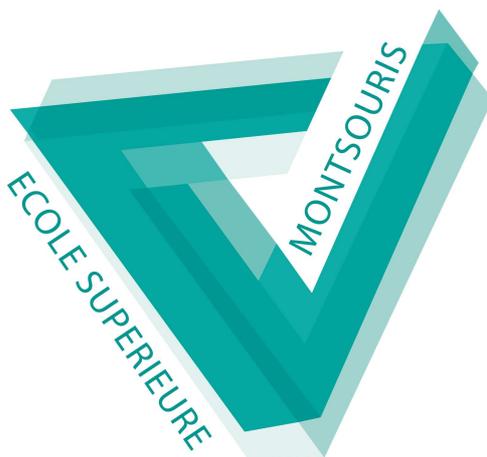


*Ecole Supérieure Montsouris*  
*Université Paris Est Créteil/Val de Marne*

## Diplôme de Cadre de Santé



Le déménagement vers une nouvelle structure : un challenge humain



Anthony RICHARD

DCS @12-13



### **Note aux lecteurs**

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

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

*« Le changement en soi peut constituer une aventure humaine intéressante si ceux qui le conduisent savent le présenter sous son aspect dynamique plutôt que sous son aspect contraignant » (Josette HART).*

# REMERCIEMENTS

Je remercie :

Edith WILMES, Directrice de mémoire pour son accompagnement, ses remarques constructives et sa disponibilité,

Julie BRUGNEAUX, documentaliste pour son aide précieuse et sa réactivité au cours de la recherche documentaire,

L'ensemble des professionnels qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires et qui ont également accepté de me recevoir,

Mes collègues de l'IFCS, Anne, Céline, Laëtitia et Stéphane pour leur amitié et pour les échanges riches et constructifs que nous avons pu partager,

Enfin, ma famille, plus particulièrement ma femme, et mes amis qui m'ont soutenu pendant plusieurs mois et sans qui ce travail n'aurait pu être celui-là.

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>1 LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE .....</b>	<b>5</b>
1.1 Mes motivations .....	5
1.2 Le constat .....	6
1.3 La problématique et l'hypothèse.....	6
<b>2 LE CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>8</b>
2.1 L'accompagnement au changement .....	8
2.1.1 Le processus du changement .....	8
2.1.2 Les freins au changement.....	10
2.1.3 La démarche projet.....	12
2.2 La perte des repères .....	13
2.2.1 L'organisation professionnelle : un repère.....	13
2.2.2 L'identité professionnelle et les différentes générations .....	15
2.2.3 La satisfaction des besoins pour s'impliquer .....	16
2.2.4 Le deuil .....	18
2.3 La dynamique de groupe.....	21
2.3.1 La notion de groupe .....	21
2.3.2 S'appuyer sur la dynamique de groupe .....	22
2.4 Le cadre de santé .....	24
2.4.1 Un infirmier avant tout.....	24
2.4.2 L'historique de la fonction cadre de santé .....	25
2.4.3 Ses missions.....	26
2.4.4 La place du cadre dans le processus de changement.....	29
2.5 La conclusion du cadre conceptuel .....	31

<b>3</b>	<b>L'ENQUETE DE TERRAIN .....</b>	<b>33</b>
3.1	Les outils.....	33
3.2	La méthodologie de la recherche .....	34
3.3	La synthèse des données .....	35
3.3.1	La synthèse des entretiens auprès des cadres de santé.....	35
3.3.2	La synthèse des questionnaires auprès des soignants .....	42
3.3.3	L'exploitation de l'ensemble des données.....	51
3.3.4	Les limites de la méthodologie et des outils utilisés .....	52
<b>4</b>	<b>L'ANALYSE .....</b>	<b>54</b>
4.1	La perception du changement.....	54
4.2	L'implication des acteurs.....	55
4.3	La place du cadre de santé auprès des équipes .....	57
4.4	Les limites de la confirmation de l'hypothèse .....	59
<b>5</b>	<b>MES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>60</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>65</b>
	<b>ANNEXES</b>	

## LISTE DES ABREVIATIONS

**CREF** : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ETS** : Etablissement

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IFCS** : Institut de Formation des Cadres de Santé

**MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

# INTRODUCTION

La naissance des premières structures de santé remonte aux IV<sup>ème</sup> et V<sup>ème</sup> siècles. Néanmoins, Louis XIV, en 1656, ordonnant la création dans chaque grande ville, d'un Hôtel Dieu et d'un hôpital général donnera une dimension plus étatique à cette prise en charge. Depuis, le système de santé et les structures sanitaires n'ont cessé de se développer, évoluant ainsi de la notion de secours aux pauvres à celle d'assistance des malades. Le XX<sup>ème</sup> siècle marquera un tournant majeur dans la prise en charge de la santé en regard du développement des pratiques et des techniques médicales mais aussi, par la prise en compte de la notion macro-économique des dépenses de santé. Afin de s'adapter à ces évolutions, les structures de soins sont amenées à revoir leur organisation et à ajuster, parallèlement, les soins qu'elles dispensent. Pour cela, la reconstruction d'une nouvelle structure de soins est parfois nécessaire. Le déménagement d'une structure sanitaire est alors un événement important dans la vie de l'institution mais aussi pour ses employés, de par les changements qu'il engendre.

Face à la multiplication des changements dans le domaine de la santé mais plus généralement dans la société, de nombreux travaux ont été réalisés afin de comprendre le processus de changement et les réactions des individus face à celui-ci. En effet, même si l'être humain est confronté au changement dès le début de la vie, celui-ci provoque un certain déséquilibre chez lui. Cette recherche bibliographique, à travers certains auteurs tels Kurt LEWIN, permet ainsi de mettre en exergue les changements inhérents au processus de déménagement.

Au cours de son exercice professionnel, le cadre de santé est confronté régulièrement à l'accompagnement des équipes face aux changements. En effet, les nouvelles organisations, les nouvelles procédures, les nouvelles normes, la notion d'efficacité l'amène à cette démarche, afin de garantir la dispensation de soins de qualité, ceci en toute sécurité. Mais, qu'en est-il lors d'un projet institutionnel tel le déménagement d'une structure de soins ? Quelle est sa place dans cette démarche ?

Ce travail mettra tout d'abord en évidence le cheminement qui m'a permis d'aboutir à cette réflexion. Ensuite, la recherche bibliographique viendra étayer celle-ci à travers de l'étude des différents concepts liés à cette réflexion. Enfin, l'enquête de terrain suivie de l'analyse permettront de conclure ce travail de recherche.

# 1 LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

## 1.1 Mes motivations

Au cours de mes expériences professionnelles en tant qu'infirmier et faisant fonction de cadre de santé, j'ai pu m'apercevoir que la modification de l'organisation en place était la plupart du temps source de peur et donc de résistance. Au vue du projet de reconstruction de l'établissement dans lequel j'exerce, je vais être confronté, à l'issue de l'Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS), à l'accompagnement d'une équipe vers une nouvelle structure de soins. L'hôpital actuel est composé de 6 sites dont deux accueillent les services de médecine, chirurgie et obstétrique. Les quatre autres prennent en charge les personnes âgées (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et long séjour). Un projet de reconstruction a été entériné en 2008 afin d'accueillir sur le même lieu l'ensemble des services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Le nouvel hôpital verra donc le jour en 2015.

Aussi, j'ai souhaité traiter ce sujet afin de mettre en évidence, d'appréhender et de comprendre les éléments qui permettent cette transition dans les meilleures conditions pour le personnel soignant. Je pourrai alors accompagner les équipes de manière optimale.

Ce déménagement m'attire et en même temps m'angoisse. Il m'attire car, il représente un travail riche et intéressant pour le cadre de santé mais aussi pour l'institution. Mais, il est aussi source de peurs au vu de la tâche à accomplir, de l'ampleur du projet et des répercussions négatives qui en découlent si celui-ci n'est pas traité correctement (pour les patients et pour les soignants). J'espère ainsi que ce mémoire apaisera mes craintes grâce aux données mises en évidence. Je souhaitais également travailler sur ce sujet afin de confronter les attentes et l'appréhension des agents à celles identifiées préalablement par l'institution. Celles-ci sont-elles en concordance ?

Mais, cette démarche ne s'arrête pas là. Il s'agit aussi de communiquer ce travail auprès de mes collègues cadres de santé. Au vu de la réorganisation de l'offre de soins au niveau national, certains vont être probablement confrontés à cette même situation. De même, les éléments recueillis au cours de ce travail pourront servir lors de l'accompagnement d'une équipe vers le changement. En effet, au vu des réguliers textes réglementaires en matière de santé, face à l'évolution des techniques de soins et à

l'hyperspécialisation, le cadre de santé ne cesse d'amener les équipes de soins à modifier leurs pratiques professionnelles.

## 1.2 Le constat

Depuis plusieurs décennies, l'évolution des techniques médicales et de soins est prégnante. Nous observons le traitement de nouvelles pathologies qui sont en partie dues à l'augmentation de l'espérance de vie mais aussi à l'environnement dans lequel nous vivons. Les différentes lois hospitalières amènent également les établissements à standardiser leurs pratiques soignantes. La notion d'efficience devient omniprésente en regard des difficultés de financement des prestations dans le domaine de la santé. D'autre part, les attentes exprimées par les patients ont également évolué : demande de chambre seule, accès à de nouveaux services... Pour faire face à ces évolutions, les établissements de santé sont amenés à réorganiser les espaces de soins et donc par la même occasion le lieu de travail des équipes soignantes.

Ainsi, plusieurs hôpitaux ont été reconstruits et d'autres projets sont en cours. La reconstruction d'un établissement est souvent difficile à vivre pour le personnel. Celle-ci inclut de laisser une partie de son histoire professionnelle derrière soi pour se diriger vers un lieu nouveau, inconnu, parfois situé à plusieurs kilomètres du lieu actuel. Ce changement de lieu de travail est une réelle épreuve tant professionnelle que personnelle qui conduit à une perte de repères. Mais, il s'agit en même temps d'un vrai défi humain et organisationnel que le manager doit mener. Il doit nécessairement accompagner l'ensemble des professionnels de santé vers ce nouveau lieu d'exercice en les associant dès le début au projet, ceci dans le but de faciliter l'intégration des équipes dans les nouveaux locaux mais aussi de garantir une prise en soins de qualité.

## 1.3 La problématique et l'hypothèse

Pour appréhender le déménagement d'un établissement, différentes interrogations se posent :

**Qu'est ce que le changement ? Quels mécanismes induit-il ? La résistance face à celui-ci est elle normale et nécessaire ? Quelle est la place du cadre de santé auprès des équipes afin d'accompagner celle-ci au changement ?**

L'aménagement dans une nouvelle structure nécessite de revoir les organisations en lien avec les caractéristiques logistiques retenues, le matériel utilisé mais aussi

l'introduction des nouvelles technologies. Quels professionnels sont les plus à même d'identifier les atouts, les difficultés que ceux qui pratiquent les soins au quotidien ? Ainsi, je mets en évidence les questionnements suivants :

**La participation de l'équipe à la réflexion sur le déménagement facilite-t-elle l'intégration dans les nouveaux locaux ? L'accompagnement d'une équipe vers un nouveau lieu de travail peut-il limiter la perte des repères ?**

A partir de ces éléments, je mets en évidence l'hypothèse suivante :

**L'accompagnement par le cadre de santé est crucial afin de limiter la perte des repères de l'équipe lors d'un déménagement.**

## 2 LE CADRE CONCEPTUEL

A partir de l'hypothèse énoncée précédemment, de nombreux concepts pourraient être traités dans la phase exploratoire. Ainsi, j'ai fait le choix d'évoquer les cadres théoriques suivants : le changement, la perte des repères, la dynamique de groupe et enfin, le cadre de santé. L'étude de ces cadres théoriques me paraissait être en effet indispensable afin de comprendre les mécanismes qui résultent du déménagement d'une structure. Néanmoins, au cours de cette phase exploratoire de nombreux autres concepts seront mis en relation avec les concepts étudiés, étayant ainsi les propos exposés.

### 2.1 L'accompagnement au changement

#### 2.1.1 Le processus du changement

Dès la naissance, l'être humain est amené à vivre un changement : le passage d'un environnement liquidien à aérien. Ces transformations se poursuivront tout au long de sa vie : le développement psychomoteur de l'enfant, l'adolescence, le départ de la maison familiale, la vie en couple, l'arrivée d'un enfant, l'entrée dans la vie professionnelle, la vieillesse... A chaque fois, il s'agit d'un moment important dans l'existence de l'individu. Dès lors, nous pouvons dire que le changement est partie intégrante de la vie. Il peut se définir comme :

- *«une modification profonde, une rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi<sup>1</sup>» ;*
- *«le changement ne peut être mis en œuvre sans positionner les acteurs dans un certain déséquilibre. Le changement consiste à passer d'un état à un autre, ce qui n'est pas naturel, il ne peut donc se réaliser sans un certain inconfort<sup>2</sup>».*

Andrew PETTIGREW, sociologue et anthropologue différencie 2 types de processus<sup>3</sup> : d'une part, une approche endogène, c'est-à-dire que celui-ci émane de l'ensemble des agents (démarche volontaire) et d'autre part, une approche exogène, caractérisée par une forte implication du pouvoir des dirigeants pour mener à bien le changement (changement subi). Ainsi, comme nous l'avons indiqué précédemment, le changement engendre la plupart du temps un bouleversement dans la vie de l'individu. Celui-ci est majoré lorsque la volonté n'émane pas de l'individu lui-même. Pour s'intégrer

<sup>1</sup> Dictionnaire Larousse. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>> (consulté le 27/12/2012).

<sup>2</sup> HART Josette, LUCAS Sylvie. *Management Hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2003, p 90.

<sup>3</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *Comportements humains et management*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Pearson education, 2009, p 282.

dans ce processus, l'acteur doit alors accepter de perdre provisoirement sa stabilité pour se projeter dans un nouvel environnement stable. Le pas à franchir est souvent difficile et nécessite la plupart du temps un accompagnement, la peur de régresser, de perdre ses acquis est omniprésente.

Kurt LEWIN, psychosociologue américain a mis en évidence 3 phases qui conduisent vers le changement<sup>4</sup> :

- « la dé cristallisation »: il s'agit d'amener l'individu à prendre conscience de l'intérêt du changement. Celle-ci passe par la mise en évidence des bénéfices qui en résultent. Il est également nécessaire de ne pas occulter les risques qui peuvent émerger. L'Homme doit avoir la possibilité de discuter, d'exprimer ses craintes qui sont tout à fait légitimes ;
- « le déplacement »: cette étape permet aux acteurs de réfléchir, de construire et de se projeter dans la nouvelle organisation. Il faut aider l'individu à identifier les enjeux ;
- « la recristallisation »: il faut conforter l'individu dans la nouvelle situation. Au cours de cette période, il est nécessaire d'effectuer une évaluation du changement. Il ne faut pas hésiter mais au contraire mettre en évidence les difficultés rencontrées au cours de ce processus.

De fait, nous pouvons constater que l'association des acteurs à la démarche est primordiale. Ainsi, Jacques RHEAUME, psychosociologue canadien identifie 7 points clés dans les différentes conceptions du changement<sup>5</sup>. 3 d'entre eux sont en rapport avec la communication et l'association des acteurs :

- « l'historicité et la démocratie »: faire participer l'ensemble des acteurs afin que ceux-ci deviennent les fondations de la construction du changement. C'est la base du changement en psychosociologie ;
- « les structures intermédiaires et la médiation »: le groupe restreint est un lieu porteur de changement sur lequel il faut s'appuyer. Il facilite également l'expression de ses membres ;
- « la théorie de l'intervention et de la consultation »: c'est favoriser l'analyse du changement par l'intervention de personnes expertes. Ceci favorise les échanges, l'analyse et les critiques.

---

<sup>4</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, pp 293-295.

<sup>5</sup> RHEAUME JACQUES. Changement. In : BARUS-MICHEL Jacqueline, ENRIQUEZ Eugène, LEVY André. *Vocabulaire de psychosociologie*. 2<sup>ème</sup> éd. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, pp 65-72.

Dans le cadre d'un déménagement, d'une fusion de service ou d'une restructuration, le changement peut-être qualifié d'organisationnel car, il met en relief «*toute transformation touchant l'une des dimensions de l'organisation (structure, culture, personnes, système technique, système d'information, système de gestion...)*»<sup>6</sup>. Ces notions prennent ici toute leur importance. En effet, il est nécessaire dans ce cas, de prendre en compte l'ensemble de ces paramètres pour accompagner les acteurs dans le processus de changement. Certains tels que l'histoire, le fonctionnement, les groupes sont primordiaux (ayant permis de créer l'équipe de travail) et risquent de provoquer des pertes de repères et donc des résistances au changement.

### 2.1.2 Les freins au changement

Tout comme le changement, les résistances au changement sont inévitables. Celles-ci font partie du processus et sont mêmes nécessaires. «*Elle constitue pour les employés un moyen de réduire leurs frustrations. Au lieu de laisser les frustrations fermenter et s'envenimer, la résistance ouverte permet aux employés de les exprimer en les laissant venir à la surface*»<sup>7</sup>. Même si l'individu est amené à appréhender de nombreux changements successifs, cette situation reste un réel moment réflexif. L'être humain se pose alors différentes questions, fait un bilan en mettant en avant les points positifs et négatifs inhérents au changement. Ce questionnement sur ses valeurs, ses compétences est associé, la plupart du temps, à une remise en cause de celles-ci, susceptibles, ainsi, de faire émerger l'anxiété, créant alors des résistances. Différents facteurs peuvent expliquer les résistances<sup>8</sup> :

- « la peur de l'inconnu » : ne pas savoir ce qui nous attend réellement ;
- « la crainte de régression » : l'individu redoute de perdre ses acquis, son pouvoir et ainsi de revenir en arrière ;
- « la remise en cause des compétences » : la personne pense qu'elle n'arrivera pas à s'adapter aux nouvelles exigences. Elle juge qu'elle ne sera pas à la hauteur ;
- « la préférence pour la stabilité » : l'individu refuse de modifier ses habitudes.

D'autres éléments peuvent majorer les résistances. C'est notamment le cas, lorsqu'un changement antérieur a été mal vécu, du moins ressenti comme une expérience difficile. De même, si l'information donnée aux acteurs n'est pas authentique, si l'organisation est trop bureaucratique et rigide, la suspicion, la rumeur risquent de

<sup>6</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, p 283.

<sup>7</sup> JABES Jak. *Changement et développement organisationnel*. In : AUBERT Nicole, JABES Jack, GRUERE J.Pierre et al. *Management : aspect humains et organisationnels*. 8<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009, p 598.

