

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Co-construire l'avenir

Le capital humain ciment du changement

Thierry MBOCK

DCS@16-17

Note aux lecteurs

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

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

« Rien n'est permanent sauf le changement »

Héraclite, philosophe du 6^{ème} siècle

REMERCIEMENTS

Je remercie Aurélia ROLLAND, ma directrice de mémoire pour ses précieux conseils et son accompagnement bienveillant,

Les formateurs et les intervenants, qui m'ont permis de faire mûrir ma réflexion durant cette année à l'IFCS,

Les professionnels qui ont pris le temps de me recevoir pour réaliser mes entretiens et qui m'ont accordé leur confiance,

Mes tuteurs de stage Myriam, Véronique et Christophe, pour leur encadrement,

Tous mes collègues de promotion et mes « Co-work'eat girls » pour nos échanges fructueux et constructifs,

Murielle, Souad et Chau pour leur soutien tout au long de cette aventure,

Et enfin ma femme et mes fils qui m'ont accompagné dans la rédaction de ce mémoire.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION.....	4
1. La construction de l'objet de recherche.....	6
1.1 L'origine de ma réflexion	6
1.2 La problématique.....	8
2. Le cadre conceptuel	9
2.1 Le changement, une définition complexe	9
2.1.1 Le changement organisationnel	10
2.1.2 Le changement individuel	10
2.1.3 Les trois phases d'un processus de changement.....	11
2.1.4 Le changement imposé, le changement volontaire	12
2.2 La perception du changement.....	13
2.2.1 La peur du vide et le temps d'adaptation.....	13
2.2.2 Les résistances	14
2.2.3 Les étapes de la réponse individuelle au changement.....	14
2.2.4 Les risques psychosociaux	15
2.3 Le rôle du cadre de santé	17
2.3.1 La posture d'accompagnement	19
2.3.2 L'identité professionnelle	20
2.3.3 Les acteurs du changement	22
2.3.4 Les styles de management et de conduite du changement.....	24
2.4 La genèse des hypothèses	26
3. L'enquête de terrain.....	28
3.1 La méthodologie d'enquête	28
3.1.1 La population	28
3.1.2 Le lieu	28
3.1.3 Les entretiens semi-directifs.....	29
3.1.4 Les biais et les limites de l'enquête	29
3.2 La synthèse des données	30
3.2.1 Les cadres de santé.....	30
3.2.2 Les soignants.....	31
4. L'analyse	32
4.1 La fusion et la délocalisation, un changement structurel	32
4.1.1 Le contexte.....	32

4.1.2	Les représentations du déménagement.....	33
4.2	La plus-value du cadre de santé	33
4.2.1	Une personne ressource	33
4.2.2	Un bon communicant.....	34
4.3	Les stratégies managériales, leviers du changement.....	35
4.3.1	La méthode projet, un outil fédérateur.....	35
4.3.2	L'implication des acteurs	36
4.4	La perte de repères.....	38
4.4.1	Le ressenti des acteurs.....	38
4.4.2	Les manifestations de la résistance	39
4.4.3	Les répercussions individuelles et collectives	39
4.5	La validation des hypothèses.....	40
	CONCLUSION.....	43
	BIBLIOGRAPHIE	44
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

ASM13 : Association de Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris

ARS IDF : Agence Régionale de Santé d'Ile De France

CDS : Cadre De Santé

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CMP : Centre Médico-Psychologique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HDJ : Hôpital de Jour

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

MAS : Maison d'accueil Spécialisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPS : Risques Psycho-Sociaux

T2A : Tarification à l'Activité

INTRODUCTION

Le changement est souvent vécu comme un levier ou une crainte. Il est souhaité, contraint ou imperceptible, il fait partie de nous. Chaque individu a sa propre perception du changement. Dans un contexte de mondialisation, d'évolution technologique, de rapidité de diffusion de l'information et d'adaptation des entreprises à la pression extérieure, nous sommes tous témoins et acteurs d'une accélération du changement. Il touche plusieurs domaines : social, organisationnel, politique ou économique. Il peut être professionnel ou personnel.

La santé est aussi en évolution. Au départ, l'hospice était un lieu d'hébergement avec la notion de secours aux pauvres et d'assistance aux malades. Aujourd'hui l'hôpital est un centre de soins hyper-technique. Les progrès scientifiques permettent d'avoir une espérance de vie plus longue et modifient les besoins en soins. Il y a une redéfinition des priorités en matière de santé, une modification des relations soignant-soigné et de la place du patient. Il devient acteur dans son parcours de soins et participe aux décisions. Il demande de la transparence, une qualité et une sécurité de soins optimale.

L'offre de soins s'adapte alors aux besoins et son coût doit être maîtrisé. Il y a une prise en compte macro-économique des dépenses de santé. Cette adaptation aux évolutions passe par une révision des organisations et un ajustement des soins dispensés. Des politiques de santé sont menées pour combler le déficit de la sécurité sociale : La T2A, la nouvelle gouvernance, la loi HPST, la loi santé 2016, etc. L'objectif est double : Permettre que l'offre de soins soit en adéquation avec la demande de la population et garantir un accès aux soins pour tous avec une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Les conséquences sont diverses, des réorganisations de service, des créations de pôle, des changements multiples en constantes évolutions. La restructuration du tissu hospitalier défini par les politiques de santé et les instances décisionnelles entraînent la mutualisation des moyens, le travail en réseau, les fusions, les fermetures d'établissement. Cette rationalisation de l'offre de soins engendre des changements majeurs dans les établissements. Entre complémentarité et travail en partenariat, chaque structure doit trouver sa place dans un réseau pour assurer une prise en charge efficiente qui doit allier qualité, efficacité, sécurité et continuité des soins.

Il y a un retentissement sur les professionnels de santé. Ces derniers doivent s'adapter aux changements. Les conceptions, les comportements et les pratiques évoluent en fonction de la multiplication des normes et des procédures. Le cadre de santé doit amener les équipes de soins à modifier leurs pratiques professionnelles. Ses préoccupations, ses missions, ses projets s'orientent de plus en plus vers l'accompagnement de l'équipe dans les changements afin d'assurer une prise en charge adaptée des patients. La conduite du changement devient un outil managérial incontournable.

En tant que futur cadre de santé, j'aurai comme mission de mettre en œuvre des projets et donc d'accompagner des équipes dans des changements. Mon but est de répondre au mieux à mes futures responsabilités toujours dans le souci d'assurer une prise en charge efficiente des patients.

Dans un premier temps, j'expliquerai l'origine de ma recherche et pourquoi je me suis intéressé à la problématique du changement, puis je présenterai le cadre conceptuel dans

lequel va s'inscrire mon mémoire. Il abordera les thèmes du changement, de la résistance et le rôle du cadre de santé pour aboutir à une question de recherche définitive. Ensuite, je développerai la méthode et les moyens mis en œuvre pour réaliser l'enquête relative à mon questionnement. Et enfin je ferai une analyse qui me permettra de confronter les informations recueillies tant sur le terrain que sur le plan théorique.

DEVELOPPEMENT

1. La construction de l'objet de recherche

1.1 L'origine de ma réflexion

J'ai pu percevoir, au cours de mes expériences professionnelles en tant qu'infirmier et faisant fonction Cadre de Santé, qu'un changement d'organisation pouvait générer de l'appréhension voir des mécontentements. Lorsque j'étais infirmier, j'ai vécu de nombreuses modifications : la mise en œuvre de nouvelles procédures, la mise en place du dossier informatisé, l'application de la loi du 5 juillet 2011¹ dans les hôpitaux psychiatriques, ou encore la restructuration d'un service de soins. Et j'ai constaté que chaque individu réagit différemment face aux répercussions du changement.

Actuellement je suis faisant fonction Cadre de Santé dans un service de psychiatrie adulte à l'association de Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM 13) à l'Hôpital l'Eau Vive² à Soisy-sur-Seine dans l'Essonne (91). Dans le projet associatif 2014-2018, un des objectifs est de réunir les deux services d'hospitalisation de Soisy-sur-Seine sur le même site par la création d'une nouvelle structure dans le 91. Une communication avait déjà été réalisée autour de la création du nouveau service afin de prévenir les équipes. Et cette perspective a été un élément favorisant mon engagement dans la formation Cadre de Santé.

L'ASM13, berceau de la sectorisation, est membre associé du GHT Paris-Psychiatrie & Neurosciences comprenant le Centre Hospitalier Sainte-Anne (CHSA), l'Établissement Public de Santé mentale Maison-Blanche (EPSMB), le Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse (GPSPV) et les hôpitaux de Saint-Maurice. La loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016 prévoit, dans son article 107³, de « renforcer la coopération entre établissements publics de santé avec la création des Groupements hospitaliers de territoires ». La mise en œuvre des GHT est une démarche dynamique et positive. Les bénéfices pour les patients et les perspectives ouvertes permettent d'optimiser l'offre sanitaire autour de la dimension territoriale et pluri-structurelle. Les GHT visent à construire une stratégie médicale de prise en charge commune et graduée du patient afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

C'est dans le cadre d'une réorganisation des structures parisiennes membres du GHT que serait envisagée une délocalisation des deux services de Soisy-sur-Seine vers Paris. L'ARS IDF préconise que notre établissement ne construise pas un nouveau service mais que nous nous installions dans un bâtiment parisien qu'un autre établissement va laisser vacant en

¹ LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id> (consulté le 07/01/2017)

² Sur le site, il y a deux services d'hospitalisations (environ 24+17 lits), deux foyers, des appartements thérapeutiques et deux MAS. L'ASM13 a sur Paris un CMP, un HDJ, un centre de psychanalyse, un secteur enfant, un atelier thérapeutique, des foyers thérapeutiques, un Centre d'Accueil et de Crise (CAC) et 50 lits d'hospitalisation.

³ Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=C933088E82AE8080F4CA166B67EAB030.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101 (consulté le 07/01/2017)

partie d'ici deux ans. Ceci entraîne un climat d'incertitude avec une fragilisation de l'environnement de travail pour le personnel. Cela semble intéressant sur un versant institutionnel par le redéploiement de l'offre de soins près du lieu d'habitation des patients, des usagers, des familles. Mais c'est un changement culturel au sein de l'établissement car historiquement le site du 91 fut choisi pour son éloignement et une « *mise au vert des patients* ». La continuité des soins paramédicaux sera mise à mal car la plupart des soignants, qui portent en eux un bout d'histoire des patients, ne devraient pas suivre le déménagement.

Deux scénarios très différents m'attendent à mon retour. Soit la perspective d'un nouveau bâtiment neuf avec une continuité des équipes et du mode de prise en charge, soit un déménagement de plusieurs dizaines de kilomètres dans un bâtiment à rénover et à mettre aux normes. Il faudra composer, recomposer, construire une équipe, retrouver du plaisir, de l'investissement dans le travail et réorganiser les espaces de soins et le lieu de travail des soignants. Ces deux scénarios sont entourés d'une grande incertitude et d'une anxiété.

J'ai exercé un an en tant que faisant fonction Cadre de Santé. Cette période fut riche en enseignement et expériences diverses. L'accompagnement de l'équipe dans un changement d'organisation est une tâche complexe. Je prendrai l'exemple de la mise en place d'une simple procédure. Suite à un problème de traçabilité nous avons dû revoir notre procédure concernant les injections retard. Réunir l'équipe, identifier le problème, réfléchir ensemble aux pistes d'amélioration, faire adhérer l'équipe fut très difficile. Certains agents étaient investis, motivés par l'idée de mettre de l'ordre dans le service, d'appliquer les bonnes pratiques. Alors que d'autres étaient très réticents, voire opposants. « *Cela fonctionnait bien avant, alors pourquoi tout changer ?* » Alors comment organiser tout un déménagement ?

Plusieurs hôpitaux ont été reconstruits et d'autres projets sont en cours. Cette perspective de reconstruction est difficile à vivre pour le personnel. Se diriger vers un nouveau lieu, inconnu parfois éloigné du lieu actuel et laisser une partie de son histoire professionnelle derrière soi. Le changement de lieu de travail est une épreuve professionnelle et personnelle.

Au regard de mon expérience j'ai plusieurs interrogations :

Qu'est-ce que le changement ?

Quelle représentation en avons-nous ?

Pourquoi génère-t-il de l'opposition ?

Quels facteurs favorisent cette résistance ?

Comment se manifeste cette opposition ?

Qu'est-ce qu'une restructuration ?

Quels sont les impacts individuels et collectifs ?

Quelles stratégies disposent le cadre pour accompagner le changement ?

Face à un changement prescrit, quelle marge de manœuvre a le cadre ?

Comment impliquer les équipes, les faire coopérer, co-construire avec eux ?

Comment le Cadre de Santé peut-il accompagner une équipe lors d'un déménagement ?

A travers cette étude je souhaiterais mettre en évidence, appréhender et comprendre les éléments qui favorisent une transition dans les meilleures conditions pour les soignants afin de les accompagner. Par ailleurs, acquérir la connaissance des mécanismes humains qui se déclenchent en situation de changement me permettrait de m'approprier les stratégies et les outils nécessaires à leurs mises en place.

C'est un challenge humain et organisationnel pour le Cadre de Santé. Associer les professionnels vers le nouveau lieu d'exercice dès le début du projet pour faciliter l'intégration dans des nouveaux locaux et garantir une prise en charge de soins de qualité.

1.2 La problématique

Au début de ma réflexion, j'ai consulté deux mémoires pourtant sur le thème du changement. J'ai choisi dans les bibliographies certains auteurs. Ces lectures m'ont montré la complexité et l'ambiguïté du concept. La rédaction de la situation de départ m'a permis de prendre conscience que dans le contexte actuel, de restructuration de l'offre de soin, le sujet du changement reste une problématique intemporelle. Il me semble que le positionnement du cadre, les orientations qu'il prend et les actions qu'il décide de mettre en place sont déterminantes au bon équilibre de l'équipe qu'il a en charge. Cette année à l'Institut de Formation des Cadres de Santé m'a permis à travers la réalisation de ce travail de fin d'étude d'approfondir mon questionnement.

C'est pourquoi ma question de recherche est :

Quelle est la plus-value du cadre de santé lors d'une conduite de changement dans le cadre d'une délocalisation ?

2. Le cadre conceptuel

2.1 Le changement, une définition complexe

Lorsque j'ai commencé à m'intéresser au changement, je ne pensais pas que ce terme était aussi complexe. J'ai cherché la définition dans le dictionnaire. Le nouveau petit Robert de la langue française définit le changement comme un « *état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique* »⁴. Le dictionnaire encyclopédique Larousse le caractérise comme une « *action, fait de modifier quelque chose ; passage d'un état à un autre ; modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi.* »⁵. Il y a ici une connotation particulièrement négative et pessimiste qui est donnée à la notion de changement. En effet, l'emploi de termes forts tels que « *bouleverse* » ou « *rupture* » rend le mot « changement » assimilable à un danger. Le changement apparaît comme une cassure, une remise en question des façons d'agir et de penser jugées insatisfaisantes. Son étymologie vient du latin « *cambiare* » qui signifie troquer ; céder, remplacer quelque chose pour une autre chose. Ces définitions généralistes n'étaient pas assez précises. J'ai continué mes lectures.

Pour David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT, experts en management, « *Le changement est une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* »⁶. Cette notion de rupture est d'ailleurs reprise par les sociologues Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG pour qui « *tout changement véritable signifie toujours rupture et crise* »⁷. Les notions de rupture, de crise et de progrès se rapprochent plus de mon sujet.

Pour le sociologue Philippe BERNOUX, le mot changement est flou et ambigu. Il parle de notions de « *processus* » ou « *processus de changement* » parce que « *considérer le changement comme le passage d'un état A à un état B n'est pas très intéressant, car ce qui compte est le moment du passage ainsi que l'état B qui est en émergence* »⁸. Il y a ici un aspect progressif dans le temps, avec une considération des acteurs de l'organisation comme porteurs du changement. Il n'a lieu que si les individus et les groupes composant l'organisation se l'approprient. Cette définition me semble pertinente et c'est celle que je retiens dans le cadre de mon étude.

Un changement est donc un processus de passage d'un état A vers un état B. « *Ce processus s'opère en réponse à des modifications de l'environnement, à la fois sur les organisations et sur les individus qui les composent* »⁹. C'est un mouvement encadrant le passage d'un état à un autre. « *Il a un début et une fin. Dans le contexte social, tout changement vise une meilleure efficacité* ».¹⁰ On note qu'il y a un impact de l'environnement.

⁴ Petit Robert de la langue française, 2010

⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement> (consulté le 27/12/2016)

⁶ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, *Méthode de conduite du changement*, 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016, p 9.

⁷ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, *l'acteur et le système*, Le Seuil, paris, 1977, p 382

⁸ BERNOUX, Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Ed du Seuil février 2010, p 8

⁹ DE DIVONNE Philibert, *Conduire et accompagner les changements*, La Lettre du CEDIP (Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique), En lignes n° 33 - octobre 2005, p 2, disponible sur http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/FT33_cle5b1291.pdf (consulté le 28/12/2016)

¹⁰ Cours J-P. MAILLE, *La résistance au changement*, ESM, 05/12/2016

Pourquoi les organisations changent et comment changent-elles ?

2.1.1 Le changement organisationnel

Il est le « *processus par lequel une organisation s'adapte, en continu ou par rupture, sous la contrainte ou par anticipation, aux évolutions de son environnement* »¹¹. La conduite du changement désigne le pilotage du changement organisationnel : c'est l'ensemble de la démarche qui va de la perception d'un problème d'organisation à la définition d'un cadre d'actions qui permet l'élaboration, le choix et la mise en œuvre d'une solution dans des conditions optimales de réussite. La conduite du changement fait appel aux outils du pilotage par projet. Le cadre de santé peut être amené à conduire les changements organisationnels.

Ils sont de plus en plus souvent dus aux normes, lois et référentiels imposés aux organisations afin de garantir des services de qualité, le tout dans le respect de règles de sécurité, d'hygiène, d'éthique. La délocalisation, les regroupements, les fusions sont des changements organisationnels et permettent une rationalisation de l'offre de soins sur le territoire par une mutualisation des moyens. Certains outils permettent la mise en place de ces projets. Même si changer est une conséquence logique d'un point de vue économique pour les organisations, il faut aussi considérer l'aspect sociologique car les organisations sont composées d'Hommes. « *Ils sont tout-à-fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose* »¹².

Le changement doit donc avoir un sens pour les acteurs qui le mettent en place. Les salariés voient leurs relations avec les autres et avec l'organisation évoluer. Tout changement entraîne une modification des sources de pouvoir et des zones d'incertitudes. Les Hommes sont attachés à leurs routines sécurisantes. Il y a donc un impact individuel.

2.1.2 Le changement individuel

Ce changement est de nature radicalement différente : il s'agit d'un processus psychologique d'apprentissage. Il peut être appréhendé comme une adaptation des comportements individuels à un nouveau contexte. Cette modification de comportement est précisément l'apprentissage d'un nouveau comportement. Ce « *processus individuel nécessite une attention particulière de la part de l'encadrement : c'est l'accompagnement du changement qui permet, par agrégation des changements individuels, l'évolution de l'organisation* »¹³.

Face à un même changement organisationnel (changement de procédure, de logiciel, de lieu de travail, de chef de service, ...), les individus s'adapteront plus ou moins facilement. Pour certains, il s'agira d'un apprentissage routinier. Pour d'autres, il pourra s'agir d'un

¹¹ DE DIVONNE Philibert, *Conduire et accompagner les changements*, La Lettre du CEDIP (Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique), En lignes n° 33 - octobre 2005, p 2, disponible sur http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/FT33_cle5b1291.pdf (consulté le 28/12/2016)

¹² CROZIER M. & FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, p 386

¹³ DE DIVONNE Philibert, *Conduire et accompagner les changements*, La Lettre du CEDIP (Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique), En lignes n° 33 - octobre 2005, p 2, disponible sur http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/FT33_cle5b1291.pdf (consulté le 28/12/2016)

apprentissage plus difficile nécessitant un investissement personnel en temps et en travail important. Pour d'autres enfin, il pourra s'agir d'une remise en cause identitaire difficile à accepter.

