

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne
Diplôme de Cadre de Santé



**Management du cadre de
santé et conduite de projet**

La réflexivité au service du changement

Emilie LAMOTTE CHOLLET

DCS@13-14

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Je tiens particulièrement à remercier ma directrice de mémoire qui a su me conseiller lors des moments de doutes. Ainsi que Laurence et mes compagnons de route qui m'ont fait vivre une formidable année.

« Une utopie est un projet réalisable, qui n'a pas encore été réalisé. »
Théodore Monod

Table des matières

TABLE DES MATIERES	1
ABREVIATIONS / GLOSSAIRE.....	3
1 INTRODUCTION.....	4
2 CONSTAT ET QUESTION DE DEPART	6
2.1 PROJET	7
2.2 CHANGEMENT	7
2.3 L'ADHESION AU PROJET.....	9
2.4 ROLE DU CADRE DANS UN PROJET	10
2.5 ENTRETIEN EXPLORATOIRE	11
2.5.1 Grille d'entretien.....	12
2.5.2 Analyse de l'entretien.....	13
3 CADRE CONCEPTUEL	15
3.1 CONDUIRE LE CHANGEMENT	15
3.1.1 La résistance aux changements ou la peur du vide.....	15
3.1.2 L'heure du changement.....	17
3.2 LE MANAGEMENT DU CADRE DANS LA CONDUITE DE PROJET.....	22
3.2.1 La place du cadre à l'hôpital	22
3.2.2 Dynamique de groupe	24
3.2.3 La conduite humaine du changement.....	26
3.3 CONDUITE DU CHANGEMENT ET REFLEXIVITE	28
3.3.1 La réflexivité : outil pédagogique	28
3.3.2 La réflexivité : outil professionnel	31
4 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	33
5 ENQUETE DE TERRAIN	35
5.1 METHODOLOGIE.....	35
5.1.1 Objectifs de l'enquête.....	35
5.1.2 Choix de l'outil.....	35
5.1.3 Choix de la population cible	35
5.1.4 Présentation de la population interrogée.....	35

5.2	RESTITUTION DES ENTRETIENS	36
5.3	ANALYSE DES RESULTATS	47
5.3.1	<i>Les freins</i>	47
5.3.2	<i>Les leviers pour le cadre et les actions managériales</i>	49
5.3.3	<i>Les analyses de pratiques professionnelles</i>	51
5.3.4	<i>Les entretiens individuels</i>	53
6	RETOUR SUR LA PROBLEMATIQUE ET LES HYPOTHESES	55
7	CONCLUSION ET PERSPECTIVES EN LIEN AVEC MA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	56

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1 : grille d'entretien

Abréviations / glossaire

APP : analyse de pratique professionnelle

ARS : agence régionale de santé

AS : aide-soignant

ASH : agent des services hospitaliers

CME : commission médicale d'établissement

CREX : comité de retour d'expérience

CSIRMT : commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques

DE : diplômé d'Etat

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

FFCS : fraisant fonction cadre de santé

GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

HPST : hôpital patient santé et territoire

IAE : institut d'administration des entreprises

IDE : infirmier diplômé d'Etat

IFCS : institut de formation des cadres de santé

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

MAS : maison d'accueil spécialisée

ONCO : service d'oncologie

RMM : revue de mortalité et de morbidité

1 Introduction

« *Seul le changement est permanent* » disait le philosophe grec HERACLITE. De tous temps, les différentes évolutions ont demandées à l'homme des adaptations. Les civilisations dans leur histoire, les peuples dans leur mémoire, l'individu dans son développement, nous enseignent que le changement est bel et bien une réalité constante.

Le travail de recherche en sciences sociales présenté se situe dans le cadre d'une formation visant l'obtention du diplôme d'Etat de Cadre de santé Paramédical. L'objectif est d'amener l'étudiant à « *problématiser de façon singulière une situation professionnelle, à rassembler des données empiriques et théoriques, à les analyser, à les mettre en relation, leur donner du sens, et à traduire le cheminement de sa réflexion¹* ». J'ai choisi le thème de la conduite de projets car de plus en plus le cadre de santé est amené dans ses missions à coordonner des projets et accompagner les équipes dans le changement. Il n'est plus seulement un régulateur de lits et l'organisateur des soins dans un service de soins.

Dans la conduite de projets, la difficulté du cadre de santé est d'arriver à faire coopérer une équipe autour d'un objectif commun. Le projet n'est pas toujours choisi, parfois mal compris et peut entraîner des craintes, des peurs face aux bouleversements qu'il entraîne. Le changement n'est pas uniquement celui des choses, mais plus particulièrement celui des hommes dans leurs rapports les uns aux autres.

Depuis trois ans j'exerce la fonction de formateur faisant fonction cadre de santé dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers et à l'issue de la formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) je prendrai la responsabilité d'un service de pédiatrie/néonatalogie. Je me suis alors questionnée sur les éléments, les compétences, les outils transférables entre ces deux fonctions. L'analyse de pratique professionnelle et la posture réflexive sont omniprésentes dans le programme des étudiants infirmiers. La posture réflexive est même devenue pour ma part un automatisme aussi bien dans ma vie professionnelle que personnelle. Elle permet un regard différent sur les situations, les problèmes et permet une prise de recul facilitant l'acceptation et la prise de décision. Mais cette conviction s'est construite de manière empirique et il me faut la confirmer par des recherches théoriques.

¹ Procédure d'élaboration du mémoire de fin d'études en soins infirmiers UE 3.4 S6 et UE5.6 S6 – document ARS IdF

Plus globalement, ce travail de recherche va essayer de montrer comment le cadre par sa posture, sa communication, ses actions managériales va donner du sens au projet et amener les équipes à adhérer au changement.

Dans une première partie je présenterai la genèse de mon travail et mes premières recherches exploratoires qui me permettront d'affiner mon axe de recherche.

La deuxième partie est consacrée au cadre conceptuel qui traitera de la conduite du changement, du management dans la conduite de projet et de l'utilisation de la réflexivité dans la conduite du changement.

Ces deux premières parties m'amèneront à formuler deux hypothèses de recherche que je confronterai à une enquête de terrain effectuée auprès de cadres de santé.

Enfin, au regard de l'analyse, j'exposerai mes perspectives en lien avec ma pratique professionnelle.

Commençons tout d'abord par le constat qui a permis de poser la question de départ.

2 Constat et question de départ

Durant mes années d'exercice d'infirmière puéricultrice, j'ai été confrontée à une réorganisation générale du fonctionnement du conseil général pour lequel j'exerçais mes missions.

Cette réorganisation nous était présentée comme nécessaire par le responsable manager du secteur d'action social dans le but d'améliorer la prise en charge des usagers. A cela, et plus particulièrement pour le service de Protection Maternelle et Infantile, sont venues s'ajouter des décisions venant de la direction générale pour orienter nos missions : obtenir une couverture de 90% des dépistages des enfants en école maternelle et augmenter le nombre d'agrément d'assistantes maternelles. Ces décisions ont eu pour conséquences moins de visites à domicile chez les femmes venant d'accoucher et moins de liaison avec les maternités alors que jusque-là l'équilibre se faisait.

J'ai pu observer qu'il a été difficile de faire adhérer l'équipe et pendant plusieurs mois des sentiments comme la résignation ou l'impression de subir le changement sont apparus dans les équipes et j'ai entendu des paroles comme « de toute façon les décisions sont prises et nous n'avons pas le choix », « nous sommes dépossédées de notre rôle propre de puéricultrices », « ce sont des décisions politiques », et « que fait-on de la qualité de prise en charge offerte aux femmes ? », « où est l'intérêt supérieur de l'enfant ? ». J'ai également, de mon point de vue d'infirmière puéricultrice, ressenti des difficultés à comprendre et à adhérer à cette nouvelle organisation.

Le positionnement du responsable manager me paraissait paradoxal car il comprenait les raisons légitimes de nos réactions mais d'un autre côté son rôle était de faire appliquer au mieux ces nouvelles directives.

Actuellement étudiante en formation cadre de santé, ma future prise de poste de cadre de santé se fera dans un service de néonatalogie-pédiatrie où des changements d'organisation sont en cours. Un passage d'une néonatalogie de niveau 2A à un niveau 2B est prévu. Cette décision de la direction nécessite des mouvements de catégories de personnel (il n'y aura plus d'auxiliaires de puériculture) et une technicité plus importante. En ayant pris du recul et analysé mon expérience antérieure, je pense que le cadre doit être dans une posture d'accompagnement au projet mais quelles difficultés vais-je rencontrer ? Quelles sont les clés de la conduite de projet ?

A l'aube de cette prise de fonction, je me demande plus particulièrement: **Comment le cadre de santé peut-il construire l'adhésion d'une équipe à un projet ?**

Pour pouvoir commencer à répondre à ma question de départ et avancer dans ma réflexion, il me semble nécessaire de définir quelques concepts comme : le projet, le changement, l'adhésion et les missions du cadre dans un projet.

2.1 Projet

Un projet est un « *ensemble d'actions de conception, de planification, de pilotage, de gestion, de communication, d'évaluation, de remédiation, visant à atteindre un objectif de création d'un nouvel objet, ou d'amélioration d'un existant, en optimisant les moyens et en restant en cohérence avec les finalités de l'action et avec l'environnement dans lequel on se trouve* »².

« *Un projet est une entité constituée par un ensemble de moyens humains, matériels et financiers, réunis pour une durée déterminée, afin d'atteindre un objectif précis, en suivant un échéancier rigoureusement défini* »³.

Nous pouvons donc voir que le projet induit une finalité impliquant une modification d'organisation, un changement.

Le changement peut venir d'un groupe ou être demandé par une direction. Nous pourrions alors parler de changement prescrit : « *changement imposé par l'institution, la hiérarchie ou par la réglementation. L'injonction est faite à l'équipe, mais également au cadre, un changement qui n'a, du coup, pas pu être décidé, construit en équipe de manière participative* »⁴.

2.2 Changement

Le dictionnaire Larousse⁵ donne la définition suivante du changement : « *Modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi* ».

Avec cette définition nous nous rendons bien compte que le changement ne touche pas seulement l'organisation pratique mais également les habitudes des individus et leur ressenti des situations.

2 Raynal Françoise, Rieunier Alain, « Pédagogie, dictionnaire des concepts clés », p.371

3 Ibid 2

4 Vonau AM, delanghe N, dlanghe S, « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », p.9

5 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> consulté le 30/12/2013

De la même manière, Autissier, maître de conférence à l'IAE Gustave Eiffel de l'université Paris est-Créteil, explique que le changement c'est : « *une rupture significative des modes de fonctionnement de telle manière que nous soyons contraints à un effort d'adaptation.*⁶ »

D'après Philippe Bernoux qui aborde le changement dans le champ de la sociologie, les individus eux-mêmes sont capables de sentir la nécessité d'un changement : « *lorsque de nouvelles situations se présentent, il y a un moment intermédiaire où les individus perçoivent que les anciennes règles ne suffisent pas et qu'il faut en inventer de nouvelles. Progressivement se met en place l'idée d'un nouvel ordre envisageable*⁷ » et « *le changement consiste toujours en de nouvelles manières de faire qui se traduisent dans des règles formelles ou informelles* »(P.39).

Lorsqu'un projet est proposé à une équipe il est nécessaire d'avoir conscience de l'impact qu'il va avoir dans l'ensemble de l'organisation du service car « *toute organisation est un système, c'est-à-dire un ensemble dont les composants (environnement, institution, acteurs) sont en interaction constante et où le changement qui affecte l'un d'eux se répercute sur tous les autres*⁸ ».

Il semble alors important d'intégrer le sens du changement et comprendre ce qui permettra l'investissement dans ce projet, car « *c'est en fonction du sens donné au changement que les salariés acceptent de s'engager. Toute action de changement devrait inclure la question du sens que ce changement peut avoir aux yeux de ceux qui vont le mettre en œuvre*⁹ ».

De plus, d'après Hart et Lucas, toutes deux cadres de santé, il existerait une notion de temps dans l'acceptation: « *ces changements ne sont intégrés qu'après un processus qui se décompose en plusieurs étapes : refus de comprendre, résistance, décompensation, résignation et intégration*¹⁰ ».

L'engagement des équipes dans le projet n'est donc pas automatique et le sens donné permet de comprendre le changement.

Cet engagement, que je peux qualifier d'adhésion, semble être un objectif central pour la conduite de projet.

6 M. Autissier D, Moutot JM ;« Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement, pilotage » 3^{ème} édition, édition DUNOD p6 :

7 Philippe Bernoux ; « La sociologie des organisations » nouvelle édition ; édition Points, 2009. P38

8 Ibid. 7. P97

9 Ibid. 7. P 238

10 Hart J, Lucas S ; « Management hospitalier stratégies nouvelles des cadres » éditions Lamarre, Paris, 2002 p39

2.3 L'adhésion au projet

Pour Autissier, dans son ouvrage « Méthode de conduite du changement », il semble évident qu'« *un projet sans adhésion est obligatoirement voué à l'échec. Ce travail de recherche d'adhésion est une forme de marketing interne. Faire adhérer devient le maître mot dans un environnement où il y a une inflation de projets et donc de sollicitations mais également dans un contexte sociologique où de plus en plus de personnes ne veulent plus obéir à un ordre mais s'inscrire dans des dynamiques de co-construction. Pour cela il est nécessaire d'aller vers ces acteurs, d'échanger avec eux, de comprendre leurs attentes et de mettre en place des dispositifs de concertation*¹¹ ». L'auteur introduit la notion de participation des équipes au projet et le rôle du cadre dans cette dynamique.

Et pour appuyer cette idée de conduite de changement participative, il ajoute que « *La situation future n'existe pas et c'est sa formalisation et la mise en mouvement qu'elle engendre par l'adhésion des participants qui lui donne corps. Le changement n'existe que par la dynamique des individus qui le mettent en œuvre. Cette immatérialité nécessite un travail d'accompagnement visant à faire adhérer les personnes par qui le changement deviendra une réalité*¹² ».

La finalité du projet est un des éléments essentiel à l'adhésion car « *nous acceptons d'abandonner notre existant et de faire des efforts si le résultat escompté nous apparait comme une amélioration significative* ». Pour présenter des objectifs pertinents et réalisables le cadre aura tout intérêt à soigner sa communication dans un but de compréhension du projet et d'engagement de l'équipe.

David Autissier explique également que « *l'adhésion au changement consiste à vouloir abandonner son existant et à croire dans le futur attendu*¹³ » mais que ce choix et la participation au projet ne se fera qu'après avoir étudié les risques et les bénéfices encourus pour l'individu et le groupe. L'individu se demandera s'il est prêt à perdre « *un existant pour un avenir incertain* ». Le changement se matérialise par un déséquilibre entre « *le connu et l'inconnu* » et par la recherche de la protection de sa situation.

11 D. Autissier, JM Moutot « Méthode de conduite du changement » 3^{ème}, édition Dunod, 2013, p18.

12 Ibid. 11, p6

13 Ibid. 11, p7

2.4 Rôle du cadre dans un projet

En 2012, le ministère des affaires sociales et de la santé a travaillé sur le référentiel d'activité du cadre de santé paramédical¹⁴. Concernant l'élaboration et la conduite de projets, le cadre a comme missions :

- Définition du projet en collaboration avec les professionnels concernés
- Information et communication sur le projet
- Conduite et coordination d'un projet dans son champ d'intervention
- Développement de partenariats externes et internes
- Conduite de réunions dans le cadre de projets
- Contribution à des projets et groupes de travail institutionnels
- Formalisation et communication des résultats de projets
- Réponse à des appels à projets

D'après Hart et Lucas le cadre est « *un maillon de mise en œuvre des projets institutionnels puisque c'est à leur niveau que l'opérationnalité s'exerce, que les évaluations des projets s'opèrent* ¹⁵ » et Anne-Marie Vonau explique que l'attitude bienveillante du cadre, dans ce contexte difficile est un point essentiel « *dans le vécu collectif du changement ainsi que dans la réussite de sa mise en œuvre* ¹⁶ ».

En 2009, le rapport Singly¹⁷ portant sur la formation, le rôle et la valorisation des cadres hospitaliers, parle en ces termes de la fonction d'encadrement : « *fait le lien concret, quotidien, entre les directives reçues des directions générales et des responsables d'unité et le travail au jour le jour. C'est elle qui fait la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales. (...): la manière dont l'encadrement se positionne lui-même par rapport aux réformes, est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera (ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre.* » (p21)

Le rapport rajoute : « *On peut donc les appeler la « cheville ouvrière » des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès des projets « tourne » (...)* Il s'agit

14 Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS, « Diplôme cadre de santé, référentiel d'activités et de compétences », décembre 2012.

15 Hart J, Lucas S ; « Management hospitalier stratégies nouvelles des cadres » éditions Lamarre, Paris, 2002. P17

16 Vonau AM ; « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », édition Lamarre, 2013. P8

17 Chantal de Singly, « Rapport de la missions des cadres hospitaliers » ministère de la santé et des sports, septembre 2009.

principalement d'un travail d'explicitation, de conviction, de négociation, de compromis et de création de consensus, qui requiert le sens du dialogue, de la parole et de la communication. ».(p28) et « *manager des hommes, c'est les entrainer et les mobiliser vers un but à atteindre (...) Manager des hommes ne peut se faire sans estime et bienveillance pour les hommes* »

Pour accompagner les équipes au changement : « *le cadre passe par une phase primordiale, de questionnement, de recherche d'éléments de compréhension afin de trouver une place, une marge de manœuvre dans ce système qu'il doit manager*¹⁸ ».

