifs fixés.

La théorie des organisations est dominée par les théories rationnelles du « *one best way* » inspirée par Taylor³³ et les classiques. Cette vision cherche à montrer quelle est la meilleure manière de gérer une organisation³⁴.

Henry FAYOL³⁵, va reconnaître à l'encadrement cinq fonctions. Dans le cadre de l'activité "administrative", l'administrateur que l'on appelle aujourd'hui le gestionnaire ou le manager, exerce cinq fonctions essentielles:

- planifier
- organiser
- coordonner
- commander
- contrôler.

Fayol subdivise ainsi la **fonction de Commandement** :

³³ F. W. Taylor, La théorie des organisations (Taylorisme)

³⁴ Cours de Mr P. Farnault du 09/11/15

³⁵ Henri Fayol, 1916, Administration industrielle et générale

1. avoir une connaissance approfondie de son personnel ;
2. éliminer les incapables ;
3. bien connaître les conventions qui lient l'entreprise et ses agents ;
4. donner le bon exemple ;
5. faire des inspections périodiques du *corps social* ;
6. réunir ses principaux collaborateurs en des conférences où se préparent *l'unité de direction* et la convergence des efforts ;
7. ne pas se laisser absorber par les détails ;
8. viser à faire régner dans le personnel, l'activité, l'initiative et le dévouement.

H. Mintzberg³⁶ remet en cause cette vision universaliste pour proposer plusieurs manières de gérer une organisation. Le style de management et le choix de la structure organisationnelle dépendent de nombreux facteurs.

Les théories d'Henry Mintzberg³⁷, abordées dans son livre « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre ». Il s'est attaché à montrer que l'activité du manager et du dirigeant est plus complexe que ce qu'on peut penser. Le manager a une activité fragmentée et c'est à l'aide des relations interpersonnelles qu'il s'informe et agit en conséquence.

Mintzberg est le principal représentant du courant de la sociologie des organisations appelé aussi École de la Contingence. Il est à l'origine d'une typologie des organisations qui fait encore référence aujourd'hui, celle-ci permet de bien appréhender les phénomènes de pouvoir et la conduite du changement.

Pour l'auteur, le cadre est une personne responsable d'une organisation, ou d'une partie de celle-ci, dont le travail peut être situé à tous les niveaux de la hiérarchie, excepté le plus bas. Il lui définit dix rôles, qui sont :

POLES	ROLES	ACTIONS
Activités de contact, interpersonnelles	Représentant	Représenter l'entreprise à l'extérieur (figure de proue, symbole)
	Leader	Guider et motiver ses troupes. Il donne l'exemple.
	Agent de liaison	Réaliser le lien entre tous les employés (gestion du réseau de relations).

³⁶ Auteur de la fiche lecture d'Henry Mintzberg : B. Bonnefous, internet le 20/10/15

³⁷ Henry MINTZBERG, « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre ».Edit. Les Organisations, 1984

Activités d'information (<i>Activité clé</i>)	Guide	Observer activement et rechercher l'information sur ce qui se passe
	Propagateur d'informations	Diffuser les informations auprès de ses subordonnés à l'intérieur de l'unité
	Porte-parole	Communiquer publiquement à l'extérieur de l'unité
Activités de décisions	Entrepreneur	Proposer de nouveaux projets, innover, tenter, risquer
	Régulateur	Gérer les troubles, les dysfonctionnements. Mintzberg constate que les dirigeants passent la plus grande partie de leur temps à réagir à des turbulences. Ils régulent plus qu'ils n'entreprennent.
	Répartiteur	Répartiteur de ressources : allouer les moyens aux différents projets et équipes
	Négociateur	Négociateur : discuter avec les différents partenaires internes et externes.

Selon Mintzberg, pour mener à bien une action commune, il est nécessaire de rassembler des hommes et de coordonner leurs actions à l'aide des moyens de l'organisation. Le manager est chargé de coordonner et de diviser le travail. Son action s'inscrit dans le cadre d'une structure organisationnelle. Cette action suit un but qui se traduit par une stratégie.

Définition de l'organisation :

« Action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune. »

Définition de la structure

« C'est la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches. »

3.3.1 Les différents types de management

Afin de répondre à ces objectifs, le cadre de santé va utiliser différents types de management³⁸, répartis comme suit :

- **Le management participatif** : modelé qui est centré sur la relation collaborateur/manager, les membres du groupe partagent leurs points de vue sur le sujet donné. De fait, c'est une forme de management qui favorise l'esprit d'équipe. Le manager associe les collaborateurs aux décisions.

³⁸ Cours de P.Farnault, Les postures managériales, 09/11/15

- **Le management explicatif** : le collaborateur a une faible autonomie car le cadre donne des explications à l'équipe cependant il garde la maîtrise des décisions.
- **Le management directif** : le collaborateur a une très faible autonomie. Le modèle est centré sur les résultats Le manager donne des informations et prend les décisions seul.
- **Le management délégué** : le manager laisse une grande autonomie à l'équipe en lui confiant des responsabilités. Il intervient si nécessaire ou à la demande des collaborateurs.

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

3.3.2 Enjeux et rôles du management de la qualité

« Le management de la qualité a pour but d'accompagner le changement dans les établissements de santé et d'adapter la structure organisationnelle pour améliorer la coopération, la communication et la coordination entre les unités organisationnelles, qui sont les trois problèmes de base de toute organisation.

La qualité des prestations d'un hôpital est fonction de ses processus et moyens techniques, mais repose essentiellement sur son investissement immatériel, c'est-à-dire sur les ressources humaines et les connaissances possédées par son personnel, la qualité des relations qu'il entretient avec les partenaires composant son environnement.

Les processus et arrangements organisationnels et manageriels qui valorisent les connaissances, favorisent le développement d'une capacité de compréhension des causes de dysfonctionnements, permettent d'instaurer une coopération entre professionnels et un apprentissage organisationnel efficace.

Tout d'abord agir sur la motivation, en faisant comprendre l'intérêt du changement quitte à prendre plus de temps pour mettre les choses en place. Ensuite, développer l'écoute professionnelle, tant sur les pratiques que sur les difficultés rencontrées. Enfin, favoriser la co-construction, que « tout le monde œuvre conjointement »³⁹

L'auteur met l'accent sur les valeurs du manager, comme étant porteur de sens dans l'accompagnement des équipes et du changement. Mais aussi, dans la reconnaissance du travail effectué par les soignants et la communication qui doit exister dans tout projet

³⁹ Jean-Paul Dumond, Maître de conférences université Paris Est, Créteil

managérial de qualité. Il nous parle de processus managérial et organisationnel, comme moteur de cohésion dans l'équipe et au sein de la structure.

Conclusion du cadre conceptuel

D'après les différentes recherches que j'ai effectuées et que j'aborde dans ce cadre conceptuel, il s'avère que lorsqu'on parle de changement, diverses organisations, aspect réflexifs et psychologiques sont à prendre en compte.

Ceci, impose un passage d'une culture et d'une identité de service, à une culture et identité de pôle dont les différents acteurs sont alors bouleversés.

On peut raisonner sur les comportements des individus, non seulement en termes d'intérêts individuels, mais aussi en termes de contraintes par les structures, il faut prendre en compte les relations sociales concrètes, et le contexte social dans lesquels les individus sont impliqués.

Philippe Bernoux nous rappelle que, toute modélisation de l'organisation et du changement au sein de celle-ci qui ne prendrait pas en compte l'être humain, serait incomplète. Pour l'auteur, c'est la liberté de l'individu qui rend possible, in fine, la possibilité du changement. L'introduction du changement produit chez les personnes une résistance qui peut devenir un frein si le changement n'est pas accepté.

Michel Crozier, a montré que cette résistance au changement était normale. Le changement est considéré le plus souvent comme une aspiration positive. Ne pas l'accepter revient à être considéré comme passéiste. Or, Crozier montre aussi, que le changement, en modifiant la situation des acteurs, engendre de l'inquiétude (la peur de perdre les acquis).

Tous les acteurs de santé vivent des changements dans leurs unités de soins et doivent s'adapter à cet environnement en mouvance continue. Le cadre de santé pour accompagner le changement et faire face à ces résistances, doit adopter des stratégies managériales collectives et individuelles.

Selon Mintzberg et Kurt Lewin, il y a différents types de management. Le cadre doit adapter son management en harmonie avec la situation du moment et l'objectif donné en adéquation avec le projet et les résultats qu'il veut obtenir.

4. Hypothèses

Par ce travail de recherche, j'ai essayé d'apporter les éléments de réponses à ma problématique. Les lectures et réflexions au cours du cadre conceptuel, m'ont apporté des précisions sur mes questions de recherche :

Quelle est la place du cadre de santé, dans l'élaboration du processus de changement, de quoi va-t-il avoir besoin pour réussir dans cette mission ?

Quels moyens le cadre peut-il mettre en place pour amener son équipe vers le changement ?

A travers ce cadre conceptuel, j'ai pu observer les différentes étapes du processus de changement. Par une enquête de terrain, ce travail va me permettre de cerner le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes lors d'une conduite de changement et de valider ou invalider les hypothèses suivantes :

- Quel rôle les cadres de santé peuvent-ils avoir dans l'organisation managériale, et surtout comment peuvent-ils favoriser une meilleure collaboration entre les différents acteurs, afin de faciliter une meilleure adhésion au changement nécessaire à l'évolution des soins ?

- Face aux besoins croissants de réactivité, réajustements et de souplesse, je me demande comment les cadres peuvent influencer sur la création d'une dynamique de groupe le conduisant à mieux appréhender les changements inhérents à l'hôpital.

5 Enquête de terrain

Afin de poursuivre mes recherches, je vais confronter mes hypothèses aux ressentis des professionnels sur leur lieu d'exercice. J'ai choisi d'orienter mon étude auprès des cadres de santé travaillant ou ayant travaillé dans des services différents.

Je suis allée à la rencontre des cadres ayant vécu des changements lors de réaménagements de service ou de conduite de projet ainsi que des cadres ayant vécu des transferts de structure.

L'analyse des résultats de ces entretiens me permettra de confirmer ou non, les apports bibliographiques et de valider ou invalider les hypothèses posée plus haut.

5.1. Méthodologie

Quant au recueil d'informations nécessaires à la réalisation de mon enquête, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs auprès de 6 cadres de santé ayant conduit des projets pouvant les amener à vivre des changements au sein de leurs services.

Cette méthode formulée en lien avec les thèmes abordés au cours de mon cadre conceptuel, comporte 8 questions ouvertes (annexe1) me permettant de retirer des pistes de réflexion mais également d'apporter des réponses à ma problématique en contact direct des interlocuteurs.