<sup>8</sup> Ibid.

s'installer. Enfin, l'ancienneté dans la position avant le changement, est un indicateur très marquant et il est nécessaire de le prendre en compte. En effet, plus l'ancienneté sera importante, plus les facteurs de résistances risquent d'être importants.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG<sup>9</sup>, sociologues, le changement peut être considéré comme un problème systémique mais naturel. Il engendre donc des répercussions sur l'organisation. En effet, lors de ce processus, les zones de pouvoirs des acteurs sont perturbées ainsi que les zones d'incertitudes. L'individu devient opposant par crainte de perdre son emprise «*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<sup>10</sup>*». Ainsi, par sa résistance, l'acteur va essayer de garder cette zone de pouvoir qu'il détient. C'est pour cela qu'il est judicieux d'identifier le jeu des acteurs, ceci dans l'intérêt du groupe dans lequel a lieu le changement.

Comme l'indique également les auteurs, même si la majorité des individus sont favorables au changement à l'intérieur du groupe, il suffit de quelques uns pour mettre en péril le processus. Il faudra alors amener les opposants à trouver un intérêt au changement. D'autre part, il est important pour l'accompagnateur du changement de répartir son attention sur les différents acteurs ; il ne faut pas focaliser son attention sur les résistants au changement. Si tel était le cas, leur résistance serait entretenue. Par ailleurs, il serait risqué de considérer les éléments moteurs du changement comme acquis et les délaissés. Le risque de voir la dynamique du projet se modifier est alors accru.

Etant donné que les résistances au changement seront la plupart du temps présentes, différentes solutions sont possibles afin de les anticiper. Avant de choisir parmi les outils suivants, il est nécessaire de comprendre les raisons de ces résistances : «*l'éducation et la communication, la participation et l'implication, le soutien et la félicitation, la négociation et l'accord ou enfin la manipulation<sup>11</sup>*». Ces moyens doivent être utilisés afin de ne pas mettre en péril la démarche entreprise.

---

<sup>9</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, p 375-448.

<sup>10</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *op.cit.*, p 386.

<sup>11</sup> JABES Jack, *op.cit.*, pp 601-603.

### 2.1.3 La démarche projet

Henri MINTZBERG, professeur de management, relate que le cadre est «*personnellement responsable de la conception de projets*<sup>12</sup>». Or, l'accompagnement au changement peut être considéré comme une démarche projet. Jean-Paul JEANNIN, socioanalyste définit le projet comme «*un processus d'action construit à partir d'un diagnostic de situation, du choix d'objectifs cohérents par rapport à cette situation et de différents moyens à mettre en œuvre pour répondre à une problématique précise. Les actions, articulées entre elles, visent à transformer la " situation initiale insatisfaisante " en " situation résultante satisfaisante " . Les résultats sont mesurables et programmés dans le temps. L'élaboration est collective tout comme son objet*<sup>13</sup>.

Les enjeux de la mise en place de projets sont résumés comme tels par Bernadette LE BONNIEC, ancienne Directrice des soins<sup>14</sup> :

- \* « Pour le patient :
  - démarche d'amélioration continue de la qualité ;
  - indicateurs ;
- \* Pour le personnel :
  - mobilisation des compétences et des connaissances ;
  - favorise la cohésion du groupe par la dynamique de groupe ;
  - valorisation du travail par la communication des résultats ;
  - donne du sens au travail d'équipe ;
- \* Pour l'établissement :
  - lisibilité du travail effectué ;
  - attractivité qui montre une dynamique ;
  - arguments auprès des tutelles ».

Le thème du projet peut émaner soit de l'équipe, soit être à l'initiative de l'encadrement. Dans ce dernier cas, il est crucial que le projet devienne celui de l'équipe toute entière et non seulement du cadre. En effet, le projet personnel n'a aucune valeur, aucun intérêt. La notion de collectif est fondamentale. Pour qu'un projet arrive à terme, il est nécessaire d'obtenir l'implication de 80% des personnes, les 20 % restant accordant leur confiance *a posteriori*. Il s'agit ici d'un facteur de réussite du processus. Nous pouvons également noter comme autre facteur le recensement en considération.

---

<sup>12</sup> MINTZBERG Henri. *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2006, p 172.

<sup>13</sup> JEANNIN Jean-Paul. *Le projet*. In SOSReseau.com. Disponible sur <[http://www.sosreseaux.com/outils/projet/projet\\_definition.pdf](http://www.sosreseaux.com/outils/projet/projet_definition.pdf)> (consulté le 5/01/2013).

<sup>14</sup> LE BONNIEC Bernadette. *La démarche projet*. Formation du 24/09/2010. Orléans.

Par ailleurs, Jean Jacques NERE<sup>15</sup>, consultant en management, distingue 5 étapes au cours de la démarche projet :

- « opportunités / cadrage »: pourquoi ce projet ? Définition de l'objectif, des limites ;
- « l'étude de faisabilité »: réflexion autour des solutions potentielles ;
- « la définition / planification »: Choix d'une solution et définition du planning prévisionnel ;
- « conception / réalisation »: réflexion et mise en place des actions par le travail en groupe ;
- « bilan et capitalisation »: évaluation des résultats obtenus, communication sur ceux-ci et mise en place éventuelle du projet dans un autre lieu.

Nous pouvons faire un lien entre les différentes étapes ci-dessus et la pédagogie. Celles-ci sont également applicables dans ce domaine. On parle alors d'approche système : « *technique qui permet d'augmenter l'efficacité de l'action en tenant compte tant des éléments du système à construire que des relations entre ces éléments*<sup>16</sup> ». Il s'agit alors d'accompagner l'élève ou l'étudiant dans son apprentissage vers l'objectif à atteindre.

En définitive, le projet est un processus unique où il est nécessaire de suivre les différentes étapes précédemment citées pour le mener à bien. Celles-ci facilitent l'acceptation du changement des pratiques des acteurs et la pérennité du projet en découle alors. Un projet réussi est un projet qui perdure dans le temps, et en l'absence du responsable de projet. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue, comme l'indique Jean-Pierre BOUTINET, psychosociologue que « *le résultat est incertain*<sup>17</sup> » lors du démarrage du processus.

## 2.2 La perte des repères

### 2.2.1 L'organisation professionnelle : un repère

Le milieu professionnel peut être considéré comme un lieu d'investissement pour l'individu. L'organisation possède des particularités et une histoire auxquelles participe chaque salarié. Nous pouvons dire que l'organisation est « *comme un système culturel symbolique et imaginaire ; Système culturel, en ce qu'elle offre une culture, c'est-à-dire un*

---

<sup>15</sup> PAPIN-MORARDET Maud. *Introduction à la conduite de projet*. Ecole Supérieure Montsouris. Paris, 2012.

<sup>16</sup> RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain. *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive*. 8<sup>ème</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2010 p 52.

<sup>17</sup> Wikipédia. Disponible sur <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Projet>> (consulté le 05/01/2013).

*« système de valeurs et de normes, un système de pensée, de représentation et d'action, l'organisation est aussi un système symbolique-avec ses mythes unificateurs, ses rites d'initiation ou de passage, ses héros, sa mémoire collective et surtout un système imaginaire qui tend à occuper une grande partie de l'espace psychique des individus<sup>18</sup> ».*

Dès lors, nous observons bien la place de l'entreprise dans la formation de l'identité de l'individu. En effet, en travaillant, l'individu recherche différents éléments comme l'a indiqué Frederick HERZBERG, psychologue : *« le développement, l'avancement, la responsabilité, le travail proprement dit, la reconnaissance et l'accomplissement<sup>19</sup> ».*

Deux anthropologues, Edgar SCHEIN et Maurice THEVENET ont mis en exergue que certaines valeurs servaient de repères aux agents dans les organisations<sup>20</sup> :

- *« la raison d'être de l'organisation, son histoire, ses options stratégiques ;*
- *la légitimité des sources d'autorité, les modes de partage des décisions, des responsabilités et du contrôle ;*
- *le travail : l'organisation, les qualités professionnelles, l'éthique professionnelle ;*
- *la vie du groupe social, la communication interne, les relations entre strates hiérarchiques ».*

Or, quand un déséquilibre s'installe, nous pouvons évoquer une perte des valeurs, voire une crise des valeurs. Cette dernière peut se définir comme *« une rupture des dynamiques et équilibres antérieurs et à une incapacité présente à réguler ou à stabiliser le jeu des relations pour assurer une suffisante stabilité<sup>21</sup> ».* Celle-ci est obligatoire dans le processus de changement comme ont pu l'indiquer Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, en lien avec les jeux de pouvoirs présents dans les organisations. Elle met en exergue la modification de la pratique professionnelle des acteurs mais aussi celle des liens entre les individus. Chacun réagit d'une manière différente. Ceux qui sont les plus attachés et les plus impliqués dans l'organisation souffrent davantage. Il est alors nécessaire de mettre en avant les points qui rassemblent afin d'éviter que certaines personnes ne se mettent à l'écart.

Aussi, est-il judicieux de prendre en compte ces éléments lors d'un processus de changement tout en sachant que chaque individu est différent et attache une importance

---

<sup>18</sup> AUBERT Nicole. Changement et développement organisationnel. In : AUBERT Nicole, JABES Jack, GRUERE J.Pierre et al. *Management : aspect humains et organisationnels*. 8<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009, p 149.

<sup>19</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, p 156.

<sup>20</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, p 56.

<sup>21</sup> GIUST-DESPRAIRIES. Crise. In : BARUS-MICHEL Jacqueline, ENRIQUEZ Eugène, LEVY André. *Vocabulaire de psychosociologie*. 2<sup>ème</sup> éd. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, p 108.

plus particulière à un de ces éléments. C'est grâce à ceux-ci que les individus pourront s'impliquer dans cette démarche.

### 2.2.2 L'identité professionnelle et les différentes générations

Lorsque la perte des repères est explorée, la personnalité des acteurs est à prendre en considération. Ainsi, Roger PERRON, psychanalyste, explicite celle-ci comme «*l'ensemble des caractéristiques d'une personne donnée, qui définissent son individualité et permettent de la distinguer de tout autre être humain*<sup>22</sup>». Différents éléments rentrent en compte dans sa construction : «*la biologie, la culture, l'éducation, la scolarité, l'histoire personnelle, le milieu familial, le milieu professionnel*<sup>23</sup>». Le lieu d'exercice professionnel est donc une des entités qui participe à la personnalité de l'individu. Lors d'une démarche de changement, la personnalité de l'individu peut être ébranlée dans un de ces éléments et provoquer alors une perturbation chez celui-ci, ayant des répercussions sur tous les éléments constituant son identité.

L'identité professionnelle, c'est-à-dire «*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*<sup>24</sup>» ; elle prend en compte de nombreux déterminants qui peuvent influencer de manière positive ou négative sur celle-ci :

- « endogènes : les membres, l'organisation du groupe, les connaissances, les ressources, la déontologie, les symboles, les traditions ;
- dispensation des soins et services : accessibilité, diversité, qualité, coordination, efficacité, coût ;
- exogènes : la reconnaissance sociale, le statut juridique, le lobbying<sup>25</sup> ».

Au travers ces éléments, nous percevons bien tous les déterminants qui peuvent être remis en question lors d'un processus de changement et induire, de fait, une perte de repères provisoire voire irréversible.

Que ce soit dans le rapport au travail ou au groupe, l'identité de l'individu au travers la génération à laquelle il appartient, est aussi à prendre en considération. Elle permet de comprendre davantage les déséquilibres qui peuvent être rencontrés. Jacques

---

<sup>22</sup> AUBERT Nicole. Changement et développement organisationnel. In : AUBERT Nicole, JABES Jack, GRUERE J.Pierre et al. *Management : aspect humains et organisationnels*. 8<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009, p 121.

<sup>23</sup> AUBERT Nicole, *op.cit.*, p 130.

<sup>24</sup> SAINSAULIEU Renaud. *Institut français de l'éducation*. Disponible sur <<http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm>> (consulté le 13/01/2013).

<sup>25</sup> HUBINON Myriam. *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*. Bruxelles : De boeck, 1998, p198.

LAMBERT, consultant dans le domaine du management et de la pédagogie, identifie trois générations en fonction de l'année de naissance des personnes la composant<sup>26</sup> :

- « la génération verte » (1934-1964) : le travail est source d'épanouissement et de réalisation de soi. Il fait partie intégrante de la vie de l'individu. Celui-ci s'investit dans un groupe lorsqu'il est reconnu au sein de celui-ci. Chacun exprime son point de vue afin de trouver un consensus commun ;
- « la génération bleue » (1964-1974) : la sphère privée est bien séparée de la sphère professionnelle. Le travail est utilisé comme moyen de financer les besoins primaires du foyer. Quant au groupe, il est vécu comme un lieu de rencontre où des liens sont tissés. Néanmoins, cette relation n'est pas envisagée comme durable mais plutôt comme passagère même si le travail de groupe engendre un enrichissement personnel ;
- « la génération fuchsia » (1974-1994) : créativité, choix, plaisir immédiat et mobilité sont les maîtres mots de cette génération. Le groupe se crée par affinité. Le travail n'est pas un lieu de plaisir, ni d'épanouissement mais plutôt un moyen de financer les plaisirs de la vie. Il n'y a ni de vision à long terme ni de notion de carrière.

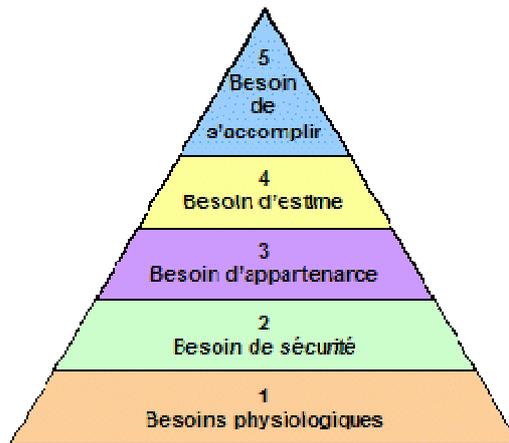
Dès lors, il sera important de s'appuyer sur ces éléments pour aider l'individu à retrouver ses marques, en développant un management approprié et personnalisé aux attentes des membres du groupe.

### **2.2.3 La satisfaction des besoins pour s'impliquer**

Nous ne pouvons réfléchir sur la perte des repères sans faire le lien avec la satisfaction des différents besoins de l'individu. En effet, si l'individu se sent déstabilisé par une démarche de changement, par la dynamique de groupe, la satisfaction des besoins se trouve elle aussi perturbée. Le risque est de voir l'individu prendre de la distance vis-à-vis du travail, créant alors de la démotivation. Ainsi, Abraham MASLOW, psychologue américain, a représenté les besoins humains sous la forme d'une pyramide.

---

<sup>26</sup> LAMBERT Jacques. *Le management intergénérationnel*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009, p 8.



**Schéma 1 : la pyramide de Maslow<sup>27</sup>**

Significations des différents paliers cités par Abraham MASLOW<sup>28</sup> :

- « besoins physiologiques » : ils sont vitaux pour vivre : manger, boire, dormir, se reproduire ;
- « besoin de sécurité » : il se manifeste par la santé, la stabilité, la présence de repères mais aussi d'une autorité ;
- « besoin d'appartenance » : l'amour, la présence d'amis, la famille et l'appartenance à un groupe sont recherchés ;
- « besoin d'estime » : respect de soi et estime des autres sont nécessaires. Ceci renvoie à la notion de confiance en soi, de compétences ;
- « besoin de s'accomplir » : «*désir de devenir de plus en plus ce que l'on est, de devenir tout ce que l'on est capable d'être<sup>29</sup>*».

Abraham MASLOW indique que le besoin doit être satisfait pour qu'apparaisse le besoin supérieur. Le besoin de sécurité a un intérêt majeur dans l'explication de la perte des repères. En effet, si l'individu ne se sent pas en sécurité, il est déstabilisé et ne peut donc passer au palier supérieur, c'est-à-dire les besoins sociaux. Or, c'est à l'intérieur de ce troisième palier que se retrouve la notion d'appartenance à un groupe, mouvement sur lequel nous pouvons nous appuyer au cours d'une démarche de changement. Dès lors, dans le cadre du processus de changement, le palier numéro 2 est crucial. Il est nécessaire d'échanger et de prendre en considération les craintes, en s'appuyant sur les valeurs de l'organisation définies précédemment, afin de limiter la perte des repères. Celles-ci seront variables selon le type de changement : *culturels, stratégiques,*

<sup>27</sup> Le sémioscope. Disponible sur <[http://semioscope.free.fr/article.php3?id\\_article=8](http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8)> (consulté le 12/01/2013).

<sup>28</sup> MASLOW Abraham. *Devenir le meilleur de soi-même. Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Paris : Eyrolles, 2008, pp 57-68.

<sup>29</sup> MASLOW Abraham, *op.cit.*, p 66.

*structurels et opérationnels*<sup>30</sup>. En fonction de ceux-ci, la perte des repères n'est pas la même :

- « culturels »: modification des valeurs ;
- « stratégiques »: modifie les objectifs ;
- « structurels »: perturbe le rapport à l'organisation, à son fonctionnement général, aux acteurs ;
- « opérationnels »: modifie le mode opératoire ainsi que les compétences attendues.

Même si différents types de changement sont mis en évidence, ceux-ci ne restent que théoriques. En effet, chaque individu étant unique, des digressions à cette théorie peuvent être observées.

#### 2.2.4 Le deuil

Avant d'évoquer le concept de deuil, il est préférable de revenir sur la notion d'attachement. Selon John BOWLBY, psychiatre et psychanalyste anglais l'attachement est *«le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique<sup>31</sup>»*. Cette notion peut être étendue à une chose, un but. Selon lui, l'être humain crée des relations avec les individus d'où découle un attachement. Lors d'une séparation, le processus de deuil est enclenché. Il peut se poursuivre de façon naturelle ou déboucher sur un deuil pathologique. Dans ce cas, différentes situations peuvent être observées : dépression, comportements à risques, addictions, maladies psychosomatiques... Or, la résolution du deuil est absolument nécessaire afin de créer un nouvel attachement comme le souligne John BOWLBY.

Ainsi, la notion de deuil peut se résumer à une corrélation entre un attachement et sa perte. La perte peut se définir comme *«le fait d'être privé de quelque chose qu'on possédait<sup>32</sup>»*. George KOHLRIESER, psychologue et spécialiste du deuil, met en évidence 4 types de pertes<sup>33</sup> :

- « la perte liée au développement » : elle renvoie à la nature humaine et à son évolution : la naissance, le départ du domicile familial, la vieillesse...

---

<sup>30</sup> VANDANGEON – DERUMEZ Isabelle. Cours : *Changement dans les établissements de santé*. Université Paris-Est Créteil. 2012-2013.

<sup>31</sup> SAINT-ANTOINE Michelle. *La théorie de l'attachement*. Disponible sur < <http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/03/Troubles-de-lattachement1.pdf> > p 3 (consulté le 20/01/2013).

<sup>32</sup> Dictionnaire Larousse. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perte/59835>> (consulté le 22/01/2013).

<sup>33</sup> Radio-Canada. Disponible sur <<http://www.radio-canada.ca/par4/vb/vb980528.html>> (consulté le 22/01/2013).