De ces premières recherches il ressort que la conduite de projet ne peut être dissociée de la conduite du changement et que le cadre a un rôle légitime et essentiel pour construire l'adhésion au projet.

2.5 Entretien exploratoire

A l'occasion de ma formation en Institut de Formation des Cadres de Santé, j'ai pu, lors du stage en entreprise, rencontrer un cadre supérieur de La Poste ayant une formation dans la conduite du changement. En effet, depuis 2012, le Groupe La Poste réfléchit à une méthode visant à une meilleure adhésion et acceptation des changements d'organisation. Il m'a paru intéressant de faire un entretien exploratoire auprès de cet expert car celui-ci peut « *nous aider à améliorer notre connaissance du terrain en nous exposant non seulement les résultats de leurs travaux mais aussi la démarche entreprise, les problèmes rencontrés et les écueils à éviter*¹⁹ ».

J'ai effectué un entretien semi-directif avec quatre questions. Cet entretien a duré 45 minutes et a été enregistré après accord de l'interviewé.

L'objectif est de préciser certains termes de ma question de départ, de découvrir des pistes de réflexion et de pouvoir orienter mon questionnement, m'aider à formuler ma problématique et mes hypothèses de recherche à la fin de mon cadre conceptuel en effet : « *les entretiens exploratoires ont pour fonction principale de mettre en lumière des aspects du phénomène étudié auxquels le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même*²⁰ »

18 Vonau AM ;« Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », édition Lamarre, 2013. P10

19 R. Quivy, L. Van Campenhoudt ; « Manuel de recherche en sciences sociales », édition Dunod, 1995. P63

20 Ibid 19

Dans un premier temps je présenterai la grille d'entretien utilisée et l'objectif des questions. Puis j'analyserai les réponses afin de faire ressortir les points essentiels et mes nouveaux questionnements.

2.5.1 Grille d'entretien

Question 1 :

Que veut dire pour vous adhérer à un projet d'un point vue du groupe ? Du point de vue de l'individu?

Cette question a pour objectif de faire ressortir la notion d'adhésion. De chercher à comprendre s'il y a une différence pour le cadre dans sa communication face à un individu et face à un groupe dans un contexte de changement.

Question 2

D'après vous, pourquoi un groupe peut-il ne pas adhérer à un projet, à un changement d'organisation ?

Cette question a pour objectif tout d'abord de comprendre le fonctionnement du groupe face à un changement ainsi que le rôle de l'institution et du cadre dans la conduite du projet. Mais également de faire ressortir les comportements et les freins au changement.

Question 3

Quels seraient pour vous les leviers de changements possibles pour réduire cette résistance ? Les principaux obstacles ?

L'objectif de cette question est d'analyser dans la conduite du changement les facteurs favorisants et défavorisants à l'adhésion du projet.

Question 4

Selon vous, quel rôle joue le cadre de proximité dans ce contexte de changement ? Et quelle doit être sa posture face à l'équipe ?

L'objectif de cette question est de comprendre ce qu'est une « posture » de cadre et quelle place le cadre de proximité occupe dans l'institution et dans la conduite du projet.

2.5.2 Analyse de l'entretien

L'analyse de l'entretien du cadre de La Poste fait ressortir 4 thèmes principaux :

Groupe/individu

Le cadre interviewé explique qu'un groupe est une somme d'individus et que chaque individu a son histoire, ses filtres, son passé dans l'entreprise et ses idéologies.

Néanmoins l'entreprise est une collectivité et les individualités ne peuvent pas toujours être prises en compte. Le cadre ne pourra jamais convaincre chaque individu et il restera toujours des personnes réticentes. Il précise qu'il faut s'appuyer sur la force du groupe pour faire aboutir un projet.

Adhésion

Concernant l'adhésion, le cadre indique que cette idée rejoint le terme de participation. En effet, pour lui, adhérer c'est donner son avis, ses idées, participer d'une manière ou d'une autre et être informé. Ce n'est pas forcément être d'accord mais avoir connaissance du contexte et des enjeux.

Le projet et la conduite du changement

Pour conduire le changement il faut à la fois bâtir sur le groupe et sur les individualités. Il faut utiliser les éléments moteurs, leaders et positifs du groupe.

Au départ l'humain est résistant au changement, c'est sa nature. Le changement créé de l'incertitude, de l'insécurité, change les repères. Au départ on peut considérer que tout le monde est contre le projet car en insécurité. Il faut que des phases de deuil s'opèrent.

De plus, il rajoute que la communication en amont est indispensable pour impliquer les acteurs. Il y a une nécessité de laisser un temps de maturation et de revenir plusieurs fois : laisser le temps de poser des questions, de répondre aux inquiétudes.

A l'annonce la phase d'écoute est primordiale. Elle permet d'évaluer la maturation du projet, de connaître les réticences, d'évacuer le stress et les inquiétudes. C'est seulement après cette étape que les personnes seront force de propositions et seront impliquées.

Pour le cadre interviewé : *« La partie essentielle sur laquelle j'insiste c'est l'écoute à l'annonce du projet. L'écoute des résistances, l'écoute des freins parce que si l'on n'évacue pas ça on le retrouve là et quand on fait des groupes de solutions ou d'idées ça ne sort pas, ce*

n'est pas actif, ce n'est pas positif, constructif. Donc on perd si on va trop vite sur cette étape, on perd du temps. »

Concernant la participation des équipes, le cadre explique que le projet doit s'appuyer sur les idées des cadres et des collaborateurs. Mais cette participation doit être encadrée. Il faut bien faire comprendre que le groupe propose mais ne décide pas.

La phase de retour sur les décisions prises et le bilan permet d'impliquer les agents de bout en bout du projet.

Rôle et posture du cadre

Quand le projet vient de la direction, le cadre doit être informé, doit avoir l'exclusivité et être dans la confiance mais il ne fait pas toujours partie du groupe de travail.

Il est le relai fondamental pour le chef de projet car il connaît le terrain et fait remonter les ressentis, les craintes ; il évalue et détecte le climat. C'est aussi le relai pour les collaborateurs en dehors des réunions institutionnelles.

Le cadre rajoute qu'un projet ne peut se faire qu'avec des personnes de la direction. Le cadre capte les informations et communique de manière verticale de manière descendante et ascendante.

De plus, le cadre a une position difficile. Lui aussi a besoin d'adhérer au projet, a besoin d'un temps de maturation et il doit faire appliquer la politique de l'établissement.

C'est lui qui a ce rôle d'écoute essentiel, l'écoute est individuelle ou collective ce qui permet l'adhésion au projet.

A cette étape de ma recherche, pour répondre à ma question de départ, plusieurs thèmes se précisent: la méthode de conduite du changement, le management et la posture du cadre.

Il me semble important d'explorer de manière plus approfondie dans la littérature ces différents concepts.

3 Cadre conceptuel

3.1 Conduire le changement

3.1.1 *La résistance aux changements ou la peur du vide*

Pour commencer cette partie, je souhaite tout d'abord faire un petit rappel historique de la « *dynamique sociale à la française* » tiré du livre « Réussir le changement²¹ » de Christine Marsan (psychosociologue).

Le peuple français, depuis la révolution française s'est régulièrement opposé à l'usage abusif de l'autorité « autoritaire » du pouvoir de l'Etat et a fait de la rébellion une sorte de fierté nationale. Notre société a une dynamique sociale reposant sur la résistance et l'opposition relativement systématique, et le dialogue social se transforme régulièrement en conflit social. Le terme de « résistance » a connu un changement de sémantique au cours du XXème siècle. Renvoyant d'abord à la résistance active signifiant courage, bravoure et action pendant la seconde guerre mondiale, il a fini par désigner un mouvement d'inertie pour parler de la résistance aux changements.

Nous avons vu dans la partie exploratoire que le changement impliquait une remise en cause, un renouvellement des pratiques, des habitudes, des comforts, des repères et c'est principalement ce point qui est le principal obstacle. Car « *ces remises en question ont un impact sur tous les domaines de la personne. Et c'est ce qui constitue le rouage principal de la résistance interne, individuelle d'abord et collective ensuite, parce qu'il existe une ambiguïté fondamentale entre l'envie de changer et la peur de changer.* »²²

Si ce changement fait si peur et entraîne tant de résistances, pourrions-nous être dans l'opposition totale et donc dans le non-changement ?

Christine Marsan explique qu'il est naturel et reposant de ne pas vouloir changer, elle parle de « *besoin de stabilité après l'effort* » dans un contexte où tout autour de nous n'est que changement. L'être humain est constamment en recherche d'équilibre parfait et dès lors qu'il pense l'avoir trouvé il aura tendance à arrêter de bouger. Mais « *lorsqu'il n'y a pas de prise de risque, plus d'initiatives, de créativité ou d'intention de modifier les routines, la menace du*

21 Christine Marsan ; « Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? ». édition De Boeck, 2008

22 Ibid. 22. P15

non-changement est bien présente » et peut entraîner des conséquences pour l'organisation comme la baisse de productivité, ou pour notre sujet une baisse de la qualité des soins et une mauvaise adaptation à la demande de soins.

Donc malgré les résistances rencontrées, il semble indispensable de franchir le pas du changement.

Dans son ouvrage intitulé « éloge du changement²³ », Carton, psychologue et sociologue, présente quatre formes principales de résistances :

- L'inertie : Les personnes disent adhérer mais ne font rien. Elles attendent en évoquant la prudence. C'est une forme de résistance passive.
- L'argumentation : les personnes ont besoin d'explications et de discuter le sujet pour se l'approprier. C'est une résistance constructive et propice à l'acceptation et à l'intégration.
- La révolte : survient lorsqu'un individu est incapable d'ajuster sa réalité à celle du changement proposé. Il fera des menaces en invoquant des conséquences pour l'entreprise (démission, grève) et l'argumentation mettra en avant le risque de dégradation de la situation.
- Le sabotage : s'exprime souvent par un excès de zèle pour montrer les failles du projet proposé.

Ces comportements, parfois inconscients révèlent des craintes, des peurs. Mais la peur de quoi ?

Notre vie, notre société, notre hôpital sont en constant mouvement, en constante agitation, et il est difficile de prendre le temps de s'arrêter.

Le livre de Christine Marsan « Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? » consacre un chapitre à l'étude de la pensée asiatique qui rend hommage au vide (le Yin) en complémentarité du plein (le Yang).

« Le vide n'est pas, comme on pourrait le supposer, quelque chose de vague ou d'inexistant, mais un élément éminemment dynamique et agissant. Lié à l'idée des souffles vitaux et du principe d'alternance Yin-Yang, il constitue le lieu par excellence où s'opèrent les transformations, où le plein serait à même d'atteindre la vraie plénitude. C'est lui, en effet, qui, en introduisant dans un système donnée discontinuité et réversibilité, permet aux unités composantes du système de dépasser l'opposition rigide et le développement en sens unique,

23 Carton ; « Eloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel ». village mondial, 1997

et offre en même temps la possibilité d'une approche totalisante de l'univers par l'homme. ²⁴».

Or, François Cheng explique que les occidentaux ne vivent pas du tout de la même manière ce vide. « *Il est associé au rien et au néant et, par conséquent, il sous-tend l'angoisse, la mort, l'absence de toutes choses, ce dans quoi l'on se perd, l'on se dissout et finalement l'on meurt* ²⁵ » alors qu'il peut être un temps de créativité, d'acceptation, de prise de distance et de réflexion.

Finalement, s'opposer est peut-être une réaction qui donne une légitimité face au vide ressenti et exprime le besoin de maîtrise et de contrôle.

La conduite du changement va amener les équipes à passer par divers stades et le cadre peut utiliser et valoriser cette notion de vide pour permettre aux agents de réfléchir et d'accepter le projet.

Se pose donc la question du rythme que doit prendre ce mouvement et des étapes nécessaires à la conduite de projet.

3.1.2 L'heure du changement

Changement et temporalité

Dans l'entretien exploratoire effectué auprès du cadre du groupe La Poste, l'idée du « temps » est apparue comme centrale dans la conduite du changement. Le temps de l'opposition, le temps de la réflexion, le temps de l'acceptation, le temps de l'écoute.

Dans son chapitre « les paradoxes du changement organisationnel ²⁶ », Véronique Perret, professeure agrégée en sciences de gestion, essaie de définir quel serait le tempo idéal pour conduire le changement. Or, différentes théories s'opposent. Le changement peut-être conçu comme un processus lent faisant partie de la vie de l'institution et donc fait d'étapes consécutives sans vrai bouleversement ; ou alors à l'inverse une nécessité de bousculer et de montrer des résultats rapides pour prouver l'efficacité et justifier le projet. Et enfin pour d'autres il s'agira d'une succession d'étapes qui prendra à chaque fois le contexte et les modifications apparues.

24 F. Cheng ; « Vide et plein. Le langage pictural chinois », collection Points, Essais N°224, Edition du Deuil, 1991.

25 Christine Marsan ; « Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? ». édition De Boeck, 2008. P167

26 V. Perret, E. Jossierand « Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisation », éditions Ellipses, 2003, p253 à 297.

D'après Véronique Perret toutes ces théories sont justifiées et « *il est demandé à ceux qui ont la charge de conduire le changement tout à la fois de mener une révolution et d'accompagner l'évolution de l'organisation* ».

La temporalité du projet tiendra alors compte du rapport que le changement entretient avec le passé et le futur.

Pour cela, elle explique qu'il n'est pas nécessaire de rompre avec le passé mais de s'appuyer sur le passé. Toute rupture trop brutale entraîne des résistances mais il y a tout de même besoin de « *force, rapidité et détermination pour rompre avec l'inertie et se démarquer suffisamment* ». Toutefois, il est impossible d'accompagner le changement sans faire avec l'identité de l'organisation et son histoire. Prendre en compte ce passé permet aux équipes de s'approprier le projet en tenant compte de la « *construction sociale des acteurs* ».

Classiquement, le futur d'un projet est représenté par des étapes détaillées, des objectifs à atteindre, des évaluations. Le futur « *se conçoit* » mais il est alors rigide, très encadré et sans surprises. Or, nous pouvons aussi penser que le futur « *se construit* » au fur et à mesure de l'avancement du projet. « *Le rythme d'appropriation des acteurs, des compromis politiques et des phénomènes émergents au cours du processus rendent le futur difficilement prévisible* », le cadre doit alors accepter l'incertitude et finalement de ne plus être complètement le maître du changement.

Il semble donc difficile de définir le rythme idéal. J'en déduis que le bon tempo va être déterminé par le contexte du présent et par les capacités du cadre à observer les besoins d'écoute et de réflexion de l'équipe. Il pourra parfois accélérer le processus pour éviter un enlisement et faire avancer le projet. Mais parfois il devra laisser passer du temps pour permettre l'acceptation, analyser les réactions, faire émerger des idées et réajuster si besoin.

Etapas de la conduite de projet

Il existe de nombreux ouvrages qui exposent des méthodologies pour conduire le changement. Mon choix s'est porté sur « *méthode et conduite du changement*²⁷ » de David Autissier et Jean-Michel Moutot car il intègre une dimension participative qui se rapproche des recherches

27 D. Autissier, JM Moutot « Méthode de conduite du changement » 3^{ème}, édition Dunod, 2013.

que j'ai pu faire jusqu'à présent sur mon sujet d'étude. Ce livre traite de la conduite de projet en entreprise mais de nombreux éléments peuvent être repris dans un contexte hospitalier.

Afin de mener à bien un projet, les auteurs expliquent le passage par différentes phases qui accompagnent la mise en place des actions propres du projet. Je ne considère pas cette « méthode », comme le titre l'indique, comme un mode d'emploi que le cadre de santé devrait suivre mais plutôt comme un guide à adapter à chaque équipe et à chaque projet.

Phase de diagnostic :

C'est le temps de l'analyse du contexte (environnement, politique, acteurs). Elle permet de définir ce qu'il est possible de faire et la marge de manœuvre.

Cette phase va débiter en amont du projet. Le chef de projet va pouvoir écrire une « *note de cadrage* » comportant les éléments expliquant la nécessité du changement, le constat établi. Cette formalisation de l'existant oblige à déterminer le périmètre du chantier et justifie le projet.

Ensuite il décrit « *les résultats attendus [...] de manière très concrète en terme de livrables finaux du projet (p43)* » et les gains attendus pour répondre à la question : « *pourquoi fait-on ce projet ?* ».

La note de cadrage comportera les risques perçus et susceptibles de perturber le projet afin de pouvoir les intégrer au plan d'action dès le départ.

Pour finir, la note de cadrage listera l'ensemble des acteurs concernés en précisant leur fonction et leur niveau d'implication dans le projet.

Cette note de cadrage sera soumise au groupe projet ou à la hiérarchie afin d'évaluer la faisabilité et la pertinence du projet.

Cette étape donne donc les bases nécessaires à la conduite du projet.