Les entretiens suivent le principe de l'entretien structuré,⁴⁰ après leurs accords les interviewés ont été enregistrés et rendus anonymes, ils ont duré entre 30 à 40 minutes.

5.1.1. Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête, est d'avoir un panel diversifié de professionnels, ayant travaillé dans des unités de service et des Hôpitaux différents tout comme dans des centres médico-sociaux. L'objectif, étant de pouvoir constituer un aperçu plus large de la conduite de projet.

Les cadres que j'ai interrogés viennent des Hôpitaux de l'AP-HP,⁴¹ et des Hôpitaux de la périphérie parisienne ainsi que des professionnelles travaillant en EHPAD⁴², des cadres formateurs ayant travaillé à l'Hôpital. De ce fait, j'ai interrogée des professionnelles ayant travaillé de jour et de nuit, dans des services de :
ORL/ophtalmologie/viscérale, hématologie/rhumatologie, médecine hépato-gastroentérologie, maternité/gynécologie/bloc maternité, bloc central, urgences,USIC⁴³ et en EHPAD.

⁴⁰ Blanchet, Gotman, 2010

⁴¹AP-HP, Fonction publique hôpitaux de Paris

⁴² EHPAD, Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁴³USIC, unité de soins intensifs de cardiologie

6. Analyse des entretiens auprès des cadres de santé

6.1 La population interrogée

Les Questions 1, 2, 3 et 4 de mon entretien me permettent de faire le talon de la population interrogée.

Cadre Age sexe	Dates de diplôme	Parcours	Poste actuel	Types de projets menés
1 Age : 42- 49 ans Sexe : F	Cadre de santé : 2003	Hôpital FFCDS : 2001-2002 ORL/oncologie Cadre : ORL Cadre : Oncologie	Cadre : jour ORL/viscéral	-Ouverture de service, mutualisation de 2 services -Fermeture de service -Réouverture de service avec une nouvelle équipe
2 Age : 58 ans et plus Sexe : M	Cadre de santé : 1990	Hôpital Cadre ; nuit -Urgences de nuit -Soins intensifs chirurgical -Hémato/rhumato	Cadre : Formateur IFSI	-Organisation de roulement de personnel de nuit -Pratiques d'hygiène des mains avec un nouvel outil
3 Age : 42- 49 ans Sexe : F	Cadre de santé : 2007	Hôpital FFCDS : 2003-2006 : nuit FFCDS : psychiatrie de jour	Cadre : jour EHPAD	-Réorganisation des aides- soignants au regard des résidents -Passage en 12 heures pour l'équipe IDE
4 Age : 50- 57 ans	Cadre de santé : 2003	Hôpital Cadre de nuit Cadre ; Gynécologie	Cadre : jour, Maternité	-Remaniement de personnel IDE/AP/ASH

Sexe : F		Cadre : gynécologie/maternité/bloc maternité		Entre les 3 services
5 Age : 42- 49 ans Sexe : F	Cadre de santé : 2004	Hôpital FFCDS : 2001-2003 Rhumatologie Cadre : Médecine hépatogastrologie	Cadre : Formateur IFSI	-Education thérapeutique du patient (diabète) -STAFFS, présentation d'une pathologie par l'IDE aux différents professionnels
6 Age : 42- 49 ans Sexe : F	Cadre de santé: 2004	Hôpital FFCDS : cardiologie/USIC Cadre : réanimation polyvalente	Cadre : Formateur IFSI	-Mutualisation des équipes entre USIC et hospitalisation traditionnelle - Déménagement de l'unité vers un autre hôpital

La moyenne d'âge des cadres interrogés est de 42-49 ans, tous les cadres ont été amenés à conduire des projets, mon choix de panel me semble donc pertinent. Quatre cadres sur six, ont fait fonction de cadre avant d'entrer à l'école des cadres de santé. Trois cadres sur six ont travaillé de nuit, dont, deux faisant fonction.

6.1.1 Restitution des entretiens

Question 4 :

Quels changements ont été induits ?	
Quelles difficultés avez-vous rencontré pour les mettre en place ?	
Cadre 1	Cette cadre a connu des ouvertures et fermetures de service (fusion avec d'autres services), avec des nouvelles équipes à chaque fois et des fusions d'équipe. Il lui a fallu dans un premier temps s'adapter au service et à l'équipe et vice versa pour l'équipe. Elle dit avoir eu des difficultés : - de positionnement par manque de compétences face à un nouveau

	<p>challenge.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans l'agencement des locaux. - de la résistance au changement pour le cadre et l'équipe, méconnaissance du service et de l'équipe, changement d'horaires et de roulement pour les équipes. - le sentiment de tout faire dans l'urgence. Manque d'information de la part de la direction. - Peur de l'échec, manque de confiance en la direction, trop de fusions en peu de temps. <p>-le personnel était volontaire, il y avait de l'entre- aide, mais il y avait un frein face à l'inconnu, et aux différents changements déjà rencontrés. Difficultés pour le cadre à travailler dans l'urgence et à trouver du temps pour accorder à l'équipe. Elle a mis du temps à recentrer ses compétences pour organiser le service et à bien s'intégrer dans l'équipe.</p>
Cadre 2	<p>L'introduction de la solution hydro alcoolique dans les services. Le changement des habitudes d'hygiène de lavage des mains. Les agents ont appris à l'école à se laver les mains à l'eau et au savon, ne croyaient pas aux bénéfices de la solution hydro alcoolique. Beaucoup de réticences de la part des agents. Ils ont mis du temps à s'approprier le changement. Manque de connaissance du produit, manque d'information dans les débuts. Le cadre dit qu'il a du faire des réunions à sa demande avec l'infirmière hygiéniste, pour pouvoir convaincre les équipes, puis la nuit dit le cadre, « <i>nous avons tout l'hôpital</i> ». Ca a mis longtemps pour que les équipes adhèrent au changement.</p>
Cadre 3	<p>Le cadre dit avoir travaillé avec de grandes équipes d'AS⁴⁴ (20) et qu'il a été difficile d'amener les équipes à changer les habitudes. Par rapport aux besoins et au confort de la personne, il a fallu réorganiser le travail des AS. Il fallait revoir les horaires de levé et l'heure de la toilette des patients en tenant compte des habitudes de vie des résidents. Le cadre dit avoir eu recours aux textes de loi afin de mieux convaincre les AS. Elle était constamment sur le terrain. Cette résistance au changement a duré longtemps surtout qu'il y avait des AS très anciennes dans le service. Elles ont eu beaucoup de mal à réaliser le bienfondé pour les patients. La cadre avait besoin d'argumenter tous les jours, que ce changement devait rentrer dans des prises de conscience des agents, afin d'améliorer le confort du patient.</p>
Cadre 4	<p>Il fallait faire tourner les AP⁴⁵, IDE⁴⁶ et ASH⁴⁷ dans les trois services. La cadre nous parle de la peur de l'inconnu de la part du personnel de maternité qui devait se déplacer en gynécologie parce qu'il ne savait pas gérer les urgences. Peur de la part du personnel de gynécologie, quand il fallait aller en maternité parce qu'il ne connaissait pas la prise en charge des bébés. Peur de</p>

⁴⁴ AS, Aide- soignante

⁴⁵ AP, auxiliaire de puériculture

⁴⁶ IDE, Infirmière Diplômé d'Etat

⁴⁷ ASH, Agent de Service Hospitalier

	<p>la part des agents des deux services quand il fallait aller au bloc maternité, parce qu'il ne connaissait pas la prise en charge de l'accouchement. D'après la cadre, il y eu énormément des résistances de la part des AP et IDE des trois services. Il lui a fallu mettre en place des outils d'accompagnement.</p> <p>Pour la cadre aussi ce changement était difficile à apprivoiser, car elle venait de la nuit et ne connaissait pas l'équipe médicale. Elle a dû se faire une place auprès des équipes médicales et paramédicales et gagner leur confiance.</p>
Cadre 5	<p>Ce changement consistait à instaurer plus d'autonomie et de responsabilité de la part des agents dans la prise en charge de l'éducation thérapeutique du patient. Résistance au changement de la part des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - face à une nouvelle cadre de service (l'ancienne cadre est restée 10 ans dans le service) - implication différente dans les habitudes de travail. -décloisonnement de service. <p>La cadre dit qu'elle a eu une période d'observation très longue pour pouvoir proposer des projets à l'équipe. Et prendre sa place dans le groupe.</p>
Cadre 6	<p>La cadre dit avoir eu des difficultés à faire travailler les équipes en alternance, entre le service d'hospitalisation traditionnelle de cardiologie et le service d'USIC. Les équipes étaient attachées aux habitudes du service ou elles travaillaient. Puis, ils ont dû déménager d'hôpital. Il a fallu s'adapter aux nouveaux locaux, et à un nouvel matériel. Le changement a été difficile à organiser pour toute l'équipe. Ils ont mis plus d'un an à s'approprier les lieux, beaucoup des membres de l'équipe ont changé d'hôpital ou de service. La cadre a dû composer avec une équipe quasiment nouvelle. Les difficultés rencontrées concernaient plus les anciens membres de l'équipe qui avaient du mal à s'adapter aux nouveaux locaux et à la nouvelle organisation dans l'hôpital.</p>

Cette question a mis en évidence les difficultés qui ont les cadres à mettre des projets en place. Tous les cadres constatent une résistance de l'équipe face aux changements induits par ces projets.

D'après les cadres interrogés, la mise en place des nouvelles pratiques de soins, la mobilité dans les services, une ouverture ou fermeture de service, ainsi qu'un déménagement sont autant de facteurs qui ont une influence sur les comportements des personnes donnant lieu à des résistances au changement.

Cette résistance au changement se fait ressentir tant du côté des équipes que de la part du cadre, car souvent contraint lui-même à adhérer au projet.

Trois cadres ont eu des difficultés de positionnement et d'attitude dans la recherche de reconnaissance et de confiance auprès de l'équipe médicale et paramédicale. Ils soulignent la résistance au changement des agents face aux habitudes ancrées.

Un des cadres d'EHPAD, souligne la difficulté qu'il a eue pour convaincre l'équipe du bienfondé du changement pour le bien-être des patients et le fait qu'il a eu recours aux textes de loi. Les cadres parlent de la peur de l'inconnu de la part des équipes.

Une remise en question de leur savoir et savoirs faire dans leurs pratiques professionnelles. Le manque d'information de la part de la direction.

Par cette question, je reviens sur mon cadre conceptuel (partie 1), concernant les réformes hospitalières et l'instauration de nouvelles pratiques de soin. La qualité de la prise en charge des patients, pour une offre de soins le plus approprié à leur état de santé, loi du 4 mars 2002.