- « la perte d'une personne » : la séparation résulte de la condition humaine. En effet chaque être humain vie et meurt. Néanmoins, celle-ci peut être douloureuse lors du décès de personnes à qui nous sommes particulièrement attachés, lors de décès d'enfants...
- « la perte d'un aspect de soi même » : la dépendance, une partie du corps ;
- « la perte d'un objet extérieur » : emploi, logement, divorce, séparation, argent.

Dès lors, le deuil peut se définir comme : *« Une réponse physiologique de l'individu suite à la perte d'un être, d'un objet ou d'un idéal significatif. Il s'agit d'un processus d'une durée et d'une intensité variable touchant l'individu dans sa globalité physique, psychique, socioculturelle et spirituelle. Tout en étant sain, incontournable et indispensable au développement humain, le deuil engendre une souffrance englobant l'être entier avant d'aboutir à une résolution. Cette résolution signifie l'acceptation de la perte et la reconnaissance du gain<sup>34</sup> ».*

Elisabeth KÜBLER ROSS, psychiatre et psychologue, met en relief 5 étapes au cours de ce processus<sup>35</sup> :

- « le déni » : il se caractérise par le refus de prendre en considération la réalité. L'individu recherche d'autres avis en pensant qu'une erreur a été commise. La communication est alors difficile et l'écoute est à privilégier ;
- « la colère » : celle-ci s'exprime fréquemment par une opposition aux soins, de l'agressivité, un sentiment d'injustice. Cette phase permet l'expression de la douleur ressentie face à la perte ;
- « le marchandage » : la recherche de négociation est omniprésente, elle se caractérise par l'expression «oui mais...» ;
- « la dépression » : les pleurs, le repli sur soi et le manque d'énergie sont présents. L'individu est certain qu'aucune amélioration n'est envisageable ;
- « l'acceptation » : la sérénité revient, la calme également. Ceci signifie que l'individu accepte la perte et reprend goût aux moments heureux de la vie. Néanmoins, ceci n'indique pas que la perte est oubliée pour autant.

Au cours de leur exercice professionnel, les soignants sont confrontés régulièrement à la mort. Ils accompagnent les familles dans ce processus de deuil dès l'annonce du décès. Pour apporter de l'aide à celles-ci, il est indispensable que le

<sup>34</sup> HANUS Michel. *Les deuils dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Maloine, 2006.

<sup>35</sup> Elisabeth KÜBLER-ROSS France. *Le deuil, un temps à traverser*. Disponible sur <<http://ekr.france.free.fr/deuil.htm>> (consulté le 06/01/2003).

soignant ne soit pas lui-même dans un processus de deuil. Face à la mort, deux attitudes peuvent alors se faire jour chez le soignant : soit il prend assez de recul pour surmonter cet évènement et repart immédiatement auprès des autres patients afin de prodiguer des soins ; soit la mort du patient devient une difficulté à surmonter en lien avec «*l'empathie extrême*<sup>36</sup>» qu'il entretenait avec celui-ci. Dans ces deux cas, une vigilance accrue doit être portée sur le vécu de ces situations, car elles peuvent être source de douleurs et aboutir à un épuisement professionnel ou un burn-out. Le groupe peut être ici, comme devant la maladie, un outil pour faire face à cette situation par les liens établis, les échanges, comme l'indique Martine RUSZNIEWSKI : «*le groupe, par sa dynamique intrinsèque et son entité, est seul capable de leur permettre d'apaiser le trouble et l'angoisse de ces questionnements cruciaux et sans cesse réitérés à chacune des phases de la maladie*<sup>37</sup>».

Jean-Louis ROY, philosophe et historien, fait le parallèle entre le processus de deuil et le cheminement intellectuel qui se déroule à la fin de la réalisation d'un projet. Il reprend alors les différentes étapes mises en exergue par Elisabeth KÜBLER ROSS pour mettre en évidence le comportement observé chez les employés<sup>38</sup>. Selon lui ces étapes sont indispensables pour l'individu et doivent être prises en compte. Elles lui permettent de retrouver sa place et ses marques :

- « déni »: refus de comprendre, sorte de flottement accentuée par le vide lié au changement ;
- « colère »: révolte, résistance au changement (mais logiques) ;
- « le marchandage »: culpabilité, idéalisation de la situation antérieure ;
- « dépression »: fatigue, absence, peu d'implication, discours négatif ;
- « reconstruction »: apaisement, nouvelle créativité.

Pour terminer ce processus, les agents ont besoin d'être «*accompagnés et impliqués*<sup>39</sup>» comme peuvent l'être les personnes qui viennent de perdre un proche. Ainsi, nous pouvons reprendre les paroles du Père VERSPIEREN «*Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la*

---

<sup>36</sup> RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave. Patient, familles, soignants*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 1999, p 154.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, p 301.

<sup>39</sup> CARTON Gérard-Dominique. Le journal du net. Disponible sur <<http://www.journaldunet.com/management/efficacite-personnelle/dossier/resistances-changement/1.shtml>> (consulté le 13/01/2013).

*Direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas<sup>40</sup>».*

## 2.3 La dynamique de groupe

### 2.3.1 La notion de groupe

Le mot groupe a été utilisé pour la première fois par Molière dans un de ces écrits. Par la suite, il devient rapidement utilisé pour désigner «*un assemblage d'éléments, une catégorie d'êtres ou d'objets*», puis vers le XVIII pour nommer une «*réunion de personnes*<sup>41</sup>». De nos jours, il peut se définir comme : «*une unité sociale composée d'un certain nombre d'individus en relation dans leurs rôles et leur statut. Ces individus partagent un ensemble de valeurs et de normes inspiratrices de leur comportement pour tout ce qui touche à la vie du groupe*<sup>42</sup>».

Nous pouvons distinguer 5 types de groupes<sup>43</sup> : *la foule, la bande, le groupement, le groupe restreint ou primaire, le groupe secondaire*. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement, à la notion de groupe restreint. En effet, une équipe est considérée comme un groupe primaire. George HOMANS, en 1950, a défini ainsi le groupe primaire : «*un petit groupe consiste en un certain nombre de personnes qui communiquent entre elles pendant une certaine période, et assez peu nombreuses pour que chacune puisse communiquer avec toutes les autres, non pas par personne interposée mais en face à face*<sup>44</sup>. Pour exister, le groupe a besoin de normes. C'est grâce à celles-ci que celui-ci peut fonctionner. «*La construction ou la confirmation d'une norme existante est nourrie par l'expression de l'identité interne, car la norme formalise les valeurs, les logiques, les façons de faire, la culture des individus*<sup>45</sup>». En respectant les normes du groupe, l'individu est reconnu comme membre du groupe.

Pour l'individu, la constitution d'un groupe est un élément positif car, il permet d'augmenter ses connaissances, diversifier ses points de vue et devient ainsi, une force supplémentaire. De même, il facilite l'acceptation de la décision lorsque celle-ci est actée par le groupe. Mais pour cela, il nécessite la mise de côté de certaines valeurs

---

<sup>40</sup> Bénévole de la personne en fin de vie. Disponible sur <<http://www.pujo-j-jacques.net/article-3342262.html>> (consulté le 06/01/2012).

<sup>41</sup> ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves. *La dynamique des groupes restreints*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009 pp17-18.

<sup>42</sup> GRUERE J.Pierre. Les groupes et leur dynamique. In : AUBERT Nicole, JABES Jack, GRUERE J.Pierre et al. *Management : aspect humains et organisationnels*. 8<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009, p 248.

<sup>43</sup> ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves, *op.cit.*, pp28-45.

<sup>44</sup> ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves, *op.cit.*, p 38.

<sup>45</sup> HART Josette, *op.cit.*, p 58.

personnelles afin de permettre au groupe de fonctionner. Ainsi, lorsqu'un groupe a bien organisé son fonctionnement et qu'il est reconnu, il peut être force de propositions. C'est par exemple le cas, depuis la III<sup>ème</sup> République, dans le fonctionnement des institutions françaises<sup>46</sup> où la notion de groupe politique a été créée. Elle permet aux parlementaires partageant les mêmes idées politiques de se rassembler, d'échanger et, ainsi, de peser d'avantage lors des débats. En effet, une proposition faite par une personne au nom d'un groupe a plus d'impact que celle effectuée par un seul individu.

Néanmoins, le groupe par sa dynamique, peut aussi devenir un opposant. Ceci peut expliquer la résistance de certaines personnes au vu de la création d'un groupe. Le côté positif, créatif n'est pas observé, mais plutôt le côté possiblement néfaste «*le groupe restreint est une force à son service, mais qui peut se retourner contre elle. D'où la méfiance que la plupart des civilisations ont témoignée aux petits groupes spontanés [...] tout groupe qui s'isole est un groupe qui conspire, ou qui peut conspire*<sup>47</sup>». De même, au sein du groupe, des conflits peuvent apparaître par rapport aux propos tenus par les différents acteurs ou résulter d'une lutte entre les membres.

### 2.3.2 S'appuyer sur la dynamique de groupe

Kurt LEWIN, en 1944, crée l'expression «*dynamique de groupe*». Selon lui, l'individu, au sein d'un groupe, agit en tenant compte de ses valeurs, de ses idées tout en prenant en considération les caractéristiques des personnes composant le groupe. L'«*espace de vie*» résulte alors des liens entre l'individu, le groupe et l'environnement<sup>48</sup>. Le groupe est par ailleurs un lieu de créativité, de conceptions de valeurs et d'identité tant personnelles que collectives. Ainsi, Henri TAJFEL définit l'identité sociale comme «*la connaissance individuelle que le sujet a du fait qu'il appartient à certains groupes sociaux, avec, en même temps, les significations émotionnelles et les valeurs que ces appartenances de groupe impliquent chez lui*<sup>49</sup>». Par ces propos, nous comprenons que le groupe fournit des repères à l'individu, repères sur lesquels il sera nécessaire de s'appuyer au cours du processus de changement surtout pendant la phase de *déplacement*.

Bruce W. TUCKMAN, psycho-sociologue, a mis en évidence différentes étapes dans la construction d'une dynamique de groupe :

<sup>46</sup> DIRECTION DE L'INFORMATION LÉGALE ET ADMINISTRATIVE. Disponible sur <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/fonctionnement/parlement/assemblee-nationale-senat/quoi-servent-groupes-parlementaires.html>> (consulté le 31/12/2012).

<sup>47</sup> ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves, *op.cit.*, p 23.

<sup>48</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, p 24.

<sup>49</sup> Ibid.

- *« forming : définition de la nature du groupe ;*
- *storming : choix d'un leader avec naissance parfois de conflit pour ce choix ;*
- *norming : établissement des normes du groupe ;*
- *performing : accomplissement de la tâche du groupe ».*

Ces étapes sont données à titre indicatif. Certaines ont lieu de manière simultanée parfois. Mais, il est important de respecter ces étapes car, elles conditionnent la réalisation de l'objectif du groupe et les liens entre ses membres.

Par ailleurs, 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<sup>50</sup>».*

De même, la communication est essentielle pour le groupe. C'est grâce à elle que les échanges vont pouvoir avoir lieu et qu'ils vont être productifs. Pour cela, chacun doit pouvoir s'exprimer sans craindre le regard et les réactions des autres. Même si les avis divergent, une attitude bienveillante est de rigueur. Le chef de groupe doit alors distribuer les temps de paroles pour ces échanges mais aussi organiser les échanges au sein du groupe afin que chacun puisse prendre la parole. D'autre part, les affinités qui sont présentes à l'intérieur d'un groupe peuvent faciliter les discussions, limiter les conflits.

Concernant l'acceptation d'une décision, celle-ci est plus aisée lorsqu'elle a été prise par le groupe. Kurt LEWIN indique que la phase de *« cristallisation »* en est alors facilitée. Par ailleurs, *«les contraintes, librement débattues puis acceptées, par un groupe ou une équipe de travail, en vue de réaliser un projet qui leur tient à cœur, sont vraisemblablement moins frustrantes pour les participants que celles qui seraient imposées dans possibilité de discussion préalable<sup>51</sup>».* Dès lors, le groupe peut être *«actuellement considéré comme le moyen le mieux approprié à la prévention du phénomène de résistances au changement<sup>52</sup>».*

<sup>50</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard *op.cit.*, p 391.

<sup>51</sup> ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves, *op.cit.*, p 266.

<sup>52</sup> ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves, *op.cit.*, p 187.

## 2.4 Le cadre de santé

La formation initiale du cadre de santé ne doit pas être oubliée dans les fonctions managériales. Ainsi, il m'a semblé nécessaire de revenir sur cette profession.

### 2.4.1 Un infirmier avant tout

La première notion de soin apparaît au moment de la crucifixion du Christ. Elle est associée à une femme appelée «Fabiola». Dès lors, la notion de soin renvoie à la femme. Cette idée est confortée dans la signification du mot nursing «*donner le sein, donner la tétée, nourrir, alimenter et de là, apaiser, réconforter*<sup>53</sup>». Au départ, il s'agit d'accompagner le développement du corps, ceci essentiellement en rapport avec la maternité et la vieillesse. Ainsi, seules les femmes ayant enfanté et en âge de le faire, peuvent accompagner ces moments de vie. Mais, les hommes ne sont pas écartés ; ils s'occupent de la lutte contre le mal, de la réparation du corps blessé suite à la chasse, aux travaux de forces. En conséquence, pendant des années, le soin est exercé sans étude et donc sans diplôme.

A partir du moyen âge, le soin est principalement réalisé par les ecclésiastiques et les veuves. La notion d'assistance aux pauvres, d'aide du prochain, principe chrétien est alors mis en avant. Les soins apportés à l'âme sont privilégiés par rapport aux soins corporels. Ce monopole détenu par les congrégations religieuses durera jusqu'à la révolution française. Lors de cette révolte, les Sœurs sont chassées des hôpitaux, nécessitant le recrutement de prostituées afin de les remplacer. Quelques années plus tard, les religieuses reprendront du service, ceci jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle. Au cours de celui-ci, la première école d'auxiliaire médicale est créée, en 1878 par le Dr BOURNEVILLE. Il souhaite ainsi former des individus pour assister le médecin «*L'infirmière doit apprendre à servir d'abord, à ne jamais marcher devant le médecin, mais à le suivre*<sup>54</sup>». En 1922, les écoles d'infirmières sont officiellement créées. Progressivement, les revues professionnelles sont publiées et les missions professionnelles se modifient. Différentes infirmières font partager leurs réflexions sur le soin, telles Florence NIGHTINGALE et Virginia HENDERSON qui sont encore des références de nos jours. Le diplôme d'Etat d'infirmier est créé en 1942 et l'année 1978 voit la notion de «rôle propre» de l'infirmier.

---

<sup>53</sup> COLLIÈRE Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Inter/Masson 1982, p 40.

<sup>54</sup> CAN Swieten. *Ce que nous attendons des infirmières. Infirmière Française*. 1924-1925, p 283.

Depuis trente ans, les règles et les actes professionnels ne cessent de se modifier faisant également évoluer les modalités de formation. En parallèle, l'analyse de la pratique professionnelle, la recherche infirmière se développent mettant en relief le fait que l'infirmière n'est plus seulement une exécutante. L'Ordre National des Infirmiers Français est, par ailleurs, créé le 21 décembre 2006. La loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009<sup>55</sup> vient confirmer cette volonté en incitant les établissements à développer la recherche en soins infirmiers.

Au vu des propos précédents, nous pouvons penser que le choix de devenir infirmier ne relève pas du hasard. Virginie LEPELLETIER, alors étudiante cadre de santé indique qu'il résulte d'une blessure ancienne ignorée ou reconnue. Ainsi, «*l'acte de soin permet la réparation du soignant consciemment ou non*<sup>56</sup>». Trois grandes explications peuvent amener l'individu à choisir ce métier<sup>57</sup> :

- « un traumatisme ou une blessure narcissique » : il se rapporte à un événement qui est vécu comme un élément douloureux : maladie, handicap d'un proche ou abandon ;
- « des ressorts psycho-affectifs » : regrets, culpabilité de n'avoir été présent ou à la hauteur lors de certaines situations mais aussi refoulement quant aux réelles raisons de ce choix ;
- « une réactualisation du traumatisme » : il s'agit d'un besoin de réparation, d'une recherche de reconnaissance.

Ainsi, en choisissant d'exercer ce métier, le soignant est à la recherche de rapports aux autres, de reconnaissance qui lui permettront ainsi de surmonter les éléments liés à ce choix professionnel et donc de se reconstruire : «*Si les intérêts des autres passent en priorité, cela honore le soignant qui en retire un bénéfice personnel*<sup>58</sup>».

#### 2.4.2 L'historique de la fonction cadre de santé

Nous avons pu constater, au travers les recherches effectuées sur la profession d'infirmier, que la fonction soignante est fortement liée à la dimension ecclésiastique. Il en est de même pour le métier de cadre de santé. La première fonction d'encadrement sera ainsi exercée par la mère supérieure, représentante de l'autorité au sein de la

---

<sup>55</sup> Loi n°2009-876 du 21/07/2009 portant réforme à Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009 p 12184. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>> (consulté le 23/01/2013).

<sup>56</sup> LEPELLETIER Virginie. De la culpabilité à la réparation soignante. *Objectif soins*, 02/2004, n° 123. p 21.

<sup>57</sup> LEPELLETIER Virginie, *op.cit.*, p 22.

<sup>58</sup> Ibid.

congrégation religieuse. Celle-ci a essentiellement un rôle de surveillance, de contrôle et de punition mais aussi de gestion rigoureuse des dépenses. De plus, à cette époque, il n'est pas concevable que le soignant puisse être l'encadrant, idée qui évoluera progressivement jusqu'à nos jours. En effet, au fil du temps, et face à la disparition progressive des religieuses pour assurer les soins, la notion d'infirmière expérimentée sera privilégiée pour assurer le poste de surveillante. Ses missions s'étendent et celle-ci devient alors responsable du bon fonctionnement du service de soins. Le 14 novembre 1958<sup>59</sup>, le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice est créé<sup>60</sup>, les premières écoles ouvrent leurs portes.

L'année 1975, sera une année déterminante pour la profession. En effet, le terme cadre infirmier est posé par le législateur via le décret du 4 octobre 1975 engendrant un élargissement des missions dévolues à celui-ci. Les règles professionnelles sont publiées en 1993 et cette évolution sera consacrée par l'arrêté du 18 août 1995<sup>61</sup> instaurant alors le Diplôme de Cadre de santé ; les ressources humaines, l'approche économique et la qualité deviennent des composantes du métier de cadre. Celui-ci n'est plus accessible qu'aux seuls infirmiers mais aussi aux 13 professions paramédicales. En 2001, le statut de cadre de santé dans la fonction publique hospitalière est mis en exergue. Mais, celui-ci devrait rapidement disparaître pour laisser place à un nouveau corps des cadres de santé suite au décret du 26 décembre 2012<sup>62</sup>.

### 2.4.3 Ses missions

La fonction cadre de santé a évolué au fil du temps. Elle renvoie de nos jours au management des équipes soignantes.

Peter DRUCKER, théoricien américain du management, donne la définition suivante du management : *« Activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au*

---

<sup>59</sup> Décret n°58-1-104 du 14/11/1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur, et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant. Journal officiel 19/11/1958.