2.1.3 Les trois phases d'un processus de changement

Kurt LEWIN¹⁴, psychologue américain, explique que pour un individu, un groupe ou une organisation, le changement peut être appréhendé comme un processus composé de trois phases successives : l'éveil, la transition et la ritualisation ou sous son vocable de l'époque « *décrystallisation, déplacement et recristallisation* »¹⁵.

L'éveil

C'est la période de découverte du projet avec l'évaluation des pertes et des gains. Les acteurs prennent leurs positions (actif, passif ou opposant) et il y a une démonstration des pro et anti projet. Cette phase est le résultat de rupture d'équilibre, favorisée par les échanges au sein du groupe qui ont permis de remettre en question ses normes. Les individus prennent conscience du besoin de changer. Pour construire leur changement, les acteurs ont besoin d'être informés sur les enjeux, les risques, les bénéfices mais aussi les difficultés qu'ils vont rencontrer, afin de pouvoir se projeter dans l'avenir et la suite du projet.

La transition

Elle permet au changement de se mettre en place en expérimentant de nouvelles pratiques. Selon la nature du changement, elle permet la transition d'un état ancien à un état nouveau. Cela passe par une lutte contre les automatismes. C'est-à-dire désapprendre pour réapprendre avec une sensation de difficultés avec les nouvelles pratiques, une sensation de confusion ou encore de régression.

La ritualisation

Les nouveaux comportements vont s'inscrire dans la permanence afin d'éviter un rétablissement des anciennes habitudes. Il y a une harmonisation des pratiques et un abandon de la référence au passé. Le changement devient de nouvelles habitudes. Une fois le nouvel équilibre trouvé, il est nécessaire de le figer afin de permettre que le changement soit durable. Le véritable changement ne commence qu'au moment de sa mise en œuvre. Le changement organisationnel, qu'il soit imposé, organisé ou négocié va nécessairement provoquer des réactions chez ses destinataires. Il ne va pas de soit en raison notamment de ses contradictions et de son ambiguïté. Le changement peut être parfois synonyme de résistance.

Céline BOTTEGA, professeure en management, va dans le même sens en disant que le « *processus de changement s'articule autour de trois phases majeures : la phase de décrystallisation correspondant à l'abandon des comportements et des attitudes habituelles et à la création d'une motivation à changer, la phase de déplacement qui constitue la phase de transition de l'état actuel vers l'état futur, et la phase de recristallisation qui consiste à*

¹⁴ Cours MAILLE J-P, *La résistance au changement*, ESM, 05/12/2016

¹⁵ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, *Méthode de conduite du changement*, 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016, p 83

*rendre permanent les nouveaux comportements et à stabiliser le nouvel équilibre atteint »*¹⁶. Elle rappelle aussi que deux différents types de changements sont susceptibles d'intervenir dans un système organisé. Le changement peut concerner un élément du système qui ne vient pas en perturber l'équilibre « *Le changement de Type 1* ». On s'attache à résoudre un problème avec les mêmes normes, les mêmes règles, le même contexte : « *plus ça change, plus c'est la même chose* ». Par exemple : un changement de locaux. Il peut aussi concerner les règles du système qui amènent celui-ci à un nouvel équilibre « *Le changement de Type 2* ». Par exemple : une réorganisation du travail avec de nouvelles règles. Mais ces deux types de changement sont-ils toujours imposés ?

2.1.4 Le changement imposé, le changement volontaire

Dans son article « *La dynamique des processus de changements* »¹⁷, Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ, maître de conférences, identifie deux logiques de changement imposé :

Le changement prescrit est imposé par la hiérarchie avec des acteurs qui agissent sous la contrainte. La demande est clarifiée ainsi que le résultat attendu. Il implique un changement radical, de survenue plutôt brutale avec une appropriation collective par la construction rapide de représentations communes.

Le changement construit est un projet dont la mise en œuvre est réfléchi par les acteurs. Le temps de la réflexion permet une évolution progressive, un engagement réel des acteurs qui se sentent investis dans la dynamique.

David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT¹⁸ explicitent cette typologie du changement. Les principaux facteurs permettant de définir le changement sont son intentionnalité et son rythme. Le croisement des formes que prennent ces 2 notions donne naissance à 4 formes de changements :

Progressif/Imposé = changement prescrit

En réponse à des contraintes environnementales de divers ordres (réglementaire, technologique...). Sa durée varie entre 1 et 3 ans.

Progressif/volontaire = changement construit

Lié aux évolutions de l'organisation qui amènent à changer les manières dont les acteurs se représentent leur entreprise. Sa durée varie de 1 à 10 ans.

Brutal/Imposé = changement de crise

En réponse à un dysfonctionnement. Il dure de 1 jour à 3 mois.

Brutal/Volontaire = changement adaptatif

Intervient dans le cadre d'une transformation des pratiques et de l'organisation. Il peut durer de 6 à 18 mois.

¹⁶ BOTTEGA Céline, « *L'humour est-il un outil de management ?* », Humanisme et Entreprise, 2008, N°288, p.21 à 34

¹⁷ VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle (1998), « *La dynamique des processus de changement* », Revue française de gestion, Septembre-Octobre 1998, p 122

¹⁸ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel, *Pratique de la conduite du changement*, DUNOD, 2003, p 93

Les hôpitaux peuvent être soumis à ces différents types de changement. Le changement donc est là. Présent, partout, inconditionnel, il fait partie de nos vies, de notre quotidien, tant dans le domaine privé que professionnel. Qu'il soit décidé individuellement ou collectivement, il peut être tout aussi bien attendu et excitant que déstabilisant et insécurisant. Le sujet de l'étude définit un changement prescrit. Comment est perçu le changement par les individus ?

2.2 La perception du changement

Bien que l'être humain dispose d'une capacité remarquable à s'adapter à de nouvelles situations, il cherche avant tout à les éviter. Les résistances au changement sont naturelles. L'individu se positionne selon¹⁹ :

Le niveau de remise en cause de ses habitudes

Il organise la conduite de son activité de manière à engager le coût physique ou intellectuel le plus adapté à ses intérêts. Plus le temps passe plus cette adaptation est optimisée jusqu'à devenir une routine.

Sa perception de la situation

Chacun réinterprète les motivations du changement proposé selon sa propre perception et connaissance qu'il a des situations avant et après du processus. Ces évaluations se nourrissent de l'ensemble des commentaires provenant des différents environnements familiaux, amicaux, sociaux, internes à l'entreprise qu'il côtoie.

L'impact du changement sur son avenir

L'individu cherche à évaluer l'effort d'adaptation qu'entraînera la période de changement qui s'ouvre à lui. Sa mobilisation sera proportionnelle au solde qu'il anticipera entre l'avant et l'après du changement sur son propre avenir.

2.2.1 La peur du vide et le temps d'adaptation

Dans tous les projets il y a la peur du vide, la peur de perdre son savoir-faire ou encore son pouvoir. La première réaction est de refouler le changement. Souvent, cette dimension de résistance au changement, bien que connue, est oubliée. L'enjeu de la conduite du changement est de faire prendre conscience aux acteurs que la perte d'un existant et les risques associés, sont justifiés par des progrès à venir. Une période d'adaptation est nécessaire aux acteurs concernés.

David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT²⁰ décrivent la résistance au changement comme née de « *la peur du vide et de la nécessaire adaptation induite* ». Ils s'accordent pour dire que les êtres humains ont naturellement peur du changement et que, pour y faire face, ils « *développent des comportements d'opposition, de passivité ou bien de proactivité* » tout en formalisant « *leur résistance dans leurs discours et leurs actions* ». Selon eux, les individus, pour pouvoir accepter le changement doivent pouvoir le comprendre mais aussi percevoir ce qu'il peut leur apporter : « *le gain potentiel ou l'espérance d'un futur meilleur* ». Ils défendent à nouveau la nécessité de la notion de progrès pour permettre de mener à bien

¹⁹ Cours MAILLE J-P, *La résistance au changement*, ESM, 05/12/2016

²⁰ AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, *Méthode de conduite du changement*, 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016. p.83

un processus de changement à son terme. Faute de quoi, les acteurs « *développent des stratégies d'évitement qui consistent à ne pas s'opposer directement à un projet mais à ne pas s'investir suffisamment pour sa réussite* ». La prise en compte de ces résistances représente donc selon eux, un enjeu majeur de la conduite du changement.

2.2.2 Les résistances

En physique, la résistance est une qualité par laquelle un corps résiste à l'action d'un autre. Dans le sens commun, une résistance est une force qui s'oppose au mouvement. Et dans le langage populaire, cela signifie un « *caractère empreint de résistance* », ce qui équivaut à la notion de « *fermeté, force, solidité et ténacité* ». En ce sens, les gens résistants sont souvent perçus comme étant « *coriaces, durs à cuire, increvables, infatigables, robustes et solides* ».

Ce terme peut prendre un aspect plus négatif : « *la résistance à un ordre signifie le refus d'obéir, la désobéissance, l'opposition, la rébellion, le regimbement* ». Mais aussi lorsqu'il est utilisé dans le contexte organisationnel. Il devient alors synonyme de « *blocage, de frein, obstruction et opposition* »²¹.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, « *Tout changement est dangereux, car il met en question inmanquablement les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action en modifiant ou en faisant disparaître les zones d'incertitude pertinentes qu'il contrôle* ».²² La résistance qu'une action de changement peut rencontrer, ne doit pas être comprise comme une simple inertie mise en travers d'une évolution, mais comme une phase de maturation nécessaire dont on ne peut faire l'économie. Les individus ont besoin de comprendre les changements qui les concernent avant d'agir en conséquence. Plus les apprentissages individuels nécessités par un changement organisationnel seront complexes, plus les résistances au changement seront longues et difficiles à gérer pour le pilote du changement. Par ailleurs, la résistance au changement constitue un des principaux obstacles à la conduite du changement. Les causes sont diverses et souvent de nature économique, sociologique ou psychologique. En effet, d'une manière générale le changement est souvent perçu initialement comme la perte de quelque chose.

2.2.3 Les étapes de la réponse individuelle au changement

La résistance est une étape qui permet d'aller vers l'acceptation²³. Appliquée au changement, la théorie du cycle de réponse au deuil de KUBLER-ROSS²⁴, psychiatre helvético-américaine, décrit, malgré les différences individuelles, cinq étapes successives caractérisées par une réponse émotionnelle au changement. Ce cycle vaut surtout s'il s'agit d'un changement imposé et subi. Ces étapes sont, à partir de l'annonce du changement :

Le déni, le refus de comprendre :

²¹BAREIL Céline, *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*, In : Cahiers de Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal. Cahier n° 04-10 – Août 2004. – p 3.

²² CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, p 386.

²³ Cours LE BASTARD Virginie, *Résistance au changement*, ESM, 24/02/2017

²⁴ KÛBLER-ROSS Elisabeth, France. *Le deuil, un temps à traverser*. Disponible sur <http://ekr.france.free.fr/deuil.htm> (consulté le 11/03/2107)

« *Ça n'est pas possible, pourquoi moi ? Cela ne peut pas m'arriver...* ». L'individu ne comprend pas ce qui lui arrive.

La colère, la révolte : « *jamais je n'accepterai...* ». L'individu accuse les responsables apparents du changement.

Le marchandage : « *si c'est comme ça, alors en échange il faudra que...* ». L'individu essaie de négocier, de diminuer les pertes attendues ou supposées.

La dépression, la résignation : « *de toute façon, il n'y a rien à faire...* ». L'individu apprécie la réalité de la perte.

L'acceptation, l'intégration du changement, l'établissement d'un compromis : « *après tout, c'est peut-être un mal pour un bien...* ». L'individu accepte la situation et ses multiples implications.

Ces étapes sont celles de la mise en place de l'apprentissage qui conduit au changement individuel. Cette « *résistance au changement* » « *n'est ni plus ni moins rationnelle, ni plus ni moins légitime que l'action qui la provoque* ». Ainsi, c'est autant le type ou le niveau de changement concerné que la gestion de ce changement par les responsables qui en ont la charge, qui détermineront la durée de ce cycle incompressible et son amplitude.

Les transformations modernes d'organisations du travail sont un facteur d'explications de l'intensification de la souffrance au travail. La mondialisation, les restructurations, les nouvelles organisations, l'affaiblissement des collectifs de travail se situeraient en amont des souffrances au travail.

2.2.4 Les risques psychosociaux

Le droit du travail a pendant longtemps favorisé l'aspect physique de la protection de la personne. Les évolutions démographiques, sociales et économiques ont incité le législateur à intégrer à la politique de prévention des risques professionnels une dimension psychique avec les risques dits psychosociaux. Cette volonté entre en conformité avec la définition de l'OMS selon laquelle « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social* »²⁵. La prévention des RPS s'inscrit en France dans l'obligation générale de prévention des risques professionnels : « *tout employeur a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés qu'il emploie* »²⁶ (loi du 31 décembre 1991). La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002²⁷ a complété cette législation en ajoutant l'obligation de prendre en compte les risques psychosociaux au même titre que les autres risques professionnels. De plus, depuis le

²⁵ <http://www.bioenergetique.com/definition-de-la-sante-oms/> (consulté le 11/03/2107)

²⁶ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/1991/12/31/TEFX9100054L/jo/texte> (consulté le 12/03/2017).

²⁷ LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 12/03/2017).

10 juin 2016²⁸, les pathologies psychiques peuvent être plus facilement reconnues comme des maladies professionnelles. Toutes les affections psychiques sont concernées et notamment le syndrome d'épuisement professionnel, communément appelé « burn-out ». Le plan de santé au travail 2016-2020 explique que « si l'activité professionnelle est susceptible d'exposer à des risques, et donc de dégrader l'état de santé des travailleurs, notamment s'ils présentent une fragilité préalable, elle peut également constituer pour eux une ressource en faveur de leur santé »²⁹. Le travail est donc un déterminant de la santé.

Le rapport GOLLAC et BODIER du 21/04/2011³⁰ caractérise les risques psychosociaux comme des « risques pour la santé mentale, physique ou sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »³¹. Les risques psychosociaux sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, d'où le terme « psychosocial ». La diversité des facteurs à l'origine des RPS individuels, mais aussi organisationnels est désormais admise par tous. On peut regrouper ces facteurs en quatre grandes familles :

Les exigences du travail et son organisation

L'autonomie, impératif de qualité et de délais, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires, gestion du stress...

Le management et les relations de travail

La nature et qualité des relations avec les collègues ou les supérieurs, reconnaissance, rémunération, justice ou équité perçue...

La prise en compte des valeurs et des attentes des salariés

Le développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits éthiques, qualité de vie au travail...

Les changements du travail

La conception des changements de tout ordre, conduite du changement, nouvelles technologies, sécurité de l'emploi, réorganisations...

Face aux restructurations les individus se retrouvent de plus en plus seuls et les modes de régulation par action collective (groupe de travail, syndicat) sont moins présents. Des troubles psychosomatiques (stress, absentéisme, dépression, comportement suicidaire...) apparaissent ainsi qu'une perte de sens de due travail dû aux injonctions paradoxales. « *Quand je suis arrivé, il a fallu que je me débrouille seul ; personne n'est venu m'aider* » ou « *Tu n'as plus de grèves, mais tu as des suicides* ».³²

La mise en place d'un changement entraîne de l'incertitude, du stress et/ou de l'angoisse en fonction des individus. Les enjeux seraient de mettre en place une démarche de prévention

²⁸ Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/7/AFSS1606765D/jo/texte> (consulté le 12/03/2017)

²⁹ Cours, MARCHAL Viviane, *Management et prévention des risques psychosociaux*, ESM, 09/12/2016

³⁰ Rapport, GOLLAC et BODIER (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

³¹ Cours, MARCHAL Viviane, *Management et prévention des risques psychosociaux*, ESM, 09/12/2016

³² LANDIER Hubert. « *Malmanagement : L'entreprise ne peut agir contre ceux qui en subissent les effets* », Revue Humanisme et Entreprise, 2010/1- n°296 pages 81à 91 édition A.A.E.L.S.H.U.P de 2010 p.86

des RPS dans un contexte de changements organisationnels majeurs afin de réduire les tensions au niveau des équipes concernées. Les bénéfiques seraient de mettre en évidence des points d'améliorations et des pistes d'actions concrètes à mettre en place pour prendre davantage en compte la dimension humaine dans la mise en œuvre du changement par une participation active des salariés qui permet de réduire l'anxiété liée au changement et de dépister les équipes en difficulté. Construire de la confiance pour éviter de la défiance.

Il n'y a pas de modèle préétabli ni de recettes toutes faites. Comme le dit Yves CLOT³³, professeur de psychologie du travail, « *Il n'y a pas de réponse théorique à des problèmes concrets, associer étroitement les professionnels à la réflexion et à la mise en place des actions est le meilleur levier de prévention quelles que soient les solutions adoptées au final* ». Les démarches expertes détachées du terrain sont vouées à l'échec. D'où l'importance du cadre de proximité dans les services de soins. Néanmoins il n'est pas le seul acteur, ni le seul responsable dans la prévention des RPS. Il faut aussi que le contexte permette au cadre d'agir. Il est donc nécessaire de rechercher l'appui d'acteurs relais au plan institutionnel et de susciter l'implication de la direction dans la démarche.

La prévention des RPS est un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs du monde du travail. Elle permet d'éviter des dysfonctionnements organisationnels et contribue à la protection de la santé physique et psychique des salariés. « *Elle est inévitablement liée à la question du changement et à celle des valeurs que l'on souhaite promouvoir. Ce n'est pas uniquement l'individu qu'il faut soigner mais également son environnement. Il est donc primordial d'articuler une prise en charge individuelle et organisationnelle* »³⁴.

Les politiques de santé mises en place, engendrant des restructurations de service, demandant efficacité et polyvalence, peuvent générer du stress, du mal-être et de la souffrance au travail. Le rôle du cadre de santé, par son mode de management dans la conduite du changement ainsi que dans son accompagnement, est primordial. Il permet de maintenir une qualité de vie au travail et de limiter l'apparition de risques psychosociaux. La question à se poser devient alors : Est-ce que ce sont les changements qui posent problème ou la façon de les appréhender ? Quel rôle peut jouer le cadre de santé ?

2.3 Le rôle du cadre de santé

Le cadre de santé, est par définition, l'acteur inéluctable de la mise en œuvre du changement. En effet, la fiche métier issue du Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mise à disposition par le Ministère de la Santé et des Sports, précise que : le cadre responsable d'une unité de soins doit « *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations* »³⁵. Comme nous l'avons vu précédemment, tout responsable se situe donc à l'interface de deux types de changements qui renvoient à des processus différents : le changement organisationnel et les

³³ Colloque « Agir sur la santé au travail » 11 et 12 juin 2015, Cours, MARCHAL Viviane, *Management et prévention des risques psychosociaux*, ESM, 09/12/2016

³⁴ JEOFFRION Christine et BOUDOUKHA Abdel Halim « *Risques organisationnels et burn-out* » SANTE MENTALE, 2014, n° 190 pp.30-35

³⁵ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>.

(Consulté le 20/02/2017)

changements individuels qui en découlent. Les pilotes du changement auront ainsi les missions suivantes³⁶:

- Conduire les changements nécessaires à un contexte environnant,
- Accompagner les changements individuels induits,
- Assurer la continuité entre ces deux processus indissociables.

Le « Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal DE SINGLY, à la demande du Ministre de la Santé, en 2009³⁷ reconnaît aux cadres une place importante dans ces processus. Il met en avant les capacités personnelles et professionnelles exigibles comme la notion « *d'écoute* », de « *disponibilité* », de « *valorisation du travail des collaborateurs* », de « *gestion de l'incertitude* ». Les cadres de santé « *doivent accompagner le changement et s'adapter avec beaucoup de souplesse aux exigences multiples (...) gérer le changement permanent (...) coordonner des acteurs et des cultures différentes et conduire des négociations nombreuses et complexes* » et faire preuve de « *capacité à s'organiser, à prendre la mesure des contraintes et se créer des marges de manœuvres dans une organisation en tension* ». Le cadre de santé est partie-prenant et acteur des évolutions, en apportant une vigilance particulière à la qualité et sécurité des soins. Il se définit alors comme « *la composante et la force essentielle dans la mise en œuvre au quotidien des réformes* ».