Les enjeux qui ressortent de la résistance au changement je la retrouve dans la 2ème partie de mon cadre conceptuel. En effet Crozier et Freidberg, ainsi que Kurt Lewin, nous décrivent le changement comme étant un phénomène auquel les équipes ont du mal à adhérer par crainte d'une remise en question de leurs habitudes de travail et de leurs acquis professionnels. Ces changements interviennent dans les marges d'incertitudes que l'équipe peut avoir par rapport au jeu de pouvoir instaurés au sein du groupe en ce qui concerne les facteurs sociologiques collectifs.

Selon les auteurs, la résistance au changement serait un processus naturel porté par le groupe. De même, Philippe Bernoux affirme que, « *quelle que soit la nature ou l'origine du changement, l'acteur possède un potentiel de résistance, une capacité à neutraliser les changements auxquels il n'adhère pas* ⁴⁸».

Selon M. Crozier⁴⁹, *on peut identifier cinq phases par lesquelles passe un acteur face au changement :*

- *le refus de comprendre : c'est le rejet du changement car il perturbe trop la situation acquise ;*
- *la résistance : l'auteur admet le changement, mais essaye de l'aménager pour qu'il perturbe le moins possible ses habitudes ;*
- *la décompensation : l'acteur comprend que le changement est inéluctable. Il déprime ;*

⁴⁸ Bernoux P., *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Seuil septembre 2004, 310 p.

⁴⁹ Crozier M. & Friedberg E., 1977, *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil, Paris. P. 72

- la résignation : l'acteur accepte le changement avec nostalgie. C'est le syndrome du « c'était mieux avant » ;
- l'intégration : le groupe doit aider l'acteur à intégrer complètement le changement et à en voir les côtés positifs.

Deux cadres font référence au manque d'information de la part de la direction, et l'impact que cela peut avoir sur les équipes en ce qui concerne les projets de service. « L'information, elle est au cœur de l'entreprise. Sa maîtrise permet de diffuser les messages de toute nature et de faciliter la circulation d'information... L'information reste bien la première dimension à considérer car elle est une base vitale de la communication interne ». ⁵⁰

En ce qui concerne la recherche de reconnaissance des cadres par les équipes, Philippe Bernoux, nous dit que, « la compétence est nécessaire à un savoir, une volonté mais également à une reconnaissance hiérarchique. Cette dimension de reconnaissance prend alors toute sa place. Présente, elle favorise les cadres à exercer dans des valeurs et des objectifs institutionnels. Absente, elle pousse le cadre de santé à la recherche d'une autre les conséquences associées ⁵¹ ».

Les auteurs cités, estiment qu'en procurant aux personnes les conditions de travail requises (conditions financières et matérielles, mais surtout des conditions communicationnelles, relationnelles, de pouvoir et d'autonomie), ces personnes s'engageront plus aisément de façon positive et solidaire dans leur travail.

Elles œuvreront aussi de façon plus créative à la réalisation des objectifs organisationnels. Il importe donc de s'attacher à prendre le temps de connaître les personnes de notre entourage, témoigner ensuite de leur pleine existence et donner enfin du sens à leurs actions, par la reconnaissance.

Question 5 :

D'après vous quelles compétences est 'il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?	
Cadre 1	Le cadre dit « j'ai fait appel à mes valeurs », aux valeurs de l'équipe, « j'ai favorisé l'écoute », l'échange. Pour conduire le changement il faut du temps, pour nous et pour les équipes. Il faut aussi communiquer avec les autres services. Il faut être près des équipes, communiquer, informer, faire appel aux

⁵⁰ <http://communicationorganisation.revues.org/1713> Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer, Christian Michon, consulté le 09/11/15.

⁵¹ Bernoux, Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Seuil septembre 2004, 310 p.

	experts, au psychologue si besoin, car l'équipe s'épuise dans des conditions de changement très rapprochés. Il faut permettre aux équipes d'exprimer leur désaccord. En tant que cadre nous avons l'obligation de prendre soin de nos équipes. Il faut les considérer et tenir compte de leur avis. La qualité relationnelle avec l'équipe doit primer.
Cadre 2	« <i>La première compétence à mon sens est l'écoute</i> » écouter pourquoi le gens résistent. En écoutant l'équipe on est plus à même de comprendre les aspects du projet qui peuvent être présentés autrement. Il faut changer ensemble, et changer ses propres habitudes. Il faut accompagner et trouver le juste milieu.
Cadre 3	Pour conduire le changement, il faut être avec l'équipe, participer et tenir compte de leurs avis. Il faut aller plus loin dans la réflexion, et changer les habitudes pour le bien être du patient. Il faut leurs faire comprendre que nous travaillons ensemble et qu'il est important de tenir compte des habitudes de vie des résidents. Il faut valoriser l'équipe, inclure chaque individu en tant que personne et soignant. Il faut les encourager, les motiver et les soutenir. Effectuer des changements ce n'est pas facile quand on a appris à travailler d'une certaine façon depuis des années. Faire des réunions d'information, et faire un sort que tous les membres prennent la parole et qu'ils puissent s'exprimer. C'est aussi un moyen d'avancer en tenant compte des avis des uns et des autres.
Cadre 4	Il faut valoriser le personnel, leur dire qu'elles ont des capacités d'adaptation, le cadre rajoute, « <i>ceci est un point positif pour adhérer au changement.</i> » Elles ont des connaissances, mais il est important de les mettre à jour. Il faut leur donner le goût d'apprendre en les accompagnant. L'idée d'un tuteur est sécurisant pour l'équipe. Il faut écouter leurs demandes, leurs craintes, leurs dire que nous sommes à l'écoute, qu'elles peuvent venir nous voir quand elles veulent. Il faut aussi être très présent surtout au début du changement, cela peut rassurer l'équipe. Il faut faire le point, lors des transmissions quand il y a toute l'équipe. Il faut les rassurer, elles ont de l'expérience, elles savent gérer des situations. Faire des réunions, donner une place à chacun des membres de l'équipe. Il faut inclure le personnel médical dans le changement, afin que tout le monde comprenne les enjeux et surtout permettre à chacun de se sentir à l'aise dans le projet. Il faut valoriser l'équipe et la respecter.
Cadre 5	La capacité d'écoute. Faire l'état des lieux en premier abord, ne pas froisser l'équipe dans leurs pratiques. Trouver un consensus de travail avec l'équipe et leur laisser le temps de s'approprier le projet pour qu'elle n'ait pas l'impression qu'on leur impose. Favoriser l'échange, les laisser prendre des initiatives et les encourager dans ce sens. Il faut aussi de l'observation, proposer des pistes d'initiation au projet. Il faut reconnaître les équipes dans ce qu'elles font, leur faire confiance en les accompagnant. Il faut les guider pour évoluer vers les objectifs attendus.
Cadre 6	Faire l'état des lieux de l'existant. Identifier les compétences de chaque membre de l'équipe, et valoriser le personnel. Faire une planification adaptée

aux objectifs fixés. Tenir compte des avis de l'équipe, les encourager et les accompagner. Etre à l'écoute et disponible. Leur faire confiance et leur donner notre confiance.
--

Ici, nous nous apercevons des stratégies de management mis en place par les cadres.

Les cadres mettent en avant leurs valeurs personnelles et professionnelles afin d'encourager les équipes vers le changement.

L'écoute, la communication, l'information, la valorisation des équipes, la confiance dans le travail et l'expérience des équipes. Ceci, à travers des réunions et leur présence à côté des équipes en les accompagnants et en les guidant. Ils ont recours aux experts et aux autres cadres et cadres supérieurs pour échanger sur des processus. Les cadres soulignent le fait, qu'il faut tenir compte de l'avis des équipes et les intégrer au projet comme membres actifs dans les décisions.

Une cadre précise, qu'il faut inclure l'équipe médicale dans le projet afin que le changement soit plus facilement intégrable par tous. Surtout, dans le cas de la mobilité du personnel, dont le but est la reconnaissance des médecins envers les pratiques soignantes des agents qui viennent remplacer et qui ont d'autres façons de travailler.

Je mets en lien la fonction du cadre de santé dont je parle dans mon cadre conceptuel, avec les réponses données par les cadres interrogés. En effet, afin de bien mener un projet, le cadre doit valoriser les ressources humaines (p. 24). Dans la notion d'équipe (p. 25), ils sont encouragés à exprimer ouvertement leurs idées, opinions, désaccords et sentiments.

« Au-delà de ses fonctions propres, qu'est-ce qui caractérise le mieux le cadre sinon sa capacité à rendre des décisions, à accompagner et à animer ceux qu'il encadre ? Le cadre est avant tout un manager. Il est la condition et le moteur du changement. Avec un rôle clef : « concevoir, fédérer, piloter, décider. »⁵²

Pour gérer avec pertinence les situations de travail et pour adopter des attitudes et postures adaptées, chaque cadre de santé mobilise son potentiel, composé de qualités personnelles, de valeurs et d'aptitudes.

« Il combine ce potentiel avec les valeurs, les normes et les règles de son environnement professionnel et la politique institutionnelle.

⁵² Rapport de la mission des cadres de santé. C.de Singly, septembre 2009

Sont notamment en jeu :

Des valeurs humanistes ancrées dans le soin et dans la formation professionnelle aux soins, L'ouverture d'esprit, la curiosité et la créativité, La volonté de coopération avec ses différents partenaires, Le sens des responsabilités, Une posture institutionnelle, la loyauté, Un engagement professionnel et une posture éthique »⁵³.

Selon les cadres, il est nécessaire de rassembler les équipes et de coordonner leurs actions à l'aide des moyens de l'organisation. « *Le manager est chargé de coordonner et de diviser le travail. Son action s'inscrit dans le cadre d'une structure organisationnelle. Cette action suit un but qui se traduit par une stratégie »⁵⁴.*

Par les réponses des cadres interrogés, il en ressort plus particulièrement le développement d'un management situationnel et participatif, donc en permanente adaptabilité au contexte et à l'environnement.

Le cadre n'est pas ou directif, ou bienveillant, ou consultatif, ou participatif, il adapte son mode de management en fonction des situations rencontrées. Henry Mintzberg nous dit : « *les cadres assument dix rôles qui leur imposent chacun des comportements spécialisés* » ce qui implique bien que les rôles et les modes de management sont intriqués les uns aux autres.

Chaque situation amène une réponse qui va être différenciée par sa perception personnelle, par le mode de management choisi, en fonction de la capacité du cadre à prendre du recul pour gérer cette situation.