<sup>60</sup> Cadre de santé. com. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la.html>> (consulté le 24/01/2013).

<sup>61</sup> Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Journal officiel n°193 du 20/08/1995. Disponible sur

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>> p 12469> (consulté le 24/01/2013).

<sup>62</sup> Décret n°2012-1465 du 26 décembre 2012 modifiant le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843711>> (consulté le 24/01/2013).

*changement*<sup>63</sup>». Cette activité se réalise grâce à des moyens, des méthodes et des outils précis. Néanmoins, dans cette définition, il n'apparaît pas la notion de motivation, de plaisir au travail qui, à mon sens ne peuvent être dissociés de la performance indiquée par l'auteur. Le capital humain d'une entreprise est, en effet, sa richesse et sa force. Marie-Ange COUDRAY, infirmière, reprend d'ailleurs cette idée en indiquant «*Il y a une manière soignante de gérer le personnel et le service qui repose sur un leader présent, attentif et ouvert, permettant à l'équipe de prendre mieux en charge les patients*<sup>64</sup>».

Henri FAYOL, ingénieur français, a mis en évidence 5 grands principes en termes de management. Ceux-ci ont d'ailleurs été repris par la HAS en janvier 2005 dans le guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé<sup>65</sup> :

- *« prévoir : anticiper les besoins des patients, s'adapter en fonction de l'évolution des techniques, des pratiques professionnelles. C'est manager l'incertitude et maîtriser les risques ;*
- *« organiser : mise en place de procédures, s'adapter au contexte économique et social ;*
- *« décider : ajuster le management en fonction des situations, communiquer sur les décisions et les expliciter, savoir déléguer ;*
- *« motiver : reconnaissance des compétences, communication des résultats individuels et collectifs, relation authentique ;*
- *« évaluer : la qualité des soins, les résultats, l'activité, les personnels, les décisions prises, la satisfaction des patients et du personnel ».*

Pour remplir ces objectifs, le cadre de santé peut utiliser différents types de management<sup>66</sup> :

- *« directif »*: management autoritaire qui ne laisse peu de place d'expression aux subordonnés. Il permet une structuration rapide ;
- *« participatif »*: management qui permet de laisser les acteurs s'exprimer sur un sujet déterminé. Il développe l'esprit d'équipe ainsi que l'esprit créatif par la

---

<sup>63</sup> SADY Bernard. Man@g'r. Disponible sur < [http://manag.r.free.fr/theories\\_du\\_management\\_definition.html](http://manag.r.free.fr/theories_du_management_definition.html)> (consulté le 26/01/2013).

<sup>64</sup> COUDRAY Marie-Ange. *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*. Editions Seli Arslan. 2<sup>ème</sup> éd. Paris.2006 p141.

<sup>65</sup> HAS. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management dans les établissements de santé*. Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_424263](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_424263)> (consulté le 26/01/2013).

<sup>66</sup> FARNAULT Patrick. *Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement*. Ecole Supérieure Montsouris. 2013.

recherche d'une solution. L'implication des acteurs facilite alors l'acceptation de la décision ;

- « *explicatif* » : il favorise la compréhension de la situation de par l'explicitation de celle-ci ;
- « *déléguatif* » : des responsabilités sont confiées aux acteurs. Le contrôle par le déléguant ne doit pas être omis.

Ces différents types de management sont mis en place par le cadre de santé en fonction des situations, des objectifs et des délais impartis. Néanmoins, nous pouvons penser que le cadre de santé exerce en mettant en avant dans sa pratique quotidienne un style de management prédominant.

Dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, le ministère des affaires sociales et de la santé a explicité les activités du cadre de santé<sup>67</sup> :

- « *contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine ;*
- *coordination et suivi de la prise en charge de prestations ;*
- *élaboration et rédaction de rapports d'activité ;*
- *encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels ;*
- *gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles ;*
- *montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité ;*
- *organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.) ;*
- *planification des activités et des moyens, contrôle et reporting ;*
- *promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité ;*
- *veille spécifique à son domaine d'activité ».*

Même si le travail du cadre de santé est clairement identifié, ceci ne met pas en évidence certains points auxquels il est confronté. C'est ainsi que Paule BOURRET, cadre de santé fait état du « *travail de lien invisible du cadre de santé*<sup>68</sup> ». D'après elle, le cadre de santé se retrouve à gérer le service de manière rationnelle en prenant en compte le personnel, les attentes de la Direction, la qualité du service rendu mais aussi la

---

<sup>67</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Fiche métier cadre de responsable d'unité de soins*. Disponible sur <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>> (consulté le 26/01/2013).

<sup>68</sup> BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Editions Seli Arslan. Paris. 2006, 288 p.

dimension économique. Les actions qu'il entreprend au quotidien afin de répondre à ces objectifs ne sont pas toujours visibles, quantifiables et traçables. Pourtant celles-ci occupent la majeure partie de son temps. Ainsi, comme le relate Paule BOURRET «*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*<sup>69</sup>».

Enfin, nous ne pouvons terminer cette présentation sur le cadre de santé sans évoquer les perspectives d'évolution. En effet, plusieurs réflexions sont en cours sur l'avenir de cette profession au niveau national. Deux rapports «*Quelle formation pour les cadres de santé ?*»<sup>70</sup>, et «*le rapport Chantal DE SINGLY*»<sup>71</sup> ont été publiés ces dernières années. Le premier rapport mettait en perspective l'évolution de la formation cadre de santé en lien avec l'universitarisation des études. Mais celui-ci a été rapidement et massivement rejeté face à l'évolution proposée concernant le cadre de santé formateur. Par contre, le rapport Chantal DE SINGLY reste aujourd'hui une référence en termes d'évolution des missions dévolues au cadre de santé. Il reprend «*le rôle invisible du cadre de santé*» en indiquant aussi qu'une grande partie du temps des cadres de santé, est utilisé pour la coordination des soins, l'encadrement des équipes avec des actions qui en découlent qui ne sont pas visibles et donc peu valorisées. Ainsi, Chantal. DE SINGLY émet le souhait de voir dégager les cadres de santé de certaines tâches, afin de les recentrer sur le management en les dotant d'une «*réelle capacité à décider*». Cette démarche vise à recentrer les professionnels sur leur «*cœur de métier*» en définissant 4 grandes missions : *le management d'équipes et d'organisations, une mission transversale ou de responsabilité de projet, une mission d'expert, une mission de formation*<sup>72</sup>.

#### 2.4.4 La place du cadre dans le processus de changement

La conduite de projet est l'une des missions dévolue au cadre de santé. Ainsi, au cours de son exercice professionnel, il est nécessairement amené à réfléchir à une stratégie pour accompagner le changement. Pour cela, il doit y inclure l'ensemble des

---

<sup>69</sup> BOURRET Paule, *op.cit.*, p 238.

<sup>70</sup> YAHIEL Michel et MOUNIER Céline. Rapport : *Quelle formation pour les cadres Hospitaliers*. Disponible sur <[www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf)> (consulté le 26/01/2013).

<sup>71</sup> DE SINGLY Chantal. *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Disponible sur <[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf)> (consulté le 26/01/2013).

<sup>72</sup> DE SINGLY Chantal, *op.cit.*, p 5 (consulté le 26/01/2013).

acteurs sans y omettre le corps médical. En effet, ceux-ci peuvent être une aide non négligeable dans ce processus. De plus, la communication doit être mise au centre de cette réflexion comme nous avons pu l'évoquer précédemment. Dès lors, l'élaboration d'un plan ou d'une réflexion sur la communication s'avèrent indispensable afin de fédérer au maximum les équipes autour du projet. Le cadre de santé peut en être ici, soit un acteur, soit l'instigateur. Enfin, la mise en place de formation pour faciliter la démarche de changement est à examiner. Les formations individuelles ou collectives permettent aux agents de développer leurs compétences mais aussi d'analyser leurs pratiques. Elles sont également de réels lieux d'expression pour les équipes grâce aux moments d'échanges qui sont inclus au cours de celles-ci, ceci, la plupart du temps sans la présence de l'encadrement.

Le cadre de santé a la possibilité d'organiser le changement de deux manières : le « *changement imposé* ou le *changement négocié* ». Le premier, plus directif, se réalise avec peu de discussion et de négociations tandis que le deuxième laisse une grande place à la concertation, à l'implication des acteurs. Ce deuxième peut être qualifié de participatif et oblige le conducteur à lâcher prise en laissant de l'autonomie aux acteurs. En fonction d'un changement à réaliser, le cadre de santé a donc le choix entre ses deux modes. Néanmoins, dans certaines situations, le choix du mode s'impose au cadre de santé. En effet, trois paramètres sont à prendre en compte<sup>73</sup> :

- « l'urgence de la situation » : le changement imposé est plus rapide ;
- « la répartition du pouvoir dans l'organisation » : le changement imposé nécessite un fort pouvoir concentré par la Direction ;
- « la nature du changement » : lorsque des solutions sont à rechercher, le changement négocié permet de faire émerger des solutions qui n'avaient pas été envisagées. Ceci oblige alors l'encadrement à laisser une certaine autonomie au cours de la réflexion.

Par ailleurs, le manager ne doit pas oublier que le changement est vécu de manière différente selon chaque individu. Il reste une épreuve pour lui : un changement considéré comme mineur par l'encadrement peut être un changement important pour l'individu et vice versa. Même si ce processus a été conceptualisé, les réactions des acteurs peuvent être surprenantes et imprévisibles : Ainsi, nous pouvons reprendre la citation suivante « *Tout destin reste un problème dans ses possibles inaccomplis. Ce n'est pas moi qui me flatterai de comprendre l'âme humaine, et je ris volontiers de ceux qui*

---

<sup>73</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, pp 309-311.

*s'en croient capables. Ce sont des fous qui prétendent découper en morceaux une vapeur insaisissable, qui leur échappe de toutes parts<sup>74</sup>».*

## 2.5 La conclusion du cadre conceptuel

Au vue des différentes recherches documentaires réalisées, nous pouvons constater que le changement est un sujet complexe. En effet, même si celui-ci est inhérent à la vie, il reste vécu la plupart du temps comme un évènement douloureux. Lorsque celui-ci se réalise dans un contexte d'organisation professionnelle, il s'avère encore plus compliqué au vue du nombre d'acteurs concernés et menant le projet. Chacun a en effet un rapport personnel avec ce processus, en lien avec son histoire. Dès lors, la manière de construire ce projet et de le vivre sera différente.

De plus, le milieu hospitalier revêt un caractère particulier. En effet, celui-ci est composé de soignants qui possèdent une forte identité professionnelle comme le relate Myriam HUBINON *«Elle se compose de croyances, de valeurs fondamentales partagées telles que l'autonomie du patient, la qualité des services et des soins, la valeur du soin (altruisme, aide, soutien), la structure organisationnelle de l'unité, les relations avec l'environnement<sup>75</sup>»*. Il sera alors primordial de prendre en compte cette spécificité dans le cadre de toute démarche projet en favorisant la participation des acteurs à ce processus de changement. Le cadre de santé doit alors s'appuyer sur la notion de groupe au travers celle de l'équipe pour accompagner les agents dans ce processus et permettre ainsi de limiter la perte des repères et des valeurs. Cependant, cette démarche n'empêchera pas l'absence de résistance, celle-ci étant inéluctable et nécessaire. Ainsi, Michel CROZIER indique *«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<sup>76</sup>»*.

Face aux multiples changements qui se mettent en place dans les établissements de santé, le cadre de santé est amené à accompagner les équipes dans ce processus. L'évaluation de la conduite de ces changements s'avère difficile *a posteriori*. D'une part à cause de la réalisation concomitante de plusieurs changements<sup>77</sup>, et d'autre part, car ces changements ne sont évaluables que quelques années après, voire impossible à évaluer<sup>78</sup>. Néanmoins, le cadre de santé doit accompagner les équipes pour faire face à

---

<sup>74</sup> WALDER Francis. *Saint-Germain ou la négociation*. Barcelone : Gallimard, 1958. p 181 (folio).

<sup>75</sup> HUBINON Myriam, *op.cit.*, p 207.

<sup>76</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *op.cit.*, p 401

<sup>77</sup> HEES Marc. *Le management : science, art, magie ?* Paris : Seli Arslan, 2000, p 106.

<sup>78</sup> ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *op.cit.*, p 281.

ces multiples changements, en gardant à l'esprit la notion de service rendu au patient et de qualité des soins. Ainsi, Marie-Ange COUDRAY reprend cette idée en indiquant *«quand les équipes sont découragées et ne voient plus très clair, c'est l'optimisme du cadre qui peut récupérer les affaires. Il peut aussi jouer un rôle négatif, toujours difficile à récupérer. La compétence des cadres est aujourd'hui jugée sur cela : la capacité de s'ouvrir aux changements tout en préservant la confiance des équipes et la sécurité des patients<sup>79</sup>»*.

---

<sup>79</sup> COUDRAY Marie-Ange, *op.cit.*, p182.

### 3 L'ENQUETE DE TERRAIN

Pour faire suite au travail de recherche réalisé auparavant, il est nécessaire de confronter l'hypothèse à l'activité du terrain. A travers la méthode choisie et les différents outils, cette étude a pour objectif de mettre en évidence l'impact du déménagement pour les équipes soignantes. Celui-ci inclut la perception des équipes face à ce changement et la place des différents acteurs qui y participent.

Ainsi, j'ai choisi de réaliser cette enquête en deux temps : tout d'abord, auprès des cadres de santé, puis ensuite, auprès des équipes soignantes (infirmiers et aides-soignants uniquement).

#### 3.1 Les outils

Pour effectuer cette étude, deux techniques de recueil de données ont été retenues, ceci afin de s'adapter au public concerné par l'enquête.

\* **l'entretien** : semi-directif et d'une durée de 30 minutes ; il est réalisé auprès de cadres de santé ayant vécu dernièrement, ou accompagnant en ce moment des équipes dans ce processus de changement. La réalisation d'un entretien avec le cadre de santé me semblait être un outil pertinent afin de reconstruire la démarche mise en œuvre. Il permet également de mettre en lien la perception du cadre de santé (données à prédominance qualitatives) et les résultats des questionnaires. La rédaction d'une grille d'entretien<sup>80</sup>, en amont de celui-ci, m'a permis de lister les questions à poser. L'entretien est retranscrit intégralement (sauf refus de la personne interviewée) évitant ainsi tout jugement et mettant en exergue les différents questionnements : Comment le changement a-t-il été mené ? Quelles conséquences pour les agents ...

\* **le questionnaire d'administration directe**<sup>81</sup> : composé de 14 questions fermées et semi-ouvertes<sup>82</sup>, celui-ci permet de recueillir les opinions et les craintes des soignants, tout en respectant l'anonymat. Il me semblait être l'outil le plus approprié pour réunir le maximum d'informations auprès des soignants tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Au vu de la charge de travail des soignants et des impératifs de soins, il est plus aisé de répondre à un questionnaire que de dégager un temps pour réaliser un entretien. Plusieurs interrogations étaient évoquées : Comment le changement a-t-il été perçu ?

<sup>80</sup> Cf. annexe I : Grille d'entretien avec le cadre de santé.

<sup>81</sup> QUIVY Raymond, CAMPENHOUDT Luc Van. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3<sup>ème</sup> édition. Dunod, Paris 2006, p 171.

<sup>82</sup> Cf. annexe II : Questionnaire à destination de l'équipe paramédicale.

Qu'a-t-il engendré pour l'individu ? Sur quelles personnes ont-ils pu s'appuyer au cours de ce projet ? Les mêmes questions sont posées tant aux agents ayant vécu dernièrement un déménagement d'établissement qu'aux agents qui vont le vivre prochainement.

### 3.2 La méthodologie de la recherche

Dans toute étude, le choix de l'échantillon ainsi que le nombre de sujets inclus sont primordiaux afin d'obtenir une enquête exploitable. L'échantillon se doit également d'être représentatif afin d'éviter tout biais<sup>83</sup>. Dès lors, j'ai choisi de réaliser cette étude, dans un premier temps, dans des structures sanitaires possédant des statuts différents. Ainsi, j'ai retenu deux structures publiques et une structure privée. Par ailleurs, pour compléter la diversité de l'échantillon, les structures sont éloignées géographiquement : une en Région Pays de Loire, une en Région Centre et une dans un Territoire d'Outre Mer. Enfin, deux de ces structures ont vécu récemment ce processus de changement tandis que l'autre s'apprête à déménager à l'été 2013. En amont de l'enquête un courrier a été adressé au Directeur d'Etablissement ou au Directeur des Soins<sup>84</sup> afin que ceux-ci valident la réalisation de l'enquête.

A la suite des différentes démarches entreprises, il s'avère que l'étude n'a pu être réalisée dans l'établissement privé envisagé faute d'accord de la part du Directeur des Soins. Ainsi, afin de réajuster et de conserver une enquête sur trois lieux distincts, celle-ci s'est déroulée dans une maison de retraite. La diversité géographique a été conservée tandis que la différence de statut et le caractère prospectif n'ont pu l'être. Néanmoins, l'introduction de la maison de retraite a permis par ailleurs d'effectuer cette étude sur un établissement médico-social, ce qui n'avait pas été envisagé en première intention.

Après rédaction des questionnaires et validation par le Directeur de mémoire, ceux-ci ont été testés auprès de deux personnes : une cadre de santé de l'établissement auquel j'appartiens et auprès d'un collègue de l'IFCS. Lors de ce test, il n'a pas été mis en évidence de difficulté particulière, ce qui a permis, ainsi, leur diffusion. Les questionnaires ont été acheminés soit physiquement, soit par courrier pour les destinations les plus éloignées. Un délai de 10 jours est laissé entre l'envoi des questionnaires et leur récupération. Un appel téléphonique systématique, 5 jours après la distribution des questionnaires est effectué afin de s'assurer du bon déroulement de l'enquête, répondre aux éventuelles questions et rappeler les modalités quant à la récupération des

---

<sup>83</sup> Dr LEMASSON. *Cours biostatistiques* – Université Paris-Est Créteil. 2012-2013.

<sup>84</sup> Cf. annexe III : lettre de demande de réalisation d'étude.

questionnaires. Je pense, en effet, qu'il est important, dans ce type d'enquête, de maintenir un lien continu entre l'enquêteur et le responsable du lieu d'enquête.

Afin de ne pas trop étaler l'étude dans le temps, la date de l'entretien avec le cadre de santé a été fixée, majoritairement lors de l'appel précédemment cité. Ceci m'a permis ainsi d'organiser les entretiens sur la même semaine, facilitant alors l'articulation entre la démarche entreprise et le travail en IFCS. Ces entretiens ont donc eu lieu après récupération des questionnaires. Certains entretiens ont nécessité des déplacements importants. Néanmoins, ceux-ci ont été source de richesse par la qualité des entretiens et par la visite de l'établissement.