Pour Paule BOURRET, infirmière et docteur en sociologie, les cadres « *ne font que cela : lier, mettre de la cohérence au coup par coup entre les actions éclatées, éviter des dysfonctionnements, donner du sens. Cela consiste alors à arranger les choses tantôt dans l'intérêt du malade, tantôt dans celui de l'institution, tantôt dans celui de l'équipe soignante, le propre intérêt des cadres étant lui-même en jeu à chaque fois. En même temps, les actions qu'ils mènent pour ce faire, n'ont pas de visibilité en raison de leur caractère à la fois discontinu et permanent* »³⁸. Dans les services, le cadre de santé devient la personne compétente dans la coordination de l'ensemble des acteurs du soin, en réponse aux valeurs de la société, aux contraintes de l'organisation. « *La plus-value du Cadre de Santé est dans sa capacité à conjuguer, au quotidien, dans l'organisation, l'accompagnement des équipes au(x) changement(s) malgré les réductions d'effectifs, et le partage d'une vision stratégique commune entre acteurs pluriels. Le cadre est sensibilisé à l'évolution de la nature du travail en réseau, à l'élargissement de son environnement dans des communautés hospitalières de territoires* »³⁹. Les soignants souhaitent alors une cohérence au travers des actes tant dans la stratégie et la transmission d'actions, que l'accompagnement, le contrôle, la délégation, le conseil, et enfin la reconnaissance. Pour cela le cadre doit avoir le bon positionnement, la bonne posture.

³⁶ DE DIVONNE Philibert, *Conduire et accompagner les changements*, La Lettre du CEDIP (Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique), En lignes n° 33 - octobre 2005, p 1, disponible sur http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/FT33_cle5b1291.pdf (consulté le 28/12/2016)

³⁷ DE SINGLY Chantal (2009). - Rapport de la mission cadre hospitalier, sur <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>, p 44 (consulté le 13/03/2017).

³⁸ BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Editions Seli Arslan. Paris. 2006, p 237

³⁹ MULLER Anne, « *Le cadre de santé de demain, un e-cadre du prendre soins* », Soins Cadres, 02/2016, N°97, p36

2.3.1 La posture d'accompagnement

La posture définit « *la manière de s'acquitter de sa fonction ou de tenir son poste. C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne. Elle suppose une compétence à passer d'un registre à un autre. [...]. Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui* »⁴⁰ C'est la manière dont le positionnement est agi dans l'interaction avec d'autres. On ne situe plus « *par rapport à...* » mais « *avec* », dans l'interaction. La posture managériale des responsables des unités de travail se définit par : un manager reconnu, écouté, suivi. Ce dernier crée du sens aux actions et aux décisions et favorise la conduite du changement qui passe par le pouvoir aux membres de son équipe. Cela survient aussi par création d'un management situationnel ou contextuel qui s'inscrit dans les jeux et les logiques d'acteurs.

*« L'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies. Ainsi, la notion d'accompagnement fédère un ensemble de pratiques qui lui sont co-existantes : coaching, tutorat, parrainage, compagnonnage »*⁴¹. L'accompagnement s'est développé dans un contexte de ruptures sociales et de transitions professionnelles. Il s'appuie sur des valeurs humanistes et nécessite de la part du professionnel, une capacité à combiner des savoirs issus de pratiques diverses, lui permettant de s'adapter aux situations nouvelles et évolutives.

L'accompagnement permet de créer une relation qui rassure pendant le changement. Les réorganisations permanentes, les incertitudes sur l'avenir, le côtoiement de plusieurs générations, amènent le manager à développer son agilité managériale pour que le travail soit malgré tout source de réalisation personnelle. Par ce biais, il faut créer les conditions pour que chacun puisse développer son autonomie, donner du sens et des signes de reconnaissance, faire vivre le dialogue avec et entre professionnels sur les difficultés du travail, favoriser les solidarités collectives. Ceci constitue la valeur ajoutée du cadre de proximité car « *ce n'est pas le changement qui fait peur aux gens, mais l'idée qu'ils s'en font* »⁴²

La position actuelle du cadre de santé est entre autres de permettre une interrogation des pratiques soignantes afin d'éviter une automatisation de l'activité soignante, et favoriser ainsi une remise en question perpétuelle, un réajustement des pratiques soignantes au plus proche des besoins et attentes des patients. Le cadre de santé en accompagnant les équipes est garant de la coordination des soins autour du patient. Dans ce sens, le cadre de santé doit valoriser les compétences de chacun. Dans son positionnement, il encourage le bon fonctionnement de l'équipe soignante, tout en permettant à chacun d'avoir leur propre marge de manœuvre. Le cadre de santé, en tant que manager, est alors en capacité de disposer du pouvoir ou d'autorité afin de diriger, de coordonner l'ensemble des activités d'un groupe de professionnels. Face à ses positions, le cadre de santé doit d'ailleurs faire preuve de règles et de négociation. Des modifications de comportements, des changements d'attitudes peuvent avoir lieu au travers de la relation. Par conséquent, l'échange dans une écoute des valeurs, des opinions de chacun semble nécessaire afin de favoriser l'action collective, levier indispensable favorisant le changement.

⁴⁰ Cours FARNAULT Patrick, *Introduction aux pratiques managériales*, ESM, 04/11/2016.

⁴¹ FORMALIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, 328 p

⁴² Sénèque, philosophe et homme d'Etat romain du 1^{er} siècle.

La mise en place d'un changement doit être bien préparée et passée par une compréhension de l'environnement et du contexte. L'implication des salariés dépend d'un certain nombre de leviers. Pour initier et mettre en œuvre cette « *rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* »⁴³ dans les organisations, trois grandes catégories de leviers sont identifiées :

- La communication : le bon message, au bon moment avec le bon média (documentation, affiches, dépliants et plaquettes, sites Web et forums, conférences et réunions)
- La formation : le besoin de formation doit être identifié à partir de l'écart entre les connaissances attendues et les connaissances réelles
- L'accompagnement (explicité plus haut).

Les organisations ont besoin du savoir-faire des agents, de leurs compétences, mais aussi de leur motivation et de leur participation active. Il est important de tenir compte des acteurs et de leurs réactions. Le cadre de proximité dans son rôle de lien entre les différentes logiques doit adopter la bonne posture professionnelle afin d'accompagner son équipe. Apprendre à conduire le changement c'est éclairer le chemin pour permettre à chacun d'appréhender son avenir avec le maximum d'autonomie et le minimum d'angoisse. Dans ce processus, l'aspect de co-construction est important afin que les salariés soient acteurs et donc partie prenante. Associer étroitement les professionnels à la réflexion et à la mise en place des actions est le meilleur levier de prévention des risques psychosociaux et des résistances au changement. Pour cela le cadre de santé doit tenir compte de l'identité professionnelle, individuelle et collective.

2.3.2 L'identité professionnelle

L'identité professionnelle est avant tout une composante de « *l'identité globale de la personne, et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale. D'un point de vue global, la notion d'identité professionnelle renvoie à trois éléments principaux* »⁴⁴ :

- Le monde vécu du travail : la situation objective de travail et la signification que lui accorde l'individu.
- Les relations de travail : la perception subjective des relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes informels.
- Les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir : description des différentes étapes et des changements afférents à l'activité professionnelle.

Pour Renaud SAINSAULIEU, psychologue, l'identité professionnelle se définit comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* »⁴⁵. L'identité est fondée sur des représentations collectives distinctes, et est le résultat d'une identification à l'autre, en fonction de l'investissement de soi dans les relations sociales.

⁴³ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. Méthode de conduite du changement. 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016.p9

⁴⁴ FRAY Anne-Marie, PICOULEAU Sterenn, « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail* », *Management & Avenir*, 8/2010 (n° 38), p. 72-88

⁴⁵ http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=4063 consulté (consulté le 10/03/2017).

Dans leur quotidien, les acteurs recherchent inconsciemment une identité au travail, il s'agit de l'appartenance à un groupe, de la construction identitaire, du projet professionnel. Par ce biais, ils peuvent être amenés à générer des changements au sein de leur organisation, afin de se sentir mieux et de donner une signification à leur travail, une importance à leurs valeurs propres, à leurs envies, et à leurs perspectives professionnelles.

Les changements demandés par les agents eux-mêmes sont les plus simples à mettre en œuvre. En effet, les acteurs doivent donner un sens au changement pour que celui-ci soit mis en place. Philippe BERNOUX précise que « *l'être humain n'agit que dans la mesure où il donne un sens à son action* »⁴⁶. L'appropriation du changement étant déjà faite, un travail de coopération, de participation et d'échange avec la hiérarchie se met naturellement en place autour des propositions relevées. Le changement organisationnel est mieux accompli lorsque « *les dirigeants considèrent que le fort sentiment de communauté dans l'équipe est un moteur de changement plutôt qu'un obstacle* »⁴⁷.

Dans un contexte économique basé sur la recherche de la compétitivité, l'investissement dans le mieux-être s'avère un puissant levier en matière de prévention des accidents, de motivation au travail, de sentiment d'appartenance et de rétention de la main-d'œuvre. Des employés bien dans leur peau : ce n'est pas un luxe, c'est un avantage concurrentiel. Dans l'organisation du travail, ce qui influence énormément la motivation, c'est tout d'abord le sentiment d'efficacité : le sens du travail se trouve dans la relation que la personne établit entre ce qu'elle fait au travail et ce que cela lui permet d'exprimer à propos d'elle-même. « *L'identité professionnelle, sa construction, et la façon dont elle est vécue dans l'organisation participe à cette efficacité, et mieux encore à ce sentiment d'utilité en tant qu'être humain. Et si ce n'est une dimension essentielle, c'est au moins un élément de construction de l'individu dans son milieu de travail* »⁴⁸.

Des difficultés peuvent se présenter surtout quand il y a une fusion, en effet si la culture et la mentalité sont différentes, des problèmes relationnels peuvent apparaître. La culture renvoie à l'identité. Le changement doit être accompagné d'un apprentissage de nouveaux modes de relations et pour réussir celui-ci, il faut une certaine souplesse à l'organisation que l'on veut modifier. « *Le changement est un phénomène difficile à réaliser, mais si l'acteur pense qu'il a quelque chose à gagner, le changement sera plus facilement accepté. Avant d'impulser un changement, il est nécessaire de réaliser une étude en termes de pouvoir, parce que, celui qui a le sentiment de perdre, ne peut que résister au changement* »⁴⁹.

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

⁴⁶ BERNOUX, Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Ed du Seuil février 2010, p 157

⁴⁷ AUBRY François. *Facilitating Change Among Nursing Assistants in Long Term Care*, The Online Journal of Issues in Nursing in November 9, 2012

⁴⁸ FRAY Anne-Marie, PICOULEAU Sterenn, « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail* », *Management & Avenir*, 8/2010 (n° 38), p. 72-88

⁴⁹ BERNOUX, Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Ed du Seuil février 2010, p 157

2.3.3 Les acteurs du changement

Pour Philippe BERNOUX, « *le changement naît de la rencontre de contraintes, d'institutions et d'acteurs* »⁵⁰. Les individus d'une organisation sont définis comme des acteurs car ils ne restent pas passifs et prévisibles face au cadre formel de l'organisation. En effet, chaque acteur joue un rôle à sa façon, en fonction de ses propres buts et de sa propre rationalité. Il met en place des stratégies pour les atteindre. Il dispose d'une liberté dite « relative » car limitée par les contraintes des règles formelles. Bien que cette liberté soit partielle, elle donne à l'acteur une autonomie, celle-ci va s'exprimer à travers les jeux de pouvoir au sein de l'organisation.

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG indiquent la nécessité d'associer tous les acteurs dans la démarche de changement en s'appuyant sur la dynamique de groupe. « *Le changement réussi ne peut donc être la conséquence du remplacement d'un modèle ancien par un nouveau modèle qui aurait été conçu d'avance par les sages quelconques ; il est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées, voire créées, les ressources et capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre libre [...] permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine* ».⁵¹

Le cadre de santé peut être confronté à trois types d'acteurs⁵² dans un projet de conduite du changement : les décideurs (la hiérarchie), souvent à l'origine du changement, l'équipe projet qui conçoit, gère et réalise le changement et les utilisateurs/bénéficiaires qui représentent tous les acteurs concernés par le changement. Les lieux de résistance ne sont à priori pas dans les deux premiers groupes qui sont les promoteurs du changement. Les résistances au changement se trouvent plus souvent chez les utilisateurs qui n'ont aucun intérêt à promouvoir le changement. Trois types d'attitudes peuvent être distingués :

- Les proactifs sont favorables à un changement et se positionnent comme prescripteurs. On estime qu'ils représentent 10% des acteurs concernés.
- Les passifs sont en attente d'un résultat probant. Ils veulent être sécurisés. Ils représentent la majorité des utilisateurs, soit environ 80%.
- Les opposants, qui représentent 10%, sont contre le projet et avancent systématiquement des arguments contre.

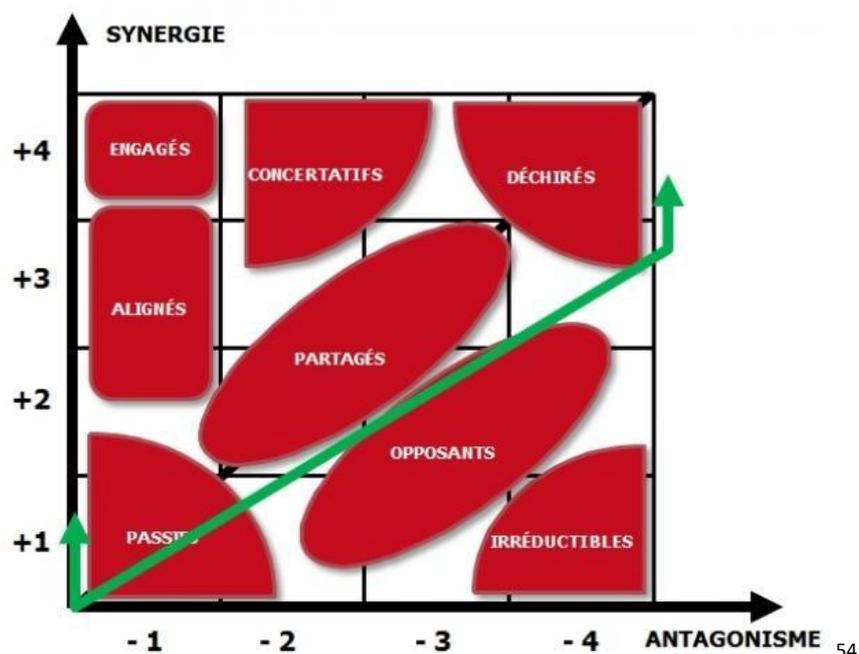
L'acteur n'a que rarement des objectifs clairs et cohérents qu'il les adapte en fonction de ses résultats. Il a toujours une certaine activité, même dans la passivité : son comportement a toujours un sens, ayant un aspect offensif (améliorer sa situation) et défensif (maintenir sa marge de liberté). Mais la stratégie n'est pas toujours consciente. Le rôle du cadre de santé est donc très important. La collection d'informations sur les acteurs du projet lui permet de repérer, hiérarchiser les partenaires moteurs et freins. Cet outil aide à la conduite de la

⁵⁰ BERNOUX, Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Ed du Seuil février 2010, p 19

⁵¹ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, p 391.

⁵² AUTISSIER David, MOUTOT J-Michel, *Méthode de conduite du changement*, 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016, p 213

démarche projet par la mise en évidence de marges de manœuvre. Nous pouvons retrouver 8 grands comportements⁵³ type face au changement pendant les phases de transformation :



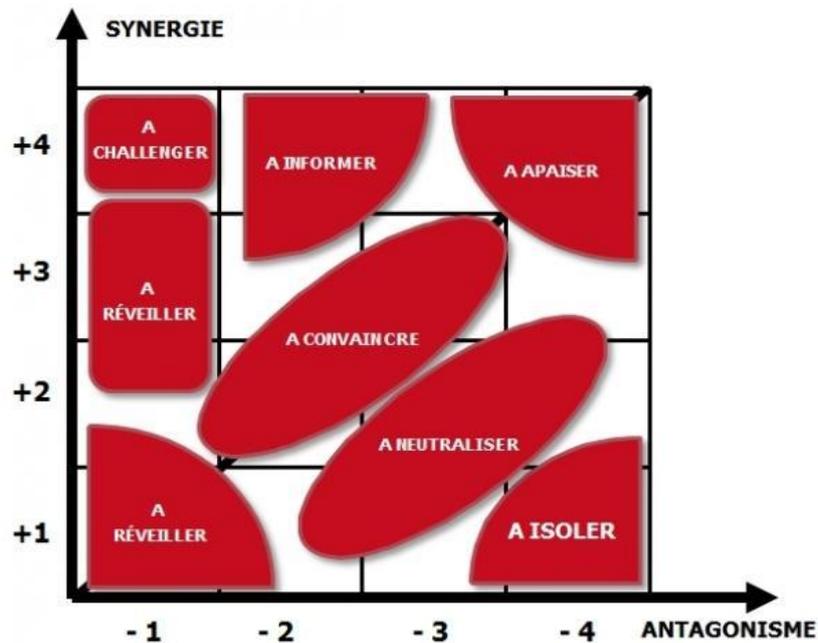
Le positionnement des acteurs sur la carte révèle leur position par rapport à un point précis :

- +4 Engagés : Supports proactifs
- +3 Coopérants : Prennent des initiatives
- +2 Intéressés : Montrent de l'intérêt
- +1 Minimaliste : Attitude passive
- -1 Conciliant : Pourquoi pas, mais ...
- -2 Résistants : Réticents à changer
- -3 Opposants : Se battent contre le changement
- -4 Irréductibles : Opposants inconditionnels

La carte des partenaires permet d'optimiser la stratégie des alliés. Ces derniers se trouvent au-dessus de la ligne verte. Il convient de soigner ses alliés, de passer du temps avec eux (au minimum deux tiers du temps). Il faut les considérer comme ils sont, agir avec eux, être exigeant quitte à convertir les passifs et les partagés. Et de ne pas perdre trop de temps avec les autres (maximum un tiers du temps), voire de neutraliser les opposants. Cela revient à adapter sa stratégie et ses moyens d'actions en fonction de la typologie du comportement des acteurs clés du projet.

⁵³ Cours LE BASTARD Virginie, Fédérer l'équipe autour d'un projet - La stratégie des alliés, ESM, 15/12/2016.

⁵⁴ La synergie est l'énergie consacrée à promouvoir le projet ; l'antagonisme est l'énergie dépensée à « compliquer » le projet.



En d'autres termes, il est préférable d'adapter sa stratégie de conduite du changement à ses interlocuteurs et de :

- Challenger les engagés.
- Réveiller les alignés et les passifs.
- Informer les concertatifs.
- Convaincre les partagés.
- Apaiser les déchirés.
- Neutraliser les opposants.
- Isoler les irréductibles.

Ainsi, pour que des acteurs puissent exprimer leur créativité afin de modifier ensemble les jeux, il est nécessaire de changer le mode de management. A l'hôpital, mettre en place des structures transversales de coordination va modifier les capacités d'interactions à condition de ne pas les faire fonctionner sur des modalités traditionnelles d'organisation hiérarchique. C'est pourquoi le cadre de santé doit adapter son style management, en utilisant certains outils, en fonction des acteurs et des enjeux.

2.3.4 Les styles de management et de conduite du changement

Manager signifie savoir décider dans un univers mouvant, il est illusoire de vouloir tout contrôler et prévoir. L'autonomie des acteurs et leur capacité d'adaptation deviennent une nécessité. Un bon manager devra piloter et animer son équipe, être porteur de sens, savoir maîtriser les risques et la qualité et être créatif. Le cadre de santé doit être capable de communiquer la confiance et l'adhésion de son équipe, il sait déléguer ses pouvoirs et il connaît ses forces et ses limites. Pour assurer la qualité de la vie d'équipe, il sait renforcer l'existant, modifier ce qui ne va pas et faire un projet pour ce qui manque.