Question 6 :

Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?	
Cadre 1	Pour conduire le changement il faut du temps pour nous et pour les équipes. Surtout quand on n'a pas envie et qu'il faut malgré tout accepter les décisions de l'institution. Le manque d'information de la part de la direction, il fallait tout faire dans l'urgence. L'inconfort face à l'équipe, parce que j'avais l'impression de leur demander toujours plus. J'avais le sentiment de ne pas être assez disponible, j'avais trop de demandes de la part de la direction, je pense que l'équipe a dû le ressentir.
Cadre 2	Les facteurs défavorables, ce sont tous les changements d'ordre économique. Ils donnent l'impression aux soignants qu'il y a une mauvaise prise en charge

⁵³ Claude Dubar, Pierre Tripier, « sociologie des professions », Armand Colin, Paris, 1998, 256 Pag

⁵⁴ Henry Mintzberg. Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre. Edition d'Organisation, 1984

	des patients. <i>Quand il y a des changements, l'équipe subi, mais les patients aussi et ça, c'est difficile à accepter, autant pour les équipes que pour le cadre.</i>
Cadre 3	La difficulté est d'annoncer un projet que nous-mêmes avons du mal à accepter. Les premières réunions, ressemblent à un bureau des pleurs, tout le monde vient déverser sa colère. Il lui faut beaucoup d'énergie au cadre, pour accompagner, et convaincre les agents qu'il faut changer ses habitudes. Il y a aussi les réfractaires à tout changement, ceux-là il faut les inclure dans l'équipe et leur laisser le temps d'intégrer le projet. Puis quand ils sont minoritaires ils n'ont pas le choix, ils finissent par adhérer. Il n'y a pas de changement sans difficulté.
Cadre 4	Il y a toujours une résistance. « <i>Pourquoi on doit bouger, s'il manque du personnel vous n'avez qu'à engager</i> ». La peur de l'autre la peur de l'urgence, le changement peut induire chez les agents un manque de confiance en eux. C'est déstabilisant pour les équipes qui doivent bouger et se remettre en cause, comme pour la cadre qui doit sans cesse les rassurer.
Cadre 5	Des facteurs défavorables. C'est l'environnement, le changement est intégré dans le contexte, il faut être patient. Il faut le temps de l'observation, et tenir compte des individus. Il faut un temps d'écoute pour passer au niveau supérieur. Le changement se fait petit à petit.
Cadre 6	Les objectifs imprécis, des projets non maîtrisés, le manque de communication. Absence de cohésion dans l'équipe d'encadrement. Inadaptation du projet, par rapport aux attentes des équipes.

Cette question relève de la façon dont les projets sont présentés aux équipes et aux cadres et la maîtrise des évènements que suscite un changement.

La cadre 1 dit, qu'elle avait l'impression de tout faire dans l'urgence et de ne pas pouvoir consacrer assez de temps à l'équipe. Elle dit avoir trop de demandes de la part de la direction et pas assez d'informations. Un autre cadre évoque les contraintes économiques induites par le changement.

Un autre précise qu'il est difficile de changer les habitudes de service, surtout quand les équipes sont constituées de nombreux éléments. Le changement induit la peur de l'inconnu, de mal faire, le manque de confiance, la remise en question des savoirs et acquisitions. Un des facteurs défavorables est d'après un cadre l'inadaptation du projet, le manque de communication, l'absence de cohésion dans les équipes.

Dans mon cadre conceptuel j'évoque les changements opérés tout le long des réformes hospitalières et l'organisation impactée à ce système. Par conséquent, tous les acteurs de santé vivent des changements dans leurs unités de soins et doivent s'adapter à

cet environnement en mouvance continue. Souvent, le changement génère des interrogations et des inquiétudes pour les agents qui manifestent alors une certaine résistance au projet comme le signale Mintzberg dans « *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre* » et Le Boterf dans ces enquêtes.

J'ai accentué le rôle du Cadre de Santé que j'ai développé auparavant, concernant les modes de communication qu'il exerce auprès de l'équipe pour accompagner le changement et faire face à ces résistances. « *J'ai interrogé des Cadres de Santé sur les changements qu'ils ont eu à mener et sur l'importance de la communication dans la conduite du changement, notamment face aux éventuelles résistances rencontrées.*

A travers ces enquêtes, j'ai observé que le Cadre doit prendre en compte la spécificité de la situation et les résistances manifestées par les agents dans toute conduite du changement. Ce travail a mis en lumière l'importance du rôle du Cadre de Santé lors de la conduite d'un changement. La communication est un levier indispensable pour encourager et faciliter l'adhésion des équipes dans une démarche de changement »⁵⁵.

P. Bouret, 2006, a mené une étude d'observation sur l'activité des cadres d'unité, pour elle les cadres font état de pressions croissantes à rendre des comptes sur l'activité de leur unité. Les cadres restent centrés sur le management opérationnel, en mettant en avant la qualité des soins et un service public égalitaire, ses pratiques étant la reconnaissance des cadres par les équipes soignantes.

« La valeur essentielle de la communication repose sur la prise en compte des facteurs relationnels et sur la possibilité de créer une véritable interaction entre les protagonistes. Ce qui suppose d'accepter le principe que toute situation de communication n'a de sens qu'à partir du moment où s'engage un processus d'influence réciproque, concrétisé par la possibilité du feed-back »⁵⁶.

Pour ce qui est de la réalisation de projets, comme le souligne un des cadres, la non adaptation de celui-ci et le manque d'information, peut conduire à une déstabilisation de l'équipe renfonçant la résistance au projet et l'éclatement de l'équipe.

Définition de projet :

⁵⁵ Soins cadres, numéro 41, 2002, p. 20 20 Le Boterf, Guy, Construire les compétences individuelles et collectives, éd. D'organisation, Paris, 2008, p.17

⁵⁶ Nicole Aubert, *Diriger et motiver, art et pratique du management*, Editions d'Organisation, 356 pages, p. 249, (2^e édition)

Un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer la réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données. AFNOR NF X 50-105

Question 7 :

Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?	
Cadre 1	Il faut être dans l'écoute. Il faut croire en ses capacités et à celles des autres à s'adapter. Il faut instaurer un climat d'entraide. Il faut faire des réunions d'information, faire appel aux collègues. La qualité relationnelle et l'écoute sont les meilleurs atouts. Croire dans les ressources des autres et favoriser l'accompagnement des équipes tout le long du projet.
Cadre 2	Enfin tout le monde est prêt à changer si l'on comprend pourquoi on doit changer. On se rend compte que les gens ne résistent pas longtemps. Beaucoup sont partants pour le changement et sont prêts à participer activement, même si cela prend du temps quelques fois.
Cadre 3	Expérience très positive, en travaillant sur des projets on est plus proche des équipes, il faut être sur le terrain pour que le projet avance et ne pas laisser tomber les équipes. De nos jours le cadre est très pris ailleurs, alors que sa place est d'être près des équipes. Ce qui me plaît dans les projets c'est l'échange, la communication et l'écoute et pouvoir accompagner les équipes.
Cadre 4	Bilan plutôt positif, dans la mesure où cela m'a permis de mieux appréhender les futurs projets. Il y a eu un processus d'adaptation pour moi comme pour l'équipe, ce qui nous a permis de mener le projet par étapes et de réussir le changement. Le travail avec la cadre supérieure m'a permis de mieux gérer les services et de mettre en évidence tous les problèmes qui pourraient surgir de ce changement.
Cadre 5	Ce projet a développé mes aptitudes de cadre, de manager, pour ma légitimité entre le métier d'infirmière et le métier de cadre. Je reste toujours dans le soin et le prendre soin, même si des fois on s'éloigne un peu du fait des objectifs institutionnels. Ça a posé des bases, manager une équipe ça permet de donner du sens à l'organisation, voir le rôle de chacun et leur place. Ça développe des compétences relationnelles avec les patients, les familles, les équipes la hiérarchie.
Cadre 6	Expériences très positives. J'ai pu développer des compétences de fédérations d'équipe, qui ont permis de renforcer la cohésion d'équipe, le dynamisme de l'équipe et de chaque professionnel. Cela a permis d'optimiser les ressources de chaque professionnel.

Par cette question, les cadres nous renseignent sur les modes opératoires de mise en place de projets, afin de créer une cohésion d'équipe et de diminuer les résistances au changement.

D'après les réponses données, les cadres sont plutôt satisfaits des projets qu'ils ont menés. Ils en tirent des bonnes conclusions et satisfaction de leurs aptitudes managériales. Ils parlent des compétences qu'ils ont pu développer et mettre en place. Tous, mettent en avant des outils indispensables au bon déroulement du projet pour une meilleure adhésion de l'équipe au changement, tels que : l'écoute, la communication, la formation, les réunions. De plus les cadres, insistent sur le fait qu'il faut être près des équipes sur le terrain, croire en la capacité des équipes à opérer le changement.

Les échanges avec l'équipe permettent d'anticiper et de créer des liens. Il faut avoir des qualités relationnelles et instaurer un climat de confiance. Un des cadres dit, que tout le monde est prêt à changer si l'on comprend pourquoi on doit changer. Tous les cadres sont d'accord sur le fait que, pour effectuer des changements il faut du temps, de l'accompagnement et une bonne compréhension du projet.

Selon Douguet et Muñoz⁵⁷ (2005), « *le cadre de santé capable de mobiliser son personnel est celui qui occupe une fonction carrefour en matière de communication et d'information. En qualité d'interlocuteur privilégié des médecins, des soignants et de l'administration, le cadre est placé au centre des logiques professionnelles souvent divergentes et peut de ce fait contribuer à assurer le lien régulateur entre celles-ci. Le cadre fait circuler l'information entre les différentes catégories professionnelles, en la faisant remonter vers le haut de la hiérarchie (par exemple les doléances des soignants) et en la faisant redescendre vers le bas (en organisant des temps d'échanges)*».

Le cadre doit mettre en lien les différents acteurs de l'organisation. Il a un rôle de liaison avec la hiérarchie de l'hôpital, l'administration et les agents qui sont sous sa responsabilité. Mais également les médecins du service, les patients et leurs familles ainsi que tous les acteurs extérieurs qui peuvent intervenir lors d'une prise en charge pluridisciplinaire.

De par sa stratégie, le cadre de santé est à la fois émetteur et récepteur de l'information. C'est lui qui transmet de façon verticale mais aussi horizontale toutes les informations nécessaires à la bonne marche du service dont il a la charge.

⁵⁷ Douguet et Muñoz, Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Soins cadre, n° 48 – juin 2005

Fédérer des projets pour donner du sens au travail et s'impliquer dans l'évolution des pratiques professionnels, semble être une solution pour les cadres afin d'être plus proche des équipes.