Phase de leviers

« *Prévoit la planification et la réalisation des actions de formation et d'accompagnement des transformations (p17)* ».

Cette phase est un cycle d'accompagnement au changement. Elle peut comporter des ateliers participatifs, une étude d'impact, le plan de communication et la formation.

Les ateliers participatifs décrits par les auteurs ont deux objectifs : « *analyser les pratiques existantes au regard du sujet du changement et s'interroger sur les postures et*

comportements des uns et des autres (et surtout de soi) à l'égard de ce même changement (p27) ». Ces ateliers doivent être programmés dans le temps et être pertinents au vu de la problématique posée au risque d'être incompris et inefficaces.

Il existe différentes formes comme les ateliers prospectifs qui, proposés plutôt en début de projet, permettent aux acteurs de se projeter à la fin du projet et d'essayer de déterminer ce qui pourrait amener la réussite ou l'échec. D'autres auront pour objectifs de désamorcer des tensions qui pourraient nuire à la mise en place du projet en faisant prendre conscience des ressentis individuels, mais également de verbaliser les attentes et l'importance de chacun dans le projet. Le but est la compréhension de la transition entre l'actuel et le futur en intégrant les étapes pour y parvenir.

Les ateliers participatifs peuvent également aider à faire l'étude d'impact qui « *consiste à lister tous les changements engendrés par le projet en précisant les impacts de différentes natures (organisationnel, culturel, opérationnel, outil, etc.) ainsi que les populations qui auront à les porter. (p27) ». Il sera essentiel d'analyser les changements de compétences, les changements de procédures, les changements de postes et d'emplois, les changements de structures, les changements de modes de management, les changements d'indicateurs de performance, les changements d'outils et de systèmes, les changements culturels, les changements de comportements et les changements de pouvoir.*

La participation des acteurs et l'analyse de l'impact donnent une idée de l'identité, de la culture, des habitudes de l'entreprise. « *Il s'agit de faire un travail ethnographique pour déterminer les règles implicites par lesquelles se constituent les groupes et les grilles de perception des individus (p29) ».*

Cette étude permet d'élaborer le plus justement possible le plan de communication et le plan de formation.

Dans les projets de changement « *la communication ne peut être traitée comme un simple dispositif de transmission d'une information mais une relation au cours de laquelle les personnes se construisent une représentation du changement et de l'intérêt que celui-ci peut présenter (p112)».*

Il faudra alors veiller à adapter la communication à chaque groupe d'individus en fonction de leur rôle et fonction dans le projet. « *L'objectif de la communication est de créer une relation et pour construire cette dernière il ne faut pas créer d'opposition en allant à l'encontre d'arguments identitaires pour les destinataires (p115) ».*

Le langage utilisé doit être partagé au risque de créer une distanciation sociale et une profonde incompréhension.

Les supports d'informations écrits ou oraux doivent s'assurer de la compréhension du message et il n'est pas nécessaire de donner trop d'informations à la fois (risque de perte).

La communication peut prendre différentes formes qui seront programmées en amont :

- Documents institutionnels qui resteront stables tout au long du projet,
- Documents d'information permanente dont le contenu est revu régulièrement,
- Rencontres sous forme de réunion. La posture du pilote du projet est importante dans ce genre d'exercice car la crédibilité du projet est en jeu. Il ne faudra pas négliger toutes les relations informelles et la circulation d'informations parallèles à la voie officielle.

En fonction des projets, un plan de formation est parfois nécessaire. Il comporte l'identification des besoins en formation, les compétences recherchées, la conception du plan de formation et le déploiement, le pilotage de la formation, le budget etc...

L'étude d'impact aura permis de définir tous les champs des changements et sera une aide pour déterminer les besoins en formation en fonction de chaque collaborateur.

A l'hôpital, un travail en collaboration avec le service de formation continue déterminera le budget et les formations possibles.

Phase de pilotage

C'est la phase de mesure des résultats de l'action de conduite du changement. Est évalué l'adhésion des collaborateurs, leur participation, leur information et en fonction des résultats il sera mis en place des mesures de réajustements.

Différents outils peuvent être utilisés :

- Tableau de bord des actions de conduite du changement : il peut être rempli mensuellement. Il permet d'évaluer le rythme de la mise en place du projet.
- Des indicateurs de participation et d'adhésion : sous forme de questionnaires, ils peuvent donner un « baromètre » et permettre des réajustements.

Lors de projets institutionnels, le cadre de santé fera partie du comité de pilotage du projet concernant son service. Il aura la charge de mener des actions auprès des équipes et utilisera

ces phases de diagnostic, de leviers et de pilotage. Il prendra en compte tous les éléments de craintes, de résistances pour adapter son management et sa posture.

3.2 Le management du cadre dans la conduite de projet

Tout d'abord, que pouvons-nous dire de la résistance du cadre lui-même?

De par leur fonction, « *les cadres et les dirigeants doivent faire face à des changements qui leurs sont imposés (...) il faut alors les considérer comme potentiellement capable de résistance au changement*²⁸ ».

Anne-Marie Vonau, cadre de santé, explique qu' « *il est essentiel pour l'institution que le cadre adhère au changement prescrit, qu'il y trouve un intérêt pour lui ou pour l'équipe, qu'il considère ce changement comme prioritaire et qu'il le comprenne bien. Dans le cas contraire, le risque serait de ne pas lui accorder assez d'importance, de mal l'explicitier, de manquer de clarté auprès des membres de l'équipe et de vouer le tout à l'échec*²⁹ ».

Et Christine Marsan rajoute : « *Si l'encadrement n'a pas lui-même adhéré et qu'il n'a pas trouvé les arguments pour faciliter l'implication, alors le personnel aura du mal à le suivre. Il est aussi question d'exemplarité et d'effet de levier par le fait que le dirigeant et les managers portent et incarnent eux-mêmes le message du changement. Alors face à cette cohérence évidente, le personnel aura davantage de ressort pour dépasser freins et limitations*³⁰. »

Donc si le cadre est lui-même résistant, nous pouvons en déduire qu'il aura du mal à faire adhérer son équipe au projet et à le mener à son terme.

3.2.1 La place du cadre à l'hôpital

Pour pouvoir encadrer son équipe, il me semble important que le cadre de santé connaisse la gouvernance de son institution et sa propre hiérarchie.

28 Melkonian T. « Les cadres supérieurs et les dirigeants face au changement imposé : le rôle de l'exemplarité », cahiers de recherche Working Papers 2006-2007, octobre 2006, P. 9

29 Vonau AM ; « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », édition Lamarre, 2013.p12

30 Christine Marsan ; « Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? ». édition De Boeck. P15

Depuis la Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire³¹ du 21 juillet 2009, les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire.

Cette architecture procède de la séparation de la gestion (qui incombe au directoire) et du contrôle (qui relève du conseil de surveillance). Le conseil de surveillance oriente et surveille la gestion, mais c'est le directeur, assisté du directoire qui élabore et conduit la politique de gestion en dirigeant l'établissement.

La commission médicale d'établissement (CME) représente les personnels médicaux. La Loi HPST consacre le président de la CME comme le « numéro deux » de l'établissement, et comme coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le directeur. La CME a pour mission de contribuer à l'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Elle participe à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La direction des soins (Loi du 31 juillet 1991) : Depuis 2005, il existe dans chaque établissement une coordination générale des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur. Le décret du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) dans les établissements publics de santé a modifié tant sa composition que ses compétences. La fonction stratégique du directeur des soins s'est recentrée sur les collaborations polaires et les coopérations médicales.

Le chef de pôle est le pilote des centres opérationnels de l'hôpital. Il est à la fois manager et médecin. Il met en œuvre le projet d'établissement et organise la gestion du pôle pour atteindre les objectifs formalisés par le contrat de pôle. Il exerce une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Il peut être assisté par un cadre soignant de pôle et un cadre gestionnaire de pôle.

Le cadre paramédical du pôle est le plus souvent un cadre supérieur de santé. Il a pour mission de définir et conduire le projet du pôle en relation avec le chef de pôle et le cadre administratif du pôle. Son activité est centrée sur le management, la gestion et la coordination des activités du pôle. Il encadre les cadres de santé des unités qui composent le pôle. Ses

31 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf consulté le 30/12/2013

missions consistent également à mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle. Son activité au sein de l'établissement lui confère une vision globale de la politique de l'établissement. Il participe ainsi activement à la mise en œuvre des politiques organisées par les tutelles.

Le cadre administratif du pôle assure des missions de gestion dans les domaines de ressources humaines, finances et organisation. Ce poste est généralement occupé par un administratif gestionnaire, le plus souvent attaché d'administration hospitalière.

Le médecin chef de service est nommé par le Directeur, sur proposition du Chef de pôle et après avis du président de la CME. Les chefs de service sont placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle.

Le cadre de santé est un professionnel de santé titulaire du diplôme de cadre de santé³². Il planifie et organise l'activité de l'unité (ou des unités) dont il a la responsabilité des soins, en accord avec le projet médical du pôle. Sa hiérarchie se compose du cadre paramédical de pôle et de la Direction des soins. La fonction de management du cadre de santé d'une unité de soin se décline selon trois aspects : la clinique, la gestion des ressources humaines et la gestion des ressources matérielles. Dans le cadre de l'évaluation des compétences du personnel, il conduit des entretiens à partir des outils créés et détermine avec chaque agent des objectifs de progrès.

Le cadre de santé est donc amené à manager une équipe. Il me semble nécessaire de définir et de comprendre comment fonctionne ce groupe d'individus.

3.2.2 Dynamique de groupe

Dans son ouvrage, Roger Mucchielli, psychosociologue, dit : « *on appelle « groupe primaire » un groupe où les relations sont directes (chacun connaissant tous les autres et pouvant s'adresser à tout autre sans intermédiaires, en face à face de groupe) et où règne une unité d'esprit et d'action. Or l'équipe possède, de toute évidence, ces caractéristiques³³ ». On voit bien ici les interactions directes entre les acteurs du groupe et on peut faire un parallèle avec les équipes soignantes qui correspondent à la définition du groupe primaire.*

32 Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé Modifié par le Décret n° 2008-806 du 20 août 2008 publié au J.O. n° 195 du 22 août 2008

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000054484&dateTexte> consulté le 30/12/2013

33 R. Mucchielli ; « Le travail en équipe ; clés pour une meilleure efficacité collective », esf editeur, 2009. P11

D'après Oberlé « *le groupe se différencie d'une simple collection de personnes et cela ne peut être que par l'établissement d'une ou plusieurs liaisons entre elles : le premier type de lien est imaginaire, c'est parce que les désirs et les rêves des membres entrent en résonance que le groupe se forme ; un autre grand type de lien dérive de la technique, de procédés, ou de savoir-faire partagés qui créent des liens fonctionnels entre les personnes ; la liaison se constitue également par l'adhésion commune à un système de valeurs, qui existe par le biais des normes qui les régissent ; il n'y a pas de groupe sans normes, et réciproquement, les normes sont produites par des collectifs* ³⁴ ».

Et pour A. MUCCHIELLI « *le besoin de cohérence interne du système (psychique ou culturel) de l'individu ou du groupe est mis en évidence par les expériences de résistance à la guérison liée à l'angoisse du changement de référence psychologique, en psychothérapie ou encore de réajustement face à la dissonance cognitive introduite dans le système de croyance d'un groupe (FESTINGER). (...) c'est une des fonctions des leaders de représenter concrètement l'unité et la cohérence du groupe. La perte du leader charismatique qui synthétisait les divergences groupales et rassemblait les sous-groupes sur un objectif commun est souvent fatale à l'existence du groupe* ³⁵ ».

Ces deux auteurs amènent l'idée que pour qu'un groupe fonctionne, il y a une nécessité de trouver des valeurs communes et une cohérence dans le groupe. Et Didier Anzieu rajoute : « *le groupe primaire est caractérisé par les liens personnels intimes, chaleureux, chargés d'émotion, entre tous les membres ; la solidarité et l'obtention des avantages mutuels y sont spontanées, non calculées* ³⁶ ».

Mais il ne faut pas que le cadre oublie l'analyse des jeux de pouvoir au sein du groupe. Dans « *l'acteur et le système* ³⁷ » Michel Crozier et Erhard Friedberg décrivent l'analyse stratégique selon les postulats que les individus refusent d'être de simples exécutants au service d'autres et qu'ils ont leurs propres objectifs personnels dans l'organisation. Les individus disposent donc d'une marge de manœuvre individuelle, une certaine autonomie qui sert dans les jeux de pouvoir avec le groupe.

Le cadre peut s'appuyer sur les valeurs communes du groupe et sur le jeu des acteurs pour mener à bien son projet.

34 Oberlé D. « Les groupes : l'apport de la psychologie sociale », revue sciences humaines, n°94, avril 1999

35 A. MUCCHIELLI « L'identité », collection Que sais-je, édition PUF 2011, p 68

36 D. Anzieu, JY Martin ; « La dynamique des groupes restreints », édition puf, 2012. P39

37 M. Crozier, E. Friedberg ; « L'acteur et le système », éditions Points 1977

Maintenant que la place du cadre au sein de son institution et face à l'équipe est posée, il me semble nécessaire de s'intéresser à la posture du manager et au style de management dans la conduite de projets.

3.2.3 La conduite humaine du changement

Tout d'abord, que veux dire être manager ?

Plusieurs auteurs donnent leurs représentations. D'après B. Diridollou, « *être manager, c'est mettre en œuvre au quotidien le savoir-faire, le savoir (être adapté à chaque situation). Dans le management d'une équipe les comportements font la différence, beaucoup plus que l'expertise*³⁸ ».

Anne-Marie Vonau pense que « *la fonction management est particulièrement importante à considérer pour la conduite du changement. Prévoir, décider (en collaboration avec la hiérarchie), motiver, et évaluer sont des fonctions à articuler finement et stratégiquement lors des changements au sein de l'organisation*³⁹ » et que « *le cadre reste un guide, garant de la réglementation, mais son rôle est d'accompagner les idées, les solutions qui émergent*⁴⁰ ».

Et toujours au sujet du management du cadre dans la conduite de projets, Sophie Becu dit que « *la recherche de performance et la réussite des changements à engager, ne peuvent se faire sans tous ces professionnels qui doivent être partie prenante de l'institution. Les cadres sont la clé de voûte de ce dispositif, car ce sont eux qui, au plus près des équipes de soins, ont ce rôle crucial de mobiliser et soutenir au quotidien les soignants*⁴¹ ».

Nous pouvons donc observer que le management est un outil dans la conduite du changement et qu'il va au-delà de la simple demande d'implication des agents dans un projet. Le management demande une capacité propre à l'individu d'emmener les agents avec lui dans le projet.

Cette capacité est définie par le terme de leadership : « *capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs. On dira alors qu'un leader est quelqu'un qui est capable de guider, d'influencer et d'inspirer.*⁴² »

Ce leadership « *doit être empreint de bienveillance, d'écoute des personnes. Ce comportement managérial facilite l'exigence, avec laquelle il n'est pas contradictoire (...)*

38 Diridollou B. « Manager son équipe au quotidien », édition d'Organisation, 1995, 3^e édition, 2005, p.13

39 Vonau AM ; « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », édition Lamarre, 2013.p2

40 Ibid. 39 .p.9

41 Sophie Becu ; « Bienveillance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital », revue Soins cadres, n°83, aout 2012

42 <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1619>, visité le 06/12/2013

Cette attitude est déterminante dans le vécu collectif du changement ainsi que dans la réussite de sa mise en œuvre ⁴³».

Dans leur ouvrage « le manager est un psy ⁴⁴», Eric Albert et Jean-Luc Emery, psychiatres spécialistes du changement comportemental, définissent les six fonctions du manager que je vais développer.

Le manager est là pour optimiser les capacités de travail de l'équipe. Pour cela il s'adapte à chaque situation et utilise l'empathie pour comprendre les difficultés et les attentes de ses collaborateurs. L'observation et l'analyse de la dynamique de groupe sont des éléments essentiels que le cadre doit maîtriser pour désamorcer précocement les conflits et être un liant entre les personnalités. Il devrait être capable de verbaliser ce qu'il se passe dans son équipe pour permettre le dialogue et ainsi pérenniser le fonctionnement optimal du groupe.

Le cadre est le recours en cas de difficultés, de situation de stress. Mais cela sous-entend que le cadre est en capacité de détecter les émotions et les peurs. Une fois qu'il a pu identifier ces émotions, il peut alors les analyser et en faire prendre conscience à ses collaborateurs. Ensuite, il pourra mettre en œuvre un plan d'action pour dépasser la situation.

Le manager va donner du sens au travail. En prenant du recul, le manager met en perspectives le travail de ses collaborateurs en faisant ressortir les bénéfices de chacun dans l'organisation. Il est porteur du projet et des messages de l'institution. En cela il doit être capable d'entendre le questionnement des équipes et essayer d'y répondre en étant au clair avec lui-même.

Il assume le rôle d'interface entre son service et les autres pôles. Il trouve l'équilibre entre la défense, la valorisation du travail de son équipe tout en maintenant de bonnes relations avec les interlocuteurs de l'ensemble de l'institution. Il est capable de résister aux pressions en faisant preuve d'assertivité : « être capable de s'exprimer pour dire tout ce qu'on a à dire mais sans agressivité (p67) ».