Le management situationnel ⁵⁵

Dominique TISSIER, expert sur l'évolution des organisations, explique que la clef d'un bon management d'équipe est d'adapter son management en fonction de la personnalité de ses collaborateurs et de la situation. L'auteur part du postulat qu'il n'existe pas de bons styles de management, mais que l'efficacité consiste à adapter son style aux situations et aux personnes, à un moment donné. En créant des conditions propices de travail, il affirme que le développement de l'individu assure à terme la réussite collective. Il avoue également que l'évaluation de l'autonomie, qui est constituée par la somme de la motivation et de la compétence de l'individu ou du groupe apporte de l'efficacité au management. Plusieurs types de management s'ouvrent au cadre de santé :⁵⁶

Le directif : structurer, diriger.

Il est peu relationnel et très organisationnel. Des instructions précises sont données, en fonction des priorités. L'exécution des tâches est contrôlée.

Le persuasif : entraîner, mobiliser.

Il est très relationnel et très organisationnel. Le cadre donne des instructions précises tout en donnant des explications et sollicite les suggestions. Il encourage les progrès et amorce une communication bilatérale.

Le délégatif : déléguer, personnaliser.

Il est peu relationnel et peu organisationnel. Le cadre transmet la responsabilité de la prise de décision et de la résolution de problème de manière mesurée en négociant avec la personne : les objectifs, les moyens, les procédures de contrôle et d'évaluation.

Le participatif : épauler, associer.

Il est très relationnel et peu organisationnel. Le cadre facilite et encourage les efforts, les interactions avec autrui. Il partage la responsabilité de la prise de décision et aide à résoudre les problèmes. Il montre sa confiance en passant des mini contrats.

Il n'y a pas de méthode meilleure qu'une autre, tout est dans la capacité pour le cadre de déterminer l'expérience et la compétence de l'équipe et de fournir les conditions d'atteinte dans un projet de changement. Pas un modèle de management n'est valable dans toutes les situations et à chaque moment du projet. Le cadre devra avoir une flexibilité comportementale et ajuster le style de management au fur et à mesure des situations et de leur évolution. La signification du leadership adaptatif réside dans le diagnostic des besoins pour gérer et motiver les personnes.

La conduite du changement analyse la capacité de l'organisation à se transformer, met en œuvre les leviers nécessaires à cette transformation et mesure les résultats. Différents styles⁵⁷ de conduite de changement peuvent être envisagés en fonction de la typologie des changements précédemment présentée.

⁵⁵ <http://www.nememjume.com/wp-content/uploads/2015/06/Les-Styles-de-Management.pdf> (consulté le 25/03/2016)

⁵⁶. Cours FARNAULT Patrick, *Introduction aux pratiques managériales*, ESM, 04/11/2016.

⁵⁷ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement*. 4e édition. Paris : Éditions DUNOD, 2016.p46

Le style Education/communication :

Il consiste à aller à la rencontre de tous les acteurs pour leur fournir les informations du changement et travailler avec eux sur les méthodes de travail impactées par ce changement. Ce changement est de type « adaptatif » (brutal/volontaire).

Le style Collaboration/Participation :

Il a pour objectif d'expliquer le changement et de faire participer les acteurs à son déploiement. La collaboration se fait par une intégration du changement dans les pratiques quotidiennes des acteurs. Le type de changement est ici « construit » (progressif/volontaire).

Le style Intervention :

Il concerne une contrainte de changement explicite. Il faut bâtir une démarche de réalisation du changement tout en veillant à son acceptation. Une équipe projet définit une démarche et un groupe de travail propose et met en œuvre des solutions. Ce changement est de type « prescrit » (progressif/imposé).

Le style Direction/Coercition :

Il amène une équipe restreinte à prendre en charge le problème à l'origine de la crise et qui propose une solution tenable le plus rapidement. Le commandement est centralisé et les apports extérieurs sont des avis d'experts. Ce changement est un changement de « crise » (brutal/imposé) mené par des équipes internes avec des spécialistes.

La conduite du changement n'est pas un élément méthodologique optionnel dans la mise en œuvre du projet, mais au contraire un élément nécessaire à sa structuration. « *La conduite du changement est un outil (psychologique) de la conduite de projet (technique)* »⁵⁸. L'accompagnement au changement permet de préparer les individus à vivre le mieux possible la transition entre un présent appelé à disparaître, et un futur difficile à appréhender. L'intérêt de la mise en place de cette procédure est de prendre en compte les difficultés ou les craintes des salariés et de les amener à devenir acteurs du projet, ou tout au moins à les informer, les rassurer, les former afin qu'ils soient opérationnels lorsque le changement sera devenu réel.

2.4 La genèse des hypothèses

Les différentes recherches documentaires réalisées nous montrent que le changement est un sujet complexe. Même si le changement est devenu une réalité pour toutes les organisations, il reste souvent vécu comme un événement douloureux. Lorsque celui-ci se réalise dans un contexte de réingénierie professionnelle, il s'avère encore plus compliqué car de nombreux acteurs sont concernés. Chaque personne a en effet un rapport personnel avec ce processus, en lien avec son histoire. Dès lors, la façon de construire ce projet et de le vivre sera différente. « *Si l'on veut vraiment le changement, il faut accepter l'inévitabilité des crises. Mais, il faut, en même temps, accepter le caractère tout aussi indispensable du choix et de l'arbitraire humains sans lesquels on ne peut maîtriser et surmonter ces crises*⁵⁹».

En favorisant la participation des agents à la vie de l'unité cela crée une réelle dynamique d'équipe où chacun peut s'exprimer sur les projets en cours et s'investir. Lors d'une

⁵⁸ Cours TUYTTEN Anthony, *La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils*, ESM, 08/11/16

⁵⁹ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, p 401.

démarche participative, l'équipe met en forme son expérience et ses compétences individuelles et collectives en apportant régulièrement des ajustements ou des modifications. Des espaces de communication sont mis en place entre l'équipe et le manager. Ceci permet à l'équipe d'être disponible pour favoriser la participation de tous. Le management participatif est la clef de la cohésion d'équipe. Il permet d'aborder en équipe les dysfonctionnements ou les projets de restructuration afin de trouver les meilleures solutions. La confiance accordée à l'équipe lui permettra de devenir autonome. Il appartient toutefois au cadre de santé de déterminer le niveau d'accompagnement et de prise d'initiative de chacun, grâce à une connaissance précise de son équipe.

A la suite de mes lectures, je pose les hypothèses suivantes :

Un accompagnement personnalisé de l'équipe par le cadre de santé favorise l'appropriation des changements organisationnels.

La participation des soignants dans la préparation d'un déménagement favorise la transition et limite les résistances.

3. L'enquête de terrain

La phase d'enquête sur le terrain va me permettre de récupérer des données afin d'essayer de répondre aux questionnements suscités par mon objet de recherche et de valider ou non mes deux hypothèses.

Quelle est la plus-value du cadre de santé lors d'une conduite de changement dans le cadre d'une délocalisation ?

Pour faire suite au travail de recherche réalisé auparavant, il est nécessaire de confronter les hypothèses à l'activité du terrain. A travers la méthode choisie et les différents outils, cette étude a pour objectif de mettre en évidence le rôle du cadre de santé et sa plus-value dans un contexte de déménagement pour les équipes soignantes.

Dans cette partie, je vais expliquer les étapes de la construction de mon enquête de terrain. Je déterminerai tout d'abord la méthodologie de recherche. Ensuite, je développerai les différents critères de sélection du lieu et des populations ciblées. Enfin, après avoir exposé la synthèse des données recueillies, j'analyserai l'ensemble des éléments récoltés auprès des différents acteurs.

3.1 La méthodologie d'enquête

3.1.1 La population

J'ai sélectionné deux types de population. Je me suis intéressé aux cadres de santé et aux soignants (infirmières et aides-soignants). En effet, il m'a semblé pertinent de recueillir les opinions de ces deux catégories d'acteurs, du fait de la complémentarité de leur activité et de leurs missions. Cela permet aussi de mettre en lien la perception du cadre de santé avec celle des soignants. Mon objectif étant de comparer leurs visions respectives, face à une même expérience. Pour sélectionner les acteurs à interroger, je me suis orienté vers des services que je connaissais et qui avaient été concernés par un déménagement. Mon enquête s'est déroulée auprès de trois équipes soignantes :

3.1.2 Le lieu

J'ai choisi dans un premier temps d'aller enquêter sur trois lieux différents :

- Un Centre Hospitalier né de la fusion de deux hôpitaux. Depuis 2012, ses principaux services de soins en Médecine, Chirurgie Obstétrique (MCO), psychiatrie et Soins de Suite et Réadaptation (SSR) sont regroupés dans un bâtiment neuf.
- Un Centre Hospitalier de référence en psychiatrie, qui a transféré 5 unités d'hospitalisation dans une autre ville en 2013.
- Et un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui a déménagé sur un autre site de la ville dans le but de s'agrandir en 2014. Mais pour la dernière structure, en contactant la direction pour avoir les autorisations de faire mes entretiens, j'ai appris que la responsable et une majorité de l'équipe ayant participé au déménagement n'étaient plus présentes. J'ai donc renoncé d'inclure la PMI dans mon étude.

Sur le premier site, j'ai découvert en commençant mes entretiens qu'une unité de 20 lits de psychiatrie venait d'intégrer il y a huit mois l'hôpital. J'ai pensé intéressant d'interroger l'équipe et les cadres sur ce déménagement récent et de pouvoir comparer les ressentis par rapport aux autres unités qui elles étaient arrivées depuis plusieurs années. Sur le deuxième hôpital je n'ai pu rencontrer que la cadre supérieure, ce qui limite mon étude. Je n'ai pas eu de réponse des unités de soins que j'ai sollicitées. Je trouvais intéressant d'avoir son point de vue. Les deux hôpitaux sont des structures publiques.

3.1.3 Les entretiens semi-directifs

Au départ, j'envisageais d'utiliser une méthode différente pour chacune des deux catégories professionnelles. J'ai finalement décidé de ne réaliser que des entretiens semi-directifs. Le fait d'avoir un échantillon limité me semblait plus approprié pour me permettre, lors de mon analyse, de confronter les réponses et discuter les différents points de vue. Il me semblait offrir plus de souplesse pour recueillir les informations que je recherchais. En effet, l'interactivité possible lors des échanges m'apparaissait comme étant plus favorable à l'obtention de données qualitatives centrées sur le contenu. Comme cet outil n'était pas trop orienté par des questions très précises ou fermées, j'espérais obtenir des informations plus riches et plus variées.

Afin de réaliser mes entretiens, j'ai rédigé une « grille d'entretien⁶⁰ » pour chacune des deux catégories professionnelles. Les questions sont en lien avec les thèmes de mon cadre théorique. Elles sont assez semblables, cependant, certaines questions nécessitent d'être formulées différemment, selon que je m'adresse à des cadres de santé ou à des soignants. J'ai précisé que je m'engageais à respecter la confidentialité des entretiens réalisés, ainsi qu'à l'anonymisation des données recueillies.

Pour les modalités de réalisation, j'ai pris contact avec la Direction des Soins Infirmiers des établissements concernés pour avoir les autorisations. Une fois reçues, j'ai fixé directement les rendez-vous avec les personnes volontaires pour répondre à mes questions. Puis je leur ai proposé de venir à leur rencontre sur le terrain.

3.1.4 Les biais et les limites de l'enquête

A l'issue de mon travail de recherche, j'ai remarqué que certains facteurs pouvaient constituer des limites. Je n'ai pu interviewer que dans deux établissements au vu du temps imparti pour la réalisation de l'étude. J'aurais voulu que la proportion de cadres et de soignants soit plus équilibrée. Et dans le second établissement je n'ai pu rencontrer qu'une seule catégorie de professionnels. La taille de l'échantillon étant restreint, je ne peux pas faire de cette enquête une généralité.

La mauvaise formulation de certaines questions, malgré les relances, est tout à fait susceptible de diminuer la qualité de représentativité de la réalité. Cependant grâce aux réponses recueillies j'espère pouvoir répondre à la question de départ et aux hypothèses émises. En conséquence, toute mon analyse est à prendre avec mesure car elle est non exhaustive.

⁶⁰ Annexe 1

3.2 La synthèse des données

La durée des entretiens fluctue de 20 minutes à 1 heure. Les soignants m'ont tous reçu dans des lieux calmes et propices à l'échange. Ainsi les entretiens n'ont pas été parasités. Pour garantir leur anonymat, j'utiliserai des numéros. Une synthèse classée par questions de chaque entretien réalisé se trouve en annexe⁶¹.

3.2.1 Les cadres de santé

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre sup4
Nature du changement	Fusion de deux hôpitaux, signé en 1999.		Délocalisation d'un service	Délocalisation de 5 services
Services	Urgences	Pneumologie	Psychiatrie adulte	Psychiatrie adulte
Causes	Economie, mutualisation		Regroupement sur le pôle	Rapprocher les patients de leurs lieux de vie
Dates	2012		2016	2013

J'ai choisi trois couleurs pour différencier les contextes de changement.

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre sup4
Date du diplôme	2004	2007	2005	2003
Ancienneté dans le service actuel	2009	2014	2013	
Ancienneté dans l'établissement	1998	1995	2002	2004
Participation au déménagement : oui				

J'ai rencontré quatre cadres de santé dont une cadre supérieure sur l'établissement psychiatrique. Chacune est diplômée depuis au moins dix ans. Elles ont toutes une expertise dans l'encadrement d'une équipe de soins. Elles ont participé à un déménagement de structure en tant que cadre de santé et entrent dans ma population cible. C1, C2 et C3 travaillent dans le même établissement.

⁶¹ Annexe 2 et 3

3.2.2 Les soignants

	Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3	Soignant 4	Soignant 5	Soignant 6
Services	Réa	Réa	Urgences	Psychiatrie adulte		
Fonction	Aide-soignante	IDE	IDE	IDE	Aide-soignant	Faisant fonction cadre/ IDE au moment du déménagement
Nature du changement	Fusion de deux hôpitaux			Regroupement d'un service sur un pôle de psychiatrie adulte		
Date du diplôme	2002	2010	1983	1984	1994	2000
Ancienneté dans l'établissement	2003	2011	1987	1984	2008	1994
Ancienneté dans le service	2010	2011	1987	19997	2008	2000
Participation au déménagement : Oui						

J'ai rencontré six soignants. Tous ont participé au déménagement de leur unité de soins dans le nouvel hôpital. Les trois premiers travaillent dans des services somatiques (urgences/réanimation) et ont déménagé en 2012, dans le cadre d'une fusion, en même temps que tous les autres services. Les trois autres sont partis en juin 2016, dans le cadre d'un regroupement, et travaillent dans un service de psychiatrie adulte. Deux soignantes (S1 et S2) avaient moins de deux ans d'ancienneté dans le service. Les autres avaient entre 8 et 25 ans d'ancienneté dans leurs services respectifs.

4. L'analyse

Chacune des grilles d'entretiens devrait pouvoir valider ou invalider mes hypothèses.

Un accompagnement personnalisé de l'équipe par le cadre de santé favorise l'appropriation des changements organisationnels.

La participation des soignants dans la préparation d'un déménagement favorise la transition et limite les résistances.

4.1 La fusion et la délocalisation, un changement structurel

4.1.1 Le contexte

Les trois contextes de déménagement sont différents. C1 et C2 racontent la fusion de deux hôpitaux qu'elles ont vécue. L'une travaillait en pneumologie et l'autre aux urgences adultes. Actuellement les deux sont cadres dans le même pôle sur le service des urgences. Cette décision ministérielle a été prise dans un but de faire des « *économies d'argent* ». C'est donc un changement prescrit, imposé mais progressif. En effet il a été acté en 1999. La construction de la nouvelle structure ayant pris du retard, l'hôpital a ouvert ses portes en 2012. Les éléments qui ressortent ensuite sont d'une part les difficultés liées à faire travailler ensemble « *deux équipes qui ne se connaissaient pas, avec leurs habitudes, leurs cultures afin de recréer une nouvelle identité* ». D'autre part les changements organisationnels générés car les locaux étaient plus grands. Cela a entraîné des « *départs, des conflits, des remises en question* ».

La fusion renvoie à la notion de transformation et non pas de suppression. Elle ne doit donc pas être considérée comme l'absorption d'un service par un autre, mais comme une création nouvelle, issue de la réunion des deux éléments. Les fusions de services de soins dans le secteur hospitalier sont généralement réalisées dans le contexte de restructuration, initié par la loi HPST⁶². « *Cette loi inscrit la réflexion de l'organisation et de la répartition de l'offre de soins à l'échelon régional, et prévoit la restructuration des territoires de santé afin de garantir au patient un accès équitable à des soins de qualité, en sécurité, favorisant la continuité dans le parcours de soins* ».

Pour C3, le contexte a été très compliqué. Sachant que quatre unités de psychiatrie avaient déjà intégré l'hôpital en 2012. L'unité en question se trouvait sur un site extérieur aux deux hôpitaux initiaux. L'opposition massive des agents paramédicaux et médicaux, dès le début du projet, fait tout de suite référence à la notion de résistance. De plus, il n'y avait plus de cadre dans le service pour accompagner les agents. La mission de C3 a été de s'occuper de la logistique du déménagement un mois avant. Le regroupement de plusieurs services consiste donc à les mettre ensemble pour former un tout, sachant qu'ils étaient préalablement distincts.

⁶² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte> (consulté le 28/04/2017)

En ce qui concerne C4, là aussi on est face à un changement prescrit, imposé et progressif. Les quatre ans de préparation ont permis d'associer les agents quelques soit leur fonction au projet d'établissement. Il y a eu beaucoup de réunion, des visites de locaux avant qui ont permis aux soignants de s'investir et d'être acteurs. Un accompagnement social et individualisé de chaque agent a été mis en place. L'intérêt des personnels comme celui des patients a été respecté. Les soignants qui ont suivi le déménagement ont été fidélisés par un avantage financier, des véhicules électriques ont été mis à disposition pour du covoiturage et les autres ont pu être orientés vers des postes vacants. En effet une partie des unités est restée sur le site initial. Le déménagement s'est passé sans manifestation, sans douleur d'après la cadre. Dans ce cas la délocalisation équivaut à une restructuration. Elle initie une transformation des organisations et une reconfiguration de l'espace de travail et des équipes soignantes.

4.1.2 Les représentations du déménagement

Deux visions différentes émanent des deux situations. Pour S1, S2, et S3, le changement organisationnel est synonyme de fusion. Les représentations sont plutôt positives et tendent vers le progrès, avec du renouveau sur les locaux, une harmonisation des pratiques, une nouvelle vie professionnelle. Le changement est synonyme de progrès et vise une meilleure efficacité. Pour S4, S5 et S6, c'est un sentiment négatif avec la perte de quelque chose. L'arrêt d'une prise en charge de proximité, des locaux inadaptés à la psychiatrie où tout est soumis à des protocoles. S4 a utilisé des termes forts et chargés d'émotion comme : « *déchirure, cassure, traumatisme* ». Tout changement est dangereux, car il modifie les sources de pouvoir et les zones d'incertitudes des acteurs. La place du cadre de santé est alors prépondérante lors de l'accompagnement des équipes vers une nouvelle structure.

4.2 La plus-value du cadre de santé

4.2.1 Une personne ressource

Quatre soignants sur six définissent les cadres comme des personnes ressource. S1, S2 et S4 évoquent aussi le collectif soignant. Mais S4 poursuit en précisant qu'elle n'a reçu aucun soutien de la part de sa hiérarchie et exprime un « *grand sentiment de solitude* ». Ainsi, le cadre de santé est identifié, de manière globale, comme la personne ressource au cours des projets.

Trois rôles du cadre sont mis évidence : L'accompagnement de l'équipe avant, pendant et après le déménagement en donnant du sens et répondant aux interrogations en fonction de l'état d'avancement du projet. Ensuite la conduite de projet, outil essentiel pour un déménagement, dans l'organisation, la gestion et l'articulation des tâches et du travail. Puis enfin, un rôle d'acteur par une participation sur le terrain le jour J auprès des équipes en mettant « *la main à la pâte* ». Le cadre de santé doit être polyvalent, tantôt accompagnateur, tantôt coordinateur voire acteur au moment du changement.