Question 8 :

Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?	
Cadre 1	On est dans une société qui évolue en permanence, il faut développer de nombreuses compétences. En vieillissant on devient plus résistants aux changements et on a du mal à accepter les nouveautés. Sur le plan humain, il faut faire preuve de justice. Savoir reconnaître les compétences de l'autre et valoriser le travail de l'autre, afin d'éviter d'être maltraitant envers l'équipe et les patients.
Cadre 2	Non pas de commentaires
Cadre 3	La mise en place de projets est un élément majeur pour l'échange et la communication. La communication adaptée aux besoins de l'équipe.
Cadre 4	Bilan positif dans ce changement, il y plus de cohésion entre les équipes.
Cadre 5	Le cadre reste le pivot essentiel à une bonne cohésion d'équipe.
Cadre 6	Les changements sont indispensables à l'évolution des pratiques. Ils entretiennent la motivation des professionnels. Les changements ne doivent pas se succéder sans prendre le temps d'évaluer les bénéfices et de les communiquer à l'équipe.

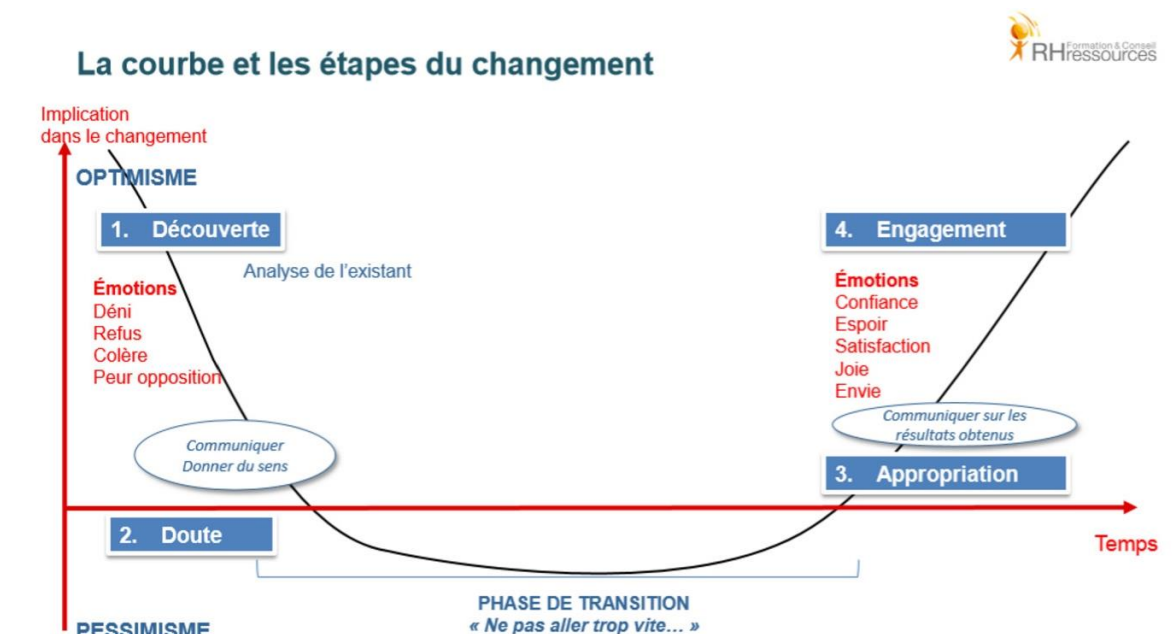
Les commentaires des cadres nous livrent un message de bientraitance et de bienveillance, dans la conduite du changement.

Les cadres sont unanimes dans les dires : pour mener des projets vers le changement, ils doivent être proches de l'équipe. Faire preuve d'empathie envers l'équipe, favoriser l'échange. Savoir reconnaître les compétences de l'autre et lui faire confiance. D'après les cadres, les projets et les changements sont nécessaires à l'évolution des pratiques, à développer des compétences, à la motivation et à la cohésion d'équipe.

Le primat de la conduite du changement, réside pour les cadres dans la mise en œuvre d'objectifs, aboutissant à l'évolution de l'organisation du travail, pour une prise en charge efficace des patients à travers l'implication et la motivation des équipes.

Il convient de favoriser par tous les moyens l'innovation participative, et de se placer dans une perspective de long terme où les contraintes deviennent des opportunités de développement des personnes et des organisations.

Le cadre doit porter une attention particulière à l'évaluation des comportements professionnels, de manière explicite et objective (posture professionnelle, compétences managériales, respect des valeurs définies) afin d'obtenir une reconnaissance des capacités managériales et professionnelle valorisantes.



6.2 Synthèse de l'analyse : en confrontation aux questions et aux hypothèses

L'enquête auprès des différents professionnels de terrain a été très riche en échanges et recueil d'informations. A travers ce travail de recherche, par l'intermédiaire d'une enquête qualitative auprès des cadres de santé, j'ai souhaité présenter la manière dont les individus perçoivent et vivent une situation de changement.

Cela m'a permis d'identifier les liens entre la bibliographie de mon cadre conceptuel, mes questions de départ, mes hypothèses et les réponses obtenues auprès des cadres interrogés.

D'après l'analyse de l'enquête, je peux constater que les cadres interrogés ont tous mis en pratique un projet de service. Ce projet les a amenés à faire preuve d'ingéniosité afin de pallier aux prédispositions des équipes à la résistance au changement.

Je vais donc faire un rappelle de mon questionnement de départ à l'origine de mon travail, puis de mes hypothèses survenues après mon cadre conceptuel.

Mon questionnement de départ :

Quelle est la place du cadre de santé, dans l'élaboration du processus de changement, de quoi va-t-il avoir besoin pour réussir dans cette mission ?

Quels moyens le cadre peut-il mettre en place pour amener son équipe vers le changement ?

Mes hypothèses :

- **Quel rôle les cadre de santé peuvent-ils avoir dans l'organisation managériale, et surtout comment peuvent-ils favoriser une meilleure collaboration entre les différents acteurs, afin de faciliter une meilleure adhésion au changement nécessaire à l'évolution des soins ?**
- **Face aux besoins croissants de réactivité, réajustements et de souplesse, je me demande comment les cadres peuvent influencer sur la création d'une dynamique de groupe le conduisant à mieux appréhender les changements inhérents à l'hôpital.**

Avant de confronter les résultats aux hypothèses, je dois préciser que l'échantillon des réponses recueillis auprès des six cadres interrogés, ne tient pas compte des règles statistiques, puisque ne sont pas représentatifs d'une valeur normée.

Les cadres rencontrés, ont tous vécu des situations les conduisant au changement. De ce fait, ils se sont confrontés à la résistance au changement de la part des équipes et à la difficulté à mettre en place des projets. Soit parce que ses projets n'avaient pas été annoncés correctement aux équipes par manque d'information, de communication ou de formation. Soit par un manque d'accompagnement des équipes au moment de leur mobilité vers d'autres services, ou lors de l'instauration de nouveaux projets.

Les réponses des cadres sont globalement identiques, en ce qui concerne les directives conduisant aux changements des habitudes, surtout quand les équipes sont nombreuses et en place depuis longtemps.

Tous sont d'accord sur le fait qu'il faut accompagner les équipes, expliquer les faits, valoriser et mettre les équipes en confiance. Ils nous font remarquer l'importance de l'organisation dans la méthode de management du cadre au quotidien. Ils développent des stratégies de management en analysant les difficultés rencontrées lors de la prise de poste dans un service ou de nouveaux projets. Cette analyse leur permet de trouver un équilibre et d'identifier des leviers qui favorisent le management des équipes.

Tous les cadres font appel à des aides, soit des cadres experts ou des psychologues, les cadres des autres services, les cadres de pôle ou la direction.

Dans les réponses évoquées par les cadres, les raisons qui mènent les cadres à construire ou à mettre en place des projets les conduisant au changement, sont multiples.

D'une part selon eux, les changements sont nécessaires à l'évolution des équipes. Par le biais des pratiques professionnelles et l'acquisition de nouvelles compétences et les mises à jour des méthodes et règlements obligatoires. D'autre part, les changements rentrent dans une dynamique de projets de soins d'établissement, de projets gouvernementaux et régionaux, dans la restructuration des services pour une prise en charge de qualité des usagers.

Ces changements sont nécessaires et donnent du sens en ce qui concerne la recherche de reconnaissance autant de la part des équipes que de la part de cadres de santé, dans leur implication au sein du service. Les cadres disent que cela peut prendre du temps, pour répondre aux diverses situations de la manière la plus efficace possible. Pour cela, il faut l'acquisition de compétences et la maturation de ses connaissances permettant d'étudier plus finement la situation, afin de mettre en place une posture personnalisée et aidante pour les équipes.

Après confrontation de la bibliographie des auteurs cités dans mon cadre conceptuel et l'enquête menée auprès des professionnels de terrain, je peux donc conclure que mes hypothèses sont confirmées, dans le sens où tous les interrogés ont pu donner des réponses fiables à mes interrogations.

Ce travail m'a permis de mieux comprendre le processus de changement et la façon de mener des projets par un accompagnement participatif des équipes. Selon les auteurs cités, la résistance au changement serait un processus naturel, que le cadre doit apprivoiser avec tact et discernement.

« La conception humaniste et existentielle porte sur la reconnaissance de la personne, de son être, de son caractère unique et distinct et de son existence. La croyance

qui alimente une telle perspective repose sur une confiance fondamentale en l'humain ainsi que sur le potentiel des personnes et des collectivités »⁵⁸.

Limites de mon enquête

J'ai d'abord retranscrit sur papier l'ensemble des données récoltées à l'issue des entretiens, afin de pouvoir visualiser l'ensemble des réponses données, pour pouvoir procéder ensuite à un travail de tri des résultats, de comparaison, et d'analyse. Je me suis ainsi trouvé en possession du matériel nécessaire pour pouvoir tester mes interrogations de départ et approfondir mes hypothèses.

Limites liées à la réalisation des entretiens : j'ai eu des difficultés à trouver du temps pour me déplacer vers les lieux d'exercice des cadres (deux cadres ont été conciliants en m'accordant des rendez-vous après 18h00).

J'avais fait huit enquêtes, mais deux se sont montrées inexploitable. Une ne correspondant pas au cadre du sujet, l'autre a été parasitée par des entrées et sorties du personnel dans le bureau du cadre. J'ai parfois retranscrits des données peu utiles.

Ainsi les données concernant le sexe ne m'ont pas servi car je n'ai pas pu en dégager de liens avec les réponses collectées. De même concernant l'âge, je me suis aperçu que la conduite de projet enduisant une résistance, n'était pas forcément liée à l'expérience ou à l'ancienneté des cadres.

Conclusion

Par ce mémoire, j'ai pu voir les différentes causalités de la résistance au changement, les diverses origines, les conséquences professionnelles et ses gestions spécifiques.