**Tableau récapitulatif des lieux d'enquêtes**

	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3
Structure	Sanitaire (Chirurgie)	Sanitaire (Chirurgie)	Médico-sociale
Statut	Ets public	Ets public	Ets public
Nombre de lits	436	978	90
Situation géographique	Territoire d'Outre Mer	Pays de la Loire	Région Centre
Date du déménagement	Novembre 2010	Juillet 2012	Septembre 2012

### 3.3 La synthèse des données

#### 3.3.1 La synthèse des entretiens auprès des cadres de santé

La réalisation de 4 entretiens semi-directifs avait été envisagée. Seulement trois seront effectués : deux lieux différents et uniquement en métropole. Les entretiens ont tous eu lieu avec des cadres de santé. Cependant, l'un d'entre eux (établissement n°3) s'est réalisé avec la présence d'une attachée d'administration hospitalière, personne ayant eu un rôle majeur dans le processus de déménagement de l'établissement. Les données transmises par cette dernière seront associées aux propos tenus par le cadre de santé dans le traitement de l'entretien. Néanmoins, le profil de cette personne apparaîtra dans le premier tableau, au vu des éléments de compréhension qu'il peut apporter.

**Tableau 1 : Le profil des personnes rencontrées lors des entretiens**

	Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3	Attachée d'administration
Lieu d'exercice	Ets n°2 Chirurgie	Ets n°2 Chirurgie	Ets n°3	Ets n°3
Ancienneté dans l'établissement	2001	1997	1981	02/2011
Ancienneté dans la fonction cadre de santé	1987	Juin 2010	2000	
Ancienneté dans le poste actuel	2008	Août 2012	2000	02/2011
Participation antérieure à un déménagement	Déménagement d'un service de soins	Non	Non	A deux reprises
Formation suivie dans le cadre du déménagement	Non (mais proposée)	Non (mais proposée)	Non	Non

Tous les entretiens ont débuté par la prise de connaissance de l'expérience professionnelle des personnes interviewées. Ces éléments étaient en effet indispensables pour appréhender réellement les conditions de réalisation du déménagement. J'observe que l'ancienneté dans l'établissement, dans la fonction cadre de santé et dans le service sont très disparates. Il est à noter que les cadres de santé ont participé à l'ensemble du processus de déménagement, hormis le cadre de santé n°2. Celui-ci était en effet à l'IFCS au début de ce projet. Par ailleurs, je constate qu'aucune des personnes rencontrées n'a participé à une formation dans le cadre de ce projet.

**Tableau 2 : Les enjeux du déménagement**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Survie de l'hôpital et du service public sur la ville</i> »</li> <li>- Fusion public-privé pour optimisation des moyens</li> <li>- Locaux anciens</li> <li>- « 2<sup>ème</sup> employeur local »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital vétuste</li> <li>- Economique : CREF</li> <li>- Efficience recherchée avec la fusion privé-public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise aux normes des chambres des résidents</li> <li>- Amélioration des conditions de travail</li> <li>- Création de nouveaux services</li> </ul>

Deux objectifs communs étaient attendus lors de la reconstruction de ces établissements. Dans un premier temps, il s'agit de notions d'efficacités, d'économies. Celles-ci sont davantage marquées dans l'établissement 2 car le maintien de la structure dans la ville constituait un enjeu. De plus, des répercussions sociales au niveau local en résultaient au vu du nombre d'emplois concernés. Deuxièmement, l'adaptation des locaux, permettant de répondre aux attentes réglementaires, à celles des patients ou des

résidents mais aussi des professionnels sont mises en relief. Ces nouveaux locaux entraînent une amélioration des conditions de travail, même si celle-ci n'est pas toujours perceptible, dans un premier temps, par les agents.

**Tableau 3 : Les réactions des équipes suite à l'annonce du projet**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Incrédulité et réticences face aux nouvelles technologies</i> »</li> <li>- Crainte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Tout le monde voyait ça de loin du moment où on ne se projette pas encore</i> »</li> <li>- « <i>Mieux quand les plans ont été communiqués et les visites organisées</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimisme</li> <li>- Adhésion de l'équipe</li> <li>- Crainte face à la nouveauté</li> </ul>

Deux comportements distincts se dégagent face l'annonce du projet. Dans le premier établissement, une forte appréhension est palpable, celle-ci en lien avec une prise de distance dès le début des soignants. Dans le cadre du 3<sup>ème</sup> établissement, l'équipe adhère avec enthousiasme au projet, ceci, dès le début. Néanmoins, la crainte de l'inconnu est unanimement évoquée.

**Tableau 4 : Les modalités de concertation avec les équipes soignantes**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation de test pour le nouveau matériel -« <i>Réunion pour la mutualisation de l'équipe</i> »</li> <li>- Visites institutionnelles du chantier puis, à la demande des agents. Forte participation à ces visites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelques groupes de travail mis en place</li> <li>- « <i>Stage par comparaison dans les différents services regroupés</i> »</li> <li>- Plans du projet communiqués</li> <li>- Visites sur site organisées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Binôme CDS, attachée d'administration (gestion du personnel)</li> <li>- Communication des plans et recueil des avis</li> <li>- Affiche et information mensuelle sur l'avancée du chantier (agents et résidents)</li> <li>- Visite du chantier par quinzaine (avec la directrice)</li> <li>- Association des agents pour l'achat du matériel</li> <li>- Réflexion avec la psychologue pour limiter la perte de repères des résidents</li> <li>- Intégration au projet des associations intervenantes dans la structure</li> </ul>

La participation des employés a été recherchée dans les deux établissements. Ainsi, les plans ont été communiqués au personnel et des visites organisées. Néanmoins, les outils utilisés pour communiquer sont plus nombreux et développés dans la structure médico-sociale. Dès lors, je pense que le type de public accueilli (ici des résidents), a une

incidence sur la démarche de concertation mise en place. En effet, il s'agit d'un lieu de vie et non d'un établissement de soins.

**Tableau 5 : Les changements associés au déménagement**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutualisation de plusieurs équipes</li> <li>- Augmentation du nombre de lits avec le même personnel</li> <li>- Modification des plannings</li> <li>- Nouvelles technologies : pneumatiques, tortues et nouvelle logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regroupement des 3 équipes de chirurgie en une (changement pathologies)</li> <li>- Nouvelles technologies : pneumatiques, tortues et nouvelle logistique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation du travail par unité donc découpage de l'équipe</li> </ul>

**Tableau 6 : Les difficultés rencontrées par les équipes au cours de ce projet**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix du matériel retenu qui ne correspond pas souvent aux avis émis par les soignants</li> <li>- Mutualisation des équipes : valeurs professionnelles et fonctionnement différents</li> <li>- « <i>Dysfonctionnement techniques importants</i> »</li> <li>- « <i>Pas de projet écrit</i> »</li> <li>- Equipes qui ne se sont pas réellement appropriées le projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soignants de différents statuts dans le même service</li> <li>- « <i>Grand bâtiment</i> »</li> <li>- « <i>Pas de réponse aux questions et elles pouvaient changer rapidement</i> »</li> <li>- « <i>Elles ont voulu arrêter le travail, refus de constituer une équipe unique</i> »</li> <li>- Changement de spécialité</li> <li>- Changement d'équipe et agrandissement de celle-ci, perte de repères</li> <li>- « <i>Augmentation de la charge de travail, turn-over des lits plus important</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repères dans les locaux</li> <li>- Repères temporels pour l'organisation des soins</li> </ul>

Les tableaux 5 et 6 vont être traités simultanément. En effet, je pense qu'il existe un lien entre le nombre et l'ampleur des différents changements associés au déménagement, et les difficultés ressenties par les équipes. Le déménagement de l'établissement n°2 a été associé à plusieurs autres changements importants : fusion d'équipe, nouvelles technologies, réorganisation des services. Dès lors, j'observe que les difficultés vécues par les équipes sont plus conséquentes : perte de repères, statut différents des agents, augmentation de la charge de travail. L'absence de communication du projet écrit n'a sans doute pas aidé à la compréhension de celui-ci. La mise en relation de ces éléments et des modalités de concertation est nécessaire. En ce qui concerne l'établissement n°3, le déménagement a nécessité une refonte de l'organisation mais, en créant de petites équipes au sein de chaque unité. Une démarche de concertation avec

les agents a été menée comme nous avons pu le voir précédemment. Celle-ci ci semble aboutir à une diminution des difficultés rencontrées par les agents lors du déménagement.

**Tableau 7 : La place des différents acteurs dans le projet**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CDS « non convié à la première partie du déménagement (partie préparatoire) »</li> <li>- « <i>Projet mis en place, celui de l'administration, pas le notre</i> »</li> <li>- Volonté de la Direction de non concertation parfois</li> <li>- Pas de réflexion polaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-« <i>Accompagnement des cadres au début par la Direction</i> »</li> <li>- Direction consciente du lien de proximité entre équipe-cadre</li> <li>- Peu de collaboration avec le corps médical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liens étroits avec la Direction, l'attachée d'administration</li> </ul>

En fonction des établissements, la place des acteurs dans le projet est différente. Au vu des renseignements recueillis, nous pouvons dire que cet aspect résulte d'une volonté de la Direction d'associer ou non l'ensemble des acteurs dans ce projet. En lien avec les différents éléments mis en exergue auparavant, nous pouvons penser que l'implication des cadres de santé dans la démarche institutionnelle se répercute de manière positive sur les équipes de soins.

**Tableau 8 : Le rôle du cadre de santé au cours d'un projet de déménagement**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encadrement le plus proche des agents</li> <li>- « <i>Porte l'angoisse de l'équipe, souffre-douleurs, rôle d'écoute</i> »</li> <li>-« <i>Accompagnement des nouveautés</i> »</li> <li>- « <i>Accompagner, rassurer</i> »</li> <li>- « <i>Cadre, pierre angulaire, rôle majeur</i> »</li> <li>- « <i>Fédérer l'équipe autour de valeurs communes et d'un projet commun</i> »</li> <li>- « <i>Droit d'obéissance</i> » envers la Direction mais aussi devoir d'informer des risques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se projeter en premier dans la nouvelle structure</li> <li>- Accompagner l'équipe dans ce changement</li> <li>- « <i>L'écoute</i> »</li> <li>- Transmission des informations : « <i>lien équipe-Direction</i> »</li> <li>- Difficultés pour répondre aux attentes de l'équipe et de la Direction « <i>on est au milieu</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement</li> <li>- Gestion</li> </ul>

Le cadre de santé se situe entre la Direction et les agents, place qu'il est parfois difficile d'assurer. Ceci fait de lui un vecteur de communication tant ascendante que descendante. Les cadres de santé rencontrés mettent en avant leur rôle prépondérant du CDS auprès des équipes lors du déménagement d'une structure de soins. Ils sont, en

effet, à proximité des équipes et peuvent, ainsi, les écouter, entendre leurs craintes, leurs doléances mais aussi leurs attentes.

**Tableau 9 : Réalisation de l'évaluation de la conduite du projet de déménagement**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
- « <i>Non mais j'espère parce que c'est important de savoir</i> »	- Non, trop tôt plutôt à 10 mois - « <i>Temps nécessaire pour faire le deuil</i> »	- prévue à distance quand les travaux seront totalement terminés

Aucun établissement n'a réalisé à ce jour l'évaluation du processus de déménagement. Deux raisons peuvent être dégagées : les dates de déménagement des structures sont récentes et il semble nécessaire que l'évaluation s'effectue à distance pour un gain d'objectivité et de pertinence.

**Tableau 10 : Le Ressenti des professionnels (selon le cadre de santé), *a posteriori* du déménagement**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
- « <i>Réunions d'équipe difficiles et douloureuses</i> » - « <i>Passage d'un mode familial et convivial à un modèle professionnel</i> » - « <i>Cristallisation sur le manque de personnel, sentiment d'injustice</i> » - Trahison ressentie vis-à-vis de la Direction - « <i>avant, après douloureux</i> »	- « <i>Amélioration des conditions de travail liée au locaux</i> » - Difficultés à gérer les dysfonctionnements techniques - « <i>Pas si positif que ça</i> »	- Globalement positif

Le bilan dressé par les cadres de santé sur le ressenti des soignants est différents entre les deux structures. Dans l'établissement n°3, celui-ci semble plutôt positif tandis qu'il s'avère plutôt négatif dans l'établissement 2. Mais, il s'agit du point de vue de cadre de santé, point de vue qui sera à confronter à celui des agents dans les questionnaires.

**Tableau 11 : Point de vue du cadre de santé, *a posteriori* du déménagement**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CDS non concerté sur les effectifs des services (choix Direction-médecins)</li> <li>- Réorganisation du travail des CDS aussi (binôme)</li> <li>- Moins d'échanges interservices, isolement des services : lien nouvelles technologies, configuration du bâtiment</li> <li>- Amélioration du confort pour les patients</li> <li>- L'équipe n'a pas été écoutée et entendue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Déménagement fort, riche, intense, beaucoup de travail</i> »</li> <li>- L'accompagnement du projet ne s'arrête pas le jour du déménagement</li> <li>- Trop de changement en même temps</li> <li>- « <i>Pas assez d'écoute de la Direction</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déménagement réussi malgré les imprévus</li> <li>- Amélioration des conditions d'accueil des résidents et de la prise en charge</li> </ul>

**Tableau 12 : Si c'était à refaire, que feriez-vous différemment ?**

Cadre de santé n°1	Cadre de santé n°2	Cadre de santé n°3
<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Plus de réunion, en grande équipe</i> »</li> <li>- « <i>Plus de concertation</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Impliquer plus les agents et insister plus pour qu'ils s'impliquent</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert des résidents sur un temps plus court</li> </ul>

L'ensemble des cadres de santé rencontrés stipule que le déménagement a permis un meilleur accueil des patients ou des résidents, éléments se répercutant sur la qualité de la prise en charge délivrée. Le cadre de santé de l'établissement n°3 est globalement satisfait de la conduite du projet. Cet élément rejoint le ressenti des agents qu'il a pu percevoir (vu précédemment). Concernant l'établissement n°2, le cadre de santé indique que ce projet aura été à la fois intéressant et constructif. Néanmoins, il met en relief le manque de concertation entre la Direction et le cadre de santé mais aussi entre le cadre de santé et les soignants. Cette notion est reprise par le cadre de santé du même établissement. Ainsi, tous deux identifient la recherche d'une plus forte concertation comme axe d'amélioration.

Pour conclure la synthèse de ces entretiens, il m'a paru intéressant de relever les mots les plus utilisés aux cours de ceux-ci. Ce recensement a été réalisé sur les deux premiers entretiens. Cet outil n'est en effet pertinent que sur les entretiens retranscrits mot à mot.

**Tableau 13 : Relevé des mots les plus cités**

Mots	Entretien 1	Entretien 2	Total
Equipe	20	15	35
Direction	15	9	24
Projet	11	13	24
Changement	2	16	18
Difficulté, difficile	5	8	17
Personnel	16	0	16
Réunion	8	6	14
Cadre de santé	6	7	13
Accompagnement	4	6	10
Ets, institution	5	5	10
Dysfonctionnement	4	5	9

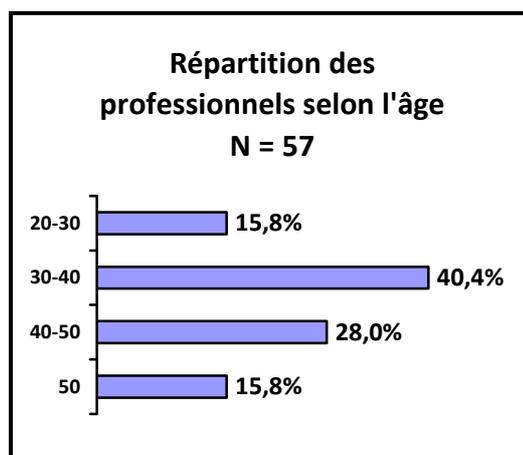
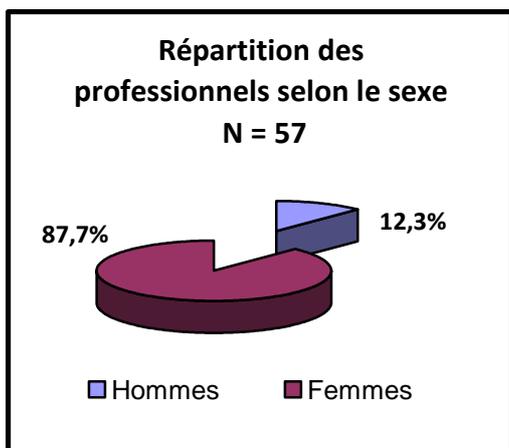
Les mots les plus utilisés sont les mots «Equipe », « Direction », « Projet ». Ceci met en évidence l'importance de ces trois éléments, ce qui indique indirectement les liens qui les unissent. Le cadre de santé est nommé par la suite. Sa faible apparition peut être liée au fait que les personnes interviewées sont des cadres de santé. Par ailleurs, la prédominance de l'utilisation du mot Direction par les cadres de santé sous entend que ceux-ci ne se considèrent pas intégrés à l'équipe de Direction. L'exploration du positionnement du cadre entre Direction et soignant aurait été intéressante. De même, je note que le mot résistance est cité deux fois. Au final, je constate que la notion de Direction et d'établissement sont prégnantes au cours de ces entretiens.

### 3.3.2 La synthèse des questionnaires auprès des soignants

Dans le cadre de cette étude, 110 questionnaires ont été distribués. Le nombre de questionnaires distribués a été adapté en fonction du nombre d'agents composant les services. 57 questionnaires (établissement 1 : 24 questionnaires, établissement 2, 25 et établissement 3, 8) ont été récupérés, ce qui génère un taux de retour de 51,8%. L'ensemble des questionnaires a pu être exploité. Le dépouillement est réalisé à l'issue de l'enquête et après la réalisation des entretiens. Afin de respecter l'anonymat, les questions sont traitées globalement et non par établissement<sup>85</sup>. Néanmoins, certaines données significatives par établissement pourront être exploitées au vu de l'intérêt qu'elles suscitent pour l'analyse.

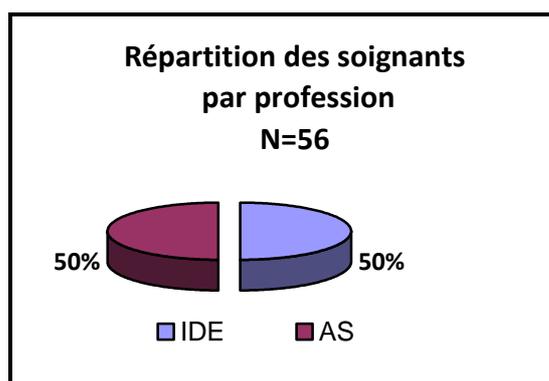
<sup>85</sup> Cf. annexe VII : Compte rendu final du dépouillement des questionnaires.

❖ Question 1 : Vous êtes ?