Le manager doit faire des choix et les assumer. Cela suppose qu'il est capable de prendre des risques, de se mettre en danger et a conscience de sa légitimité auprès de son équipe.

Il fait progresser les capacités de ses collaborateurs. Toujours en prenant du recul, il permet un travail réflexif des agents sur leurs représentations, leurs émotions, leurs freins au

43 Vonau AM ; « Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant », édition Lamarre, 2013.p7
44 E ; Albert et JL Emery ; « Le manager est un psy », éditions d'organisation, 1998

changement. Cet accompagnement entraîne une prise de conscience des dysfonctionnements individuels et collectifs et l'élaboration d'une méthode adaptée pour conduire le projet.

Nous avons donc vu que le cadre pour mener à bien son projet doit s'appuyer sur la force du groupe et développer ses capacités de leadership. Son management se doit d'être bienveillant et « *permettre à la collectivité de prendre conscience de sa capacité de changement, favoriser l'émergence et la construction de représentations nouvelles, (cela) suppose que le leader ne joue plus un rôle central, il n'est pas celui qui change les choses mais celui qui révèle que les choses peuvent changer*⁴⁵ ».

Finalement le cadre n'est plus celui qui conduit le changement mais celui qui accompagne les équipes à prendre conscience de leurs difficultés et de leurs compétences à toutes les étapes du projet.

Cette posture dite « réflexive » serait-elle alors un des leviers du changement ?

3.3 Conduite du changement et réflexivité

3.3.1 La réflexivité : outil pédagogique

La réflexivité est un concept utilisé depuis de nombreuses années dans la formation des enseignants. Depuis 2009, le référentiel de formation conduisant au diplôme d'Etat infirmier, pose comme finalité de la formation : « *L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif* ». La posture réflexive est clairement inscrite comme principe pédagogique : « *L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.*⁴⁶ ».

Dans un article paru en 2007, Gaston Pineau⁴⁷ retrace les différents courants de la réflexivité et en particulier les travaux de Schön.

Pour différencier la pensée et la réflexion, Pineau explique que « ***Pensée et réflexion*** sont souvent pris comme synonymes. La réflexion semble cependant connoter une distance plus

45 V. Perret, E. Josserand « Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations », éditions Ellipses, 2003

46 BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009, Page 275

47 Gaston PINEAU, Université de Tours «les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif », Communication à la Facultad de Ciencias Hmanas y Educacion Universidad Diego Portalis - Chili 10/01/2007

grande entre le sujet et l'objet de réflexion. Cette distanciation ouvre un espace d'entre-deux mettant à distance de vue : distance physique d'abord permettant des reflets. Ces derniers peuvent devenir support de réflexions psychiques qui elles-mêmes peuvent être prises comme objets d'abstraction réfléchissante. ». Et c'est bien ce qui caractérise cette posture de réflexivité. C'est une boucle rétroactive qui permet d'analyser l'action et de modifier ses représentations.

D'après Schön, pour pouvoir commencer à être un « *praticien réflexif* » il faut se poser différentes questions.

- Sur quoi réfléchir ? Le monde vécu, concret : les pratiques, les actions, les expériences.
- Qui réfléchit ? Les praticiens, les acteurs, les sujets.
- Comment réfléchir ? Méthodologies interactives de recherche avec des traits d'union: recherche-action, -participative, -collaborative,-formative.
- Pourquoi réfléchir ? Objectifs de compréhension pratique et théorique mais aussi objectif d'autonomisation de l'agir et de l'acteur.

Pour le formateur, l'objectif de cette démarche est « *de former un professionnel capable de maîtriser sa propre évolution en construisant des compétences et des savoirs nouveaux ou plus pointus à partir de ses acquis et de l'expérience* ».

Anne Marie Lagadec⁴⁸, formatrice à l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Brest ajoute que les situations en pratique professionnelle sont marquées par « [...] *la complexité, l'incertitude, l'instabilité, le particularisme et le conflit de valeurs* ⁴⁹». Partant de là, Schön a développé le concept de la réflexion en cours et sur l'action: « [...] *Dans le monde concret de la pratique, les problèmes n'arrivent pas tout déterminés entre les mains du praticien* ⁵⁰». Le praticien doit savoir reconstruire le problème en un problème qu'il peut résoudre. Il s'agit en quelque sorte d'une problématisation. C'est son expérience, élaborée à partir de répertoires de situations similaires, qui lui permet de « [...] *construire des modèles d'action qui sont responsables de l'organisation subjective des éléments de la situation et*

48 Anne Marie Lagadec, « L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences: ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs », . Recherche en soins infirmiers n° 97 - juin 2009

49 Schön D.A., « Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel », Montréal: Les Editions Logiques, 1994, p 38

50 Ibid. 49, p65

donc du cadre». C'est la réflexion dans l'action. Le professionnel réfléchit ensuite au résultat de son action au vu des résultats produits, c'est la réflexion sur l'action.

Ainsi, *« l'individu agit comme un chercheur au sens où: il construit dans un premier temps une problématique (un cadre de lecture de la situation), il pose ensuite des hypothèses en agissant selon un certain modèle d'action il vérifie enfin ses hypothèses en analysant les résultats de son action ⁵¹»*.

Ce retour sur l'expérience, sur l'action peut prendre différentes formes selon Vermersch⁵²:

- débriefing (après un travail au simulateur ou après un entraînement en situation réelle),
- analyse de pratiques (professionnels de la relation),
- supervision (activités personnellement impliquantes),
- coaching (managers),
- exploitation de stage (pour des stagiaires).

Anne Marie Lagadec explique que par cette démarche *« L'analyse des pratiques permet une appropriation de savoirs théoriques, qui, parce qu'ils sont convoqués en lien avec des situations vécues, vont être durablement intégrés. Mais, autant si ce n'est plus que des savoirs extérieurs, l'analyse des pratiques met à jour des connaissances étroitement liées à l'action, des savoirs expérimentiels qui ainsi, peuvent être mis en mots, formalisés, enrichis de savoirs plus académiques. Le professionnel en formation construit alors une pratique plus lucide, plus argumentée. »*

L'auteur ne parle pas seulement des adultes en formation mais implique également les professionnels déjà formés. Elle montre que pour Vermersch, tous ces dispositifs ont comme objectifs d'aider les professionnels à se perfectionner, à comprendre leurs ressources, à développer leur identité professionnelle. Leur point commun est donc d'utiliser la situation de travail comme point de départ de la réflexion du professionnel.

« Toutes ces activités pointent vers un processus identique [...]: prendre conscience de son vécu passé pour le reconnaître, se l'approprier, s'en servir comme base de connaissance pour perfectionner ses gestes professionnels⁵³ ».

Cette démarche a donc une finalité de formation, de professionnalisation. Elle prend tout son sens dans un groupe où des pairs peuvent aider à élucider la problématique. Elle nécessite un

51 Wittorski R., « Analyse du travail et production de compétences collectives », Paris: L'Harmattan, collection Action & Savoir, 1997 p79

52 Vermersch P., « Aide à l'explicitation et retour réflexif », Revue Education Permanente, n° 160, 2004, pp. 71-80

53 Vermersch P., « Aide à l'explicitation et retour réflexif », Revue Education Permanente, n° 160, 2004, p79

accompagnement par un animateur qui est là pour donner des éclairages théoriques mais pas pour donner des solutions ou des recettes. C'est une démarche où il y a une articulation pratique – théorie – pratique.

Le terme pratique ne sous-entend pas la manière de faire mais la pratique d'un individu avec ses représentations, ses perceptions et sa subjectivité.

Je me demande alors ce que peut apporter la réflexivité dans la conduite du changement? Compréhension des freins et de la nécessité du changement ? Prise de conscience et donc meilleure adhésion au projet ?

3.3.2 La réflexivité : outil professionnel

Nous avons vu que le changement était source d'angoisses. Accepter de se remettre en question dans une posture réflexive peut amplifier ces craintes. *« A mesure que le professionnel évolue vers de nouvelles compétences, il abandonne des sources de satisfaction qui lui sont familières pour s'ouvrir à d'autres. Finie l'autorité non contestée et gratifiante et finie la liberté de pratiquer sans avoir peur de voir sa compétence contestée. Terminé le confort de se sentir relativement invulnérable et terminées aussi les marques de déférence si gratifiantes⁵⁴ ».* Mais *« Cela l'amènera aussi à découvrir chez lui des aspects qu'il ne connaissait pas. Quand un praticien devient un chercheur dans sa propre pratique il s'engage dans un processus continu d'auto-éducation. ».* Le praticien trouvera alors une grande satisfaction et pourra donner du sens à son travail. De même *« admettre qu'on s'est trompé, c'est ouvrir la porte de l'incertitude, mais c'est aussi ouvrir celle de la découverte plutôt que celle de l'auto-défense.⁵⁵ ».* Si l'on considère que l'auto-défense fait partie des réactions « innées » face au changement, alors on peut se dire que le travail réflexif peut être un des leviers au changement.

Mais cette posture nécessite un réel engagement et un travail sur soi et *« à partir du moment où les praticiens réalisent qu'ils participent activement à édifier la réalité dans laquelle ils travaillent et qu'ils ont idée de la variété des structures qui sont à leur disposition, ils commencent à ressentir le besoin de réfléchir en cours d'action sur les structures tacites à l'intérieur desquelles ils fonctionnaient auparavant. ⁵⁶ ».*

54 D.Schön « Le praticien réflexif » édition Logiques, 1997, p353

55 Ibid. 54, p354

56 D.Schön « Le praticien réflexif » édition Logiques, 1997, p367

Philippe Perrenoud, sociologue,⁵⁷ a travaillé sur les habitus et la réflexivité. Il dit qu' « *il importe qu'une posture réflexive prenne le relais lorsque la résistance du réel ne suffit pas à provoquer la prise de conscience et à équilibrer le coût et les risques. Cette posture suppose sans doute une forte envie de remplir sa " mission " et un niveau élevé d'exigence envers soi-même, donc la volonté de comprendre et de dépasser ce qui empêche de réussir, même lorsque nul ne peut rien vous reprocher.* »

Dans son article, l'auteur rajoute une dimension de l'ordre de la conscience professionnelle entraînant le besoin de remise en question : « *La notion de conscience professionnelle prend ici un sens nouveau : elle passe aussi par un effort soutenu de prise de conscience de la façon dont on affronte les obstacles, aussi longtemps qu'il en reste et qu'on pense pouvoir mieux faire en comprenant mieux comment on s'y prend et en transformant en conséquence ses pratiques.* »

Un professionnel ressentira le besoin de changer sa pratique, de la faire évoluer lorsqu'il ressentira du mécontentement de ce qu'il fait, de la déception. Mais « *lorsque la répétition persiste en dépit de ses bonnes résolutions et de sa tentative de se maîtriser, se dominer, se discipliner, elle finit par se dire qu'elle est mue par un schème ou plusieurs schèmes de pensée et d'action qui échappent plus qu'elle ne le voudrait à sa conscience et à sa volonté.* » C'est à ce moment-là qu'un travail sur « *l'habitus devient pertinent, qu'on le nomme façon d'être, habitude, routine, automatisme, conduite névrotique, carcan, caractère, personnalité, voire " réflexe ".* »

Pour le groupe et l'individu « *les enjeux du changement sont multiples, de la réussite de l'action la plus technique au rapport au monde.* ». Le rapport avec ses représentations, ses craintes prend alors une nouvelle dimension et un travail constructif peut être engagé.

Et l'objectif d'un travail réflexif dans la conduite du changement « *que ce soit en solitaire, en équipe ou dans le cadre d'un groupe d'analyse des pratiques, devrait aider chacun à prendre conscience de la difficulté de changer tout seul.* »

Le cadre conceptuel étant terminé, je peux maintenant revenir sur mon questionnement de départ et poser des hypothèses de recherche.

57 Philippe Perrenoud « De la pratique réflexive au travail sur l'habitus », recherche et formation n°36, 2001, p131 à 162.

4 Problématique et hypothèses de recherche

Cette première partie du travail de recherche nous a apporté des précisions et de nouveaux éléments pour répondre à mon questionnement de départ :

Comment le cadre de santé peut-il construire l'adhésion d'une équipe à un projet ?

L'analyse de la littérature permet de dire que la conduite de projet amène de l'incertitude et des craintes pour le cadre et les équipes. La notion de temps semble essentielle et le cadre doit constamment être à l'écoute de ses équipes pour adapter le bon tempo dans la conduite du changement. Il veillera à instaurer des temps d'acceptation et de réflexion tout en adaptant des phases de diagnostic, de levier et de pilotage.

Le cadre par sa posture de leadership, va être un accompagnateur, capable de valoriser ses équipes, de repérer le potentiel de chacun et de s'appuyer sur les forces individuelles et collectives.

Pour mener à bien cet accompagnement, je pense que le cadre devra à la fois adopter des stratégies managériales collectives mais également individuelles. En effet, dans la phase de diagnostic, l'analyse des compétences, des résistances et des besoins en formations de chaque individu du groupe est un gage de réussite du projet. L'entretien individuel d'évaluation et de formation semble donc être un outil managérial pour lever les freins car toutes ces thématiques y sont abordées.

Il ne faut pas oublier que le cadre est soumis lui-même à une hiérarchie et donc à un type de management. Sa posture et ses décisions seront donc influencées par la politique de son établissement.

La posture réflexive me paraît également être un outil pertinent pour conduire un projet.

Tout d'abord, le cadre de santé a besoin de prendre du recul, de se servir de son expérience antérieure et d'analyser sa communication et la mise en œuvre du plan d'action à chaque étape du projet.

Pour les équipes, la posture réflexive permet de prendre conscience de ses résistances, de remettre en question ses pratiques et de faire des propositions pour faire avancer le projet et y adhérer plus facilement.

Après avoir effectué ces recherches et fait évoluer ma réflexion, je peux à présent affiner ma question de départ et résumer ma problématique de recherche de la façon suivante :

En quoi le management du cadre de santé peut-il contribuer à conduire le changement ?

L'enquête exploratoire et mon cadre conceptuel m'ont permis de vérifier la validité de mon thème de recherche, mais ils ont également contribué à aiguiller ma réflexion. Après avoir mis à plat les différents concepts soulevés par ce thème, j'ai formulé les deux hypothèses de recherche ci-dessous :

- Lors de la conduite de projet, en mettant en place des groupes d'analyse de pratique professionnelle, le cadre de santé favorise la levée des freins dans l'équipe.
- L'entretien individuel d'évaluation et de formation mené par le cadre est un outil pour la conduite du changement.

Afin de vérifier la validité de ces hypothèses centrées sur les cadres de santé, j'ai réalisé une enquête de recherche auprès de cadres de santé, étape indispensable à la vérification ou non, de la validité de mes hypothèses.

5 Enquête de terrain

5.1 Méthodologie

5.1.1 Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette étape de la recherche est d'interroger des cadres de santé selon un guide d'entretien et au travers de l'analyse des résultats de ces entretiens, vérifier la validité ou non des deux hypothèses citées plus haut.

5.1.2 Choix de l'outil

Une fois la problématique et les hypothèses formulées, le guide d'entretien est élaboré pour recueillir des éléments de vérification de ces hypothèses. Le choix de l'entretien en tant qu'outil de recueil du ressenti des cadres apparaît comme le plus adapté à mon travail. J'ai effectué des entretiens semi-directifs composés de 8 questions ouvertes (guide d'entretien en Annexe I). Les entretiens, après accord des intéressés, ont été enregistrés et rendus anonymes. Ils ont durés de 30 à 40 minutes.

5.1.3 Choix de la population cible

J'ai interrogé six cadres de santé de spécialités différentes : psychiatrie, médecine, chirurgie, maternité, pédiatrie. Il me semblait important de diversifier mon panel, la conduite de projet étant présente dans toutes les unités.

5.1.4 Présentation de la population interrogée

La question 1 de l'entretien me permet de faire le talon de la population interrogée.

Cadre	Dates de Diplômes	Parcours	Poste actuel	Type de projets menés
1	IDE 1991 Puéricultrice 1993 Cadre de santé 2003	IDE puéricultrice : Pédiatrie, PMI. FFCS : formatrice IFSI Cadre : maternité	Cadre pédiatrie, néonatalogie, urgences pédiatriques	Mobilité du personnel entre les 3 services pédiatrie, néonatalogie, urgences pédiatriques
2	IDE 1994	IDE : cardiologie	Cadre de cardiologie	Passage au

	Cadre de santé 2004	FFCS : formatrice IFSI Cadre de santé : de nuit, hépato-gastro		double nettoyage en endoscopie
3	IDE : 1990 Cadre de santé : 2010	Privé Puis médecine cardio FFCS	Cadre oncologie/pneumologie	Regroupement de 2 services + déménagement dans un nouvel hôpital
4	Sage-Femme : 1993 Master économie et gestion de la santé et politiques sociales : 2013	Maternités FFCS : maternité	Cadre maternité de niveau 1	Restructuration du service avec changement de prise en charge des mères et des bébés
5	IDE : 1996 Cadre de santé : 2012	Privé : chirurgie Public : chir ortho Pool de remplacement FFCS : chir ortho	Cadre chirurgie viscérale	Mutualisation de 2 services de chirurgie pendant les périodes de vacances
6	IDE : 2001 Cadre de santé : 2011 Master 2 management et santé : 2013	IDE : parcours psychiatrique (court séjour et long séjour) FFCS : MAS	Cadre unité de soins psychiatriques fermée et sécurisée	Création de l'unité fermée et sécurisée avec une équipe déjà en place + des jeunes diplômés

Tous les cadres interrogés ont été amenés à conduire des projets, mon choix du panel me semble donc pertinent.