Ce travail a été pour moi bien plus que le fait de comprendre les façons d'aborder cette réalité professionnelle, mais aussi de pouvoir travailler autour du bien-être et du bien-travailler ensemble. Ceci m'a permis également, de rechercher à appliquer une véritable projection de ce que j'ai appris tout au long de cette formation.

⁵⁸ C. Dejours, *Psychopathologie du travail* (ouvrage collectif sous la direction de C. Dejours, C. Veil, A. Wisner), Entreprise moderne d'édition, 1985.

J'ai alors pu faire des liens notamment avec la qualité des soins et les contextes de travail des cadres de santé en m'imprégnant des apports théoriques lus et vus à l'école des cadres pour nourrir ce mémoire. Ce qui a renforcé ma responsabilité et ma créativité intellectuelle.

A travers mon cadre conceptuel et mes enquêtes, j'ai observé que le cadre doit prendre en compte la spécificité de la situation et les résistances manifestées par les agents dans toute conduite du changement. Le cadre conceptuel comme l'analyse de l'enquête menée démontre que l'individu n'est pas d'emblée réfractaire au changement mais, la manière dont celui-ci lui est présenté facilite ou non son acceptation et son adhésion.

L'accompagnement est un levier indispensable pour encourager et fédérer l'adhésion des équipes dans une démarche d'innovation.

Les outils que le cadre promulguera et son implication avec les différents acteurs sont des axes prioritaires dans le management du changement. Cependant ces changements, doivent être nécessairement accompagnés d'échanges individuels et collectifs, afin d'être le moins déstabilisants possible.

C'est grâce à un savoir-être et à une action censée et réfléchie des bonnes pratiques, que peuvent se créer des méthodes et des qualités humaines et relationnelles nécessaires à une conduite de changement.

Le positionnement du cadre de santé, est à même de favoriser une culture professionnelle, permettant d'assurer à l'équipe confiance et stabilité dans le travail, afin d'instaurer une cohésion et efficacité collective.

La conclusion de ce travail pourrait me rediriger vers des questions ou hypothèses que je n'ai pas pu aborder tels que :

« La position du manager dans la conduite de projets ; un levier vers plus de reconnaissance du cadre de santé ».

Bibliographie

Cours

Maud Papin-Morardet. Conduite de projet. ESM/UPEC le 06/10/2015

P.Farnault. Les postures managériales. 09/11/15.

Morgane le Gal. Gestion des Organisations Soignantes et ressources : un lien indéfectible. Le 02/ 10/2015, ESM Créteil.

Jean-Paul Dumond. Maître de conférences université Paris Est. 2015/2016.

Chantal de Singly. Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Ministère de la Santé et des Sports, p, 82, p, 124, (11 sept. 2009)

Littérature

Marc Catanas. Revue cadre de santé. n°37,10 décembre 2007.

LE BOTERF G. De quel concept avons-nous besoin. Dossier : les compétences de l'individuel au collectif, Soins Cadres, n°41, 2002, p20.

Crozier M., Friedberg E. L'acteur et le système. Éditions du Seuil, Paris, 1977, p.3 à 24.

LEWIN, K. Psychologie dynamique. Les relations humaines. Paris, PU F, 1975.

Cécile Bareil. La résistance au changement : synthèse et critique des écrits. 2004, Montréal, p. 3-4. http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf. Consulté le 04/02 2016

Bernoux, Philippe. Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Seuil septembre 2004, 310 p., pp. 120 à 150

Henry Mintzberg. Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre. Éditions d'organisation. 1984.

B. Bonnefous. Auteur de la fiche lecture, internet le 20/10/15.

Christophe Peiffer. Les cinq facteurs de résistance au changement.

Consultant Ressources Humaines

christophe.peiffer@audalom.com, le 27/11/2015

C. Dejours. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail (ouvrage collectif sous la direction de C. Dejours, C. Veil, A. Wisner), Entreprise moderne d'édition, 1985. P.187.

Nicole Aubert. Le culte de l'urgence: la société malade du temps. Flammarion, 2003. p.192.

DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Florence Douguet, Jorge Muñoz. Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé. (UBS/UBO-ARS) – (UBO-ARS) avec la collaboration de **Danièle Leboul** (UBO) n° 48 – juin 2005 Ministère De L'emploi, De La Cohésion Sociale Et Du Logement Ministère De La Santé Et Des Solidarités.

Dictionnaire Larousse. Édition 2006.

Chantal de Singly. Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Ministère de la Santé et des Sports, p, 52, p, 124, (11 sept. 2009)

Douguet et Muñoz. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Soins cadre, n° 48 – juin 2005.

Claude Dubar, Pierre Tripier. Sociologie des professions. Armand Colin, Paris, 1998, 256 P.

Le Boterf, Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Dossier : les compétences de l'individuel au collectif, Soins cadres, numéro 41, 2002, pp. 17 ; 20, éd. D'organisation, Paris, 2008.

Henry Mintzberg. Le manager au quotidien. Edition d'Organisation, 1984.

Paule Bourret. Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible. Éditions Séli Arslan, 2006, 284 pages, p. 161.

Nicole Aubert. Diriger et motiver, art et pratique du management. Editions d'Organisation, 356 pages, p. 249, (2^e édition).

Webographie

Code de la Santé Publique, Partie Législative, Quatrième partie, Livre III, Titre 1er, Chapitre 1er, Art.L.4311-1, <http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 10/10/15

<http://www.sante.gouv.fr>. Consulte le 10/10/15

<http://www.legifrance.gouv.fr>. consulté le 25/11/15

Portail EHESP (Ecole d'hautes études en santé publique).

fr.wikipedia.org/wiki/Frederick_Winslow_Taylor. Consulté le 10/12/2015

Cadresdesante.com, consulté le 30/11/2105.

<http://communicationorganisation.revues.org/1713> Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer, Christian Michon, le consulté le 09/11/15.

Textes législatifs

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, JORF du 5 mars 2002 page 4118.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, JORF n°102 du 3 mai 2005 page 7626.

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641 JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, annexe 1. Paru au JO du 20 août 1995, p12469.

Annexes

Annexes 1

Questionnaire vierge

Annexe 2

Retranscription des entretiens

Questionnaire

Dans le parcours de la formation de cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant **le rôle du cadre de santé dans une conduite de changement émanant d'un projet de service.**

- 1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?
- 2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :
 - Entre 27 et 34 ans ; 35 et 41 ans; 42 et 49 ans; 50 et 57 ans; 58 et plus
- 3) Où avez-vous exercé ?
- 4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?
 - Quel type de projet ?
 - Quels changements ont été induits ?
 - Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour les mettre en place.
- 5) D'après vous, quelles compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?
- 6) Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?
- 7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?
- 8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

Entretiens n°1

1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

Je suis diplômée depuis 2003.

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

Entre 42 49 ans

3) Où avez-vous exercé ?

Alors j'ai fait une année de faisant fonction à Montfermeil 2001/2002, fusion de service ORL, ensuite fusion avec l'oncologie, puis cadre en ORL puis fusion avec l'ophtalmologie et puis fusion avec la viscérale plusieurs disciplines dans le même service.

4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?

A chacun des regroupements de service.

-Quel type de projet ?

Projet de changement de service j'ai quitté le service ORL/oncologie j'ai quitté les lieux pour aller dans un nouveau service. Dans un nouveau service il a fallu que j'absorbe un service d'ophtalmologie qui était en travaux et qui ouvrait. Et que j'accueille l'équipe et une deuxième fois fermer le service ophtalmo et intégrer le service viscérale avec l'ORL. Avec une équipe mixte celle qui était avec moi plus celle qui était en place de viscérale, intégration du groupe de travail d'agencement des locaux. Cadre deux équipes une qui connaissait l'orl l'autre pas, orl oncologie fermeture ouverture ophtalmo. A chaque fois inter changement d'équipe et de locaux.

Quels changements ont été induits ?

L'équipe ne se connaissait pas. Puis deux ans après rechargement des lieux et fermeture et ouverture d'un autre service viscérale avec à chaque fois une nouvelle équipe.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour les mettre en place.

Difficulté trouver le positionnement de cadre manque de compétence face à un nouveau challenge. Manque d'information, positionnement en tant que cadre. Difficulté à gérer une nouvelle équipe et un nouveau service. Sentiment de tout faire dans l'urgence. Gérer l'agencement des locaux et le changement. Gérer l'équipe avec une résistance au changement pour des raisons fusion de service et un nouveau cadre, changement

d'horaires, de roulement. Résistance pour le cadre aussi, méconnaissance du service et de l'équipe

Improvisation, travail dans l'urgence et avoir le sentiment de ne pas avoir le temps d'accorder du temps à l'équipe.

- 5) D'après vous quels compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?

Appel à mes valeurs, les valeurs de l'équipe, l'écoute, échanges d'équipe avec le cadre d'ORL et ophtalmologie pour constituer des équipes en binôme afin de les amener à s'approprier les pathologies.

- 6) Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?

Pour conduire le changement il faut du temps pour nous et pour les équipes. Surtout quand on n'a pas envie et que malgré tout il faut accepter les décisions institutionnelles qui ne nous appartiennent pas. Quand on a le temps il faut organiser communiquer avec les autres services, faire appel aux experts. Faire appel à un psychologue parce que l'équipe a eu du mal à accepter les changements et cela permet aux équipes d'exprimer leur désaccord. En tant que cadre on est obligé de prendre soins de nos équipes, et de les considérer et connaître leur avis et leur travail. En tant que cadre c'est la qualité relationnelle et l'équipe qui doivent primer. J'avais le sentiment de les faire encaisser beaucoup de choses et de nouveautés. Ce qui me manquait c'est l'information qui venait toujours à la dernière minute. L'être humain en soit n'aime pas le changement, cela traduit un inconfort. Il faut que l'équipe se rende compte qu'elle n'est pas toute seule et qu'il y a un accompagnement.

- 7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?

Il faut être dans l'écoute. Il faut croire aux capacités des autres à la capacité des autres à s'adapter instaurer un climat d'entraide. Il faut faire des réunions d'information, faire appel aux collègues. La qualité relationnelle et l'écoute sont les meilleurs atouts.

Finalement on s'adapte, mais il faut être dans l'écoute et croire dans les ressources de l'autre. Favoriser

- 8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

On est dans Société qui évolue en permanence et que tout va de plus en plus vite, il faut développer de nombreuses compétences. Il faut développer des nombreuses attitudes pour

évoluer avec la société. Et en vieillissant on devient de plus en plus résistant on a du mal à accepter les nouveautés.

Sur le plan humain il faut faire preuve de justice, savoir reconnaître les compétences de l'autre et la valorisation du travail de l'autre. Il faut être dans l'écoute et croire aux capacités de l'autre. Afin d'éviter d'être maltraitant envers les patients, envers l'équipe, il faut être reconnaissant envers l'équipe. Il faut se rendre compte des valeurs de l'autre. Faire confiance et être reconnaissant.