Les femmes ont majoritairement répondu au questionnaire. Ceci est en lien avec la prédominance féminine des professions d'infirmier (88%) et d'aide-soignant. Ainsi, l'échantillon est en corrélation avec la représentativité nationale concernant le sexe<sup>86</sup>. En ce qui concerne la répartition par tranche d'âge, les 30-40 ans et les 40-50 ans sont les plus représentés (68,4%). Ces chiffres diffèrent légèrement de la tendance nationale où les 30-40 ans sont davantage présents et les 40-50 ans moins présents<sup>87</sup>. Néanmoins, ces chiffres s'en rapprochent globalement.

❖ Question 2 : Votre profession ?



Je constate un équilibre parfait entre les infirmiers et les aides-soignants. Par ailleurs, nous notons qu'une personne n'a pas répondu à cette question.

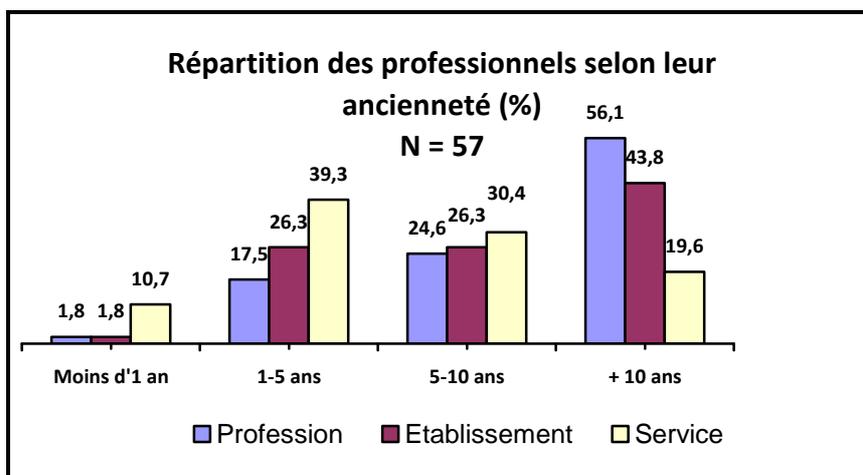
<sup>86</sup> DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. Etude et résultats. N° 759. 05/2011. Page 1. Disponible sur <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>> (consulté le 07/03/2013).

<sup>87</sup> Rapport sur l'état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers, DHOS, mai 2004, p 10. Disponible sur <[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal\\_dhos.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_dhos.pdf)> (consulté le 07/03/2013).

❖ Question 3 : Votre lieu d'exercice ?

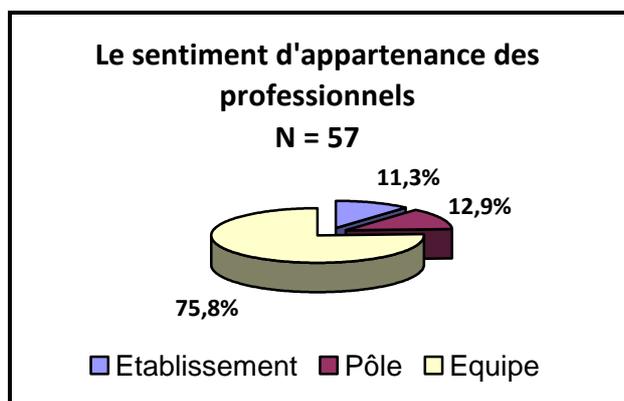
100% des personnes interrogées exercent dans un établissement public. Au vu des lieux de distribution des questionnaires, ce résultat ne pouvait être différent. Il l'aurait été s'il n'y avait pas eu de modifications sur les établissements enquêtés (par rapport à la première intention).

❖ Question 4 : Quelle est votre ancienneté dans la profession, dans l'établissement et dans le service ?



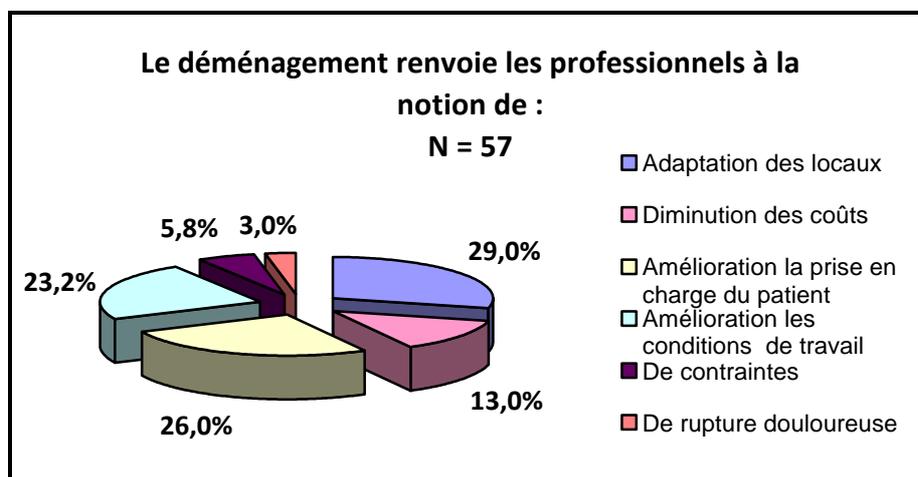
La majorité des soignants enquêtés exercent cette profession depuis plus de 10 ans. 52,6% d'entre eux comptent une ancienneté dans l'établissement entre 1 et 10 ans. La plupart des soignants enquêtés travaillent dans le service depuis plus d'un an et moins de 10 ans. Ce dernier chiffre est peut être en lien avec la notion de mobilité développée depuis quelques années dans les établissements de santé.

❖ Question 5 : Votre sentiment d'appartenance le plus fort se rapporte à ?



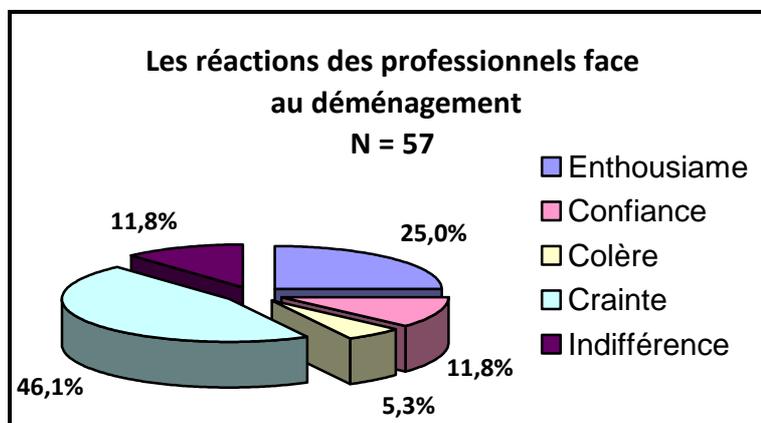
Sans appel, les soignants se réfèrent en premier à la notion d'équipe (75,8%). Lorsque l'établissement possède une organisation polaire, le sentiment d'appartenance au pôle arrive avant celle de l'établissement.

❖ Question 6 : Le déménagement dans un nouvel établissement, pour vous c'est ?



78,2% des enquêtés associent le déménagement à une intention positive qu'elle soit pour l'établissement (locaux), pour les soignants (conditions de travail) ou pour le patient. Néanmoins, il est à noter que l'amélioration de la prise en charge du patient n'apparaît en première intention, que dans la structure médico-sociale. Par ailleurs, 13% des agents lient, en première intention le déménagement à une notion économique. La répartition de ces idées ne varie pas en fonction de la profession.

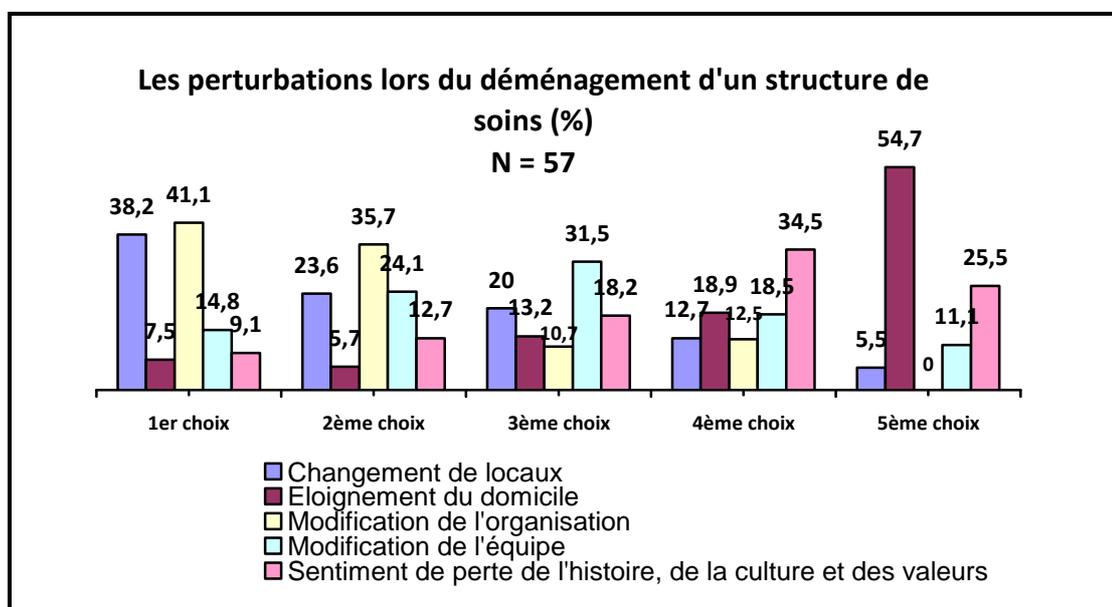
❖ Question 7 : Quelle est votre première réaction face au changement lié à un déménagement d'une structure de soins ?



Au vu des réponses à la question précédente, nous aurions pu penser que la majorité des réactions allaient être positives. Or, les réactions plutôt négatives (craintes, colère) sont les plus présentes (51,4%). Néanmoins, 25% estiment au global le déménagement comme enthousiasmant (60% dans l'établissement n°3) tandis que 11,8% sont indifférents face au processus de déménagement.

En effectuant un tri croisé en fonction des professions, je note que la crainte est plus élevée chez les IDE (50%) que chez les AS (42,1%). Par ailleurs, la crainte est plus soutenue que la tendance générale, chez les hommes (50%), tout comme l'enthousiasme qui se veut plus faible (12,5%).

❖ **Question 8** : Selon vous, quelles sont les perturbations les plus importantes lors d'un tel changement ?

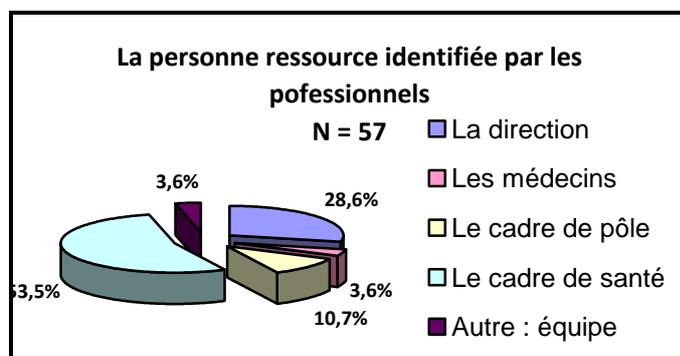


Le déménagement engendre, tout d'abord, pour les soignants, une nouvelle organisation sur le lieu de travail. Cette modification est davantage citée dans l'établissement n°2 (48%) et n°3 (87,5%). La deuxième modification la plus prédominante mise en exergue par les soignants est l'intégration de nouveaux locaux. Concernant le sentiment de perte de repères, il n'est évoqué que dans les derniers choix, tout comme l'éloignement du domicile. Cependant, ce dernier est à nuancer. En effet, un établissement a déménagé sur le même site tandis que les deux autres se situent à proximité du précédent établissement (moins de 5 kms).

Les réponses à cette question peuvent être variables en fonction de l'ancienneté des agents dans la profession. Si les 1-10 ans identifient le changement de locaux et la

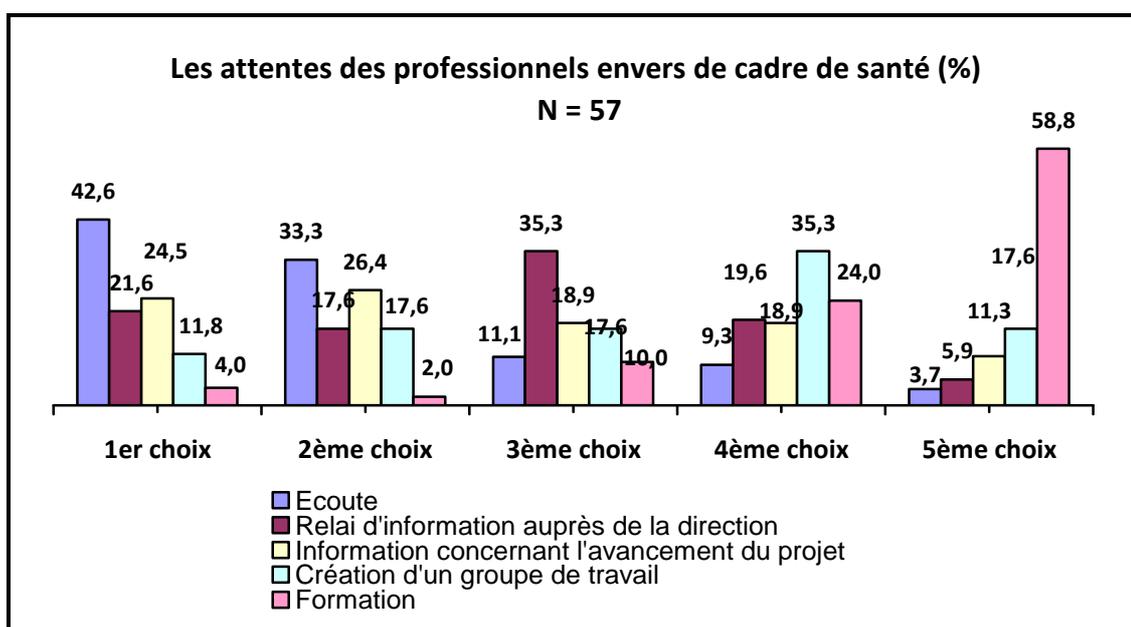
modification de l'organisation comme étant les perturbations les plus importantes, les plus de 10 ans mettent eux en avant, la modification de l'organisation avant celle des locaux.

- ❖ Question 9 : Quelle personne identifiez-vous comme la personne ressource au cours de ce projet ?



Au cours de ce projet, le cadre de santé est nommé globalement comme étant la personne ressource auprès des soignants (53,5%). Mais, lorsque l'on croise cette donnée avec la profession, des disparités sont palpables. Les AS identifient la Direction comme personne-ressource à 40,7% puis le cadre de santé (33,3%). A contrario, le cadre de santé est considéré comme la personne ressource pour 72,4 % des IDE. D'autre part, dans l'établissement n°3, la Direction est identifiée comme telle dans 85,7% des cas.

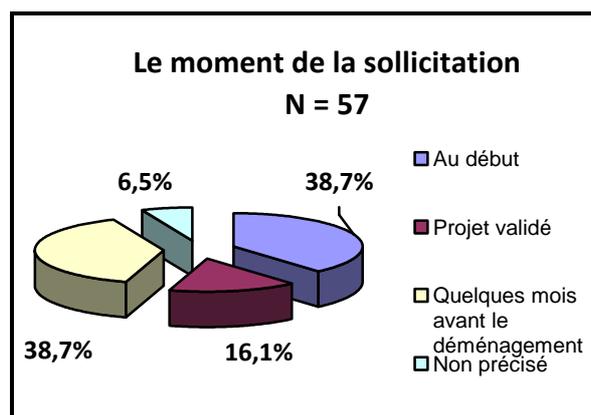
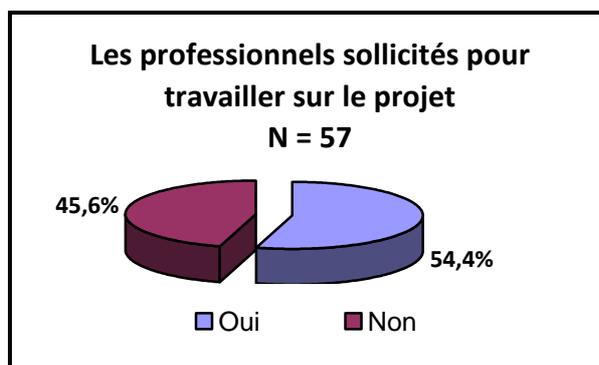
- ❖ Question 10 : Quelles sont vos attentes envers le cadre de santé au cours d'un projet de déménagement de structure ?



L'écoute est l'attente principale des agents envers le cadre de proximité. Celle-ci est plus importante chez les AS (53,6%) que chez les IDE (30,6%). Certains agents évoquent en lien avec celle-ci la notion de disponibilité. Dans un deuxième temps, la notion de transmission d'information est mise en exergue au niveau global, alors qu'elle est la première attente nommée par les infirmiers (48,5%). Celle-ci concerne l'avancement du projet mais aussi la transmission des informations auprès de la Direction. De même, si l'information est la principale attente chez les hommes (71,6%), l'écoute est marquée comme prioritaire chez les femmes (44,7%).

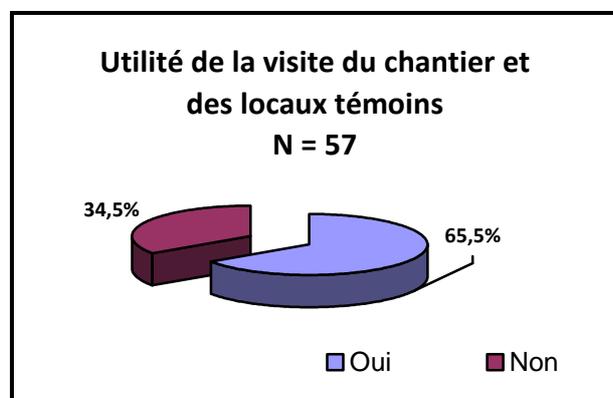
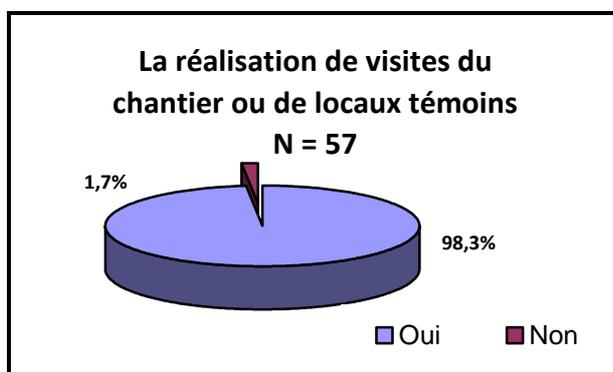
Enfin, la création de groupe de travail dans le cadre du déménagement n'est pas une des attentes principales des agents envers le cadre de santé. Il en est de même dans le domaine de la formation.

❖ Question 11 : Avez-vous été sollicité pour travailler sur le projet du déménagement ?