Le rapport DE SINGLY souligne « *qu'un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout mais plus particulièrement dans les grands*

hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériale sont nécessaires »⁶³. Par la compréhension des enjeux institutionnels, la cadre de santé peut plus facilement transmettre le sens à ses équipes.

Pour S1, le cadre doit répondre aux interrogations, soutenir les personnes en difficulté. Pour S2, il doit trouver des pistes de communication afin d'améliorer le fonctionnement et d'harmoniser les pratiques entre les deux équipes. Elle raconte qu'il y avait « *une grosse souffrance dans l'équipe* ». Pour elle les cadres n'ont pas entendu cette souffrance. S3 et S4 reviennent sur la notion de « *donner du sens* », par la mise en place de visites afin de se projeter dans le nouveau lieu. Mais aussi en sollicitant plus les équipes sur les questions d'organisation. S4 aurait souhaité avoir plus de soutien car période fut « *très douloureuse* ». Pour S5, relève des problèmes d'organisation. Il aurait voulu de la part de sa hiérarchie « *des directives plus programmées, une meilleure communication au niveau de la planification sur le déroulement des événements* ». Pour S6, en tant que référente, elle a trouvé que la logistique du déménagement s'est correctement déroulée. Grâce aux réunions prévues en amont elle connaissait les différentes étapes de l'organisation.

Le cadre de santé semble être l'acteur le plus à même pour informer, communiquer et mettre en œuvre tout ce qu'il peut (rencontres, explications, attitude participative, travail inter équipe, formation ...) pour amener les équipes à cheminer ensemble vers leur but commun. Tous les soignants reconnaissent le cadre comme étant l'acteur central de la conduite du changement, mais surtout comme étant l'élément clef indispensable permettant de mener à bien les réformes voulues par la hiérarchie.

4.2.2 Un bon communicant

La communication est l'outil nécessaire et indispensable du cadre pour établir le contact et un climat de confiance vis-à-vis de son équipe. Elle doit être adaptée aux protagonistes. Elle peut se faire sous différentes formes : verbale, lors de réunion, ou d'entretien individuel et écrite par le biais de compte rendus de réunion, d'affiches d'information ou de mail.

Les réunions d'équipe permettent d'informer pas à pas des avancées du projet et permettre l'expression des acteurs. Les groupes de travail proposent aux agents de s'engager dans la réflexion, de s'approprier le projet et d'être force de proposition. Le cadre de santé doit pouvoir de son côté aménager des temps de rencontre à la fois formels et informels pour permettre à la majorité des soignants de pouvoir s'exprimer.

La décision de la fusion datant de 1999, tous les agents étaient au courant. L'annonce a été faite de manière institutionnelle et le regroupement s'est fait en plusieurs étapes. D'abord une direction commune des deux sites puis après la construction de la nouvelle structure a commencé. S4, S5 et S6 travaillaient dans une unité isolée géographiquement des deux premiers sites. L'annonce du rattachement a été faite par le chef de service, mais elle n'était pas souhaitée par l'ensemble du corps médical et paramédical. Plusieurs projets alternatifs ont été proposés pour rester à proximité du lieu de vie des patients mais aucun ne se réalisa. Cette unité a donc intégré l'hôpital 4 ans après tous les autres services mais aucune

⁶³. DE SINGLY Chantal (2009). - Rapport de la mission cadre hospitalier, sur <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>, p 10 (consulté le 26/04/2017).

planification claire n'a été exposée. Le déménagement officiel a été annoncé un mois avant. Dans les deux situations, l'information s'est faite de manière descendante. La hiérarchie communique et le cadre de santé fait le relais auprès de l'équipe de soins. Des réunions et des groupes de travail ont pu être mis en place pour informer et impliquer les agents. Mais pour C3, l'équipe dit ne pas avoir été au courant, l'absence de cadre pendant la période de préparation semble avoir été délétère.

L'équipe d'encadrement doit savoir transmettre les informations aux soignants et utiliser une stratégie de communication adaptée afin que ces derniers se sentent associés au projet. 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.

4.3 Les stratégies managériales, leviers du changement

Pour C1 C2, une bonne communication a été mise en place par des groupes de travail et des réunions pour que l'ensemble de l'équipe soit concerné. « *On réfléchit ensemble pour ne pas imposer* », « *Tout le monde s'y est mis* ». C2, rajoute aussi qu'il est important d'avoir une bonne organisation avec une « *check-list* » de ce qu'il faut faire et d'anticiper la planification de ce type d'événement le plus tôt possible. C4 dit qu'il ne faut jamais être trop directif dans ce genre de situation. L'objectif est de chercher l'adhésion des agents donc l'utilisation d'un management participatif s'impose. Pour C3, ne connaissant pas l'équipe, ne l'ayant pas accompagné avant et n'étant pas sur le site, elle a nommé une référente déménagement. Elle fut son relais logistique sur place. Le changement est synonyme de gain seulement s'il y a une adhésion de l'équipe.

4.3.1 La méthode projet, un outil fédérateur

Le projet fédère, stimule et dynamise. C'est un outil qui permet de donner du sens à l'activité d'une unité de soins et à l'équipe. Il est une réponse à l'atteinte d'un objectif donné et s'appuie sur une organisation et mobilise des ressources humaines, matérielles et financières pour réaliser des actions spécifiques et coordonnées. Le cadre de proximité est le levier de la mise en place des réformes hospitalières. Son positionnement est impacté par l'organisation en pôle et son appartenance à un établissement. C'est le cadre qui rend les changements acceptables aux soignants, en utilisant des outils efficaces de conduite de projet tout en étant le garant de leur mise en œuvre. Il doit alors s'adapter et se positionner. Je pense que la participation du cadre aux décisions stratégiques est le meilleur moyen pour lui de s'approprier un projet. La participation des soignants en tant que levier du changement, nécessite d'être associé à d'autres stratégies et outils pour potentialiser son action.

La méthode du QQQCCP⁶⁴ permet une analyse fine de situation en structurant et systématisant le processus. Tous les aspects de la situation sont considérés en répondant aux questions suivantes :

⁶⁴ Cours TUYTTEN Anthony, *La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils*, ESM, 08/11/16

- Qui ? (Les personnes)
- Quoi ? (Le sujet)
- Où ? (L'endroit, le lieu)
- Quand ? (Le temps)
- Comment ? (La méthode)
- Combien ? (Les coûts)
- Pourquoi ? (Le but)

C'est une check-list qui permet de faire le tour de la situation, du problème ou du processus que l'on veut analyser lors d'un projet.

La matrice SWOT⁶⁵ est « un outil de stratégie qui définit les principaux risques par rapport au sujet et ainsi les options décisionnelles envisageables ». C'est une analyse de l'environnement et de l'organisation qui distingue les risques externes sous forme d'opportunités et de menaces et les risques internes au projet, sous forme de forces et de faiblesses. Les opportunités constituent le domaine d'action dans lequel le projet peut espérer jouir d'un avantage différentiel. Les menaces constituent un problème posé par une tendance défavorable, ou une perturbation externe au projet. Elles sont d'autant plus graves qu'elles nuisent fortement au projet si elles ont des chances de se réaliser.



Pour qu'un projet suscite une large adhésion, il faut inciter les soignants à la participation. Favoriser l'expression des personnels et leur permettre de participer à la construction de l'avenir. La participation des professionnels à la préparation au changement est un élément décisif pour limiter la résistance.

4.3.2 L'implication des acteurs

L'implication des acteurs a une réelle répercussion sur le vécu du changement et sur la motivation au travail. Le changement de structure est mieux vécu lorsque les agents sont associés, dès le début de la démarche. La participation permet aux destinataires du changement d'avoir une vision claire de leur futur proche, mais aussi de réaliser quels sont

⁶⁵ Cours TUYTTEN Anthony, *La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils*, ESM, 08/11/16

les enjeux de ce changement. Cela évite les situations d'incertitude génératrices de stress et d'insécurité.

La participation de l'équipe peut avoir lieu avant, pendant mais aussi après le déménagement. Pour C1, C2 et C4 cela semble avoir facilité la transition. La collaboration des soignants aux réflexions au début du projet est essentielle car leurs avis ont été pris en considération. Dans chacune des situations, pendant le déménagement, l'équipe a contribué en faisant les cartons puis elle a préparé l'aménagement. C4 dit que « *chaque unité a été personnalisée par les équipes qu'elles aient leurs propres identités* ». Pour C1, c'est à l'arrivée que cela fut le plus dur pour les soignants et que l'enthousiasme est redescendu. « *Ce changement de lieu a entraîné d'autres changements comme les changements d'horaire avec le passage en 12h* ». Pour C3, l'équipe n'a participé qu'en faisant les cartons. « *La politique de l'établissement... c'était qu'ils étaient tellement opposants que l'on va faire sans eux* ». Du fait de leur opposition passive, la cadre dit qu'elle n'avait pas confiance dans l'équipe et qu'elle vérifiait et contrôlait chaque fois qu'elle demandait quelque chose.

La majorité des cadres mettent en avant la participation de l'équipe dans les projets. Pour ce faire, les cadres ont tous expliqué avoir mis en place des groupes de travail sur différents thèmes tels que l'aménagement des locaux et l'organisation du travail, dans lesquels se sont inscrits les professionnels. En effet, favoriser la participation des professionnels permet à ces derniers de co-construire le changement et de se l'approprier. D'où la nécessité pour les cadres de proximité, d'associer les agents en amont aux projets du service afin de favoriser une démarche participative. Car comme le souligne P. Bernoux : « *il est clair aussi que faire participer, obtenir un « consent », c'est-à-dire une adhésion active, c'est donner du pouvoir* ». ⁶⁶

Les soignants définissent plusieurs formes de participation. La phase de réflexion qui se passe en amont à travers des réunions et des groupes de travail. Puis pendant la période de transition qui correspond à la phase d'action avec une participation active au déménagement. S1 n'a pas pu participer aux groupes de travail car elle n'était pas dans le service. Elle a été sollicitée pendant le déménagement en faisant les cartons. Pour S2, la participation n'a pas changé sa vision des choses. « *Entre la théorie et la pratique, il y a une différence* ». Malgré les groupes de travail, et les visites des locaux, il y a eu des problèmes pour harmoniser les pratiques. S3 dit que les groupes de travail ne lui ont pas permis d'exprimer ce qu'elle souhaitait. « *C'est plutôt une exposition de ce qui allait être fait* ». C'est plus de l'information que de la communication. Pour elle l'avis de l'équipe n'a pas été demandé en ce qui concerne les questions d'organisation. S4 a le même ressenti, « *les groupes de travail sont plus informatifs que participatifs* », et elle surenchérit en disant que « *même si on nous avait concerté cela n'aurait pas servi à grand-chose* ». Elle s'exprime avec une certaine forme de résignation, comme si elle avait peu confiance en sa hiérarchie. Pour elle il y a un manque de considération des soignants et regrette qu'il n'y ait pas plus de choses qui soient faites pour que les soignant se sentent mieux. Pour S5, « *il n'y a pas eu de groupes de travail, pas de concertation. On a exprimé notre opinion en résistant. Il y a eu des visites mais rien en amont. Il a fallu s'approprier les lieux après coup* ». Il reconnaît n'avoir pas vu l'importance de s'impliquer avant. Pour S6 le fait d'avoir été référente a modifié sa vision des choses. Elle a pu accompagner les équipes le jour J. Elle sait qu'il y a des côtés négatifs mais elle arrive à percevoir les côtés positifs du déménagement contrairement à ses

⁶⁶ BERNOUX, Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Ed du Seuil février 2010, p332

collègues. Par ailleurs cette implication auprès des équipes lui a donné l'envie d'être cadre de santé.

L'accompagnement des équipes dans le changement nécessite pour le cadre d'avoir une double approche. Il doit à la fois, savoir piloter le projet et accompagner l'équipe dans le changement. Cela permet au cadre de santé de cerner dans leur globalité les difficultés des acteurs dans les situations de changement. Ainsi, il peut mieux appréhender voire anticiper la résistance au changement. Je pense que piloter sans accompagner peut générer l'échec du projet. En effet, il ne peut mettre en œuvre le changement qu'avec l'équipe. Pour ce faire, il saura l'accompagner et la soutenir en analysant les enjeux du changement sur l'équipe, écouter, prendre en compte les oppositions et les propositions et respecter le rythme d'adaptation de l'équipe. La participation de l'équipe à la réflexion sur une nouvelle organisation peut être un facteur limitant la résistance.

4.4 La perte de repères

Le déménagement d'une structure renvoie à une modification de l'organisation, des locaux, des méthodes de travail et des outils. Cette nouvelle organisation du travail peut être source de résistance et se manifester par un sentiment de perte de l'histoire, de la culture et des valeurs. Les changements éveillent des peurs, des inquiétudes et engendrent du stress, une perte des repères, des acquis et des certitudes. C'est devoir quitter ce qui est connu pour aller vers l'inconnu. Il est ainsi difficile de s'adapter au présent et de trouver les ressources, les solutions pour transformer des situations perçues comme négatives, en positif, pour soi car elles sont nouvelles.

4.4.1 Le ressenti des acteurs

Chaque individu a sa propre perception des événements à l'annonce d'un changement. S1 et S2 ont réagi de manière positive et étaient plutôt contentes de la perspective d'un déménagement. Ces deux soignantes avaient peu d'ancienneté dans le service (moins de 2ans), donc moins d'habitudes, moins d'appartenance. Cela a joué sur leur comportement, leur motivation et leur engagement dans le projet. Ces deux soignantes étaient proactives ont fait preuve d'une coopération créative. Pour les quatre autres les ressentis sont négatifs. S3 met en avant de manière nostalgique les avantages de l'ancienne structure plus petite, avec sa culture, la proximité de la direction : « *A la fête des mères, on avait chacune une rose, un brin de muguet au 1^{er} mai...* ». Pour elle ce n'est pas le déménagement le problème mais les nouvelles grandes structures qui deviennent inhumaines. S4, parle de tristesse, S5 de résignation et S6 de changement de philosophie. L'annonce a été brutale et douloureuse dans leur service. On constate que l'absence de préparation et d'accompagnement n'a pas permis aux soignants d'envisager les côtés positifs de ce changement.

Du côté des cadres de santé, aucune n'avait eu de formation spécifique avant le déménagement. Cela ne semble pas avoir été perçu comme un manque. Tous ont participé régulièrement à des réunions avec la direction ce qui a permis un soutien et un accompagnement institutionnel. Cependant chaque cadre de santé en fonction du contexte a ressenti les événements différemment : « *une charge de travail trop importante* » pour C3, « *un sentiment de solitude* » pour C2, « *la déception de voir de agents partir* » pour C1. Du

côté de C4, ce fut une expérience extrêmement enrichissante, une aventure extraordinaire du fait de pouvoir améliorer la qualité des soins et les conditions d'accueil des patients.

4.4.2 Les manifestations de la résistance

Il existe différentes expressions de la résistance au changement. Les soignants expriment rarement concrètement leur opposition. Ainsi, le cadre de santé ne peut pas systématiquement exploiter la résistance au changement pour en faire une force de propagation du changement.

Vu la nature des changements imposés, le terme « *pas le choix* » revient plusieurs fois au cours des entretiens. En fonction de l'avancée des projets, le degré de résistance n'est pas le même pour ces changements prescrits. Pour C3 et C4, il y a une opposition totale à l'annonce où les personnes sont souvent dans le déni de ce qui leur arrive. Dans cette phase d'éveil, d'abord un sentiment de peur de l'inconnu, où le changement se met en place. Puis viennent les interrogations, les inquiétudes que les cadres doivent d'abord accueillir et leur donner du sens afin rassurer les soignants. C1 et C2 se souviennent plus de cette période car le projet avait été validé des années auparavant. Ces formes de résistances doivent céder dans l'optique d'un gain supérieur à la situation actuelle. C'est ce qui se passe pour C4. « *L'année du déménagement la majorité des résistances étaient tombées* ». Des réunions longues et difficiles ont eu lieu avec les organisations syndicales pour arriver à un consensus. C4 rappelle qu'il n'y a pas eu de mouvement social dans son établissement qui est selon elle un baromètre d'une bonne conduite de projet d'une telle ampleur.

4.4.3 Les répercussions individuelles et collectives

Cinq soignants sur six ont répondu que leur sentiment d'appartenance était plus fort en vers leur équipe. Les relations de travail étant plus proches entre collègues, cela semble logique que la construction identitaire soit dans le cercle le plus proche. S5, aide-soignant dans le service de psychiatrie, souligne qu'il ne sent plus vraiment appartenir à l'équipe. Il y a six unités sur le pôle de psychiatrie. La mutualisation des équipes fait que chaque agent peut être amené à aller travailler dans une autre unité de manière ponctuelle en fonction des effectifs. Cette mutualisation, l'harmonisation des pratiques et le discours des cadres l'amène à penser qu'il fait plus partie du pôle que du service. « *Je fais partie du grand tout* ». Comme si l'identité de l'équipe s'était diluée dans une entité plus grande.

Les perturbations les plus importantes sur le pôle des urgences et de réanimation sont d'ordre organisationnel. Il a fallu un temps d'adaptation car les locaux étaient plus grands. Et puis faire fonctionner deux équipes différentes avec des habitudes de travail différentes semble avoir été une problématique longue et difficile à régler. Aujourd'hui encore il y a des tensions entre les médecins alors qu'au niveau paramédical cela s'est apaisé. Ces problèmes de relationnels renvoient à la construction identitaire de chaque équipe et la notion d'identité professionnelle. Dans le pôle de psychiatrie, les soignants font le constat que plusieurs changements ont eu lieu dans un laps de temps rapproché. L'équipe est passée en 12h un mois avant le déménagement et elle s'est donc coupée en deux. Il y a eu des départs de soignants, puis le changement de lieu, d'organisation et aussi l'utilisation du dossier de soins informatisé. Toutes ces modifications ont eu un impact sur les professionnels. Le

déroulement du changement dans l'urgence sans une participation en amont génère stress et confusion.

4.5 La validation des hypothèses

Les quatre cadres de santé font un bilan différent en fonction des ressentis des équipes encadrées. Pour C1, le déménagement fut réussi même si les équipes regrettent l'ancien site qui était à taille humaine. Elle constate qu'il y a eu beaucoup de mouvement de professionnels et donc de nouveaux arrivants qu'il a fallu intégrer. Pour C2, la réorganisation s'est bien passée car l'équipe y a participé. Une nouvelle identité a été créée ainsi qu'une cohésion d'équipe. Pour C4, c'est plus que positif. Le personnel a été fidélisé et les conditions d'hospitalisation sont bien meilleures. Le nouveau site est sur une dynamique d'amélioration continue. Pour C3, « *c'était catastrophique* ». Que ce soit au niveau de l'organisation logistique, ou de l'accompagnement humain, il y a eu une défaillance de l'encadrement. Elle finit l'entretien en expliquant qu'elle s'est arrêtée après le déménagement épuisée par l'opposition qu'elle a rencontrée de la part de l'équipe. Ce n'est donc pas toujours une tâche facile d'accompagner l'équipe sur un projet d'une telle dimension pour le cadre de santé.

Du côté des soignants, quatre sur six trouvent que le déménagement ne s'est pas bien déroulé. S4 redit qu'il n'y a pas eu de préparation et de soutien auprès des équipes. Des problèmes sont aussi constatés à l'arrivée car les lieux étaient beaucoup trop grands. « *On perd en humanité* » dit S3. Les équipes ont été en souffrance pendant longtemps, ce fut « *un choc* » dit S4, « *les gens dormaient mal, c'est déprimant de travailler ainsi* ». L'apparition de risques psychosociaux diminue la qualité de vie au travail. À travers la souffrance des soignants, c'est aussi la qualité des soins qui est en danger. « *Pour soigner les soignants, il faut soigner le travail et y remettre du sens* »⁶⁷. Le phénomène des RPS est à prendre avec considération compte tenu des conséquences pouvant générer des tensions collectives et individuelles au sein d'une institution. Je me suis rendu compte à travers cette enquête que le regroupement de services avait occasionné de nombreux départs.