Entretien n° 2

1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

Depuis 1990

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

58 et plus

3) Où avez-vous exercé ?

Service chirurgical dans un hôpital parisien de nuit puis de jour dans un service d'urgences, depuis 1999 enseignant en IFCS.

4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?

- Quel type de projet ?

Projet de conduite de changement, pas induit par moi mais des projets qu'on me demandait de mettre en place, même si je n'étais pas d'accord ce qui me posait problème pour les mettre en place. Il fallait que moi-même je me convaincs du bien fondée du projet.

Des projets d'organisation, d'ordre des pratiques soignantes. L'arrivée dans les services de la mise en place des solutions hydroalcooliques. Mise en place des nouvelles pratiques de travail.

- Quels changements ont été induits ?

Quant depuis des années on nous dit à l'école d'infirmier que le lavage des mains est ce qu'il y a de plus efficace, le changement n'est pas évident. Il y a eu beaucoup de réticences de la part des soignants en rapport aux changements de comportement, parce que pour eux se laver les mains c'est avec de l'eau et du savon. Il n'y a pas eu beaucoup de communication là-dessus, au début.

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour les mettre en place.

Difficultés, réticences qui étaient justifiées par le fait du manque de connaissance sur le produit et l'encrage des habitudes. Sortir du confort personnel. On met très souvent le terme de changement en cause pour se déculpabiliser, je pense qu'il faut comprendre pourquoi les gens sont réticents, et pourquoi on est résistant au changement.

Plutôt que de me poser la question si mon projet est bon, il faut se poser la question de savoir pourquoi les gens sont réticents à un projet. La résistance au changement qui existe n'est pas si évidente que ça. En même temps cette résistance est normale. Il faut travailler sur la compréhension et pas sur les changements d'habitudes. Chercher le Pourquoi, plutôt que de suggérer des nouvelles habitudes, il faut amener les équipes à être convaincues du bienfondé du changement et les amener à comprendre pourquoi il faut changer ses

habitudes, ils vont être amenés à changer d'eux-mêmes. Et là le changement se fait plus naturellement.

- 5) D'après vous quels compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?

La première compétence est l'écoute. Écoutée pourquoi les gens résistent. On est plus à même de comprendre des aspects du projet qui peuvent être présentés autrement. Il faut changer ensemble. Il ne faut pas demander aux gens de changer si on ne change pas soit même. Il faut écouter et changer ses propres habitudes, il faut accompagner. Il faut trouver un juste milieu et changer ensemble.

- 6) Avez- vous put identifier des facteurs défavorables au changement ?

Facteurs défavorables, c'est tous les changements qui sont d'ordre économique et qui donnent l'impression aux soignant qu'il y une mauvaise qualité de prise en charge des patients. Quand il y a des changements, l'équipe subi mais les patients aussi et ça est difficile à accepter. Les changements économiques, qui viennent de la direction, du ministère, sont souvent incompréhensibles pour les équipes et les cadres.

- 7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?

Le Bilan que j'en fais c'est que finalement tout le monde est prêt à changer si l'on comprend pourquoi on doit changer. Finalement on se rend compte que les gens ne résistent pas longtemps. Beaucoup sont partants et finalement ils sont prêts à participer activement, même si cela prend du temps quelques fois.

- 8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

NON, j'ai tout dit.

Entretien n°3

1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

2003 2006 faisant fonction, 2007 cadre

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

Age entre 42-49

3) Où avez-vous exercé ?

En EHPAD, 18 mois de nuit et puis de jour.

J'ai toujours travaillé dans des EHPAD avec des grandes équipes de 20 Aides-soignantes.

4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?

- Quel type de projet ?

Projet de réorganisation totale de prise en soins des résidents par rapport aux besoins et au confort de la personne, il a fallu réorganiser tout le travail de l'aide-soignante.

-Quels changements ont été induits ?

Le projet, était difficile, d'amener les équipes à changement. Il fallait amener les équipes à changer les habitudes, ceci est très compliqué, il fallait aussi quelles me proposent leur point de vue. J'avais des impératifs de la part de la direction qui voulait que ce soit fait dans les deux mois qui suivaient. Comme ce n'était pas possible j'ai demandé un délai plus long, j'ai quand même mis un an à faire le changement.

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour les mettre en place.

La plus grande difficulté a été de faire adhérer les AS à changer leurs habitudes pour qu'elles comprennent que s'était pour le confort du patient. Il fallait revoir les horaires de levé des patients en tenant compte des habitudes de vie. L'heure de la toilette des résidents, il a fallu que j'argumente en rapport aux textes de loi, et leurs faire comprendre la nécessité de changer, par rapport aussi à la renommée de l'établissement, et l'image de l'équipe et de l'établissement les besoins des patients. J'ai eu du mal à leur faire comprendre qu'il fallait changer, et les faire comprendre que les choses évoluent et il faut suivre l'évolution et les normes des textes de lois. Surtout j'étais constamment sur le terrain.

5) D'après vous quels compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?

Un changement, il ne faut pas se mettre dans un coin toute seule et produire un projet. Il faut être avec l'équipe, les faire participer et tenir compte de leur avis, leur dire qu'aujourd'hui il faut aller plus loin dans la réflexion. Il faut tenir compte des habitudes de vie des résidents les laisser s'exprimer. Il faut faire de réunions et faire de la place à chacun. Il faut leur dire qu'elles font bien leur travail, il ne pas leurs dire que ceci ne va pas, il faut les mettre en avant les valoriser. Il faut inclure chaque personne en tant qu'individu en tant

que soignant. Il faut leur dire que leur façon de travailler est bien qu'elles apportent énormément aux résidents. Il faut les encourager.

6) Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?

Dans les premières réunions c'était des déversements de colères pourquoi il, « faut tout changer on a l'impression que nous faisons tout mal », il faut les encourager. Il faut vraiment que chaque membre de l'équipe ait sa place, il ma fallut du temps porque les agents comprenant le changement.

Il y a malgré tout des soignants réfractaires, mais il faut avancer et les inclure malgré tout dans le projet et les réfractaires seront bien obligés de s'intégrer au projet, et souvent elles se remettent à suivre l'équipe, puis quand elles sont minoritaires elles n'ont pas le choix.

7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?

Expérience très positive, parce que en travaillant sur des projets on est plus proches des équipes, Il faut être sur le terrain pour faire avancer le projet et ne pas laisser tomber les équipes. Alors qu'aujourd'hui le cadre est très pris ailleurs, alors que sa place est d'être près des équipes. Ce qui m'a plu c'est d'être dans l'échange au plus près des équipes et voir la manière dont elles avancent avec nous. Laisser l'équipe s'exprimer, et pouvoir être à l'écoute et les accompagner.

8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

La mise en place de projet est un élément majeur pour l'échange et la communication. La Communication adapté aux besoins de l'équipe.

Entretien n°4

1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

Depuis 2003

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

Entre 50-57 ans

3) Où avez-vous exercé ?

Dans un grand Hôpital de la région Parisienne, de nuit puis de jour.

Maternité, puis en maternité/gynécologie/bloc obstétrical.

4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?

-Quel type de projet ?

Projets de remaniement de personnel du service maternité/gynécologie. Les auxiliaires de puériculture de maternité restaient essentiellement en maternité n'allaient au bloc mater, avec la cadre supérieure, nous avons mis en place le projet de faire tourner les AP. et les IDE de maternité et du bloc mater au bloc maternité et vice versa. Nous avons fait la même chose avec les IDE de maternité et de la gynécologie surtout quand il y avait des problèmes de personnel. Le personnel de maternité allait en gynéco et le personnel de gynéco allaient en mater. Mise en place du projet de faire passer le personnel de ménage de gynécologie et de maternité au bloc maternité sur certaines heures. Le personnel de gynéco a mieux perçu le projet que le personnel de maternité.

- Quelles difficultés avez-vous rencontré pour les mettre en place.

Au début avec un encadrement puisque les IDE de maternité ne connaissaient pas les pathologies de gynécologie. Le personnel de gynécologie prenaient en charge les urgences, les IDE de maternité avait peur de cette prise en charge elles disaient qu'elles ne se sentaient pas capables de prendre en charge le service et les urgences gynécologiques. Ça a été dur pendant un moment, il a fallu mettre en place des outils.

-Quels changements ont été induits ?

Il est difficile de faire déplacer le personnel qui a ses habitudes, surtout pour le personnel le plus ancien.

Pour les nouvelles arrivantes il été moins compliqué ce changement. Pour le personnel de gynécologie elles avaient peur de prendre en charge les bébés et de prendre en charge l'urgence.

Il est très difficile de faire bouger le personnel

5) D'après vous quels compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?

Valoriser le personnel dans la prise en charge des patients, il faut leur dire qu'elles ont des facultés d'adaptation ça c'est déjà un point positif pour le changement. Leur dire qu'elles ont des connaissances, et qu'il est important de mettre à jour leurs connaissances, leur redonner le goût d'apprendre en leur disant qu'elles vont être accompagnées, qu'elles ne sont pas seules dans le changement, l'idée d'un tuteur est sécurisant, écouter leurs demandes, leurs craintes, leur dire que la porte est toujours ouverte, les voir régulièrement, les écouter, faire le point avec eux, qu'ils ne sont pas seuls dans le changement. Le personnel a des facultés d'adaptation et la faculté d'apprendre. Elles ont de l'expérience elles sont capables de gérer des situations, tout se fait dans l'accompagnement, mettre en place des éléments et il faut que le cadre soit présent. Il est hyper important de dédier des temps, de faire des réunions de service, valoriser l'équipe. Il est important d'inclure dans le projet de changement le personnel médical afin de reconnaître que le personnel de maternité qui est en gynécologie n'a pas certains automatismes ou ne va pas mettre en place certaines actions et vice versa pour le personnel de maternité qui va en . Il est important pour le respect des équipes.

6) Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?

Il y a toujours une résistance. Pourquoi on doit bouger, s'il manque du personnel vous n'avez qu'à engager, la peur de l'autre la peur de l'urgence. La peur de l'autre la prise en charge de l'urgence avec les femmes enceintes en gynécologie et la prise en charge des bébés en maternité, comment je fais ou comment je peux faire alors qu'elles savent mais non pas pratiqué.

7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?

Bilan est plutôt positif dans la mesure où cela m'a permis de mieux appréhender les futurs projets de changement.

Tout au début quand j'ai commencé par un petit service la gynécologie et à faire la prise en charge de la maternité, déjà pour moi c'était aussi un changement j'avais un petit service puis je me suis trouvé avec deux services et puis le rajout du bloc maternité.