5.2 Restitution des entretiens

Question 2 : Quels freins avez-vous pu observer lors de la conduite de projets dans votre service et quels facteurs ont pu influencer ces phénomènes ?	
Cadre 1	Le cadre fait ressortir les habitudes de service et de travail entre les collègues, la méconnaissance des protocoles entre unités, le manque de formation du personnel, des organisations différentes entre les unités (horaires), et pas de culture de « pôle ». Le cadre évoque une équipe de 80 personnes à manager sur 3 services ce qui est très difficile pour elle : pas de connaissance de tous les agents et des patients
Cadre 2	Un échec précédent, et un gros sentiment négatif d'échec ressenti par l'équipe. Une pression de l'institution avec l'impression d'être comparée à l'autre unité qui avait déjà mis en place ce double nettoyage. Les médecins n'étaient pas opposants et l'équipe était très volontaire. Quand le cadre est arrivé l'équipe n'était au courant de rien : projet institutionnel,

	<p>le tutorat des étudiants.... Le cadre pense que c'est un frein.</p> <p>Le cadre dit que si les agents n'ont pas les informations ils ne vont pas comprendre pourquoi il leur est demandé des choses.</p>
Cadre 3	<p>Le changement n'a pas du tout été préparé : les équipes ne s'étaient jamais rencontrées, le cadre est arrivé dans le service 3 mois avant la fusion et le déménagement. « C'est trop court ! »</p> <p>Organisation : 2 équipes médicales distinctes qui ne s'entendaient pas mais une seule équipe paramédicale.</p> <p>L'équipe paramédicale n'était pas assez formée à chaque spécialité et la charge de travail était très importante. Les façons de travailler étaient complètement différentes, comme les cultures.</p> <p>Une réduction de personnel et l'arrivée dans un nouveau service sont également des freins cités.</p> <p>Pour le cadre, une méconnaissance de l'historique des services : une tentative avait déjà été faite mais s'était soldée par un échec. Il n'y a jamais eu d'analyse pour comprendre le pourquoi de cet échec.</p>
Cadre 4	<p>Le cadre évoque la peur du changement : les agents étaient habitués à faire les soins dans la nursery et ils avaient peur de se retrouver seuls en tête à tête avec une patiente dans la chambre. Avant les agents étaient toujours plusieurs et se protégeaient derrière la vitre de la salle pour écrire.</p> <p>Le cadre leur a demandé un changement de mentalité énorme à mettre en place avec une flexibilité dans les soins et ne plus être rigide sur les horaires.</p> <p>Certaines personnes sont plus réticentes au changement et ce n'est pas nécessairement celles auxquelles on pourrait croire au départ, et pas forcément les plus âgées !</p>
Cadre 5	<p>Le cadre dit que l'on bouscule la culture de l'hôpital et c'est un gros changement.</p> <p>Une baisse des effectifs au même moment est un facteur supplémentaire.</p> <p>Les deux équipes n'avaient pas la même implication. L'équipe d'orthopédie était plus ouverte, plus présente.</p> <p>Certains agents « anciens » n'étaient pas favorables à la mutualisation mais ce sont des personnes ressources du service et elles ont été laissées en place.</p>
Cadre 6	<p>Les premiers freins étaient liés à l'institution et aux inconnues budgétaires.</p> <p>Le projet a mis du temps et « on le voyait de plus en plus s'éloigner, donc il y a eu une démotivation de l'équipe. »</p> <p>Le cadre a observé des freins par rapport à la constitution de l'équipe paramédicale car le service a été le dernier construit du nouvel hôpital donc tous les agents étaient déjà affectés et ils ont du mal à recruter. L'équipe paramédicale est donc composée de nombreux jeunes diplômés.</p>

Question 3 : Qu'avez-vous mis en place pour lever ces freins en termes de management?	
Cadre 1	<p>Journées d'observation dans les autres services.</p> <p>Uniformisation des protocoles avec les médecins et horaires identiques entre les unités.</p> <p>Le cadre a retravaillé sur le rôle des coordinatrices. Une coordinatrice a été réaffectée dans chaque unité : elle organise les soins et fait des formations pour l'équipe, elle reprend chaque dossier de patient. Les médecins ont proposés des formations mais les professionnels s'y déplacent très peu.</p> <p>La coordinatrice est un relai pour le cadre, car elle n'a pas le temps de faire de la proximité donc les coordinatrices sont vraiment en proximité dans les services.</p>

	<p>Elles sont là tous les jours avec cette connaissance de l'enfant et des familles. D'autant plus que « l'on a remis en place des transmissions qui donnent une cohérence dans les prises en charge. »</p> <p>Le cadre a augmenté le nombre de réunions entre unités et pour l'équipe complète : « c'est un moment où peuvent remonter des choses »</p>
Cadre 2	<p>Réunion de l'équipe pour recueillir le ressenti des agents.</p> <p>Le cadre a reçu chaque agent en entretien individuel pour avoir le ressenti mais aussi pour évaluer les besoins en formation. En individuel, les agents disent parfois des choses qu'ils ne diraient pas en réunion collective. Le cadre a pu voir tous les agents car c'est une petite équipe.</p> <p>Le cadre a fait une réunion d'information pour que tous les agents soient informés. Il leur avait laissé une feuille pour noter les points positifs et les points négatifs.</p> <p>L'essai est un moyen de lever les freins « Si ça ne marche pas on reviendra à ce que l'on faisait avant ».</p> <p>La participation des équipes : « c'est en moi, j'y crois beaucoup même si parfois il y a des objectifs et qu'on ne va pas laisser faire une équipe mais je pense que pour un projet, un changement marche il faut savoir s'appuyer sur les bonnes personnes. »</p> <p>Le cadre pense que de faire participer tout le monde donne une valeur ajoutée à l'équipe entière et pas seulement à une seule personne.</p>
Cadre 3	<p>Avec la psychologue de la médecine du travail et la cadre supérieure, des entretiens individuels de tout le personnel qui intervenait sur l'onco pneumologie ont été faits aussi bien auprès de l'équipe paramédicale que médicale.</p> <p>« On s'est partagé le travail ; on a monté une grille d'entretien ».</p> <p>Le groupe a cherché à comprendre ce qui pouvait ne pas fonctionner et ce qu'ils avaient comme idées, pour essayer de voir ce qui était faisable, comprendre pourquoi ça ne fonctionnait pas et essayer de repérer le mal être des équipes ».</p> <p>Puis « on a essayé de créer une culture commune ». Suite au groupe de travail qui a analysé les résultats des entretiens, le groupe a essayé d'être force de propositions pour unifier ces 2 équipes.</p> <p>Pour amener une culture commune « on a instauré avec les médecins un staff commun, on a mélangé les patients ».</p> <p>Enfin, il a quand même été décidé de séparer « physiquement » les 2 équipes.</p> <p>Donc « on a fait des groupes de travail avec le chef de pôle, la cadre supérieure, les membres de l'équipe, les médecins. Et on a fait plusieurs propositions. »</p> <p>Cette fois-ci l'équipe a été intégrée. Alors qu'avant 2010 ça n'avait jamais été le cas.</p> <p>Toute l'équipe a été investie. Le groupe a travaillé sur la répartition des effectifs, les coûts, l'organisation.</p> <p>Au moment des évaluations annuelles le cadre a vu toute l'équipe et ils ont pu commencer à parler des affectations. Le cadre a pu voir les projets de chacun avec les affinités de certaines pour l'onco et la pneumologie.</p>
Cadre 4	<p>Management participatif, collaboratif même « si parfois il faut trancher. »</p> <p>Travail collectif de sensibilisation, d'accompagnement, le cadre a fait de nombreuses réunions, groupes de paroles avec les IDE, d'échange et d'accompagnement progressif aussi. Pour certaines les choses se sont faites facilement et pour d'autres c'était un peu plus difficile. Le cadre dit avoir tendance à être dans le participatif et d'essayer de voir avec les agents. Et si le cadre voit que dans les discussions collectives ces personnes-là se renferment et</p>

	<p>qu'elles ne veulent pas parler, parce qu'elles se sentent mise à mal, elle les prend plutôt à part. Lors des entretiens annuels ou au cours de l'année, elle leur demande ce qui bloque, ce qui ne va pas et sur quoi elle souhaiterait avancer. L'objectif est que les personnes arrivent à analyser leurs blocages et dire « moi ce qui ne me plaît pas c'est ça » « voilà pourquoi je ne peux pas faire », essayer d'avancer progressivement.</p> <p>Les professionnelles se sont beaucoup investies et sont fières de leurs modifications de prise en charge et surtout des commentaires qui reviennent des patientes.</p> <p>Certaines AP se sont beaucoup investies dans le projet de la salle nature et ont fait des formations sur l'accompagnement, les positions d'accouchement.</p> <p>« On a fait des groupes de travail sur les massages bébés, sur l'allaitement. »</p> <p>Les transmissions du midi c'est un moment d'échange important ce qui n'est pas nécessairement classique dans les grosses structures mais les professionnelles et le cadre se parlent beaucoup, les gens peuvent exprimer leurs craintes, leurs angoisses. Le cadre essaie d'être au maximum présent et les agents savent que la porte est ouverte et ils viennent facilement parler.</p>
Cadre 5	<p>Avant la réunion le cadre avait proposé une date, fait un ordre du jour et il avait déjà recensé les interrogations des équipes par rapport à cette mutualisation.</p> <p>Réunion préparatoire à la mutualisation pour les équipes : information sur le déroulé, l'organisation, la date. C'était aussi une réunion d'échanges.</p> <p>Affichage du compte rendu de la réunion pour ceux qui étaient absents.</p> <p>Réunion post mutualisation pour faire remonter les difficultés et réajuster.</p> <p>Mais « on prend toujours en considération les remarques qui peuvent arriver ou les propositions d'amélioration ». Parce qu'en fait c'est l'équipe qui se réorganise. C'est elle qui trouve des solutions. Le cadre avait proposé des solutions mais parfois il s'est trompé et les agents ont pu dire que ça ne fonctionnait pas. Donc les équipes ont été très impliquées puisque c'est elles qui ont participé aux réunions. Ça a aussi permis un recadrage pour les personnes qui n'étaient pas là, en disant qu'elles n'étaient pas là et que leurs propositions ont été prises en compte mais c'était aussi pour signaler qu'il fallait une participation active sinon ça ne marche pas.</p>
Cadre 6	<p>Les projets, la participation de l'équipe. Le cadre a voulu faire le parti du participatif sachant qu'il y a des limites : « à un moment donné le participatif il faut savoir le diriger sinon tout pars tout azimuth et il faut arrêter aussi des choses quitte à ce que l'on revienne dessus ». Le cadre avait a pu imaginer des choses en amont et avec le contact du terrain il s'est aperçu que la réalité est différente donc il a réajusté. Par ailleurs, le cadre est toujours dans cette phase de réajustement.</p>

Question 4 : Quel bilan faites-vous de vos stratégies ? positif et négatif

Cadre 1	<p>Lorsque le cadre est arrivé, il est allé beaucoup trop vite. Il n'a pas pris le temps de connaître le niveau de formation des agents sur les unités. Du coup lorsqu'il a demandé à un agent d'être mobile sur une unité ça a été mal perçu.</p> <p>Et le cadre dit ne pas avoir d'outils par rapport à ça. « Quand on arrive dans un service et que l'on mène ce type de projet on n'a pas d'outils » : il n'a pas les évaluations de l'année dernière, pas de base de données pour savoir qui a vraiment des difficultés pour aller dans un service. Il aurait pu y avoir une trace écrite, des dossiers du personnel mais là il n'a rien trouvé sur quoi s'appuyer.</p> <p>« Tout est à constituer ».</p> <p>Positif : le cadre a dit à ses agents qu'il s'était trompé en voulant aller si vite et</p>
---------	--

	<p>qu'il allait revoir, les aider, mais que l'objectif était de tourner sur les 3 services. « On garde le cap même si on s'est trompé ». Le cadre a été à même de les écouter pour savoir ce qu'elles voulaient mais que de toute façon il ne reviendrait pas dessus.</p>
Cadre 2	<p>« Quand on décide quelque chose en équipe il ne faut pas hésiter à dire que l'on va tester, on va essayer. »</p> <p>« Ça marche tant mieux, ça ne marche pas on verra pourquoi et ce qu'on peut faire. »</p> <p>L'équipe médicale : très bonne communication avec les médecins, c'est important sur les conduites de projet d'en parler au médecin chef.</p> <p>« Un projet ça se décrète en équipe avec un grand E ! »</p>
Cadre 3	<p>En l'espace de 2 mois et demi le cadre dit n'avoir pas eu le temps de faire autrement.</p> <p>Après quand il en rediscute, il savait très bien que ce serait un service très lourd et les médecins disent qu'ils n'auraient jamais dû faire ça.</p>
Cadre 4	<p>« On peut toujours faire mieux. »</p> <p>L'énorme difficulté a été liée au calendrier et à la demande de redresser l'activité demandée par l'ARS, mais aussi au fait que pendant cette énorme période de changement le cadre était en formation (Master) et donc absent 2 jours par semaine donc il compensait au maximum sur ses jours de présence. Même les jours où il était en formation les agents l'appelaient. Donc ça a créé des tensions au sein de l'équipe par moments, car des personnes sont toujours à la recherche du pouvoir. « Il y a toujours ces jeux de pouvoir entre les gens qui ont un fort caractère ». Et ça produit d'énormes difficultés mais qui auraient sans doute existées même sans la conduite du changement. Maintenant qu'il est revenu à temps plein, la moindre tension est levée plus vite.</p> <p>Les difficultés ne sont pas forcément auprès des soignants mais auprès du corps médical. L'approche est différente, ils sont plus dans leurs consultations.</p>
Cadre 5	<p>La différence des réticences entre les 2 équipes s'est ressentie et maintenue. L'équipe d'orthopédie qui était présente en plus grand nombre était plus ouverte.</p> <p>« Après les agents commencent à se connaître et maintenant dans les recrutements des jeunes diplômés ou nouveaux arrivés, il est annoncé que ce sont des postes mutualisés et nous n'avons plus ce phénomène de cloisonnement. C'est mieux encore car dès le recrutement on anticipe la mutualisation. »</p>
Cadre 6	<p>Erreurs en lien avec la communication. Ce qui est vrai un matin peut ne plus être vrai l'après-midi donc le cadre a appris à différer certaines informations.</p> <p>Ce qu'il trouve réussit c'est le groupe projet ouvert à toute l'équipe. Le cadre supérieur était plus axé au départ sur un groupe fermé mais le cadre a réussi à le convaincre du fait du contexte, d'associer l'ensemble des soignants parce que chacun se sentait un peu participer. Il trouve donc que le management participatif est une réussite.</p> <p>En individuel, c'était plus en lien avec des difficultés personnelles. Avec des professionnels où certains se sont retrouvés en difficulté : « il a fallu faire du coaching très serré et puis motiver les troupes. »</p>

Question 5 : Pour vous, qu'est-ce que l'analyse de pratique professionnelle ? Pensez-vous en faire dans votre service ?

Si oui, dans quel objectif ? Quels bénéfices/désavantages en tirez-vous ?

Si non, pourquoi ? Que pourriez-vous en tirer ?