« *L'Association nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) a réalisé une étude sur les conséquences visibles des RPS pour la santé et la performance des entreprises en listant les risques suivants : fatigue, épuisement jusqu'au burn-out, troubles du sommeil, maladies psychiques, dépression, troubles du comportement, addictions, suicide dans les cas les plus graves, maladies cardiaques, troubles musculo-squelettiques (TMS)* »⁶⁸. Le cadre de santé, par sa proximité avec les soignants, est bien placé pour évaluer et identifier les risques psychosociaux. Mais il ne peut agir seul, car les mesures préventives et curatives se mettent en œuvre en collaboration avec les acteurs décisionnaires, les instances, et les structures d'aide et d'accompagnement des personnels en souffrance au travail (ex : le CHSCT qui contribue à la protection de la santé physique et mentale ainsi qu'à la sécurité des travailleurs). Il a donc un rôle de préventeur, dans l'accompagnement des équipes, en instaurant un climat de confiance et en travaillant autour des facteurs de régulations (régulation des tensions, adaptation des ressources, expression des soignants, soutien, relais de l'institution, valorisation des compétences).

⁶⁷ PEZE Marie, « *Prendre soin des soignants s'organise par la mise en commun d'expertises et d'actions* », Publié le 26/04/17- HOSPIMEDIA, (consulté le 27/04/2017).

⁶⁸ STANISLAS Jean-Luc, *Risques Psychosociaux : Le rôle du cadre de santé*, Objectif SOINS&MANAGEMENT- N° 210 - Novembre 2012 p. 24.

S1 voit plus de point positif que négatif « *des nouveaux locaux, un environnement de travail agréable* » et trouve que l'ambiance de travail s'est améliorée avec le temps. Elle souligne le fait que c'est une expérience enrichissante, « *on n'a pas forcément l'occasion de vivre ça plusieurs fois dans une carrière* ». S6 centre sa réponse sur la logistique du déménagement et trouve que tout a bien été organisé. Elle complète en disant que ce n'est pas le changement de lieu mais le changement de culture, de philosophie qui est difficile.

J'ai demandé à S6, ce qu'elle aurait fait autrement avec son regard de faisant fonction cadre de santé. Cette dernière est revenue sur deux notions intéressantes. Le facteur temps, pour elle, la préparation fut trop courte pour les soignants. Elle pense que le déménagement aurait dû être décalé après les vacances et pas se faire pendant la période estivale. Et aussi sur le fait qu'il y a eu une multitude de changement en même temps ce qui a favorisé une perte de repère chez les soignants. « *Oui un changement de lieu et d'architecture. Mais aussi une nouvelle organisation des équipes, du temps de travail avec le passage en douze heures, et des méthodologies de travail avec l'utilisation du dossier de soins informatisé* ». Dans la situation du pôle de psychiatrie, on constate que même en l'absence d'accompagnement, le changement peut avoir lieu et être entériné par les équipes. Cependant, dans ces conditions, le cheminement se fait dans la difficulté, et souvent au détriment du personnel et de la bienveillance des individus.

L'analyse des différents entretiens réalisés m'a aidé à mieux comprendre le processus de changement dans le contexte des restructurations organisationnelles à l'hôpital. Les témoignages m'ont permis de faire avancer ma réflexion en la confrontant à la réalité des faits vécus par mes interlocuteurs. Même si les fusions de services sont difficiles et représentent réellement une épreuve pour ceux qui les vivent, le plus dur reste les changements qui l'accompagnent.

A la suite de cette analyse je peux dire que mes hypothèses sont nécessaires pour co-construire le changement mais pas suffisantes car d'autres facteurs doivent être pris en considération.

Un accompagnement personnalisé de l'équipe par le cadre de santé favorise l'appropriation des changements organisationnels.

L'accompagnement et le soutien aux équipes semblent apporter une réelle aide aux soignants qui traversent des périodes de mouvance et d'incertitude. Le cadre de santé par sa proximité doit savoir observer les membres de l'équipe pour déceler les difficultés. Il est le plus à même de recenser les espoirs et les craintes des soignants tout en prenant en compte l'identité professionnelle des membres de l'équipe. Grâce à son écoute, il peut expliquer, reformuler et rassurer dans les phases d'appréhension de l'équipe. Chaque individu a une perception subjective du changement. Chacun avancera à son rythme dans l'adaptation au changement.

Si le professionnel de santé dispense une prise en soins individualisés au patient, le cadre de santé doit également personnaliser l'accompagnement face au changement, en prenant en compte la personnalité, les attentes de chaque soignant. L'accompagnement au changement devient un élément indispensable de la stratégie managériale que le cadre de santé doit mettre en œuvre pour favoriser l'acceptation et l'adhésion des personnels aux exigences institutionnelles. Je pense qu'il faut favoriser la réflexion des soignants, les aider à dépasser les difficultés et réajuster le cas échéant.

Le cadre de santé est un acteur essentiel des changements organisationnels. Sa connaissance de la réalité du terrain et des individus qui composent son équipe est un atout incontournable. Il peut être soutenant auprès des soignants si lui aussi est soutenu par sa hiérarchie.

Accompagner le changement est donc un levier du management. Mais la prise en compte du facteur temps, le soutien de l'institution et la participation de l'équipe sont d'autres leviers essentiels. Le cadre doit adapter le temps au plus juste des besoins, quitte à négocier un délai avec sa hiérarchie. Il permet l'appropriation du projet par les agents en organisant la concertation. Il est un véritable vecteur de communication qu'elle soit ascendante ou descendante.

La participation des soignants dans la préparation d'un déménagement favorise la transition et limite les résistances.

La participation apparaît comme un moyen de garantir l'intérêt des individus et ceux de l'hôpital ou du service dans tout projet de changement. Cette participation est une occasion pour les soignants de lui donner un sens. Le cadre de santé doit favoriser les relations interprofessionnelles, renforcer l'information et la participation des individus.

En effet, communiquer positivement aux soignants sur les changements à venir permet de porter un regard différent sur ce qui ne peut être changé et sur ce qui peut l'être dans le changement imposé. Je pense que fournir des informations adaptées et surtout à répondre aux questions que l'on peut se poser par rapport au changement qui aura lieu permet non seulement de rassurer mais aussi de préparer les individus à vivre au mieux les transitions qui se présentent à eux.

De plus, prendre en compte les avis des destinataires du changement est signe de reconnaissance et de valorisation. Le cadre a besoin de faire preuve de plus de considération envers ses soignants s'il veut surmonter avec réussite tous les défis que représentent les changements qu'il est amené à effectuer. C'est ainsi que favoriser la participation des professionnels à la réflexion sur une nouvelle organisation permet à ces derniers de s'approprier le changement et peut être un facteur limitant la résistance.

Cependant la participation en tant que levier du changement, nécessite d'être associé à d'autres stratégies et outils pour potentialiser son action. La communication est l'outil nécessaire et indispensable pour donner du sens à ses actes, se libérer d'un stress négatif, de ses peurs, ses angoisses et afin d'intégrer le changement comme favorable pour soi. La bonne conduite du changement par le cadre de santé ne dépend pas que de sa méthode managériale, mais aussi des moyens, des informations qu'il a à sa disposition pour exprimer ses compétences. Le projet doit susciter l'implication et la motivation des soignants qui devront se l'approprier pour le mener à sa réalisation.

Les changements sont des expériences enrichissantes. Ils sont des opportunités pour mieux se connaître, donner du sens à sa vie, pour son épanouissement personnel et professionnel. Ce travail de recherche, d'enquête et d'analyse me permet de poursuivre la construction de mon identité professionnelle et d'avoir une nouvelle perception du rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes dans le changement.

CONCLUSION

Le changement a toujours fait partie de nos réalités quotidiennes et pourtant les Hommes ont naturellement peur de lui. Ils y trouvent un intérêt si le changement se caractérise par une perspective positive ou un progrès. Les évolutions hospitalières remodelent l'offre de soins. L'adaptation constante des professionnels de santé constitue une des préoccupations primordiales du cadre de santé. Entre obligation de soins et contraintes budgétaires, le changement est aujourd'hui et encore plus demain, un vrai défi pour la pérennité de l'hôpital.

Le changement suscite donc parfois des réactions ambivalentes pouvant se traduire par une résistance au changement qui annonce la complexité de son pilotage. J'ai donc souhaité comprendre quel était le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes dans le changement et comment il appréhendait les éventuelles résistances de la part des équipes. Afin de répondre à ces interrogations, j'ai réalisé une enquête qui m'a permis de comprendre que le cadre de santé est un acteur stratégique du changement dans le domaine de la santé. Celui-ci a un rôle central grâce à sa vision globale de l'institution et celle plus affinée du service dont il a la charge. Sa position est au carrefour des logiques administratives et financières, médicales et paramédicales. Elle lui permet d'accompagner les équipes de soins face au changement.

Ce travail de mémoire a été fort enrichissant, j'ai pu à travers lui prendre conscience de certaines réalités de ma future fonction de cadre de santé. L'enquête de terrain conforte le sentiment que la participation des soignants dans un projet de restructuration est un enjeu majeur de sa réussite mais sous certaines conditions. J'ai pu approfondir mes réflexions grâce à la confrontation des différentes expériences recueillies auprès des cadres de santé et des soignants ayant participé à mon enquête.

L'équipe a une culture que le cadre de santé doit aussi prendre en considération dans la conduite de changement afin de préserver et valoriser le capital humain et de donner du sens aux yeux de ceux qui vont mener les changements. Il dispose de divers outils et stratégies afin d'accompagner au mieux les équipes et de limiter la résistance au changement. J'ai compris que la participation des soignants dans le projet de changement est un élément décisif dans la limitation de la résistance.

Les changements de type déménagement ou fusion quand ils sont bien préparés, sont dans la majorité des cas bien accueillis par les équipes car il s'accompagne d'un gain souvent matériel et de nouveaux locaux. En revanche la réorganisation du travail qu'elle suscite et la reconstruction identitaire qu'elles créent, génèrent souvent une opposition de la part des équipes. En tant que futur cadre de santé, je vais être amené à accompagner des équipes dans différents changements et notamment le projet de mon institution de rapprochement de l'hôpital sur Paris. Cette expérience m'a permis de progresser dans mon positionnement vis-à-vis de ma nouvelle fonction de cadre de santé et pourra me servir pour conduire mes futurs projets et accompagner mon équipe tout au long du parcours.

Mais dans un contexte hospitalier mouvant, il serait intéressant de réfléchir à comment le cadre de santé peut entretenir la motivation de son équipe au quotidien ? Quels leviers peut-il trouver pour que les soignants s'investissent dans leur travail ?

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id> (consulté le 07/01/2017)

Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C933088E82AE8080F4CA166B67EAB030.tpdila17v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101 (consulté le 07/01/2017)

Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/1991/12/31/TEFX9100054L/jo/texte> (consulté le 12/03/2017).

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 12/03/2017).

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal officiel n° 193 du 20/08/1995 p 12469 sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 12/03/2017).

Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/7/AFSS1606765D/jo/texte> (consulté le 12/03/2017).

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte> (consulté le 28/04/2017)

Ouvrages

AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel, *Pratique de la conduite du changement*, DUNOD, 2003, 256 p.

AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement*. 4^{ème} éd. Malakoff : Dunod, 2016, 315 p.

BERNOUX Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Nouvelle Edition. Paris : Seuil, 2004, 368 p.

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

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, pp 375-448.

FORMALIER Monique et JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, 328 p.

LAMBERT Jacques, *Le management intergénérationnel*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009, 269 p.

MINTZBERG Henri, *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre*. 2^{ème} éd. Paris : Editions d'organisation, 2006, 383 p.

MONCET Marie-Claude, *Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2013, 169 p.

Mémoires

BEROARD Aurélie, *Le cadre de santé, un acteur du changement*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2010, 111 p.

RICHARD Anthony, *Le déménagement vers une nouvelle structure : un challenge humain*. Diplôme cadre de santé. Créteil : Ecole Supérieure Montsouris, 2012, 110 p.

Articles

AUBRY Francois, *"Facilitating Change Among Nursing Assistants in Long Term Care"*, The Online Journal of Issues in Nursing in November 9, 2012

BAREIL Céline, « *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits* », In : Cahiers de Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal. Cahier n° 04-10 – Août 2004. – p 3.

BOTTEGA Céline, « *L'humour est-il un outil de management ?*», Humanisme et Entreprise, 2008, N°288, p.21 à 34

COLMONT David, « *Accompagnement au changement dans les cliniques privées* », Soins cadres, 02/2011, N° 77, pp 49-52

DUJARDIN Philippe et AL, « *Conduite de changement pour préparer l'avenir* », Soins cadres, 08/2011, N° 79, pp 38-40

FRAY Anne-Marie, PICOULEAU Sterenn, « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail* », *Management & Avenir*, 8/2010 (n° 38), p. 72-88

JEOFFRION Christine et BOUDOUKHA Abdel Halim « *Risques organisationnels et burn-out* » SANTE MENTALE, 2014, n° 190 pp.30-35

LANDIER Hubert, « *Malmanagement : L'entreprise ne peut agir contre ceux qui en subissent les effets* », Humanisme et Entreprise, 2010/1- n°296 pages 81à 91 édition A.A.E.L.S.H.U.P de 2010

LESAGE Isabelle, « *Le Changement, danger ou opportunités ?* », Soins cadres, 02/2016, Supplément au N° 97

MULLER Anne, « *Le cadre de santé de demain, un e-cadre du prendre soins* », Soins Cadres, 02/2016, N°97, pp 35-37

RICHARD Anthony, « *Le déménagement d'une structure de soins, un challenge humain* », Soins cadres, 08/2014, pp 55-58

STANISLAS Jean-Luc, « *Risques Psychosociaux : Le rôle du cadre de santé* », Objectif SOINS&MANAGEMENT- N° 210 - Novembre 2012 pp 21-29

PEZE Marie, « *Prendre soin des soignants s'organise par la mise en commun d'expertises et d'actions* », Publié le 26/04/17- HOSPIMEDIA, (consulté le 27/04/2017).

VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle (1998), « *La dynamique des processus de changement* », Revue française de gestion, Septembre-Octobre 1998, p 122

Sitographie

Dictionnaire Larousse sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement> (consulté le 27/12/2016)

DE DIVONNE Philibert, *Conduire et accompagner les changements*, La Lettre du CEDIP (Centre d'Evaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique), En lignes n° 33 - octobre 2005, 8p, disponible sur http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/FT33_cle5b1291.pdf (consulté le 28/12/2016)

KÛBLER-ROSS Elisabeth France. *Le deuil, un temps à traverser*. Disponible sur <http://ekr.france.free.fr/deuil.htm> (consulté le 11/03/2107)

DE SINGLY Chantal (2009). - Rapport de la mission cadre hospitalier, sur <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>, p 44 (consulté le 13/03/2017).

<http://www.bioenergetique.com/definition-de-la-sante-oms/> (consulté le 11/03/2107)

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27> (consulté le 20/02/2017)

http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=4063 (consulté le 10/03/2017)

<http://www.nememjume.com/wp-content/uploads/2015/06/Les-Styles-de-Management.pdf> (consulté le 25/03/2016)

<http://www.antonin-gaunand.com/leadership/les-styles-de-leadership-selon-hersey-et-blanchard/>(consulté le 25/03/17)

Autres

Rapport, GOLLAC et BODIER (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Petit Robert de la langue française, 2010

FARNAULT Patrick. *Introduction aux pratiques managériales*, ESM, 04/11/2016.

LE BASTARD Virginie, *Fédérer l'équipe autour d'un projet - La stratégie des alliés*, ESM, 15/12/2016 ; *Résistance au changement*, ESM, 24/02/2017.

MAILLE J-P, *La résistance au changement*, ESM, 05/12/2016

MARCHAL Viviane, *Management et prévention des risques psychosociaux*, ESM,09/12/2016

TUYTTEN Anthony, *La conduite de projets : apports théoriques, démarche et outils*, ESM, 08/11/16

TABLES DES ANNEXES

Annexe 1 : Les grilles d'entretiens

Annexe 2 : Synthèse des données des entretiens des cadres de santé

Annexe 3 : Synthèse des données des entretiens des soignants

ANNEXE1 : Les grilles d'entretiens

Pour les cadres de santé :

<p>Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? Depuis quand êtes-vous en poste dans le service ? Dans quel type de structure travaillez-vous ? Avez-vous déjà participé au déménagement d'un service de soins ?</p>	<p>Identification Situation Ancienneté Population cible</p>
<p>Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ? Quels étaient les grandes lignes et enjeux de ce déménagement ? Dans quel contexte celui-ci a-t-il été décidé ? Comment s'est-il déroulé ?</p>	<p>Le changement Quel type ? Délocalisation Fusion</p>
<p>Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ? Avez-vous été accompagnée pour vous aider à conduire la mise en œuvre ? Si non, cela vous a-t-il manqué ? Comment ce mouvement vers le changement s'est-il passé pour vous ?</p>	<p>Ressenti du cadre de santé avant le changement</p>
<p>Comment avez-vous informé vos équipes ? Comment l'information et la concertation ont-elles été organisées ?</p>	<p>Communication Qui ? Comment ? Quand ?</p>
<p>Quel a été votre rôle en tant que cadre de santé dans cette situation ? Comment avez-vous accompagné votre équipe de soignants, de cadres ?</p>	<p>Rôle cadre de santé, supérieur, de pôle</p>
<p>Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ? Ces manifestations ont été plutôt un frein ou</p>	<p>Résistance Lien avec RPS</p>

<p>plutôt favorables à la mise en place du projet ? Quels sont d'après vous les difficultés rencontrées et/ou vécues par les équipes face à ce projet ? Ce changement a-t-il généré de la résistance de la part de l'équipe soignante ? Comment/ de quelle manière cette résistance s'est-elle manifestée ? Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?</p>	
<p>Quelles stratégies managériales/ quels les outils que vous avez mis en place pour mener à bien ce changement ?</p>	<p>Stratégies Outils Type de management</p>
<p>Quelle a été la participation des soignants au changement ? La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ? Qu'est-ce que cette participation a modifié auprès des agents manifestant de la résistance au changement ?</p>	<p>Participation Impact sur résistance, sur l'adhésion au projet</p>
<p>Après le déménagement, quel est le ressenti des professionnels ? Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Pour quelles raisons ? Ceci a-t-il été évalué de manière formelle ? Quels sont les enseignements de cette expérience ? Dans les actions menées, recommenceriez-vous de la même manière ? Si cela était à refaire, que feriez-vous différemment ?</p>	<p>Bilan Ressenti après le changement</p>
<p>Auriez-vous quelque chose à rajouter ?</p>	

Pour les soignants :

<p>Depuis quand êtes-vous dans la profession, dans l'établissement, dans le service ?</p> <p>Avez-vous déjà participé au déménagement d'un service de soins ?</p>	<p>Identification Situation Ancienneté Population cible</p>
<p>Votre sentiment d'appartenance le plus fort se rapporte à l'établissement ? au pôle ? à l'équipe</p>	<p>Identité professionnelle</p>
<p>Que représente pour vous le déménagement dans un nouvel établissement ?</p>	<p>Représentation</p>
<p>Comment vous a-t-on annoncé le changement ? Qui ? Quand ?</p>	<p>Communication, Information</p>
<p>Quelle est votre première réaction face l'annonce du changement ? Comment avez-vous perçu ce projet ?</p>	<p>Ressenti Perception</p>
<p>Quelles sont les perturbations les plus importantes lors d'un tel changement ? Au niveau personnel ? Au niveau professionnel ?</p>	<p>Impact Perturbation</p>
<p>Qui ont été les personnes ressource au cours de ce projet ?</p>	<p>Ressources</p>
<p>Quelles sont vos attentes envers le cadre de santé ?</p>	<p>Rôle Cadre de Santé</p>
<p>Comment avez-vous exprimé votre opinion à propos du projet ? Comment avez-vous été sollicité pour travailler sur le projet du déménagement ? Votre participation a-t-elle modifié votre vision du projet ?</p>	<p>Participation Implication Par qui ? Visites ? Locaux témoins ?</p>

Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Pour quelles raisons ? Comment l'évaluer vous ? (Ambiance de travail, absentéisme, collaboration)	Bilan Ressenti après
Auriez-vous quelque chose à rajouter ?	