Il avait un processus d'adaptation pour moi. Savoir gérer et connaître la pathologie de la maternité, les bébés et les médecins « pédiatres » me faire connaître. C'était un peu compliqué au début. Cela m'a permis de ne pas faire l'impasse sur le ressenti que le personnel pouvait avoir. Le changement à commencer par moi. Ce qui était très important pour moi aussi c'est que je devais travailler en binôme avec le chef de service l'équipe médicale et ma cadre supérieure. Moi-même j'ai demandé à être accompagné par ma cadre sup parce que je n'étais pas à l'abri de faire une erreur d'appréciation des compétences, de mettre en difficulté le personnel et les patients. Cela m'a permis de mieux gérer le service et de mettre en évidence tous les problèmes qui pourraient surgir de ce changement.

8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

Peut-être que ce projet a bien été mis en place. Au fur et à mesure du temps le contact était beaucoup plus positif avec le service, même s'il y a encore des tensions mais cela est normal et cela m'a permis d'avoir un bilan positif dans ce changement est peut-être dû au fait que j'étais déjà cadre de nuit et que je connaissais les services et l'essentiel de la prise en charge de l'hôpital.

Pourquoi j'ai demandé à être accompagné par ma cadre sup, c'est parce que je ne connaissais pas l'équipe de jour et plus précisément l'équipe médicale et que j'avais la peur du jugement de l'équipe médicale plus que de l'équipe para médicale.

Entretien n°5

1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

Faisant fonction 2001-2003

Cadre de santé depuis 2004

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

Entre 42-49 ans

3) Où avez-vous exercé ?

Cadre en service de médecine hépato- gastrologie. Cadre formateur IFSI.

4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?

-Quel type de projet ?

Projet, éducation thérapeutique du patient, dans la prise en charge du diabète. Projet collectif. J'ai mis en place d'une infirmière référente du patient, mais toute l'équipe était concernée.

-Quels changements ont été induits ?

Mise en place des staffs une fois par mois avec les infirmières et le corps médical, pour la présentation d'une pathologie pour une prise en charge éducationnelle, curative... avec les différents corps de métiers.

Changements, plus d'autonomie et responsabilité, sur la place des infirmières, aides-soignantes et agents de service dans le groupe. La place de chacun, plus de reconnaissance, et 'autonomie. A mon arrivée, c'était un service clos, j'ai voulu leur permettre un autre statut, pour qu'il y ait une ouverture et une reconnaissance et implication différente dans le travail. J'ai voulu décloisonner le service pour plus d'ouverture vers les autres services de l'hôpital, les reconnaître dans leur fonction.

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour les mettre en place.

La résistance au changement de la part des professionnels, par rapport à l'inconnu de la part des professionnels. D'abord par ma venue dans le service, j'ai eu une période d'observation très longue, (l'ancien cadre est resté une dizaine d'année) je voulais prendre ma place dans le groupe avant de proposer des projets. J'ai vu des alliances, des enjeux, des résistances, Puis, quand j'ai senti que l'équipe fédérait à ça, j'ai pu proposer ou plutôt c'est l'équipe qui proposait, je pense qu'ils avaient assez confiance en moi.

5) D'après vous quels compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?

La capacité d'écoute de la résistance, c'est des capacités de manager. Faire un état des lieux d'abord, ne pas froisser l'équipe dans leurs pratiques. D'organisation de logistique de trouver un consensus de travailler avec l'équipe et composer avec l'équipe comme elle est. Il faut attendre que ce soit l'équipe qui propose, ne pas gommer leur personnalité, les initiatives, et les laisser évoluer dans ce modèle-là. En termes de sociologie de groupe, il faut un temps d'écoute, d'observation, d'évaluation et d'initiateur de projet. Ce n'est pas nous qui allons initier mais proposer des pistes d'initiation en termes de besoin. Il faut leurs permettre que le projet vienne d'eux, leur laisser une marge de manœuvre. Autrement, ils peuvent se mettre en question sur les habitudes de travail et croire que ce qu'ils font n'est pas bien, alors qu'il ne s'agit pas de mettre en doute leur fonctionnement, c'est de reconnaître les équipes dans ce qu'elles font aujourd'hui. Il ne faut pas compromettre leur façon de travailler, mais les guider pour évoluer vers les objectifs attendus.

6) Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?

Des facteurs défavorables, c'est l'environnement, le changement est intégré dans le contexte, il faut être patient. Il faut le temps d'observation, et d'écoute, pour aller à un niveau supérieur, la temporalité dans le contexte et tenir compte des individus. Il faut penser le changement. Il faut penser le changement autrement.

7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?

Bilan, l'essentiel dans le métier de cadre, ça développe des attitudes de manager qui sont essentielles au métier de cadre. Pour ma légitimité, qui fait la transition entre le métier d'infirmière et le métier de cadre, je reste toujours dans le soin et le prendre soin même si on s'éloge un peu du fait des objectifs institutionnels. Pour moi, c'était une transition très formatrice de la posture de cadre, ça a posé des bases. Manager une équipe ça permet de donner du sens.

Ça donne du sens à l'organisation, voir le rôle de chacun et leurs place. Ça a développé des compétences relationnelles avec les patients, les familles, l'équipe, les médecins, le pôle la hiérarchie. Le cadre est seul, il s'isole aussi parce qu'il a besoin d'un temps d'observation nécessaire à s'approprier l'équipe. Puis il y a les groupes de cadres et la hiérarchie qui m'ont permis de mobiliser d'autres liens et d'autres relations qui rentraient dans un autre domaine.

8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

Non j'ai beaucoup bavardé déjà, mais le cadre reste le pivot essentiel à une bonne cohésion d'équipe.

Entretien n° 6

1) Depuis quand êtes-vous cadre ?

Depuis 2004

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous :

Entre 42 et 49 ans

3) Où avez-vous exercé ?

En fédération de cardiologie dans un hôpital de la PHP à Paris pendant 3 ans, en réanimation polyvalente au centre hospitalier de la région parisienne pendant 7 ans. Cadre formateur IFSI.

4) Avez-vous déjà eu à mettre en place un projet ayant conduit aux changements ?

- Quel type de projet ?

Mutualisation des ressources et compétences de l'équipe en créant une polyvalence entre les équipes de l'USIC et de l'hospitalisation traditionnelle de cardiologie. Fédération du personnel autour du partage des compétences.

Déménagement du Centre Hospitalier vers le nouvel Hôpital.

- Quels changements ont été induits ?

Appropriation des nouvelles organisations, des locaux.

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour les mettre en place.

Des difficultés à faire travailler les équipes en alternance, entre le service d'hospitalisation traditionnelle de cardiologie et le service d'USIC. Les équipes étaient attachées aux habitudes du service où elles travaillaient. Puis, ils ont dû déménager d'hôpital. Il a fallu s'adapter aux nouveaux locaux, et à un nouvel matériel. Le changement a été difficile à organiser pour toute l'équipe. Ils ont mis plus d'un an à s'approprier les lieux, beaucoup des membres de l'équipe ont changé d'hôpital ou de service. Les difficultés rencontrées concernaient plus les anciens membres de l'équipe qui avaient du mal à s'adapter aux nouveaux locaux et à la nouvelle organisation dans l'hôpital.

5) - D'après vous quelles compétences est-il nécessaire de mobiliser pour encourager le changement auprès de l'équipe ?

Pour ces conduites de projet de changement, la 1^{ère} étape a été l'état des lieux de l'existant, l'identification des compétences et ensuite la valorisation des professionnels.

Une planification adaptée à l'atteinte des objectifs, des objectifs correctement définis.

6) Avez-vous pu identifier des facteurs défavorables au changement ?

Les facteurs défavorables au changement sont les objectifs imprécis, une communication des projets non maîtrisée, une absence de cohésion dans l'équipe d'encadrement, une planification du projet inadaptée

7) Quel bilan faites-vous de cette expérience ou de vos actions ?

Ces expériences ont été très positives. Elles m'ont permis de développer les compétences de fédération d'équipe, elles ont renforcé la cohésion d'équipe, le dynamisme de l'équipe et chaque professionnel a développé de nouvelles compétences ce qui a permis d'optimiser les ressources des professionnels.

Le changement ne peut avoir lieu sans un climat de confiance entre l'équipe et le manager. Je m'inscris dans le changement en tant qu'acteur et je transmets cet esprit à l'équipe.

8) Souhaitez-vous ajouter des commentaires ?

Les changements sont indispensables à l'évolution des pratiques, ils permettent l'analyse des pratiques et entretiennent la motivation des professionnels. Les changements peuvent être à l'initiative de l'équipe.

Les changements ne doivent pas se succéder sans prendre le temps d'évaluer les bénéfices et de les communiquer à l'équipe.



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

La résistance au changement : un challenge pour le cadre de santé

AUTEUR

Maria Alcina GONCALVES

MOTS CLÉS

Résistance, changement, cadre de santé, positionnement, équipe, projet, service

KEY WORDS

Resistance, change, health manager, project, positioning, team, health care

RÉSUMÉ

Les différentes lois et la nouvelle gouvernance survenues ces dernières années à l'hôpital, ont conduit celui-ci à des changements sur le plan organisationnel et humain. Ceci a des conséquences, autant pour le cadre de santé que pour les équipes dont il a la charge.

Le cadre de santé, de par son positionnement est d'une importance majeure dans l'accompagnement du changement opéré au sein du service.

La rédaction de mon mémoire, m'a emmené à m'interroger sur la relation managériale face à la résistance au changement induit par les différentes réformes et le rôle du cadre auprès de l'équipe.

Mon cadre conceptuel, m'a orienté vers l'exploration de différents travaux d'auteurs sur le changement et à confronter ces réflexions aux réponses obtenues suite à une enquête de terrain effectué auprès des cadres de santé.

En effet, j'ai interrogée des cadres de santé travaillant à l'hôpital dans différents services et ayant conduit des projets de changement. Les résultats obtenus et l'expérience de ses professionnels me permettent d'analyser et de dégager des éléments de compréhension dans l'accompagnement des équipes sur des projets de service.

ABSTRACT

The different laws and the new governance occurred these last years at the hospital have led it to changes at organizational and human levels. This has consequences as well for the care manager as the teams he is responsible of.

The health manager, by his positioning, is of major importance in the accompaniment of change occurred inside the unit.

The elaboration of my master thesis, conduct me to ask myself about management relationship in front of the resistance to change induced by the different reforms and the health manager role beside his team.

The conceptual context of my work, led me to explore various work of authors writing about change and to confront these reflections to answers obtained from a field survey among the health managers.

In fact, I interviewed health managers working at the hospital, at different units, who have already led change's projects. The results obtained and the experience from these professionals allow me to analyze and identify understanding elements in the accompaniment of teams on service projects.