Cadre 1	Pourvoir parler des situations de terrain que nous vivons tous les jours, au niveau
---------	---

	<p>technique ou relationnel à quelqu'un d'extérieur « normalement ». « Car dans la réalité on fait souvent des Analyses, des EPP sans avoir quelqu'un d'extérieur pour nous aider à mettre à distance les choses. »</p> <p>Le cadre pense qu'il faut être formé pour faire de l'analyse de pratique professionnelle.</p> <p>Dans le service les situations sont reparlées mais on n'a pas de mise en place de groupe d'analyses professionnelles.</p> <p>Les situations sont reparlées lors des transmissions ou en réunion d'équipe mais pas forcément de manière formelle.</p>
Cadre 2	<p>« Toute situation de soin que l'on peut analyser : acteurs, le destinataire si c'est un soin, les moyens. Décrypter de A à Z. ça s'appuie sur des référentiels, sur des protocoles d'hygiène, notre vécu. Une analyse pour la qualité des soins. ça peut être tout petit comme quelque chose que l'on fait tous les jours ou un grand projet. »</p>
Cadre 3	<p><i>Analyse de pratique professionnelle.... Ne sait pas quoi répondre.</i></p> <p>L'analyse de pratique professionnelle c'est au quotidien, c'est une remise en question, une analyse de sa façon de travailler, réfléchir au pourquoi du comment et faire les liens avec ce qui se passe.</p> <p>Avant d'avoir une seule équipe le cadre avait l'impression de voir plus souvent les équipes, d'être plus présent. Il ne peut pas être présent à toutes les transmissions et a le sentiment de rater beaucoup de choses lors de ce temps. C'est à ce moment que l'équipe a des temps d'échanges et le temps d'analyser ce qui se passe et ce qu'elle fait. Et du coup il lui manque quelque chose.</p> <p>Pour lui les analyses de pratiques professionnelles sont faites lors les transmissions parce que justement ils reviennent sur les choses, l'IDE a le temps de se poser et de faire le bilan de son quart de travail. Il trouve que c'est un moment où on se pose, le personnel n'est plus dans le feu de l'action et le cadre dit que pour faire des analyses de pratiques professionnelles il faut avoir un moment pour se poser. Le cadre est là pour poser la question, s'il ne comprend pas, c'est le regard extérieur parce qu'il ne les suit pas forcément dans la matinée et qu'il n'a pas toutes les informations. Au moment des transmissions c'est à ce moment là où il demande « pourquoi on a fait ça ? ».</p>
Cadre 4	<p>Individuelle ou collective ?</p> <p>Individuelle : la façon de travailler d'une personne. Plus difficile à voir. « On va voir surtout des défaillances majeures mais on n'est pas dans la chambre avec le soignant ». Le cadre dit essayer, et pense « qu'on peut faire mieux mais les gens ont toujours une réticence. Ils ont peur d'être jugés. Quand il essaie de faire le point, par exemple lors des entretiens d'évaluation avec les objectifs que les gens se donnent etc... il se rend compte souvent que les gens disent « oui oui je le fais » et il sait délibérément qu'ils ne le font pas donc c'est très difficile d'analyser en individuel. »</p> <p>« Et quand c'est possible il ressort parfois la nécessité d'une formation sur un point où on sent qu'il y a une défaillance. Alors ça peut être sur des choses très diverses et la personne reconnaît qu'elle peut s'améliorer. »</p> <p>Collective : plutôt sur des dossiers qui vont avoir posé des problèmes, ça va avec les CREX, les RMM, changements de protocoles, l'accompagnement et les explications, faire un point régulièrement pour voir ce que les gens ont intégré ou pas bien intégré. Donc l'analyse de pratique se fait sur un dossier qui a posé soucis, pas forcément quelque chose de grave mais qui aura bloqué des gens, qui aura provoqué des tensions dans une équipe, des désaccords sur certaines choses, « on essaie d'en reparler, d'analyser en étant objectif, on n'incrimine personne. »</p>

Cadre 5	<p>Observer pendant un temps donné la réalisation d'un soin. C'est-à-dire prendre le temps de se poser et d'analyser chaque geste conformément à une procédure.</p> <p>Analyse faite par une IDE lors de son soin, une as lors de son soin. Ça peut être une auto observation ou parfois le cadre peut faire des analyses de pratique lors d'un soin. Lors de la visite parfois il y a des choses qui interpellent et qui nécessitent des réajustements.</p> <p>Dans le service les analyses de pratiques professionnelles ne sont pas formalisées mais elles sont faites ponctuellement. Par exemple quand le cadre rentre dans une chambre lors d'un soin il dit faire une analyse de pratique professionnelle.</p> <p>Ensuite il reprend avec les IDE s'il y a des choses sur le fait et après cette analyse il va en discuter avec d'autres infirmières pour voir leurs pratiques de soins. Ensuite il voit ce qui est possible de mettre en place. « Il y a quand même le service qualité qui intervient dans les audits qualité qui sont faits ». Objectif de qualité et de sécurisation des soins.</p>
Cadre 6	<p>C'est dans le projet paramédical.</p> <p>« C'est reprendre à distance ce que l'on fait au quotidien. Ça peut paraître des choses anecdotiques mais aussi sur des prises en charges difficiles où l'équipe est impliquée, le cadre y compris. On ne voit pas forcément les choses avec objectivité et on a besoin d'un regard extérieur pour verbaliser ce que l'on fait et amener à penser différemment et peut être à faire différemment. En ce qui concerne le cadre à faire faire différemment. »</p> <p>Le cadre avait envisagé ces temps sous une forme un peu classique, faire appel à un psychologue ; il y a un temps de psychologue qui est dédié dans l'unité et sur ce temps il voulait inclure un temps d'analyse de pratique pour reprendre les « choses que dans l'unité on ne voit pas ».</p> <p>« On fait inconsciemment des analyses de pratiques professionnelles, on a un temps de transmission tous les midis, on a un temps de synthèse hebdomadaire avec les médecins, l'encadrement supérieur, l'assistante sociale. Donc on en fait malgré tout sur des prises en charge et sur des temps informels au café, on en discute, on se dit qu'on n'a pas été bon sur cette prise en charge, on a fait ce choix là mais peut être que si nous avions fait différemment on n'en serait pas arrivé là, on se questionne. »</p> <p>Cela permet aussi de travailler sur la cohésion de l'équipe, de travailler autour du quotidien et sur ce qui est fait avec les patients. Car ce qui est important c'est la cohésion et le même discours.</p> <p>Donc le cadre dit en faire sans s'en rendre compte, mais il pense qu'il faut en faire de manière bien formalisée avec quelqu'un de l'extérieur parce « qu'on pense peut être bien faire, on s'en persuade sans forcément le faire consciemment mais quelqu'un d'autre pourrait nous aider. »</p>

Question 6 : Pensez-vous que les analyses de pratiques professionnelles puissent aider à lever les freins au changement ? Si oui pourquoi ? si non, pourquoi ?

Cadre 1	<p>« oui si c'est une personne extérieure qui peut nous aider à trouver des solutions part nous-même face aux situations que l'on rencontre. »</p> <p>La personne extérieure sert à prendre du recul, à être moins dans l'instant parce qu' « on s'aperçoit qu'au niveau du management on réagit parfois trop vite et quand on se pose pour réfléchir on trouve nous-mêmes les solutions. Sauf que bien souvent on a beaucoup de choses à faire. »</p> <p>Le cadre a fait partie d'un groupe quand elle était puéricultrice en pmi sur l'analyse professionnelle. « On était toutes puéricultrices avec quelqu'un d'extérieur pour parler de nos pratiques. Ça pourrait être un groupe de cadre mais</p>
---------	--

	<p>pour moi c'est important l'existence de cette personne extérieure. C'est quelque chose que l'on ne peut pas faire tout seul. » Après c'est vrai que le cadre vis-à-vis de son équipe pourrait mettre en place des temps d'analyse professionnelle. Le frein est le temps de travail du cadre et la disponibilité des équipes. Le cadre dit qu'il manque de temps et de nombre de personnes pour le faire. Ce n'est pas reconnu au niveau de l'institution comme important.</p> <p>Les freins sont levés dans l'explication, une clarté des objectifs. Souvent quand il y a un frein c'est qu'on ne connaît pas l'objectif. Il peut arriver aussi qu'en tant que manager « on a du mal à s'exprimer sur l'objectif, on fait des choses sans forcément les expliquer et du coup on a des résistances qui sont induite par ça. L'analyse des pratiques redéfinit les objectifs. »</p>
Cadre 2	<p>« Oui. Parce que l'on va analyser une pratique. On va se demander si on est bon ou pas, est-ce qu'on pourrait être encore meilleur. Si on n'est pas bon, on va se dire qu'on ne répond pas aux bonnes pratiques. Pourquoi ? Parfois ça peut être un manque de moyen matériel. »</p> <p>A partir de là une analyse est faite et une réflexion va se faire pour amener le changement à être meilleur.</p> <p>Pendant les transmissions la place du cadre est nécessaire car « on prend du recul », le cadre fait questionner les soignants : pourquoi vous faites ça ? ensuite le cadre va voir si l'équipe est loin de la réalité ou au contraire. Le cadre dit bien aimer décortiquer les situations avec les équipes parce que ce sont des moments où ils vont parler d'un soin, analyser et amener un éclairage différent ou s'apercevoir qu'entre ce qu'on leur demande et ce qu'on leur donne il y a une différence. C'est très riche. D'autant plus que le personnel n'a pas beaucoup de temps donc c'est un bon moment. Le cadre fait des réunions formelles où les agents savent ce qui va être abordé mais le cadre pense que vraiment au moment où il sent qu'il y a quelque chose qui leur pose question ils peuvent travailler, s'améliorer et lever les freins parce qu'il y a une participation, ils réfléchissent ensemble. « C'est toujours riche de partager parce qu'on est une équipe, on est tous différents, on espère avoir des valeurs communes mais forcément il y a des choses où on est différents. Le cadre pense que le fait d'en discuter montre les freins. »</p> <p>Le cadre pense que c'est son rôle mais qu'à l'IFCS on n'apprend pas ça !</p> <p>Il croit que c'est au niveau de l'instinct et avec le recul puisque le cadre n'est plus dans les soins, il a suffisamment de distance pour aider l'équipe à faire ces analyses de pratiques professionnelles.</p> <p>Individuel : Si il fait des entretiens dans l'année c'est souvent que ça ne va pas dans le service.</p> <p>L'équipe s'est beaucoup renouvelée et avec des jeunes DE, donc il les voit pour faire des bilans. Ça permet de revenir sur des situations et justement d'analyser avec l'agent. « Ça permet de faire progresser l'agent. »</p> <p>« En fait je fais des analyses de pratiques professionnelles sans le savoir au quotidien !! »</p>
Cadre 3	<p>Le cadre pense que oui parce que par exemple quand les 2 spécialités étaient regroupées, ça permettait d'avancer dans les prises en charge et de mieux comprendre comment fonctionnaient les médecins. C'était à ce moment là où il avait un regard extérieur parce qu'il avait travaillé 1 an comme FFCS en onco et avait une connaissance du fonctionnement des médecins de l'onco. Et il pouvait mieux comprendre et expliquer les choses.</p>

Cadre 4	<p>« Oui. Mais on n'est pas très formé à cette analyse de pratique ». Et donc le cadre pense qu'une formation avec le service qualité ne peut qu'aider. Le cadre dit être seul dans le service à le faire donc c'est difficile. Il sent que le CH se sensibilise énormément et qu'il essaie de sensibiliser le personnel mais c'est difficile.</p> <p>« Ce que l'on fait tous les jours ça fait partie de l'analyse de pratique professionnelle, c'est une première étape. » L'analyse de pratique qu'il fait sans être formalisée a souvent plus d'effet car les gens se sensibilisent.</p> <p>Ça peut aussi se faire autour d'un café.</p> <p>Pour certaines choses plus importantes il faut que ce soit formalisé. C'est aussi pour que le message passe dans toute l'équipe. Parce que « quand c'est fait en informel, ça ne passe pas en globalité ».</p>
Cadre 5	<p>Le cadre pense que l'analyse de pratique professionnelle est aidante pour le changement. Toujours dans une idée d'amélioration de la qualité, l'analyse de pratique professionnelle permet d'améliorer la pratique de soin donc elle est plutôt aidante. « On peut s'appuyer sur des faits avec l'analyse de pratique professionnelle. Donc on s'oriente vers une amélioration de la qualité. »</p> <p>Mais il ne pense pas que les analyses de pratiques professionnelles lèvent les freins au changement.</p>
Cadre 6	<p>Oui. Par exemple avec le cas des détenus qui est assez symbolique le cadre pense que tous ceux qui sont en poste aujourd'hui ont connus un certain type de prise en charge et un des enjeux de cette unité c'était de rendre des conditions de soin aux détenus autre que ce qu'ils faisaient jusque-là. Donc ça a été un gros accompagnement de l'équipe parce qu'il a fallu sortir les agents de leurs habitudes de travail et de leurs représentations. « Donc oui ça peut faire lever les freins aux changements et être un axe de travail. »</p>

Question 7 : Pensez-vous que les entretiens individuels puissent être un outil pour conduire le changement ?

Si oui, pourquoi et quels bénéfices supplémentaires par rapport au management collectif ? Si non, pourquoi ?

Cadre 1	<p>C'est un outil puisque les entretiens individuels doivent déterminer le plan de formation dans l'entretien de fin d'année. Donne des objectifs individuels de progression. « Donc en ça c'est un outil, après il ne faut pas s'arrêter là car on a beaucoup d'entretiens informels avec le personnel et qu'il faut prendre le temps en tant que cadre de noter ce qui a été important lors de ces rencontres journalières, parce que sinon on l'impression de ne rien faire. C'est là-dessus souvent qu'on s'appuie pour trouver les projets qui sont importants, les axes d'amélioration. C'est dans l'informalité que l'on trouve. »</p> <p>Les freins sont levés par la connaissance des réticences. L'entretien annuel est très formel avec une grille et souvent « c'est plus dans l'informel que l'on a la réalité des résistances. »</p> <p>« Les agents n'expriment pas tout dans les entretiens annuels. Et c'est dans les bruits de couloir qu'on s'aperçoit que ça ne va pas bien. »</p> <p>Et si le cadre sent que quelqu'un ne va pas bien, ça lui arrive de lui demander de le voir même juste 5 minutes.</p> <p>Au quotidien c'est la grande majorité de son travail.</p>
Cadre 2	<p>L'entretien individuel est un outil pour lever les freins. « Parce que pour faire adhérer, le cadre ne peut pas décréter... on sait vers quoi on a des objectifs mais c'est important de voir chacun et déterminer sur qui on va pouvoir s'appuyer pour la conduite du changement ». Le cadre pense que c'est important les référents, il faut qu'il s'appuie sur des personnes.</p>

	<p>Il pense que l'on peut profiter de certains moments même pendant la prise en charge d'un patient pour justement dire « qu'est-ce qui a posé problème ? », il pense que tout est bon à prendre. « Il y a des moments où justement on ressent les choses ». Les transmissions sont un moment intéressant, il y participe pour le suivi des patients, l'équipe peut avoir un questionnement par rapport à certaines situation de soin. Les cadres ont un peu plus de recul, ils apportent des choses. Sur certaines pratiques : « on peut poser des questions : qu'est-ce qui fait que ? qu'est-ce que vous pensez de ? il y a des moments informels comme ça. »</p>
Cadre 3	<p>« L'entretien annuel oui et non parce qu'on peut déceler les freins tous les jours ». Le cadre est dans la communication avec l'équipe et il pense que pour le changement il n'y a pas d'autre moyen. « C'est un des leviers, en communiquant. »</p> <p>C'est du quotidien, il suit tous les jours au staff, avec les ide et puis aux transmissions le midi. Il dit connaitre son équipe et l'entretien c'est un moyen de formaliser un peu les choses et de discuter en tête à tête avec l'agent et de voir ce qui est au mieux pour lui. Et parfois les agents ont des utopies et son rôle c'est de recentrer les choses.</p>
Cadre 4	<p>L'entretien annuel prend beaucoup de temps et quand il y a beaucoup de changements, les gens ont des choses à dire. Certains vont venir très fréquemment dans l'année, d'autres par leur caractère vont venir un peu moins et dire beaucoup à l'évaluation.</p> <p>Ça permet aussi de se fixer des objectifs. Mais c'est difficile car ça oblige les agents à analyser leur pratique. « Aux transmissions on ressent beaucoup de choses et la porte du bureau est ouverte » donc le cadre observe beaucoup et il dit que c'est très difficile de demander aux agents d'évaluer leur travail. Le cadre pense que les personnes se sentent jugées comme à l'école. « Il y a ceux qui sont très sûrs d'eux et qui pensent que ce qu'ils font c'est parfait. Et puis il y a les autres qui pensent qu'ils vont avoir une mauvaise note. Et tu sens qu'ils ne savent pas le faire et qu'ils ont beaucoup de mal à être objectif. »</p> <p>« Parfois de parler avec 2 ou 3 soignants sur une discussion, ça va mieux passer. Surtout quand les personnes ont un bon contact. Et quand elles se comprennent bien elles vont se parler et comparer leur pratique ». C'est indirectement une analyse de pratique puisque c'est parler du travail, du cœur de métier.</p>
Cadre 5	<p>Cette question a fait penser le cadre à une personne ancienne proche de la retraite du service. Ils s'étaient vu car ce changement lui faisait vraiment peur. Il était important de la resituer dans ce changement, c'est-à-dire que le cadre lui a dit qu'elle était personne ressource du service et qu'il comprenait bien son positionnement et que ce ne serait pas une personne qu'il mettrait dans la mobilité. Par contre il lui a dit qu'il comptait sur elle dans l'investissement dans la formation de ses collègues. Lui donner un autre rôle et la sortir du service l'aurait totalement déstabilisée, il n'y avait pas d'intérêt. Par contre la valoriser en lui disant qu'elle est une personne ressource et qu'elle a son rôle à jouer dans cette mutualisation ça a très bien fonctionné. Elle a été rassurée, revalorisée dans son positionnement et puis ça c'est bien passé. Donc un entretien individuel peut aider à lever les freins.</p> <p>Ils avaient fait aussi des micros débriefing lors des transmissions et encore maintenant lorsqu'il y a des difficultés rencontrées, à la fin des transmissions ils prennent un temps d'échange.</p> <p>Ils exposent les difficultés et essaient de trouver des solutions quand il y en a. Récemment il y a eu des difficultés sur un décès et sur une difficulté de prise en charge dans l'équipe, le cadre a reçu individuellement les agents ou 2 par 2 pour</p>