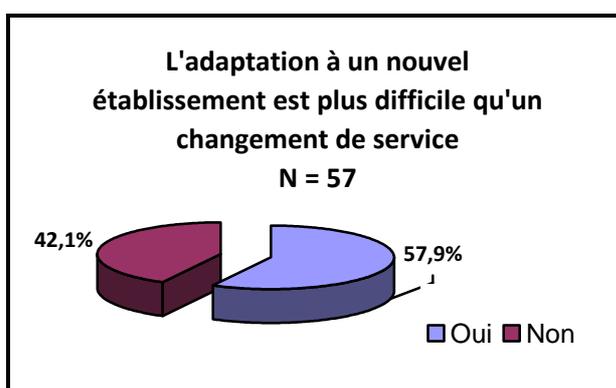
54,4% des soignants ont été sollicités pour travailler sur le projet. Seul 36% estiment avoir été consultés dans l'établissement n°2. J'observe que cette sollicitation s'effectue autant en début de projet que quelques temps en amont du déménagement.

- ❖ Question 12 : Des visites de chantier et/ou des locaux témoins ont-elles été mises en place ?



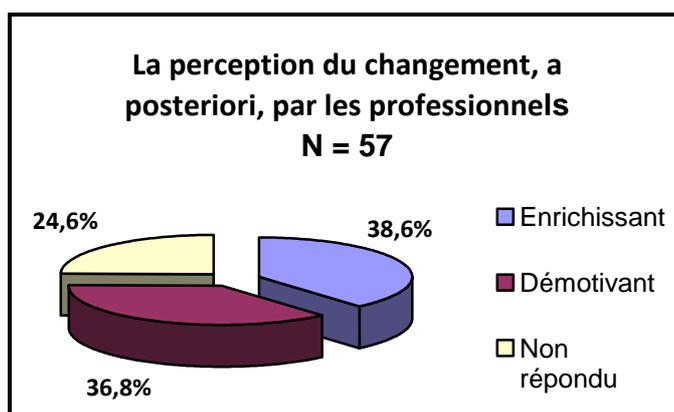
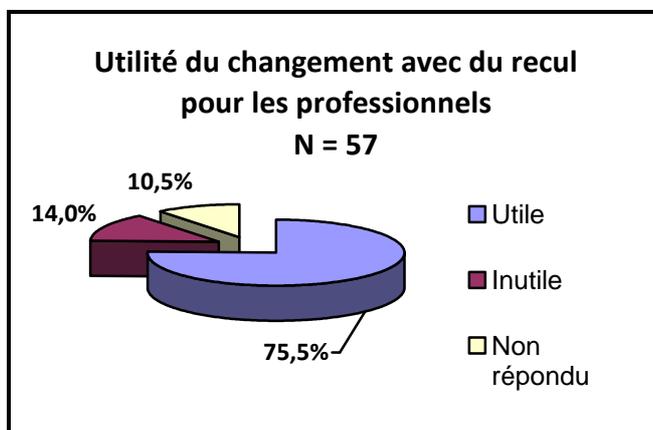
Au vu des résultats obtenus, nous pouvons considérer que des visites de chantiers et/ou des locaux témoins ont été mis en place dans les trois établissements. Néanmoins, 34,5% des agents considèrent que celles-ci n'ont pas été bénéfiques. Ce pourcentage de non-utilité s'élève à 56,5% dans l'établissement n°2.

- ❖ Question 13 : Pensez-vous que l'adaptation à un nouvel établissement (dans le cadre d'un déménagement) soit plus difficile qu'un changement de service ?



Même si la différence n'est pas très importante, la plupart des personnes enquêtées (57,9%) considèrent que l'adaptation à un nouvel établissement est plus difficile qu'un changement de service. Mais, ils sont 58,1 % à penser le contraire au sein de l'établissement n°1. Il est mis en évidence la notion de changement collectif. Certains identifient celui-ci comme un atout car, tous les acteurs sont confrontés aux mêmes difficultés, ce qui facilite la compréhension. Par ailleurs, d'autres agents sont moins déstabilisés par un changement de service car, de nombreuses personnes ressources habituées sont présentes. Enfin, la difficulté d'orientation, en lien avec le déménagement, est évoquée comme une difficulté supplémentaire dans plusieurs questionnaires.

❖ Question 14 : Aujourd'hui, vous considérez que ce changement était ?



A postériori, le déménagement est considéré comme utile pour 64% des AS et 85,7% des IDE. Cette satisfaction semble plus importante chez les hommes (85,7%) que chez les femmes (74%). D'un autre côté, celui-ci est jugé globalement enrichissant dans les établissements n°1 et n°3 tandis qu'il est jugé démotivant à 68% dans l'établissement

n<sup>o</sup>2. Cette dernière notion est à nuancer, car, 24,6 % des agents n'ont pas répondu à cette deuxième question.

❖ Zone de libre expression :

De nombreux commentaires ont été inscrits dans cette zone. La notion la plus reprise est le lien entre le déménagement et le nombre de personnels. Un sentiment (réel ou perçu) d'augmentation de la charge de travail dans le nouvel établissement est mis en exergue sans qu'il y ait eu augmentation de personnel. D'autre part, il est indiqué la concertation avec le personnel. Celle-ci a été organisée pour l'aménagement des locaux et matériel mais globalement non respectée, ce qui ne fait qu'augmenter la colère des professionnels de cet établissement.

### 3.3.3 L'exploitation de l'ensemble des données

Après avoir mis en lien les données récoltées dans les questionnaires et lors des entretiens, différents éléments peuvent être mis en lumière. Les informations transmises par les agents rejoignent le point de vue du cadre de santé

Tout d'abord, le déménagement d'une structure renvoie, dans un premier temps, à une modification de l'organisation, des locaux, des méthodes de travail et des outils. Le sentiment de perte de l'histoire, de la culture et des valeurs est peu évoqué. Néanmoins, je m'interroge : est-ce parce que celui-ci n'est pas important ou parce qu'il n'est pas identifié comme tel ? Dès l'annonce du projet, la perception de celui-ci, par les soignants est très disparate entre les établissements. Pour quelles raisons ? Le contexte économique de l'établissement, la culture, l'absence de projet écrit ? Face à l'annonce d'un tel projet, la peur de la nouveauté est mise en évidence de manière unanime. Néanmoins, celle-ci s'associe la plupart du temps à une notion positive en lien avec l'amélioration des locaux et des conditions de travail. Par ailleurs, **le nombre de changement intervenant concomitamment avec le déménagement a également une incidence sur le ressenti des équipes**. Plus les changements sont nombreux, plus les difficultés sont exprimées, plus les résistances sont fortes, point de vue exprimé tant par les cadres de santé que par les agents. D'autre part, lorsque le déménagement est associé à une diminution du personnel (ou augmentation de la charge de travail), les équipes se sentent trahies. Le déménagement est alors mal vécu par les équipes mais met aussi en difficulté le cadre de santé.

Au vu des différentes modalités de concertation mises en place, je peux constater que **le changement de structure est mieux vécu lorsque les agents sont associés, dès le début de la démarche**. Celle-ci doit être impulsée par la Direction et relayée par les cadres de santé. En effet, le cadre de santé seul, ne peut mettre en place cette concertation car, il risque rapidement de se trouver en difficultés, faute de posséder l'ensemble des éléments du projet. Par ailleurs, les agents n'attendent pas du cadre la mise en place de groupe de travail. Je peux alors penser que cette attente est envers la Direction. De plus, la taille de la structure est, à mon sens, une variable importante dans la conduite du projet ; les facteurs se répercutent aussi sur la concertation avec les agents. Ce, pour deux raisons : d'une part, une petite structure facilite les échanges entre les membres du personnel et, d'autre part, la proximité entre la Direction, l'encadrement et les agents est plus importante. Elle est l'atout dans cette démarche projet.

Enfin, le cadre de santé est identifié, dans le processus de déménagement, comme cadre de proximité tant par les agents, par le cadre lui-même que par la Direction. Cette notion est à relier au fort sentiment d'appartenance du soignant à la notion d'équipe. Ainsi, **le cadre de santé est reconnu majoritairement comme une personne ressource** par les équipes, ce dont il a conscience : rôle d'écoute, d'information..... Il a un rôle d'accompagnement tout au long du processus. Par ailleurs, je constate qu'aucun cadre de santé n'a participé à une formation. Au vu de l'ampleur et de la complexité d'un projet de déménagement, je m'interroge sur la capacité d'accomplir ce dernier sans formation spécifique sur le sujet. Cette dernière apporte, à mon sens, une plus-value non négligeable au vu des enjeux qui en découlent.

### 3.3.4 Les limites de la méthodologie et des outils utilisés

L'enquête de terrain m'a permis de collecter de nombreuses informations fiables et exploitables. Avec les éléments recueillis, une synthèse a pu être réalisée, mettant en avant des points importants concernant le déménagement d'une structure de soins. Néanmoins, plusieurs limites peuvent être mises en exergue dans cette étude.

Tout d'abord, les établissements enquêtés relevaient tous du secteur public. Or, il aurait été intéressant, de confronter la perception de ce projet par les agents du secteur privé avec celle des agents du secteur public (notion recherchée initialement). Deuxièmement, il n'y a pas eu d'établissement enquêté en amont du déménagement. Ceci aurait permis de comparer les réponses entre un établissement en cours de projet et un établissement où le déménagement a déjà eu lieu (notion recherchée initialement).

D'autre part, le fait d'avoir choisi un établissement où étaient associés un déménagement et une fusion a rendu le travail plus complexe, le vécu et les difficultés liés au déménagement ou à la fusion étant peu dissociables.

Ensuite, concernant les questionnaires, l'éloignement de certaines structures a ajouté quelques difficultés concernant le suivi de la distribution des questionnaires. Sur le contenu de ceux-ci, au vu de la modification des établissements enquêtés initialement, la question 3 aurait pu être supprimée. En effet, celle-ci n'apporte aucun élément nouveau. Mais, certains questionnaires étant déjà distribués, j'ai fait le choix de ne pas les modifier. Par ailleurs, lors de la synthèse des éléments, je me suis aperçu qu'il aurait été judicieux de demander aux agents s'ils s'étaient impliqués activement dans ce projet (groupe de travail, réunion...). Cet élément aurait pu être mis en lien avec le nombre de personnes sollicités, mettant alors en évidence la volonté des acteurs de s'associer au projet. De plus, au vu du fort taux de non réponse (42.2 %) à la deuxième partie de la question 14, je me questionne sur le libellé de celle-ci ou sur la présentation des réponses possibles. Dès lors, il est indéniable que les questions contiennent des zones d'interprétations individuelles.

Enfin, lors des entretiens, j'ai été en difficulté face à l'utilisation de la grille d'entretien. Ecouter activement les propos du cadre de santé et me référer régulièrement au guide a été difficile. Avec le recul, je pense que cette grille contenait trop de questions en regard du temps imparti pour l'entretien. De plus, il aurait été pertinent de questionner les cadres de santé sur la composition de leur équipe (nombre, professions), élément qui peut avoir un impact dans l'accompagnement d'une équipe au cours d'un projet de changement. Cependant, une de mes satisfactions est d'avoir globalement respecté la durée initialement prévue de l'entretien.

## 4 L'ANALYSE

L'analyse a pour objectif de mettre en parallèle les données issues du cadre conceptuel et les informations recueillies au cours de l'enquête de terrain. Ainsi, plusieurs éléments peuvent être mis en évidence :

- **la perception du changement ;**
- **l'implication des acteurs ;**
- **la place du cadre de santé.**

### 4.1 La perception du changement

Dans le cadre conceptuel, j'ai mis en évidence la notion de déséquilibre, d'inconfort et de perte des acquis résultant d'un changement de structure de soins. Cette notion est en effet présente lors de l'enquête réalisée. Le sentiment de crainte est majoritairement cité, ceci en lien avec le processus de déménagement. Elle est néanmoins majorée lorsque les acteurs ne sont pas impliqués dans la démarche projet ou lorsque différents changements ont lieu en même temps. Or, depuis plusieurs années, les réformes et donc les changements, se réalisent en continu dans le domaine de la santé. **La définition d'un projet écrit, sa communication semble être primordiale afin de permettre à l'individu sa projection dans le nouvel environnement.**

Les cadres de santé et les agents s'accordent à dire que cette période de transition est douloureuse. Mais, ils relatent aussi l'utilité du projet en indiquant globalement, que celui-ci a amélioré les conditions de prises en charge et de travail. En effet, même si le déménagement est anticipé, tous les éléments ne peuvent être pris en compte, certains aléas étant non prévisibles. Il est donc important, lors de la conduite du changement, comme le stipule Kurt LEWIN de ne pas occulter les risques qui peuvent émerger. Il est également nécessaire de laisser du temps aux agents, afin qu'ils s'approprient les nouveaux locaux, les nouvelles organisations. Le processus de deuil, mis en évidence dans le cadre conceptuel prend ici toute son importance. Je note que ce processus semble plus rapide dans les établissements où le déménagement a été préparé avec les soignants. De plus tant que celui-ci n'est pas terminé, il est impossible d'évaluer le déménagement de la structure de soins. Qui plus est, les soignants, dans ce cas, peuvent difficilement mettre en relief les points positifs et se focalisent davantage sur les points négatifs. L'évaluation de ce projet, bien que difficile semble néanmoins obligatoire. Par ailleurs, l'appropriation de l'organisation établie dans la nouvelle structure

s'avère également difficile lorsque l'effectif soignant est modifié. Dans cette situation, le changement est en effet mal perçu, créant de nombreuses résistances. Comme je l'ai indiqué précédemment, les résistances aux changements sont inévitables et nécessaires lors d'un processus de changement. Elles permettent aux agents d'exprimer leurs ressentis et de nourrir la réflexion. Néanmoins, il me paraît indispensable que celles-ci s'estompent au fur et à mesure de l'avancement du projet. Si celles-ci perdurent, s'intensifient et sont collectives, elles deviennent dans ce cas délétères, aboutissant la plupart du temps à un conflit.

Dans le cadre de l'enquête effectuée, les notions de culture, d'identité (en rapport avec l'établissement) sont peu évoquées comme élément en lien avec le changement d'établissement. *A contrario*, la notion de repères au cadre de santé pour l'accompagnement dans ce projet et à l'équipe, comme sentiment d'appartenance, sont cités. Ainsi, j'envisage deux possibilités : la première étant que le soignant renvoie l'identité professionnelle uniquement à la notion d'équipe, entité organisationnelle la plus petite dans l'établissement. L'expression cadre de proximité prend alors sens ici. La deuxième étant que cette notion d'identité, d'histoire professionnelle n'est pas reconnue comme telle par le soignant (en lien avec la perte des repères). Pourtant, je pense que celles-ci sont bien présentes, surtout dans le domaine de la santé et des soins. Le lien avec les raisons qui amènent à exercer cette profession est ici à questionner.

De même, au cours de la recherche documentaire, j'ai mis en évidence le lien qui peut exister entre l'ancienneté et l'acceptation du changement. Ainsi, j'indique que l'ancienneté peut être source de résistance. Or, suite à l'enquête, je m'aperçois qu'il s'agit ici d'une simple représentation. En effet, en regard des questionnaires, ce sont les plus de 50 ans qui sont les plus enthousiastes face au projet de changement. Par ailleurs, la génération « *fuchsia* », génération de la mobilité pourtant, exprime de fortes craintes devant ce projet. Dès lors, je prends conscience que **le vécu du changement et les attentes sont variables en fonction du sexe, de l'âge et de la profession. Mais, il reste surtout très dépendant à la personne.** Le cadre de santé devra prendre en considération cet élément afin d'accompagner de manière optimale l'individu dans ce projet de déménagement.

## 4.2 L'implication des acteurs

Dès le début d'un projet de déménagement, les décisions sont prises par la Direction de l'établissement. Ceci est logique en regard du pouvoir de décision qu'elle

détient. Néanmoins, l'association des employés dans le projet est primordiale. En effet, j'ai mis en évidence précédemment que l'approche endogène du changement était, la plupart du temps, mieux vécue que l'approche exogène, facilitant ainsi l'acceptation du projet. Dès lors, quand le pouvoir exercé par la Direction est important, le changement est plus difficile. Dans ce cas, la concertation est peu développée dans la conduite du projet, entraînant par conséquent, un déménagement vécu de manière plus douloureuse et démotivante. L'enquête de terrain a consolidé cette idée. En effet, le déménagement de structure a été mieux perçu, les résistances limitées dans les structures où les agents ont été associés. Lorsque cette association a lieu dès le début du projet, les résultats sont encore plus probants.

Plusieurs outils de communication et de concertation ont été instaurés, de manières disparates selon les établissements. Tout d'abord, la mise en place de groupe de travail. **Le groupe de travail permet l'expression des différents points de vue et d'entériner une décision collective**, éléments importants dans la phase de déplacement comme l'indique Kurt LEWIN. L'utilisation de groupe restreint, outil indispensable dans une telle démarche, amène à différentes réflexions : les modalités de constitution de ceux-ci, les sujets qui y sont traités. L'étude réalisée a montré les atouts de ces groupes dans la réflexion, l'association de l'équipe, en présentant toutefois les limites. En effet, j'ai pu constater que, parfois, certains sujets n'étaient pas évoqués dans le groupe de travail alors qu'il aurait toute sa place. Cette démarche est, à mon sens, dans ce cas contre-productive. Les sentiments de concertation et d'authenticité s'en trouvent bafoués. Ensuite, la communication des plans et les visites de chantiers s'avèrent être, également, des outils pertinents. Ceux-ci permettent aux professionnels de se projeter dans le nouvel établissement, d'imaginer la future organisation. De cette projection découlent également des remarques qu'il est important de prendre en compte dans la mesure du possible. Les échanges sont alors sources de motivations comme l'indique Abraham MASLOW. Ainsi, la concertation, la démocratie participative sont de merveilleux outils sitant est que la volonté soit sincère, la relation authentique et que les remarques soient prises en considération. Dans le cas contraire, cette démarche devient, mal perçue, contre-productive et est assurément source de résistances.

Au vu du sentiment d'appartenance des soignants à la notion d'équipe et à l'identification du cadre de santé comme personne-ressource dans ce projet, je pensais que la constitution d'un groupe de travail était une attente de l'équipe, vis-à-vis du cadre de santé. Or, l'enquête de terrain a démontré que cela n'était pas le cas. Ainsi, je pense maintenant que la mise en place de ces groupes doit provenir de la Direction. C'est, en

effet, elle qui dispose de l'ensemble des informations concernant le projet. La Direction détient alors le pouvoir de divulguer ou non l'information, que ce soit aux médecins, aux cadres de santé ou aux soignants.

En définitive, **l'implication des acteurs a une réelle répercussion sur le vécu du changement et sur la motivation au travail.** Comme je l'ai relevé dans le cadre conceptuel, la perte des repères et de valeurs est source de démotivation chez le salarié. Hors, c'est le contraire de ce qui est nécessaire lors d'un déménagement d'une structure de soins. Tous les employés de l'établissement sont obligatoirement plus sollicités en amont, pendant et après le déménagement. Une charge de travail supplémentaire ainsi que des efforts leurs sont demandés. Dès lors, il est plus facile pour ceux-ci de faire ces efforts lorsqu'ils ont été associés au projet et qu'ils se sentent impliqués dans celui-ci.