Annexe 2 : Synthèse des données des entretiens cadres

Question 1 : Contexte

	Quels étaient les grandes lignes et enjeux de ce déménagement ? Dans quel contexte celui-ci a-t-il été décidé ? Comment s'est-il déroulé ?
Cadre 1	« Déménagement dans un nouveau bâtiment. Réunion de deux services d'urgences avec deux sites préexistants A et B. Deux équipes qui ne se connaissaient pas. Des habitudes de travail différentes. Des profils différents : A avec une orientation chirurgie et B une orientation médecine. Avant c'était plus petit, on voyait tout ce qui se passait, maintenant on travaille dans des modules. Recrutement de nouveaux personnels... Locaux plus grands... Très compliqué... Beaucoup sont partis »
Cadre 2	« Fusion signée en 1999. Décision ministérielle. Economie d'argent. Regrouper deux hôpitaux à proximité : un de médecine et un de chirurgie. Deux entités différentes. Deux cultures différentes. Deux façons de manager. Recréer une nouvelle identité ce n'est pas évident. Engendre beaucoup de changement, de conflits et de remise en question. »
Cadre 3	« Dernier secteur de psychiatrie à avoir intégré l'hôpital général. Opposition massive des agents paramédicaux et médicaux. Rien n'a été préparé. Préparation un mois avant la date prévue. Un mois pour tout organiser. Un cadre qui était parti. Absence de cadre sur place. Refus total de la démarche. Tout le monde pensait qu'on n'allait pas déménager. »
Cadre sup4	« Projet d'établissement : rapprocher les patients de leur lieu de vie. Déplacer 125 lits de psychiatrie et ouverture de 10 lits de psychiatrie adolescente. Obligation de l'ARS. Trajet augmenté de 35km. 4 ans de préparation. <u>2 phases :</u> Architecture et construction : associer les médecins, les cadres supérieurs et les cadres de santé et les équipes soignantes Beaucoup de réunions pour la construction. Accompagnement social : Les agents qui ne voulaient pas déménager ont été orientés sur des postes vacants. Avantage financier pour fidéliser. Bonne volonté, des personnels investis, mobilisés et acteurs. Sans douleur, sans grève et sans manifestation d'aucune nature. Visites des locaux. Aucun mouvement social. Direction a pris en compte l'intérêt des personnels et des patients. Investissement dans des véhicules électriques pour covoiturage. »

Question 2 : Ressenti du Cadre

	Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ? Avez-vous été accompagnée pour vous aider à conduire la mise en œuvre ? Si non, cela vous a-t-il manqué ? Comment ce mouvement vers le changement s'est-il passé pour vous ?
Cadre 1	<u>Formation spécifique</u> : « Non, cela ne m'a pas manqué. » <u>Accompagnement</u> : « Accompagnement institutionnel dans des groupes de travail. Soutien de la cadre supérieur. On a fait pas mal de réunions. » <u>Personnellement</u> : « Pas de difficultés particulières, déçue de voir les agents partir car on se retrouvait dans une structure où c'était beaucoup plus

	l'usine c'était compliqué. »
Cadre 2	<u>Formation spécifique</u> : « Non, cela ne m'a pas manqué. » <u>Accompagnement</u> : « On a fait des réunions régulièrement. » <u>Personnellement</u> : « Cela a été compliqué. On se sent un petit peu seul pour préparer le déménagement. C'était la difficulté. »
Cadre 3	<u>Formation spécifique</u> : « Non, pas du tout, mais une expérience en tant qu'IDE à la Pitié. » <u>Accompagnement</u> : « Réunions avec la direction, les services logistiques et les autres acteurs. » <u>Personnellement</u> : « La charge de travail était énorme. Je ne pouvais pas maîtriser le départ, il aurait fallu quelqu'un sur place. »
Cadre sup4	<u>Formation spécifique</u> : « Non, mais bonne préparation. » <u>Accompagnement</u> : « Enormément de réunions avec la direction, les architectes, les meneurs de projets, les logisticiens. » <u>Personnellement</u> : « Aventure extraordinaire, avec beaucoup de chance de la vivre, expérience extrêmement enrichissante. Amélioration de la qualité des soins, des conditions d'accueil et d'hôtellerie supérieurs. Diminution des départs en clinique. »

Question 3 : Information et communication

	Comment avez-vous communiqué et informé vos équipes ? Comment l'information et la concertation ont-elles été organisées ?
Cadre 1	« Il y avait eu une information institutionnelle. On a fait beaucoup de groupes de travail avec les équipes pour réfléchir et les impliquer dans les nouvelles organisations. »
Cadre 2	« Après chaque réunion faite par la direction, je faisais une petite réunion sur la chronologie. »
Cadre 3	« C'était une politique d'établissement. La direction dit avoir informé les équipes, mais ils ont refusé de l'entendre. Ils ne connaissaient pas la date réelle. Ils ont su qu'ils allaient déménager un mois avant. »
Cadre sup4	« Annonce faite par deux projets d'établissement. Réunions de travail, de réflexions cliniques, de soins sur l'avantage pour les patients ont permis l' investissement des soignants. »

Question 4 : Rôle du Cadre de santé

	Quel a été votre rôle en tant que cadre de santé dans cette situation ? Comment avez-vous accompagné votre équipe de soignants, de cadres ?
Cadre 1	« Répondre aux interrogations. Faire part de l'avancée des différents groupes de travail auxquels je participais. »
Cadre 2	« J'étais le maître d'œuvre. Je gérais, j'organisais, je faisais. J'ai fait un tableau pour organiser les choses, pour dire tel jour on va faire ça. »
Cadre 3	« Essayer d'articuler les choses pour que tout soit optimum. Rôle essentiel mais compliqué quand on n'est pas du service. L'équipe n'était pas particulièrement sympathique avec moi. Il fallait faire au mieux pour les patients. Ils avaient du mal à l'entendre, pour eux c'était une régression totale, de la maltraitance. »
Cadre sup4	« Accompagnement des équipes et accompagnement du projet. Répondre aux questions et si je n'avais pas la réponse, j'allais la chercher. Essayer de

	donner du sens. Mettre la main à la pâte. Faire les cartons ensemble. Donneur d'ordre ça n'apporte rien. »
--	--

Question 5 : Les résistances

	Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ? Ces manifestations ont été plutôt un frein ou plutôt favorables à la mise en place du projet ? Quelles sont d'après vous les difficultés rencontrées et/ou vécues par les équipes face à ce projet ? Ce changement a-t-il généré de la résistance de la part de l'équipe soignante ? Comment/ de quelle manière cette résistance s'est-elle manifestée ? Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?
Cadre 1	« Il y a eu beaucoup d'inquiétudes. Le changement ça inquiète, ça interroge. On se projette dans une activité beaucoup plus importante. Il n'y a pas eu de résistance parce que, il n'y avait pas le choix puisqu'à terme il fallait déménager. »
Cadre 2	« On savait qu'on allait déménager. Je n'ai pas eu plus de réaction parce que tout le monde était au courant. C'était surtout comment on allait faire, les modalités du déménagement. Il n'y avait pas de surprise. Le projet a été accepté par les équipes. Content d'arriver dans un bâtiment tout neuf. On participa aux visites de chantier. Nous étions les premiers à déménager donc des questionnements sur le fonctionnement. Au début on avait un peu peur. »
Cadre 3	« Une opposition totale. Cela a été un frein et ça a généré de la résistance. Je leur expliquais que je n'étais pas contre eux. Je subissais une décision et qu'à partir du moment où on n'a pas le choix autant que ça se passe et revenir à des rapports cordiaux. »
Cadre sup4	« Des résistances face au changement qu'on connaît tous, un changement avec toutes les inquiétudes qui vont avec. C'est très bien comme ça alors pourquoi vous voulez nous faire changer ? Des questionnements des agents sur leurs conditions de vie, donc un accompagnement social. Les résistances on s'y attendait, on ne les avait pas toutes prévu. Il faut surtout les accueillir, dire oui on comprend, vous avez raison, qu'est-ce qu'on peut faire pour vous, qu'est-ce qui serait le plus simple pour vous, est-ce que vous pensez que cette solution pour être la meilleure pour vous. L'année du déménagement la majorité des résistances étaient tombées. Les gens étaient plutôt satisfaits. On a retardé le projet. Il y a eu des départs internes. S'il n'y a pas eu de mouvements sociaux c'est que les organisations syndicales ont été complètement investies. Les réunions ont été longues et difficiles. Le but étant d'arriver à un consensus. »

Question 6 : Les stratégies managériales utilisées.

	Quelles stratégies managériales/ quels sont les outils que vous avez mis en place pour mener à bien ce changement ?
Cadre 1	« Beaucoup de groupes de travail. On est dans le travail ensemble. La communication, on réfléchit ensemble pour ne pas imposer et avoir un maximum d'avis. »
Cadre 2	« Il n'y avait pas de stratégie. C'était au feeling. Une check-list de tout ce qui

	fallait faire qu'on a suivi. Tout le monde s'y est mis en fonction des possibilités.
Cadre 3	Du lien, des réunions, des mails avec toutes les personnes qui devaient avoir un rôle dans ce déménagement. Une infirmière sur place nommée référente. »
Cadre sup4	« Le management participatif . Pas de directives, jamais. Si on met trop de directif là-dedans on va perdre la moitié des agents . On va plutôt chercher leurs adhésions . La parole de l'un ou l'autre ayant la même valeur. Ce qui a certainement fait fonctionner les choses. »

Question 7 : La participation, l'implications des équipes.

	Quelle a été la participation des soignants au changement ? La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ? Qu'est-ce que cette participation a modifié auprès des agents manifestant de la résistance au changement ?
Cadre 1	« Ils ont participé à la réflexion sur les nouvelles organisations, sur le matériel, sur les locaux quand on a fait les visites, sur la mise en carton du matériel. Leur ressenti a été modifié quand ils sont arrivés dans le service où c'était plutôt difficile. On a eu beaucoup de personnels en pleurs parce que le passage à des journées de 12h était vraiment très compliqué et douloureux. »
Cadre 2	« Des agents ont été détachés pour le déménagement. La participation a facilité la transition. Je les ai laissés s'organiser au niveau de l'aménagement. »
Cadre 3	« Une opposition passive . Ils ont fini par faire les cartons . Ils n'étaient pas du tout d'accord . La politique de l'établissement, c'était qu'ils étaient tellement opposants qu'on va faire sans eux . On donne une date, un timing puis il faut se soumettre . Je ne pouvais pas être en confiance par rapport à ce que je leur demandais, il fallait que je vérifie à chaque fois. »
Cadre sup4	« Cela a complètement modifié leur vision des choses . Ils se sont investis dans les nouveaux locaux . Ils ont participé en donnant leurs avis, avoir été entendu ça leur a donné du sens . On a tenu compte d'eux, de leurs réflexions . Chaque unité a personnalisé son unité, d'autres ont modifié les salles de soins . On les a laissé s'investir de cette façon. Il faut que chaque unité ait son identité propre, on a respecté les choix des uns et des autres. »

Question 8 : Ressenti après, évaluation.

	Après le déménagement, quel est le ressenti des professionnels ? Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Pour quelles raisons ? Ceci a-t-il été évalué de manière formelle ? Quels sont les enseignements de cette expérience ? Dans les actions menées, recommenceriez-vous de la même manière ? Si cela était à refaire, que feriez-vous différemment ?
Cadre 1	« Il y a ceux qui sont partis. Beaucoup de nouveaux arrivants . Il fallait réussir à les intégrer et c'était difficile . Pas la possibilité d'encadrer. Beaucoup de jeunes diplômés sur un service d'urgence c'est pas forcément l'idéal . Il fallait recruter en masse. Le déménagement fut réussi. On regrette beaucoup les anciens sites à taille humaine . On a un service qui tourne bien . On essaye de

	revoir régulièrement l'organisation, d'améliorer, de diminuer les temps de passages. On est toujours dans ces réflexions. On s'est dépêché de recruter pour ne pas retenir ceux qui se sentaient mal dans le service. J'espère que je ne recommencerai pas parce que c'est vraiment un gros boulot. Moi je suis pour le travail en équipe, la réflexion en équipe, faire participer un maximum le personnel parce que c'est quand même eux qui sont en première ligne. »
Cadre 2	« C'était difficile. Il a fallu se réorganiser. On s'est senti lésé car les effectifs avaient été revu à la baisse. De toute façon on s'adapte, on n'a pas le choix. Au niveau de mon équipe et de mon service j'ai eu une bonne participation, tout le monde s'y est mis et ça été bien organisé. Personnellement je n'ai pas le sentiment que ça été quelque chose de difficile. C'était réussi me concernant. Une cohésion malgré l'existence deux équipes. Ce déménagement a créé une identité nouvelle à ce nouvel hôpital et une identité à ce service. S'y prendre un peu plus tôt au niveau des cartons. Sinon ça été globalement plutôt bien réussi. »
Cadre 3	« Ressenti complètement négatif. L'impression qu'on les avait mal accueillis, que rien n'avait été pensé, que rien n'avait été organisé. La formation incendie, matériels informatiques, dossiers de soins informatisés, rien n'avait été fait en amont. C'était catastrophique. Il ne connaissait pas l'établissement, le fonctionnement, l'informatique. Ils ont peut-être eu une réunion pour qu'on leur explique vaguement les choses. Une défaillance de l'encadrement, un cadre parti six mois avant. Ils ont à peine visité les locaux deux fois. Difficile de s'approprier les lieux. Il y avait de l'opposition. Il y a eu des départs à l'arrivée. Le déménagement n'a pas été réussi pour l'humain. Une équipe en opposition, il faut la gérer autrement. Etre dans l'agressivité, c'est dommageable pour tout le monde. »
Cadre sup4	« Majoritairement positif. Quitter des vieux locaux et arriver dans des locaux tout neufs, adaptés au niveau de l'ergonomie. Il y a des écrans partout où ils peuvent travailler au niveau de l'informatique. Cela a été bien vécu et ça continu d'être bien vécu. Le déménagement a été réussi. On a évalué parce qu'on a fidélisé le personnel. Par rapport aux patients, des conditions d'hospitalisation bien meilleures, une prise en charge plus adaptée et un travail avec la famille plus rapproché. Un espace socio-culturel plus fréquenté. L'hôpital est beaucoup plus vivant. Il y a une dynamique supérieure. On est toujours en amélioration. En conclusion bilan plus que positif. »

Question 9

	Auriez-vous quelque chose à rajouter ?
Cadre 1	« Non. »
Cadre 2	« A partir du moment où vous avez une date, même si elle est lointaine, il faut commencer à anticiper sur le déroulé de comment vous allez faire. »
Cadre 3	« Je me suis arrêtée une semaine après tellement j'étais épuisée. Si vous êtes convaincu par l'idée du bénéfice de ce déménagement vous devez transmettre à l'équipe de pleins de façons les côtés positifs. Si l'équipe vous fait peur, que vous avez une opposition totale et que vous ne faites rien vous avez ce résultat catastrophique. »
Cadre sup4	« Non. »

Annexe 3 : Synthèse des données des entretiens des soignants

Question 1 : Identité professionnelle

	Votre sentiment d'appartenance le plus fort se rapporte à l'établissement ? au pôle ? à l'équipe
Soignant 1	« A l'équipe. »
Soignant 2	« A l'équipe. »
Soignant 3	« A l'équipe. »
Soignant 4	« A l'équipe. »
Soignant 5	« Avant à l'équipe, maintenant quoi qu'on veuille on fait partie du pôle . La mutualisation du personnel , le discours des cadres , ils essayent d'harmoniser les pratiques au niveau du pôle. Je n'ai plus l'impression d'appartenir à l'équipe . Je fais partie du grand tout . »
Soignant 6	« A l'équipe. »

Question 2 : Les représentations

	Que représente pour vous le déménagement dans un nouvel établissement ?
Soignant 1	« Du renouveau sur les locaux, sur les équipes. Un changement . J'ai très bien vécu ce déménagement. »
Soignant 2	« Fusion de deux équipes . Ce qui était compliqué c'est l'harmonisation des soins n'avaient pas été faite en amont. Deux équipes qui marchaient totalement différemment . Très difficile au début. La place des réserves n'avait pas été pensé avant . »
Soignant 3	« Un nouveau service , une nouvelle vie professionnelle . Tout a changé. C'est plus qu'un déménagement, c'est changement d'équipe, un changement de cadre, de cadre de vie et d'organisation . »
Soignant 4	« Une déchirure, une cassure, un traumatisme . C'était assez violent de se séparer de l'équipe. Un nouvel environnement, une nouvelle organisation . Les lieux sont difficiles pour les patients , ce n'est pas adapté à la psychiatrie . Au niveau du confort c'est mieux, les chambres sont plus confortables . Une mutualisation . On n'a pas eu de formation. On a dû apprendre au fur et à mesure. »
Soignant 5	« L'éloignement du secteur . On a perdu la proximité avec les patients et les familles aussi. Cette grande structure, c'est encore une autre histoire. On est un peu noyé dans cette masse . Tout est protocolaire , il faut rentrer dans le moule, il faut des règles. »
Soignant 6	« Le déménagement représente une autre façon de travailler . C'est arrêter la prise en charge du secteur, arrêter la proximité . Cela allait engendrer des difficultés de prise en charge des patients . On allait se retrouver dans des locaux beaucoup plus petits et non adaptés pour moi à la psychiatrie . »

Question 3 : La communication

	Comment vous a-t-on annoncé le changement ? Qui ? Quand ?
Soignant 1	« Je n'étais pas encore en réa et on parlait déjà du déménagement . Donc je savais . On entendait parlait du projet qui était prévu depuis de longues dates , on était au courant depuis le début . »
Soignant 2	« Je le savais déjà en postulant sur l'hôpital B que l'on allait déménageait sur

	le nouveau site. »
Soignant 3	« C'est quelque chose qui s'est fait sur de nombreuses années . Au départ deux établissements différents qui avaient les mêmes activités. On savait qu'à un moment donné tout allait être regroupé . Il était question de construire un établissement pour regrouper les deux. La première annonce, un regroupement administratif, une seule direction, un seul service administratif . Et puis la décision de construire un établissement commun . Ça n'a pas été quelque chose de brutal comme annonce. »
Soignant 4	« C'est le chef de service qui nous l'a annoncé en réunion . On le savait depuis des années . On a résisté deux à trois ans, pas seulement le personnel soignant mais aussi le personnel médical . »
Soignant 5	« En 2008, La cadre supérieur m'a annoncé que dans deux ans nous allions déménager sur le grand projet du Sud-Francilien. Je savais qu'on allait déménager au niveau des lieux. Pendant presque une année cela a été des épisodes où on devait déménager ou pas. Il n'y avait pas de planification claire . Les ASH étaient parti un an avant . Ça s'est précisé quand on est passé en 12h . La période de résignation était là . On savait que c'était inévitable et qu'on devait y aller quoiqu'il arrive. »
Soignant 6	« En 2012 on savait qu'on allait déménager quand l'Hôpital à ouvert . Le chef de service de l'époque n'était pas du tout d'accord et a tout fait pour reculer ce déménagement. L'idée avait été que notre unité soit rattaché à un autre hôpital plus proche géographiquement . Ce fut refusé en 2014 par le nouveau directeur de l'hôpital . Donc on était obligé de venir sur l'hôpital en 2016. Ma cadre et notre chef de service nous ont annoncé le déménagement au mois d'avril pour le mois de juin . »