	<p>en discuter et resituer les choses.</p> <p>Après si c'est plus compliqué, le cadre peut se mettre en lien avec la médecine du travail qui peut prendre le relai (psychologue).</p>
Cadre 6	<p>Au niveau individuel ce que le cadre met en avant c'est la formation professionnelle. Il y a des soignants très à l'aise avec certaines techniques, la réglementation, d'autres moins. Donc l'entretien individuel permet de travailler sur les manques. Aussi en termes de constitution d'équipe. Il faudrait bien sûr avoir une politique de GPMC parfaite mais ce n'est pas possible, donc le cadre essaie de faire attention à la constitution des binômes. Il essaie de mettre des personnes expérimentées avec d'autre qui le sont moins. L'expérimenté va apporter sa connaissance pratique et le jeune va amener un regard nouveau. Donc le cadre se sert des entretiens au niveau individuel pour déceler les compétences, les besoins en formation. Il a rééquilibré par exemple une partie de l'équipe. Mais il y a aussi des limites institutionnelles, il fonctionne avec un système de roulement et l'équipe n'est pas extensible. Le cadre met aussi des actions de formation en interne car ça n'a pas de coût et concerne tout le monde : ASHQ, médecin ...</p> <p>Il dit faire du collectif individualisé.</p>

Question 8 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Cadre 1	<p>Le cadre dit que ce qui important c'est de se donner le temps de l'analyse, dans l'étude de besoin dans tout changement. « Mais on n'a pas toujours forcément le temps en tant que cadre de le faire ». Avec l'expérience qui s'est passée depuis juillet, le cadre s'est dit que ça lui a servi de leçon et « quand on veut aller trop vite ou qu'on nous oblige à aller trop vite, on se dit à un moment donné ce n'est pas possible ». Vraiment bien étudier le projet et se donner le temps.</p> <p>Il faut se donner des objectifs réalisables.</p> <p>Ne pas oublier l'évaluation ! Ici les réunions trimestrielles qui donnent les étapes d'avancées du projet. Et les évaluations annuelles, permettront de faire un point individuel et déterminer s'il y a toujours des freins.</p> <p>Il est important de tenir les agents informés, on est en train d'accompagner les agents aux transformations futures.</p>
Cadre 2	<p>Le cadre dit ne pas vraiment avoir vécu d'expérience négative mais il ne se sent pas suffisamment formé à la conduite de projets. Donc il a demandé une formation.</p> <p>Les cadres sont peut-être un peu démunis, ceux qui sortent de l'école des cadres moins. Mais lui ça fait 10 ans et quelque fois il se sent un peu seul. Ça dépend de l'envergure du projet.</p> <p>En fait les projets ne s'arrêtent jamais et après il faut les maintenir.</p>
Cadre 3	<p>Tout changement ne se décide pas tout seul dans son coin. C'est un travail d'équipe.</p> <p>La communication : le cadre communique en montant des groupes de travail avec l'équipe, en étant présent dans le service. « Le seul souci c'est qu'on est de moins en moins au milieu des équipes parce qu'il faut que l'on soit sur tous les fronts : des groupes de travail institutionnel il y en a de plus en plus et on est de moins en moins disponible pour l'équipe et les patients. »</p>
Cadre 4	<p>« C'est difficile de parler sur des choses que l'on fait sans vraiment savoir si on fait bien. »</p> <p>Le cadre fait inconsciemment tout le temps de l'analyse de pratique. Et le cadre est un peu seul, il n'y a que la cadre supérieure qui peut aider. « On se fait de</p>

	<p>l'auto critique. »</p> <p>D'être en formation en alternance l'année dernière a apporté de très bons côtés, avec des gens d'horizons différents, « on a pu échanger sur nos difficultés et entre nous nous avons fait beaucoup d'analyse de pratique. Une vraie prise de recul. et c'est ce qui manque quand la formation est terminée parce qu'avec les autres cadres du pôle on ne va pas nécessairement en parler. »</p> <p>Le cadre dit que ça lui manque cette année parce qu'il le fait seul. Il n'a plus l'échange avec la personne complètement extérieure qui ne connaît pas son service et qui rassure ou qui donne son ressenti. Ici le cadre est tout seul avec son problème.</p>
Cadre 5	<p>Le projet du départ n'est pas forcément le projet abouti. « Le projet est vivant et on le modifie au fur et à mesure et même quand il est terminé, reconduit on se rend compte qu'il est toujours à améliorer et à modifier. On repart en arrière, on réajuste. Ça évolue tout le temps : pendant et post projet. »</p>
Cadre 6	<p>La cohésion de l'équipe acquise grâce à la participation de toute l'équipe. L'accompagnement ne s'arrête jamais ! S'il veut que l'équipe lui fasse confiance il faut que le cadre montre qu'elle peut lui faire confiance.</p>

5.3 Analyse des résultats

5.3.1 Les freins

Les cadres interrogés, lors de la conduite de projet qu'ils ont menés, ont tous rencontrés des freins.

Le cadre conceptuel a montré que chaque changement entraînait des résistances de la part des individus. En effet, il ressort que les individus ont des freins liés à un manque de formation, aux habitudes de travail aussi bien dans les soins que dans les relations de travail. Bousculer ces habitudes entraîne des peurs et un manque de confiance en soi, la peur de ne plus être à la hauteur.

Le cadre 4, qui était en formation Master pendant la réorganisation de son service s'est rendu compte que son absence avait une forte influence sur les relations entre les agents et que des jeux de pouvoir se jouaient. L'analyse stratégique et systémique développée par M.Crozier et F.Friedberg montre l'idée que chaque organisation est un « construit social » qui fonctionne avec une juxtaposition de règles formelles et informelles. En effet, les règles formelles ne peuvent tout prévoir, il existe des zones d'incertitudes dans lesquelles les règles formelles sont insuffisantes. Ces zones donnent une plus grande marge de liberté aux acteurs. Ces derniers cherchent à tirer profit de ces zones d'incertitudes en essayant d'imposer de nouvelles règles qui les avantageront par des jeux de pouvoir⁵⁸.

58 Crozier michel, E. Friedberg. « L'acteur et le système », éditions Points 1977, 500 pages.

Les entretiens font également ressortir des freins collectifs maitrisables par le cadre de santé: organisation du service et constitution des équipes. En effet, le cadre par son observation du fonctionnement de l'équipe peut entreprendre des changements d'horaires ou la constitution de binômes de travail.

D'autres freins collectifs sont moins évidents, car moins rationnels à observer et à contrôler. Par exemple, le bouleversement de la culture de travail d'un service et un sentiment d'échec lié à l'histoire sont des éléments à prendre en compte pour conduire le changement et adapter sa stratégie managériale.

Dans le cadre conceptuel, il est peu abordé les freins incompressibles subits par le cadre. Or, la taille de l'équipe, la constitution de l'équipe médicale, une baisse des effectifs, des décisions budgétaires, une pression de l'institution sont autant d'éléments non maitrisables par le cadre qui viennent perturber la mise en œuvre du changement.

Dans un article de la revue *Gestion* 2000⁵⁹, Alain Vas, professeur à l'Institut d'Administration et de Gestion, Université Catholique de Louvain (Belgique) et Co-directeur du Centre de Recherche en Changement, innovation et Stratégie expose les différentes causes organisationnelles de la résistance. Il divise les causes en deux catégories : les causes organisationnelles subjectives et les causes organisationnelles objectives.

Les causes subjectives peuvent avoir des sources culturelles (culture bureaucratique et certaines valeurs, rites, symboles ou normes de groupe qui favorisent la stabilité) et politiques (le pouvoir en place et les zones d'influence des individus telle que la position hiérarchique, l'accès à des ressources rares).

Les causes objectives peuvent avoir des sources structurelles (la distribution des rôles, des postes de travail, l'organigramme, qui donne trop de poids aux personnes qui ne souhaitent pas changer) et rationnelles (le manque de ressources humaines, financières, de compétences ou de temps pour mener à bien le changement).

Le cadre lui-même rencontre des difficultés dans la mission qui lui est confiée. La méconnaissance des équipes, des organisations lors de l'arrivée dans un nouveau service ont été pour deux d'entre eux (cadre 1 et 3) source d'erreurs managériales.

Le cadre 2, se sent insuffisamment formé à la conduite du changement et donc un peu démuni face aux équipes.

59 Alain VAS, « Revisiter la résistance au changement aux différents niveaux hiérarchiques : une étude exploratoire », *Gestion* 2000, septembre-octobre 2005, p131 à 140.

L'accompagnement des équipes dans le changement nécessite pour le cadre d'avoir une double approche. Autrement dit, une vision « de proximité » s'attachant à observer et à analyser les comportements individuels et une vision « systémique » qui interroge les comportements des professionnels évoluant dans une organisation. Cette double vision permet au cadre de santé de cerner dans leur globalité les enjeux et les difficultés des acteurs dans les situations de changement. Ainsi, il peut mieux appréhender voir anticiper la résistance au changement.

5.3.2 Les leviers pour le cadre et les actions managériales

Les entretiens font ressortir des éléments aidants pour mener le projet.

Tout d'abord, une équipe médicale qui trouve un sens au projet et qui s'implique dans la construction du projet semble être une réelle aide dans le message de cohérence que le cadre de santé peut faire passer à l'équipe. Il en est de même pour la motivation des équipes paramédicales et l'envie d'implication dans le projet qui, forcément, facilite la mise en œuvre. De plus, la décision du changement se pense en équipe « globale » c'est-à-dire équipe médicale et paramédicale.

La taille de l'équipe est un facteur important pour la connaissance des individus et l'optimisation des compétences de chacun. Le cadre 4 qui gère une petite équipe exprime bien le fait de bien connaître chaque agent tant sur le point de vue professionnel que sur le plan du caractère et des fragilités. Au contraire le cadre 1, qui manage une très grande équipe, est plus en difficulté mais il a su mettre en place des coordinatrices qui jouent le rôle de la proximité et qui font remonter les informations pour le cadre.

5 cadres sur 6 ont parlé de management participatif. Seul le cadre 1 n'a pas parlé spontanément de management participatif mais semble tout de même ouvert à ce type de management.

Le management participatif (ou collaboratif cité par un des cadres) est « *un mode de management qui favorise la participation des salariés et des collaborateurs de l'entreprise aux décisions, en les associant à la définition et à la mise en œuvre des objectifs les concernant*⁶⁰ ».

Les cadres ont mis en place des réunions où les agents ont pu exprimer leurs ressentis et leurs craintes mais également faire des propositions concernant le projet. Le groupe de travail

⁶⁰ Olivier Meier, « Dico du manager : 500 clés pour comprendre et agir », édition Dunod, 2009, p.123

semble être un outil largement partagé. La participation des équipes permet de s'appropriier le changement. Cette participation est favorisée en amont du projet dans des réunions préparatoires, pendant le projet avec des outils aidant au réajustement et lors de l'évaluation. La participation est une aide pour connaître les besoins des équipes et éventuellement proposer des formations qui aideront à lever les freins et adapter les compétences au poste de travail.

Le cadre 3 exprime bien l'échec de la mise en œuvre du regroupement des deux équipes et l'absence complète de préparation en amont. Lorsque l'échec est grand, le besoin d'analyse de la situation est indispensable. L'option d'un audit de toute l'équipe avec l'aide de la psychologue du travail a permis de comprendre et de repartir sur un nouveau projet en incluant la participation des équipes.

Il me paraît intéressant l'idée que les équipes, une fois dans cette démarche participative, gagnent en autonomie dans leurs organisations et font plus spontanément des propositions de changement au cadre. Le changement est donc ressenti par les individus eux-mêmes comme l'avance Philippe Bernoux.

La participation des individus donne du sens au travail, une dynamique et de la fierté à l'ensemble du groupe et donc permet un travail sur la cohésion.

Les limites de la démarche participative résident dans l'obligation à un moment de prendre des décisions et de ne pas perdre de vue les objectifs premiers.

Pour lever les craintes de l'inconnu, les cadres exposent la stratégie de l'essai/erreur. Il y a deux objectifs à cette stratégie.

Le premier est de convaincre les plus résistants. En effet, les cadres démontrent par l'essai la possibilité de mettre en place le projet et peuvent argumenter par des faits les décisions prises. Le deuxième est de permettre des réajustements rapides par le retour des équipes et l'observation des dysfonctionnements.

Néanmoins, cette stratégie nécessite pour le cadre de savoir admettre ses erreurs et d'entendre les critiques.

Dans le cadre conceptuel, je me suis demandée quel était le meilleur tempo pour mettre en œuvre le changement. C'est assez spontanément que 3 des cadres interrogés ont abordé ce sujet (cadres 1, 3 et 6).

Les cadres 1 et 3 ont manqué de temps pour leur projet. Ils mettent en avant cette précipitation pour expliquer des erreurs et des échecs. Prendre le temps de l'analyse du passé et de l'existant permet d'éviter des freins et des revers.

Le cadre 6, lui, a eu un temps d'attente très long pour son projet, ce qui l'a mis également en difficulté. On retrouve bien le risque d'enlèvement évoqué par Véronique Perret dans son ouvrage et le besoin pour le cadre de redonner du rythme et de la motivation.

Concernant le temps, les cadres ont parlé de leur temps de travail à eux. Ils estiment manquer de temps à consacrer aux équipes et au management de proximité. La pression de l'institution semble peser et être une difficulté dans la gestion des projets.

Enfin, les cadres interrogés sont unanimes quant à la nécessité de communiquer avec les équipes pour lever les freins au changement.

Il est essentiel de savoir transmettre les informations aux équipes afin que ces dernières se sentent associées au projet. Le cadre de proximité doit pouvoir de son côté aménager des temps de rencontres à la fois formels (réunions, groupes de travail) et informels pour permettre à la majorité des soignants de pouvoir s'exprimer.

L'objectif d'une communication adaptée est de favoriser l'avancée du projet à travers toutes les expressions (oppositions ou accords). C'est grâce à cette expression que le cadre pourra analyser les enjeux en repérant les incompréhensions, les personnes ressources (moteurs du projet) et celles résistantes. Les échanges sont des atouts pour réduire l'incompréhension et limiter les résistances des individus. Le cadre s'efforcera de valoriser les propositions intéressantes de son équipe et remercier les soignants pour leur investissement.

Néanmoins, le cadre doit apprendre à être dans la maîtrise de sa communication, au risque parfois de trop s'avancer et de perdre en crédibilité (cadre 6).

Une fois cette communication installée peut alors débiter un travail d'analyse et de compréhension des freins au changement.

5.3.3 Les analyses de pratiques professionnelles

Dans les définitions données par les cadres, nous pouvons nous apercevoir qu'il existe parfois une confusion entre l'analyse de pratique professionnelle qui a été évoquée dans le cadre conceptuel et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui consiste à « *analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients.*⁶¹ ».

Néanmoins, chaque cadre semble à sa manière faire des analyses de pratiques professionnelles avec son équipe même s'il ne s'en rend pas compte (cadre 5).

⁶¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles, consulté le 12/04/2014

Dans le cadre conceptuel, l'analyse réflexive des situations se fait dans un cadre précis dans un temps formalisé d'échanges en groupe. Les entretiens, au contraire, font ressortir que dans la réalité, les analyses de pratiques professionnelles sont faites pendant les temps de transmissions ou lors de moments plus informels (café). En effet, pour les cadres, les transmissions sont un moment où l'équipe est réunie et posée. C'est un temps d'échange où les professionnels reviennent sur leurs prises en charge et réfléchissent ensemble aux axes d'améliorations.

Dans son article, « la communication infirmière comme élément productif et constructif de la professionnalisation », Valérie Paule Roman-Ramos, cadre de santé Doctorante, replace la communication entre soignants au cœur du travail. En parlant des transmissions elle dit que « *La communication entre tous les acteurs de soins agissant au sein de cette nouvelle structure participe à la fabrication commune et collective du soin* ». Les transmissions sont des temps reconnus : « *La communication rend finalement compte d'une production reconnue et repérée dans un espace-temps caractérisé. Elle possède en plus de ses attributs distinctifs, une identité nominative. Le temps de passage des consignes prend notamment des appellations diverses; « colloque infirmier » ou celle de « transmissions infirmières ».*

Et lorsque Valérie Paule Roman Ramos dit que « *La communication se donne à voir et à entendre dans quelque chose de « téléologique » qui est préalablement passé par cette étape essentielle de la conception dans l'action réfléchissante d'une communication collective concertée* ⁶² », je ne peux que faire le rapprochement avec la pratique réflexive collective

Les cadres de santé interrogés mettent en avant le besoin d'être présent sur ces temps de transmissions pour interroger les équipes sur leurs pratiques. Ils disent avoir un regard extérieur qui permet une prise de distance et donc de faire émerger l'analyse des pratiques et susciter la réflexion. Ces temps permettent au cadre d'écouter son équipe, de l'observer et de repérer les freins pour pouvoir adapter ses stratégies managériales pour conduire le changement.

Les cadres sont, pour 5 d'entre eux, convaincus que les analyses de pratiques professionnelles sont un outil pour lever les freins au changement. La plupart pensent que c'est le rôle du cadre de santé de provoquer cette analyse et cette prise de recul. Néanmoins, certains ont évoqué des limites à cela. En effet, cette pratique demande de la disponibilité et un cadre pense qu'il n'est pas formé à cette pratique. Il ressort aussi que les agents peuvent se sentir jugés, évalués et que c'est une difficulté pour le cadre.

⁶² Valérie Paule Roman-Ramos, Université de Provence, « La communication infirmière comme élément productif et constructif de la professionnalisation », Sciences-Croisées Numéro 4 : La communication

Certains cadres expriment le besoin de faire appel à un élément extérieur (psychologue) lorsque la situation devient trop complexe. Les cadres 1 et 6 ont besoin eux-aussi de prendre du recul et considèrent qu'ils ne peuvent pas seuls faire ce travail de verbalisation et de réflexion.

Le cadre 4 m'a parlé du soutien que le cadre de pôle pouvait lui apporter autant dans sa propre démarche réflexive que dans le soutien à l'accompagnement au projet.

Le cadre de proximité n'est donc pas seul dans cette démarche d'accompagnement au projet et d'analyse.

5.3.4 Les entretiens individuels

La question posée sur les entretiens ne précisait pas le type d'entretien. L'objectif était de voir le type d'entretien privilégié pour conduire le changement. Deux types d'entretiens sont ressortis : les entretiens annuels d'évaluation et de formation, et les entretiens individuels informels.

Les entretiens individuels d'évaluation et de formation permettent, dans la conduite du changement, d'évaluer les besoins en formation des agents, d'évaluer les compétences et les motivations des individus sur lesquels le cadre pourra s'appuyer pour mener le projet.

Mais les cadres ont bien exprimé que ce n'était pas là que se jouait vraiment la levée des freins. Cet entretien est très utile pour poser des objectifs et formaliser des demandes. Il est encadré et peu spontané.

Les entretiens individuels informels (passage dans le bureau, discussion après des transmissions) quant à eux ont été évoqués par l'ensemble des cadres comme un travail quotidien auprès des équipes. Ils permettent de recueillir les ressentis au moment le plus juste et de faire émerger les idées les plus innovantes.

Le cadre 6 parle même de coaching et la posture du cadre lors de ces entretiens est une fois de plus dans une démarche réflexive mais cette fois ci en face à face. Le cadre questionne, écoute et laisse l'agent prendre conscience de ses difficultés et de ses freins.

Pour finir, la décision d'un changement quel qu'il soit n'est pas à prendre seul. C'est une décision d'équipe et le rôle du cadre est de donner du sens au projet. Le projet se modifie constamment et nécessite des réajustements tout au long du processus. Le projet abouti n'est

pas forcément celui qui était prévu au départ (cadre 5) mais je pense que le rôle du cadre est de montrer à l'équipe le chemin parcouru et de valoriser les efforts faits par chacun.

L'analyse des entretiens m'amène une réflexion et un questionnement concernant l'encadrement supérieur. En effet, le rôle du cadre de pôle a été assez peu abordé or il me semble être un collaborateur majeur dans la conduite de projets. Dans leur article « Le cadre de santé de pôle, un manager collaboratif ? », Véronique Duveau (consultante, pédagogue multimédia, chargée d'enseignement au master santé du DEP de Paris Dauphine) et Sylvie Lucas (maitre de conférence DEP Université Paris Dauphine) exposent que « *dans la collaboration, la confiance est incontournable ainsi que l'engagement vers l'objectif et le but commun, évalués par chacun. Pour y arriver, aucun ne peut trahir le projet élaboré en commun sous le prétexte de ses intérêts particuliers ou de ceux de sa profession* » et que le cadre de pôle « *est un professionnel qui a une vision, s'exprime en son nom propre et est force de proposition pour un hôpital reconfiguré. Quelqu'un qui croit en la possibilité de construire quelque chose de nouveau, qui n'est donc pas défaitiste devant les réactions négatives à chaque sursaut de réformes, souvent même dans son propre camp ; quelqu'un qui ne craint pas le challenge ou d'être bousculé et qui est même attiré par des situations où il faut quand même faire ses preuves et tenir bon ; quelqu'un qui voit l'intérêt à travailler avec d'autres dont il sait que les positions diffèrent ; quelqu'un qui croit en la capacité des personnes et, au travers elles, des organisations, à changer⁶³* ». Le cadre de santé fait partie d'une équipe qui inclue aussi bien l'encadrement médical, paramédical et administratif où chaque discipline collabore entre elles.

Après avoir analysé les entretiens de mon enquête, je peux maintenant revenir sur la problématique posée dans ce travail de recherche et évaluer si mes hypothèses sont validées ou non.

63 Véronique Duveau, Sylvie Lucas, « Le cadre de santé de pôle, un manager collaboratif ? », revue Soins Cadre, volume 22, N°86, mai 2013, p 23-26.

6 Retour sur la problématique et les hypothèses

Ma problématique de recherche était la suivante :

En quoi le management du cadre de santé peut-il contribuer à conduire le changement ?

Et mes hypothèses posées à la fin du cadre conceptuel avançaient que :

- Lors de la conduite de projet, en mettant en place des groupes d'analyse de pratique professionnelle, le cadre de santé favorise la levée des freins dans l'équipe.
- L'entretien individuel d'évaluation et de formation mené par le cadre est un outil pour la conduite du changement.

Au travers de ma recherche documentaire et de mon enquête de terrain, j'ai exposé le rôle central du cadre de santé pour mener des projets dans un service de soins.

Ses pratiques managériales sont basées sur l'observation des individus et sur l'analyse de son environnement. Le cadre de santé agit en fonction des situations et adapte sa communication et ses actions dans le but de mener à bien le projet et de lever les freins au changement.

La première hypothèse concernant les analyses de pratiques professionnelles, est partiellement vérifiée. Les cadres de santé pratiquent au quotidien l'analyse réflexive avec les équipes et sont convaincus de son utilité pour lever les freins au changement. La nuance se trouve dans le moment où ces analyses sont faites. En pédagogie, le temps entre formateur/étudiant sont formalisés et inscrits dans un programme et j'avais projeté cette formalisation sur la conduite de projet. Or, il ressort principalement que les analyses de pratiques professionnelles ne sont pas organisées dans des groupes lorsque l'objectif est la levée des freins. Cet outil managérial est utilisé lors des transmissions et lors des entretiens individuels informels.

La deuxième hypothèse concernant les entretiens individuels d'évaluation et de formation est également partiellement vérifiée. Ces entretiens sont très utiles pour mener le projet et évaluer les compétences et les besoins en formation. En cela, ils sont une aide pour lever un certain type de freins. Néanmoins, la levée des freins ne se joue pas à ce moment et le cadre de santé utilise cet outil managérial dans des entretiens informels où les réactions sont moins réfléchies et laissent plus de place à l'analyse pour l'agent.

7 Conclusion et perspectives en lien avec ma pratique professionnelle.

Dans ce travail de recherche, je me suis questionnée sur le rôle du cadre et l'influence du management du cadre dans la conduite de projet. J'ai montré que la conduite de projet est indissociable de la conduite du changement et que le cadre par sa connaissance du service, sa communication et son adaptabilité aux situations est un acteur majeur dans cette mission. J'ai effectué une enquête de terrain auprès de cadres de santé qui m'a permis d'avancer dans mon analyse et de confirmer partiellement mes hypothèses de recherche.

Il s'est passé de nombreux mois entre le début de ce travail et la rédaction des dernières lignes. Pendant ce temps, la formation à l'IFCS et à la Faculté s'est déroulée et je me suis vue évoluer dans mes réflexions.

Ma première approche était très pragmatique avec une recherche de « comment faire ? ». Puis au fur et à mesure je me suis aperçue de l'importance du temps d'observation et d'analyse du cadre pour mener à bien le projet. Je pense maintenant qu'il n'existe pas un apprentissage d'une méthode à intégrer pour le cadre mais une posture d'accompagnement à acquérir au contact des équipes.

Le cadre oscille constamment entre le changement par les organisations et le changement par les hommes.

Le changement par les organisations se retrouve dans les réunions formelles, les délais à respecter, les tableaux de bord, les plans de formation. C'est un changement instrumentalisé et visible.

Le changement par les hommes se retrouve au quotidien par des temps informels d'échanges : transmissions, entretiens individuels. Le cadre laisse la possibilité aux individus de s'exprimer sur leurs ressentis, leurs appréhensions, leurs idées et leur créativité. Le cadre doit alors apprendre à lâcher prise tout en contrôlant le groupe pour permettre l'émergence d'une autonomie et faire évoluer le contexte organisationnel. Il analyse l'impact du changement sur les individus et accompagne les équipes à réfléchir sur leurs propres pratiques. Cette posture implique qu'il se laisse le droit à l'erreur et au réajustement.

Bientôt en poste dans une unité de soins, ce travail m'a beaucoup apporté dans la posture à adopter face à l'équipe mais je crains qu'il soit difficile, lors une première prise de poste, de

ne pas être dans un besoin « d'hyper-contrôle » pour se rassurer et il me faudra alors faire preuve d'autocritique et de réflexivité pour accompagner au mieux les équipes dans leur autonomie.

J'ai sous-titré mon mémoire de fin d'année : « La réflexivité au service du changement ». La réflexivité n'est pas une fin en soi et ne résout pas toutes les problématiques. L'homme est au centre de sa propre réflexion et il doit l'accepter pour adopter cette posture. Mon expérience de formatrice en Institut de Formation en Soins Infirmiers a été riche dans cette approche. Les cadres interrogés ont du mal à conceptualiser leur pratique réflexive. Or, je trouve valorisant pour le métier de pouvoir mettre « un concept » sur une pratique quotidienne, ceci d'autant plus lorsque l'on connaît la difficulté de quantifier et qualifier les actions quotidiennes des cadres de proximité.

Prochainement la formation des cadres de santé va évoluer. Le groupe de travail a évoqué la possibilité de prévoir une formation avec un tronc commun pour les cadres « managers » et les cadres « formateurs » puis une séparation et des apports différents.

Alors je m'interroge sur l'importance de la mixité des parcours, des expériences qui jusque-là étaient possible. Les cadres, actuellement, peuvent exercer leurs missions en passant de l'IFSI au service de soins sans difficultés et enrichissent, croisent leurs visions de l'encadrement, du soin et de la pédagogie. Est-ce que cela sera toujours possible ?

Est-ce la naissance de deux métiers bien différenciés ?

Bibliographie

Ouvrages

- ALBERT ET JL EMERY. *le manager est un psy*, éditions d'organisation, 1998, 200 pages.
- ANZIEU DIDIER, JY MARTIN. *la dynamique des groupes restreints*, édition puf, 2012, 397 pages.
- AUTISSIER DAVID, JM MOUTOT. *méthode de conduite du changement*, 3ème édition Dunod, 2013, 256 pages.
- CARTON GERARD DOMINIQUE. *Eloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*. village mondial, 1997, 287 pages.
- CHENG FRANCOIS. *vide et plein. Le langage pictural chinois*. collection Points, Essais N°224, Edition du Deuil, 1991, 157 pages.
- CROZIER MICHEL, E. FRIEDBERG. *l'acteur et le système*, éditions Points 1977, 500 pages.
- DIRIDOLLOU BERNARD. *manager son équipe au quotidien*, édition d'Organisation, 1995, 3 ème édition, 2005, 208 pages.
- MARSAN CHRISTINE. *réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ?*, édition De Boeck, 2008, 290 pages.
- MEIER OLIVIER, *dico du manage : 500 clés pour comprendre et agir*, édition Dunod, 2009, 227 pages
- MUCCHIELLI ALEX. *l'identité*, collection Que sais-je, édition PUF 2011.
- MUCCHIELLI ROGER. *le travail en équipe ; clés pour une meilleure efficacité collective*, esf editeur, 2009, 203 pages.
- PERRET V., E. JOSSERAND. *le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, éditions Ellipses, 2003.
- RAYNAL FRANÇOISE, RIEUNIER ALAIN, *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*, ESF éditeur, 2012, 542 pages.
- SCHÖN D., *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal: Les Editions Logiques, 1994, 418 pages.

- VONAU ANNE-MARIE, DELANGHE N, DLANGHE . *conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant* , Editions Lamarre, collection fonction cadre de santé, 2013, 169 pages.
- WITTORSKI R., *Analyse du travail et production de compétences collectives*, Paris: L'Harmattan, collection Action & Savoir, 1997.

Articles

- BECU SOPHIE. *bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital*, revue Soins cadres, n°83, aout 2012
- BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009, Page 275
- DUVEAU VERONIQUE, LUCAS SYLVIE, *Le cadre de santé de pôle, un manager collaboratif ?*, revue Soins Cadre, volume 22, N°86, mai 2013, p 23-26
- LAGADEC ANNE MARIE. *l'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences: ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs*, Recherche en soins infirmiers n° 97 - juin 2009
- MELKONIAN TESSA. *les cadres supérieurs et les dirigeants face au changement imposé : le rôle de l'exemplarité*, cahiers de recherche Working Papers 2006-2007, octobre 2006, P. 9
- PERRENOUD PHILIPPE. *De la pratique réflexive au travail sur l'habitus*, recherche et formation n°36, 2001.
- PINEAU GASTON, Université de Tours.*les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif*, Communication à la Facultad de Ciencias Hmanas y Educacion Universidad Diego Portalis - Chili 10/01/2007
- OBERLE DOMINIQUE *les groupes : l'apport de la psychologie sociale*, revue sciences humaines, n°94, avril 1999
- VALERIE PAULE, Université de Provence, *La communication infirmière comme élément productif et constructif de la professionnalisation*, Sciences-Croisées Numéro 4 : La communication
- VAS ALAIN, *Revisiter la résistance au changement aux différents niveaux hiérarchiques : une étude exploratoire*, Gestion 2000, septembre-octobre 2005
- VERMERSCH P. *Aide à l'explicitation et retour réflexif*, Revue Education Permanente, n° 160, 2004, pp. 71-80

Textes de lois

Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé *Modifié par le Décret n° 2008-806 du 20 août 2008 publié au J.O. n°195 du 22 août 2008*
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte>
consulté le 30/12/2013

Webographie

- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> consulté le 30/12/2013
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf consulté le 30/12/2013
- <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1619>, visité le 06/12/2013
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles, consulté le 12/04/2014

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Problématique :

En quoi le management du cadre de santé, peut-il contribuer à conduire le changement ?

Hypothèses :

- Lors de la conduite de projet, en mettant en place des groupes d'analyse de pratique professionnelle, le cadre de santé favorise la levée des freins dans l'équipe.
- L'entretien individuel d'évaluation et de formation mené par le cadre est un outil pour la conduite du changement.

- 1) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, type de projets/changements rencontrés et/ou menés.
- 2) Quels freins avez-vous pu observer lors de la conduite de projets dans votre service et quels facteurs ont pu influencer ces phénomènes ?
- 3) Qu'avez-vous mis en place pour lever ces freins en termes de management ?
- 4) Quel bilan faites-vous de vos stratégies ? positif et négatif
- 5) Pour vous, qu'est-ce que l'analyse de pratique professionnelle ? Pensez-vous en faire dans votre service ?
Si oui, dans quel objectif ? Quels bénéfices/désavantages en tirez-vous ?
Si non, pourquoi ? Que pourriez-vous en tirer ?
- 6) Pensez-vous que les analyses de pratique professionnelle puissent aider à lever les freins au changement ? Si oui, pourquoi ?
Si non, pourquoi ?
- 7) Pensez-vous que les entretiens individuels puissent être un outil pour conduire le changement ?
Si oui, pourquoi et quels bénéfices supplémentaires par rapport au management collectif ?
Si non, pourquoi ?
- 8) Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@13-14

TITRE DU MEMOIRE

**Management du cadre de santé et conduite de projet
La réflexivité au service du changement**

AUTEUR

Emilie Lamotte Chollet

MOTS CLES : cadre de santé, management, projet, conduite du changement, communication, analyse de pratique professionnelle.

KEY WORDS: healthcare manager, management, project, effective change management, communication, analysis of professional practice.

RESUME

La conduite de projet est un concept largement étudié dans le monde de l'entreprise et il existe de nombreuses méthodes toutes tournées vers la levée des freins au changement. Mais qu'en est-il à l'hôpital ? En tant que future cadre de santé de proximité j'ai choisi, dans le cadre de mon mémoire de fin d'année, de m'interroger sur l'importance du management du cadre de santé dans la conduite du changement.

Le cadre théorique de ce travail va m'amener à explorer des concepts relatifs au temps, à la communication et à la pratique réflexive. Pour compléter ces recherches, je suis allée à la rencontre de six cadres de santé qui ont eux-mêmes conduits des projets. Leurs expériences confrontées aux recherches théoriques m'ont permis d'analyser le travail d'accompagnement des équipes par le cadre et de me projeter dans ma future activité professionnelle.

ABSTRACT

Project management is a widely studied concept in the business world and there are many methods available all geared towards levying the resistance to change. But how does this work in hospitals? As a future healthcare manager at grassroots level, for my end of year paper, I have chosen to study the question of the importance of the healthcare supervisor's management in leading change.

The theoretical framework of this exercise will lead me to explore concepts relating to time, to communication and to reflexive practice. In order to complete this research I met 6 healthcare managers who had each conducted a project themselves. Their experiences alongside the theoretical research, has permitted me to analyze the manager's work in supporting the team and also to project myself into my future professional activity.