Question 4 : Les ressentis et les perceptions

	Quelle est votre première réaction face l'annonce du changement ? Comment avez-vous perçu ce projet ?
Soignant 1	« Cela ne m'a perturbé . J'ai très bien réagit . La perspective d'un nouvel établissement ne me gênait pas . »
Soignant 2	« Super contente . Parce que j'étais nouvelle dans le service aussi, je savais qu'on allait déménager, j'étais venu pour ça . »
Soignant 3	« Plutôt négativement , parce que dans ces regroupements on en arrive à des usines . On était sur des petites structures. C'était une structure qui était plutôt familial au départ . Le directeur était assez proche de tous ses employés. Il descendait, faisait le tour, serrait la main à tout le monde. Au nouvel an, il venait souhaiter la bonne année à tout le monde . C'était la belle époque . A la fête des mères on avait chacun une rose, un petit brin de muguet au 1^{er} mai . C'est devenu une grosse structure où tout a été supprimé, les primes, les jours de congés . Le directeur, on le connaît à peine . Ça devient une structure avec beaucoup de hiérarchie . Si on avait besoin de réparer une porte, on appelait directement le serrurier . Maintenant il faut faire une demande de travaux, ça monte, ça redescend . »
Soignant 4	« Le projet avait été annoncé de façon assez brutale . On nous a enlevé cinq ASH d'un seul coup. Ça a été vraiment très douloureux . On vivait ça très mal , on avait pas du tout envie de quitter ce mode de fonctionnement . Il y a eu beaucoup de tristesse, de prises de conscience de l'inévitable . Certains se sont rendus compte qu'ils ne s'habitueraient jamais . Il y a eu des départs . »
Soignant 5	« C'était la résignation . Après la période de résistance qu'on a mené en

	<p>pensant qu'on allait gagner. Là où j'ai vu que c'était le début de la fin, c'est quand notre chef de service a pris sa retraite et avec la non reconduction du Dr G. suite à une décision de la direction. Donc je me suis dit, ils coupent les têtes de ceux qui avaient encore les moyens, les arguments pour faire éventuellement changer le cours de l'histoire. A partir de ce moment-là, c'est devenu plus dur. Il n'y avait plus que le personnel face à la grande entité du nouvel hôpital. Tous les messages et tous les signaux montraient qu'ils allaient nous faire plier malgré notre résistance. »</p>
Soignant 6	<p>« Très négative. Par rapport à la philosophie du service, à la prise en charge des patients. Des patients psy qui vont dans un hôpital général c'est compliqué. »</p>

Question 5 : Les perturbations

	<p>Quelles sont les perturbations les plus importantes lors d'un tel changement ? Au niveau personnel ? Au niveau professionnel ?</p>
Soignant 1	<p>« On était deux équipes complètement différentes. On avait pas du tout la même organisation de travail donc il a fallu construire une seule équipe, revoir le déroulement des journées parce qu'on ne travaillait pas de la même façon. J'ai surtout suivi, cela ne m'a pas gêné. »</p>
Soignant 2	<p>« Le clash des équipes de l'hôpital A et de l'hôpital B. Ça a duré pas mal de temps avant qu'on puisse s'entendre toutes et tous. On n'avait pas du tout la même façon de travailler. Donc c'était compliqué, on a été en souffrance pendant très longtemps et au bout d'un moment on s'est soudé nous les paramédicaux. En revanche même encore aujourd'hui, entre les médecins, il y a des clans. »</p>
Soignant 3	<p>« Alors nous ça été difficile. On a changé complètement d'architecture donc du coup de fonctionnement aussi. On n'a pas bien vécu ce changement de fonctionnement. Il faut s'habituer à une nouvelle équipe parce que qu'on a regroupé deux équipes. Certaines personnes ont quitté les urgences, l'hôpital. On s'est retrouvé avec beaucoup de nouveaux. Il a fallu s'habituer à chacun. Et puis on a changé de cadre aussi. Il faut le temps d'apprendre à connaître les gens. C'est ce qui a été le plus sympathique dans l'histoire parce que qu'on a rencontré des gens sympas. Aujourd'hui on travail par module. Avant c'était la même équipe qui suivait le patient du début jusqu'à la fin des soins. Là, il n'y a pas de continuité dans la prise en charge. Ils sont coupés en rondelles, on prend en charge des patients et on ne sait pas du tout ce qu'ils deviennent, on ne connaît pas le diagnostic ni où ils vont. »</p>
Soignant 4	<p>« La cassure de l'équipe dû au 12h. C'était une première grande douleur. Le fonctionnement en 12h c'est très fatigant et épuisant. Cet environnement qui ne nous plait pas et ce fonctionnement qui est complètement déshumanisé. »</p>
Soignant 5	<p>« Ce qui est troublant c'est que on a changé de locaux. On a pris du neuf et c'est magnifique. Mais on a changé aussi d'organisation de travail et aussi d'organisation personnelle pour chez nous quand on est passé en 12h. On est arrivé dans une période estivale, pendant les vacances. On s'est retrouvé dans un hôpital où il y avait moins d'effectif. Tous les jours on était appelé à droite et à gauche pour aller en renfort, pour remplacer des collègues. Ce nouveau mode de fonctionnement en 12h a chamboulé pas mal de choses aussi professionnellement que d'ordre privé. La prise en charge auprès des</p>

	<p>patients nous a semblé différente. Ce n'était plus deux repas qu'on devait assurer mais quatre. Ce qui nous a surpris c'est l'immensité de pas qu'on avait à faire en une journée. L'informatique aussi, auparavant tout n'était pas informatisé. On a été formé à la rapide. Au niveau des départs, il y eu des départs en retraite, des départs de soignants et il y en d'autres à venir. Quand il y a des chocs violents comme celui-ci, il y a toujours des dégâts collatéraux. Des gens qui restent ou pas, des nouveaux arrivants ce qui fait beaucoup de changements pour ceux qui restent. »</p>
Soignant 6	<p>« Personnellement cela me rapprochait de mon domicile. Professionnellement, il fallait faire le deuil de 16 ans de nos anciens locaux. On est arrivé ici, dans un lieu inconnu, avec des dossiers informatisés que nous ne connaissions pas. La problématique c'est une réadaptation à un changement au niveau de l'organisation, par rapport aux collègues, par rapport au lieu et un changement d'horaire. Et tout ça en peu de temps, c'est-à-dire 3 mois avant l'annonce du déménagement. Le moment du déménagement n'était pas une période adaptée non plus (période estivale). La seule chose positive, c'est que la cadre du CMP est devenue cadre de pôle et a pu nous accompagner dans la transition, ce qui nous a permis de ne pas perdre tous nos repères. »</p>

Question 6 : Les ressources

	Qui ont été les personnes ressource au cours de ce projet ?
Soignant 1	« Mes collègues. Les cadres géraient le côté organisation. Du coup on s'épaulait, j'ai des collègues qui l'ont très mal vécu. »
Soignant 2	« A l'époque c'était les infirmières responsables du matériel. L'une est devenu notre cadre actuelle. »
Soignant 3	« Bonne question. Peut-être les cadres. On n'a pas été tellement sollicité. »
Soignant 4	« Aucun. On n'a pas eu de soutien. On s'est soutenu entre nous, on s'est déchiré entre nous. On a été seul. »
Soignant 5	« La cadre de pôle qui nous a aidé en amont. Et Mme R., la cadre qui a été dédié pour nous accompagner dans le déménagement, pour articuler, pour essayer de coordonner avec les déménageurs et pour que tout se passe le mieux possible. »
Soignant 6	« J'ai été référente pour ce déménagement. Mes ressources ont été Mme C. la cadre de pôle qui été sur les lieux et Mme R., la cadre qui s'est occupé du déménagement. »

Question 7 : Rôle du cadre de santé

	Quelles sont vos attentes envers le cadre de santé ?
Soignant 1	« Honnêtement, ça s'est tellement bien passé que je n'ai pas forcément éprouver le besoin de soutien des cadres. Après si j'avais besoins d'avoir des réponses, elles étaient là. Je pense que mes collègues qui ont moins bien vécu la chose ont eu besoin du soutien des cadres. »
Soignant 2	« On espérait qu'elle puisse nous aider pour trouver des pistes de communication et de bon fonctionnement entre les deux équipes. Malheureusement on a eu silence radio du côté des cadres. Cela a été un gros problème. On était vraiment en souffrance, et elles ne l'ont pas entendu. Petite anecdote : on avait suspendu des draps « personnel en

	détresse » et la cadre arrive le matin et demande pourquoi il y a écrit « personnel en détente. » »
Soignant 3	« Je pense qu'elles étaient aussi perdues que nous au départ finalement. Les cadres ont organisé des visites avant. J'aurai aimé que l'on soit tenu plus au courant et que l'on fasse plus appel à nous en ce qui concerne l'organisation. Cette architecture, nous ne l'avons jamais approuvé mais on ne nous a pas demandé notre avis et ça été mis comme ça. »
Soignant 4	« Il n'y en avait pas à l'époque. S'il y en avait eu, j'aurai souhaité que l'on puisse être soutenu dans la douleur que l'on ressentait. Que l'on puisse comprendre le dysfonctionnement de notre nouvelle façon de travailler, parce que l'on ne comprend pas le sens de ce que l'on nous demande. On a perdu beaucoup en clinique, beaucoup en richesse, c'est complètement différent. Dans cette nouvelle organisation, on passe beaucoup de temps à rentrer des données sur l'ordinateur. On passe beaucoup moins de temps auprès du patient. »
Soignant 5	« Ce que j'aurai souhaité, des directives un peu plus programmées. En arrivant ici on a vu ce que c'était la mutualisation du personnel. On a eu le sentiment d'être la bête noire. On a eu quelques altercations. On s'est senti à tort ou à raison, un peu violenté. Finalement, c'est une grosse machine à briser et elle arrivera toujours à briser. »
Soignant 6	« Le jour J, il n'y a pas eu de soucis, c'était très bien organisé. On a pu communiquer, on avait des réunions avec la direction avant le déménagement, avec la directrice de soin et avec le médecin de pôle. Cela a été préparé en amont. Je connaissais les différentes étapes du déménagement. Je savais à qui m'adresser quand j'avais un souci. Tout devait être bien coordonné et planifié, ce qui a été le cas. »

Question 8 : La participation et l'implication.

	Comment avez-vous exprimé votre opinion à propos du projet ? Comment avez-vous été sollicité pour travailler sur le projet du déménagement ? Votre participation a-t-elle modifié votre vision du projet ?
Soignant 1	« Participer oui. Parce que sur les derniers moments, on a organisé et emballé tout le matériel. Pour le projet de réa, tout était déjà organisé. Il y avait eu des réunions et des groupes de travail qui ont été fait longtemps à l'avance, avant que je sois dans le service. J'ai participé pendant le déménagement. Ce qui a été dur, c'est qu'il y eu énormément de changement de cadre en peu de temps. Il y a eu beaucoup de départ suite à ça. Il y a eu beaucoup de mouvement de personnel les deux années qui ont suivi le déménagement. C'est ce qui a été le plus difficile. »
Soignant 2	« Non pas vraiment. On faisait les choses que l'on nous demandait. Il y a eu des groupes de travail en amont avant de fusionner afin d'harmoniser les soins. Il y avait beaucoup de théories sur papiers dans ces groupes mais en pratique chacun faisait comme il voulait et personne ne faisait ce qui avait été dit. Il n'y a pas eu de suivi. Les équipes de A n'ont pas été voir ce qui se passait à B et vice versa. En arrivant sur place, on avait vraiment des méthodes de travail différentes. Il a fallu que nous on trouve des solutions. On a pu visiter les locaux. »
Soignant 3	« On l'a exprimé au coup par coup aux cadres. On n'a pas eu de réunions de services particulière là-dessus. Je pense qu'on nous a mis sur le fait accompli

	en nous disant voilà, le déménagement c'est comme ça. Les groupe de travail, c'était surtout une exposition de ce qui allait être fait. A aucun moment on a demandé notre avis. On aurait pu nous demander ce que l'on pensait de cette organisation. »
Soignant 4	« On nous a informé en nous montrant les plans. Mais de toute façon on n'avait rien à dire. Certaines personnes avaient pu visiter le service. On a été devant le fait accompli. On n'avait pas le choix. On n'a pas été concerté, on ne nous a pas demandé notre avis, de toute façon ça n'aurait pas servi à grand-chose de prendre notre avis. »
Soignant 5	« On a exprimé notre opinion en résistant. Il n'y a pas eu de groupes de travail en ce qui me concerne. On a eu des visites. Le déménagement c'est juste mettre des étiquettes. Pour les locaux, on ne nous a pas consulté. Pour nous acclimater un petit peu au fonctionnement, c'est le mois d'avant que nous avons fait une journée dans un des services à côté. Le choc a été grand aussi. On a pris la décision en arrivant de changer de place la salle de repos pour être plus proche des patients. Il a fallu s'approprier le plan. On avait le plan mais il n'y a pas eu de concertation. On n'avait pas vu l'importance de s'impliquer dans les lieux. »
Soignant 6	« J'avais le projet de devenir faisant fonction cadre de santé donc c'est normal que je participe au déménagement. Ça a changé ma vision parce que j'étais là pour accompagner l'équipe au moment du jour J où on sentait que c'était douloureux et difficile pour eux. Je me suis impliqué parce que j'ai rencontré la cadre de pôle. J'ai fait des visites. Il y a des choses négatives mais également des choses positives. Si les patients ont un problème somatique, on est sur place. Par rapport aux renforts, on appuie sur un bouton et ils arrivent. A l'unité clinique, on était isolé. Là au niveau de l'organisation tout est facilité, toutes les unités sont côte à côte. Je ne sais pas si c'est parce que j'ai participé au déménagement en tant qu'infirmière référente mais cela a facilité ma décision de prise de poste en tant que cadre. »

Question 9 : Ressenti après, évaluation

	Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Pour quelles raisons ? Comment l'évaluer vous ? (Ambiance de travail, absentéisme, collaboration)
Soignant 1	« Oui. La rencontre de nouvelles personnes, une organisation nouvelle. Des nouveaux locaux et un environnement de travail agréable. Il y a plus de points positifs que négatifs. Cela a été au niveau de l'ambiance de travail car on s'est soutenu mutuellement. »
Soignant 2	« Non, je dirais. Les lieux sont beaucoup trop grands. On a encore aujourd'hui des problèmes de communications. Personne ne communique entre les équipes médicales et paramédicales. C'est très difficile de communiquer, de faire le lien avec les médecins. Avec les cadres aussi d'ailleurs, elles sont deux pour 150, le nombre d'arrêts qu'il y a, sur une équipe en souffrance. Elles ne font que gérer des arrêts toute la journée. Heureusement qu'il y a les infirmières coordinatrices pour faire le lien. En tout cas, ce qui a de positif, c'est qu'entre les deux équipes de A et de B, on a réussi à créer une ambiance sereine et efficace. »
Soignant 3	« Non. Cette structure est trop grande et mal agencée. C'est réussi au

	niveau de l'équipe soignante. L'ambiance de travail, je pense que c'est la seule chose qui nous retient maintenant. Mais au niveau de l'organisation, on est toujours dans la catastrophe. J'aimais mieux ma petite structure. On perd de l'humanité. On est à la limite de la maltraitance des fois. On essaye d'améliorer mais ce n'est pas parfait encore. C'est difficile. Moi je dis de moins en moins que je suis infirmière aux urgences. Je le franchement, depuis quelques années j'ai honte de ce que je fais. Pour moi ce n'est pas positif. Avant j'étais fier de ce que je faisais alors que là non. »
Soignant 4	« Complètement raté, pour toute les choses que je viens de dire. Parce que on était seul. On a tout fait. On n'a pas été soutenu. Heureusement que la responsable Mme R. était là, elle a été formidable. Mais dans notre histoire personnelle, on n'a pas eu d'étape pour exprimer notre état. Parce que c'est un choc quand on vient ici. Il y a eu beaucoup de déprime, les gens dormaient mal, ils n'avaient pas envie de venir travailler. C'est très déprimant cette façon de travailler. »
Soignant 5	« Cela aurait pu être mieux, mais cela aurait pu être pire. »
Soignant 6	« Pour moi oui, ça a été réussi par ce qu'il n'y a pas eu de soucis par rapport aux patients. On avait bien organisé. Au niveau logistique tout avait été bien organisé. »

Question 9 bis (pour la soignante 6)

Est-ce qu'avec votre prise de poste en tant que faisant fonction cadre, vous auriez fait les choses différemment ?

« L'équipe a été prévenu au dernier moment. On a connu la date fin avril, début mai. On ne peut pas préparer un déménagement comme ça en deux mois. C'est dur je trouve. On aurait pu attendre septembre que les vacances passent. Au niveau de la date qui était indépendante de notre choix, c'est la direction qui nous l'a imposé. Cela a déstabilisé beaucoup de soignants qui n'étaient pas assez préparé à venir sur le nouvel hôpital. Les soignants sont venus faire une journée en immersion dans les autres services mais je pense que cela n'a pas été suffisant. Il y avait trop d'information ce jour-là. On ne leur pas laissé assez de temps. Le passage en 12h a été une fracture. Cela a coupé l'équipe Le bloc était moins soudé. Il y a eu des clivages. Il n'y avait plus de partage d'information et cela a créé des tensions. Beaucoup trop de changement en très peu de temps. Les conséquences sont que beaucoup de soignants sont partis. Beaucoup de remarques ont été faite sur les locaux inadapté par rapport à la psychiatrie. »

Question 10 :

	Auriez-vous quelque chose à rajouter ?
Soignant 1	« Non, mais on n'a pas forcément l'occasion de vivre ce genre de projet dans une carrière et moi je trouvais cela plutôt positif. Le fait de fermer un service, c'est quelque chose de fort. »
Soignant 2	« Non. »
Soignant 3	« Non. Je pense que ce n'est pas le déménagement en soit le problème, c'est d'arriver dans des structures qui deviennent inhumaine. »
Soignant 4	« Non, le regret c'est qu'il n'y ait pas des choses qui existent pour que les soignants se sentent mieux dans leurs tâches et se sentent mieux pris en considération. »
Soignant 5	« Non. »

Soignant 6

« **Ce n'est pas seulement un changement de lieux, c'est vraiment un changement de philosophie et de culture.** Cela a été un deuil de ne pas pouvoir continuer cela dans le nouvel hôpital. »

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

« Co-construire l'avenir »
Le capital humain ciment du changement

Mbock Thierry

MOTS CLÉS

Changement, Accompagnement au changement, Résistance, Cadre de santé, Identité professionnelle, management participatif

KEY WORDS

Change, Implementation of change, Resistance to change, Nurse manager, Professionnel identity, participative management

RÉSUMÉ

Le monde de la santé fait face à des changements d'organisation importants tels que les fusions ou les restructurations. Ces réorganisations risquent d'être encore plus fréquentes dans les années à venir. Toutes ces évolutions entraînent de nombreux changements dans le monde hospitalier. Mais le changement est une notion complexe et ambiguë. L'accompagnement des équipes dans le changement constitue un enjeu majeur pour les cadres de santé. J'ai choisi de m'y intéresser dans un contexte de déménagement ou de restructuration de service. Mon mémoire s'intéresse au rôle et aux missions du cadre de santé face aux problèmes liés aux changements et à l'accompagnement des équipes. La rédaction de ce travail s'appuie à la fois sur une recherche documentaire et la réalisation d'une enquête de terrain, reposant sur un double recueil de données : par des entretiens auprès de cadres de santé et de soignants. Mes hypothèses de recherche sont que le management participatif est plus adapté car il facilite les transitions et que l'accompagnement personnalisé du cadre de santé permet de diminuer les résistances. Les résultats de l'enquête de terrain nous révèlent que ces hypothèses sont nécessaires pour co-construire le changement mais pas suffisantes car il faut considérer d'autres éléments comme le facteur temps et le soutien de l'institution.

ABSTRACT

The healthcare industry has been facing important organizational changes such as hospital merger or restructuring. These changes should happen more and more often in the coming years. All these evolutions will lead to many changes in the hospital system. But change is complex notion. The team support in the change organization is a major issue for the nurse manager. I have chosen this subject in the context of the moving and reorganisation of a service. My research considers the missions of the manager facing the problems caused by change and the support of the team on field. This analysis is based on report reviews and official studies and on a double collection of data with face to face interviews managers and nursing professionals. My research hypotheses are that participative management was most suitable to facilitate transitions and that personalized support of the nurse manager helps to reduce resistance. The results of the field survey reveal that these assumptions are necessary to co-construct the change but not sufficient because it is necessary to consider other factors such as the time factor and the support of the institution.