### 4.3 La place du cadre de santé auprès des équipes

Le cadre de santé est le représentant de la hiérarchie au plus près des soignants. En regard de l'historique de la profession de cadre de santé, il est nécessaire de ne pas omettre le côté soignant de celui-ci. Dès lors, **la place du cadre de santé est prépondérante lors de l'accompagnement des équipes vers une nouvelle structure. Ainsi, il est identifié, de manière globale, comme la personne ressource au cours de ce projet.** Néanmoins, en fonction de la profession et de la dimension de l'établissement (petite structure), la Direction peut être nommée comme personne ressource.

Les 5 rôles du cadre (Henri FAYOL), mis en exergue dans le cadre conceptuel sont transposables dans le processus de déménagement. Ils nécessitent, de la part du manager, une adaptation du type de management en fonction de ceux-ci :

- prévoir : anticiper les besoins en personnels, en matériel, en locaux ;
- organiser : les nouvelles méthodes de travail, groupe de travail dans le service ; transmettre l'information ;
- décider : décider parfois pour les équipes car, il possède plus d'informations ; trancher ;
- motiver : impliquer les équipes dans la concertation, soutenir devant les difficultés ;
- évaluer : les difficultés rencontrées, transmettre l'information.

Au cours de l'enquête de terrain, les soignants ont exprimé leurs attentes envers le cadre de santé. L'écoute est celle qui revient le plus fréquemment. En parallèle, il s'agit

également d'une notion identifiée comme cruciale par le cadre de santé. Nous pouvons penser que le cadre de proximité est le plus à même d'écouter le soignant car, celui-ci connaît son parcours, ses compétences, sa perception du changement, son positionnement dans le service. Le cadre de santé «*doit passer par une analyse des réactions psychologiques de chaque individu*»<sup>88</sup>. Ainsi, au travers de cet exemple, je constate que les attentes des soignants vis-à-vis du cadre de santé et le rôle que ces derniers souhaitent tenir sont en corrélation. La transmission de l'information est la deuxième attente des soignants, rôle qui revient au cadre de santé<sup>89</sup>. Cette notion rejoint les rôles de diffuseur et d'agent de liaison identifiés par Henri MINTZBERG<sup>90</sup> et la notion de marginal sécant, mise en évidence par Michel CROZIER<sup>91</sup>. Une difficulté est néanmoins présente lorsque les cadres de santé ne disposent pas de l'ensemble des informations concernant le projet. *A contrario*, quand la Direction s'associe au cadre de santé pour mener à bien le projet, le sentiment des soignants est d'autant plus positif.

Auparavant, j'ai mis en exergue que la mise en place de groupe de travail n'était pas une des premières attentes des soignants envers le cadre de santé. La démarche projet, initiée au niveau institutionnel nécessite, pourtant, en parallèle la mise en place d'une réflexion au sein de l'équipe, pour les problèmes ou les sujets qui lui sont propres. De même, en aval du projet, la mise en place d'un lieu d'expression permettra aux agents de transmettre leurs ressentis, leurs opinions... En effet, les agents confieront plus facilement leurs craintes, leurs satisfactions au cadre de santé qu'aux membres de la Direction. Cette notion de proximité est encore, ici, à mettre en évidence. Parallèlement, le cadre de santé doit identifier les individus pour qui le changement est intéressant, afin de s'appuyer sur ceux-ci et impulser une dynamique de groupe. En effet, la dynamique émerge la plupart du temps de l'intérieur<sup>92</sup>.

Pour terminer, l'accompagnement d'une équipe dans une démarche projet est un sujet abordé au cours des études en IFCS. Il s'agit d'une approche rapide, globale et non spécifique au déménagement d'une structure de soins. Au cours des entretiens avec les cadres de santé, j'ai observé qu'aucun des trois cadres de santé n'avait participé à une formation sur l'accompagnement au déménagement d'une structure de soins. Or, au vu

---

<sup>88</sup> ABIKHZER Karine. La quête d'une nouvelle identité des professionnels de santé. *Soins cadres*, 02/2013, n° 85, pp 49-52.

<sup>89</sup> Cf. annexe VIII : Fiche métier de la fonction publique hospitalière : cadre unité de soins.

<sup>90</sup> MINTZBERG Henri. *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2006, p 103.

<sup>91</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, p 351.

<sup>92</sup> TOMÉ-GERTHEINRICHS Elisabeth, HASSENTEUFEL Patrick. Conférence MBA Santé. *Surmonter les obstacles au changement dans le secteur de la santé : outils d'analyse et retours d'expérience*. 14 mars 2013, Université Paris-Dauphine.

de l'ampleur du projet et des conséquences liées à la conduite de ce projet, il me paraît nécessaire que celle-ci soit dispensée sur ce sujet. Grâce à l'apport de connaissances, à l'analyse de projet déjà réalisés, le cheminement avec l'équipe dans ce projet ne peut s'en trouver que facilité.

#### 4.4 Les limites de la confirmation de l'hypothèse

Suite à l'étude des concepts et à l'enquête de terrain réalisées, il convient maintenant de confronter cette analyse à l'hypothèse suivante, hypothèse formulée au début de ce mémoire :

**L'accompagnement par le cadre de santé est crucial afin de limiter la perte des repères de l'équipe lors d'un déménagement**

Au vu des éléments indiqués précédemment, la place du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes lors du déménagement d'une structure de soins ne peut être remise en cause. Sa place est identifiée comme cruciale, que ce soit du point de vue de la Direction, des soignants ou du cadre lui-même. Celui-ci facilite, en effet, l'appropriation du projet par les agents, organise la concertation et est un véritable vecteur de communication qu'elle soit ascendante ou descendante.

Néanmoins, le cadre de santé est plutôt acteur qu'instigateur concernant les modalités de concertations des agents. En effet, au vu de la dimension institutionnelle du projet, cette démarche doit être initiée par la Direction. Le cadre de santé, par la suite en sera le relais auprès des agents, de part sa proximité avec l'équipe soignante. Dès lors, si la place du cadre de santé est importante dans ce type de projet, celle-ci ne peut être dissociée de la démarche institutionnelle mise en place par la Direction. Cependant, ceci fait naître une interrogation : le cadre de santé ne fait-il pas partie de la Direction ? Cette réflexion autour du positionnement du cadre de santé, dans l'encadrement, serait intéressante et pourrait être explorée dans le cadre d'un nouveau travail de recherche.

## 5 MES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

Au cours de la réalisation de ce mémoire, j'ai pu appréhender différents aspects du travail de cadre de santé, ceci en lien avec mon expérience professionnelle, les apports théoriques universitaires et ceux délivrés à l'IFCS. Par ailleurs, cette année de formation m'a permis, en prenant du recul, d'**analyser ma pratique professionnelle**. Il s'agit aussi d'**une expérience humaine riche** de part les notions de groupe et de travail collectif desquelles découlent, les capacités d'écoute de l'autre, d'entraide et de soutien. D'autre part, la réalisation des stages a permis de découvrir une diversité de pratiques d'encadrement en fonction des lieux et des spécificités de ceux-ci. Enfin, la réalisation de rapports de stages a abouti sur le développement des capacités d'analyse et des capacités rédactionnelles.

Avant d'évoquer mes attentes professionnelles, il me paraît pertinent de donner, en quelques mots, ma vision personnelle de la conception du métier de cadre de santé. Le cadre de santé est responsable de l'exécution et de la qualité des soins. Il assure totalement la continuité et la sécurité de ceux-ci. Je souhaite amener le personnel de l'équipe à réaliser des soins de qualité en respectant la législation, les protocoles institutionnels ; l'objectif étant la satisfaction du patient. Je souhaite développer une culture de la qualité auprès des soignants du service. Pour améliorer les pratiques professionnelles, la formation est un outil essentiel. Ces formations sont nécessaires, indispensables, pour mettre à jour ses connaissances théoriques, découvrir de nouvelles techniques ou de nouveaux matériels. Le transfert de ces connaissances à l'ensemble de l'équipe est un mode de formation qui permet l'évolution des pratiques dans le service. De plus, je pense également que le cadre de santé doit avoir une réflexion afin de recentrer les différents professionnels du service vers leur cœur de métier.

Le cadre de santé est fédérateur ; il implique les acteurs pour participer aux groupes de travail afin de rédiger des procédures de soins, de réaliser des audits, d'analyser les pratiques... L'implication de l'équipe est primordiale pour s'assurer que ces protocoles sont en adéquation avec la réalité «du terrain». Ils doivent être en accord avec le projet de soins de l'établissement. De plus, donner des responsabilités aux professionnels leur permet d'être investis dans la vie du service et d'être la référence en ce domaine. Néanmoins, le cadre de santé ne doit pas oublier son rôle de contrôle. Dès lors, il tend à amener les professionnels à prendre plaisir à travailler ou à avoir des satisfactions au travail malgré le contexte social et économique actuel.

Néanmoins, il est impératif pour le cadre de santé de se positionner professionnellement et d'assumer ses responsabilités en imposant parfois des décisions. En effet, la gestion d'une équipe n'est pas toujours dans le mode participatif. Lorsque cela est nécessaire, il prend conseil auprès du cadre supérieur ou d'autres cadres de santé. Ceci n'est pas une faiblesse mais une mobilisation des ressources. Il organise aussi des réunions régulières pour faciliter le dialogue entre les équipes médicales et paramédicales et permet de trouver, ainsi, la solution la plus appropriée aux problèmes rencontrés en tenant compte des contraintes de chacun. Il participe aux staffs réalisés dans le service. Ceux-ci lui permettent de percevoir la qualité de la prise en soin réalisée par les membres de l'équipe et de prendre conscience de certains dysfonctionnements.

Enfin, pour moi, le cadre de santé est responsable de la qualité de l'encadrement lors de l'accueil des stagiaires. Il veille au bon déroulement du stage et nomme des référents pour chaque étudiant. Par ailleurs, le cadre de santé relaie les décisions prises par l'établissement. Il informe le personnel en diffusant les notes de service, en s'assurant de leur mise en œuvre. Il fait remonter au cadre supérieur et à la Direction des soins, les préoccupations et les difficultés rencontrées par l'équipe. Enfin, je souhaite poursuivre ma participation aux groupes de réflexion et continuer mon investissement dans l'établissement en participant aux différentes instances.

Ces différents éléments exposés, je m'aperçois que ceux-ci rejoignent les missions qui sont attendues du cadre de santé lors du déménagement d'une structure de soins. En complément de ces éléments, il me semble important de mettre en évidence les différentes valeurs qui me paraissent indispensables pour assumer ce rôle, valeurs auxquelles je tiens : respect, responsabilité, humanité.

La formation à l'IFCS et à l'université s'achevant prochainement, le retour dans l'établissement de soins auquel j'appartiens se précise. A ce jour, je ne dispose pas du nom ni de la spécialité ni du service dans lequel je serai affecté. Pour ma part, je n'ai pas de préférence particulière hormis le fait d'être affecté dans un autre secteur que celui dans lequel j'ai exercé en tant que faisant fonction cadre de santé. J'ai toujours considéré, en tant qu'infirmier, que la diversité des lieux d'exercices était une richesse pour le professionnel mais également pour l'établissement. Ma réflexion sur ce point est identique concernant le métier de cadre de santé. En regard du travail effectué dans le cadre du mémoire, je souhaiterai exercer dans un service de soins qui sera amené à déménager, à moyen terme. Je pourrai alors mettre en pratique les éléments contenus dans ce mémoire, les confronter à nouveaux avec les éléments recueillis.

Accompagner une équipe vers un nouvel établissement sera également l'occasion de faire partager, à mes collègues cadres de santé le travail effectué. Par ailleurs, j'envisage également de publier sur ce sujet afin de partager cette recherche avec mes pairs, même si celle-ci est loin d'être exhaustive. Je suis intimement persuadé que les professionnels de santé doivent communiquer sur leur pratique professionnelle. En effet, de multiples travaux sont réalisés dans les structures de soins, travaux dont les conclusions sont applicables à d'autres structures. Mais, pour cela, faut-il que les autres structures en aient connaissance.

Enfin, afin d'approfondir et de développer mes connaissances et mes compétences professionnelles, je souhaite, dans le prolongement du master I, réaliser un master II « Management des organisations soignantes », ceci dès la rentrée 2014. Les apports dispensés dans le cadre de ce master me permettront de m'approprier davantage la méthodologie de la conduite de projet, notion qui s'avère très utile, entre autre, dans le cadre de l'accompagnement des équipes vers le déménagement d'une structure de soins. De plus, celui-ci me permettra d'appréhender différemment le métier de cadre de santé en y donnant davantage une dimension polaire et institutionnelle.

## CONCLUSION

La société actuelle est en pleine évolution, en pleine mouvance et connaît de nombreux changements. Ceux-ci font maintenant partie intégrante de la vie de l'individu. Dès lors, nous pouvons constater une certaine banalisation du mot changement avec comme danger d'oublier les risques et attentes qui en découlent. Le domaine de la santé n'est pas épargné par ces modifications, il s'agit d'un secteur en pleine mutation. Ces évolutions concernent les politiques de santé, les organisations sanitaires mais aussi les acteurs de santé. Le déménagement d'une structure de soins est un projet qui doit prendre en considération ces différentes dimensions. En effet, cette démarche de reconstruction a, la plupart du temps, pour point de départ, la nécessité d'adapter les locaux afin de dispenser des soins de qualité, ceci de manière efficiente. Or, si l'institution est garante de la qualité des soins, le cadre de santé l'est également dans le service dont il est responsable.

Le cadre de santé, appelé justement cadre de proximité, est le représentant hiérarchique au plus près des soignants. Ainsi, celui-ci possède une place importante dans la démarche projet au vu d'un déménagement d'une structure de soins. De part cette proximité, il est le plus à même de recenser les attentes, les craintes des soignants tout en prenant en compte l'identité professionnelle des membres de l'équipe. En effet, si le professionnel de santé dispense une prise en soins individualisée 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. Sa place est donc cruciale, notion sur laquelle s'accordent Direction, soignants et cadres de santé. Néanmoins, le rôle du cadre de santé dans un tel processus ne peut être dissocié de la démarche projet établie au niveau institutionnel. C'est grâce à cette complémentarité que l'accompagnement des équipes pourra être effectué de manière la plus optimale, limitant ainsi les pertes de repères des soignants. Si le cadre de santé accompagne les équipes dans ce projet, si complexe soit-il, quel(s) acteur(s) accompagne(nt) le cadre de santé face aux différentes difficultés auxquelles il peut être confronté ? En effet, le déménagement dans une nouvelle structure n'est-il pas également source de changement pour le cadre de santé ?

En définitive, ce travail de recherche, partie intégrante de la pratique professionnelle, m'aura permis d'enrichir mes connaissances fondamentales en lien avec le métier de cadre de santé, ceci en y prenant progressivement du plaisir. La lecture est

un fabuleux outil qui permet de développer la réflexion et contribue ainsi à la construction de l'identité professionnelle. D'autre part, la réalisation de l'enquête de terrain a été source de rencontres et d'échanges riches avec des professionnels de différents horizons. Enfin, de nombreuses conversations constructives avec ma Directrice de mémoire, mes collègues d'établissement, mes collègues de l'IFCS ou sur les lieux de stages auront eu, pour point de départ, ce thème plus global au cœur du métier de manager, qu'est l'accompagnement des équipes de soins face au changement.

# BIBLIOGRAPHIE

## Textes législatifs

\* Loi n°2009-876 du 21/07/2009 portant réforme à H ôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009 p 12184. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>>.

\* Décret n°58-1-104 du 14/11/1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur, et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant. Journal officiel 19/11/1958.

\* Décret n°2012-1465 du 26 décembre 2012 modifiant le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843711>>.

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

## Rapports

\* DE SINGLY Chantal. Rapport *de la mission Cadres Hospitaliers*. MINISTERE DE LA SANTE ; septembre 2009. Disponible sur <[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf)>.

\* Rapport sur l'état des lieux et l'harmonisation des sources statistiques relatives aux infirmiers, DHOS, mai 2004. Disponible sur <[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal\\_dhos.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_dhos.pdf)>.

\* YAHIEL Michel et MOUNIER Céline. Rapport : *Quelle formation pour les cadres Hospitaliers*. Disponible sur <[www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf)>.

## Ouvrages

- \* ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. *Comportements humains et management*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Pearson education, 2009, 343 p.
- \* ANZIEU Didier, MARTIN Jean-Yves. *La dynamique des groupes restreints*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009, 397 p.
- \* AUBERT Nicole, GRUERE J.Pierre, JABES Jack et al. *Management : aspect humains et organisationnels*. 8<sup>ème</sup> éd. Paris : Puf, 2009, 656 p.
- \* BOURRET Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Paris : Seli Arslan, 2006, 288 p.
- \* COLLIERE Marie-Francoise. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Inter/Masson 1982, pp 23-150.
- \* COUDRAY Marie-Ange. *Le cadre soignant en éveil. La fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*. Paris : Seli Arslan, 2006, 220 p.
- \* CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977, pp 375-448.
- \* HANUS Michel. *Les deuils dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris : Maloine, 2006.
- \* HART Josette, LUCAS Sylvie. *Management Hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2003, 180 p.
- \* HEES Marc. *Le management : science, art, magie ?* Paris : Seli Arslan, 2000, pp 99-118.
- \* HUBINON Myriam. *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*. Bruxelles : De Boeck, 1998, 198 p.
- \* LAMBERT Jacques. *Le management intergénérationnel*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009, 269 p.

- \* MASLOW Abraham. *Devenir le meilleur de soi-même. Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*. Paris : Eyrolles, 2008, pp 57-68.
- \* MINTZBERG Henri. *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Editions d'organisation, 2006, 383 pages.
- \* QUIVY Raymond, CAMPENHOUDT Luc Van. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3<sup>ème</sup> édition. Dunod, Paris 2006. 253 p.
- \* RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain. *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive*. 8<sup>ème</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2010 pp 52-55.
- \* RHEAUME JACQUES. Changement. In : BARUS-MICHEL Jacqueline, ENRIQUEZ Eugène, LEVY André. *Vocabulaire de psychosociologie*. 2<sup>ème</sup> éd. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006, pp 65-72.
- \* RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave. Patient, familles, soignants*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 1999, pp 153-155.
- \* WALDER Francis. *Saint-Germain ou la négociation*. : Gallimard, Barcelone 1958, 186 p (folio).

### Mémoires

- \* BEROARD Aurélie. *Le cadre de santé, un acteur du changement. Diplôme cadre de santé*. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2010, 111 p.
- \* NORDEY Sonia. *Accompagner et construire : du changement à une identité d'équipe*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2012, 85 p.

### Articles

- \* ABIKHZER Karine. La quête d'une nouvelle identité des professionnels de santé. *Soins cadres*, 02/2013, n°85, pp 49-52.
- \* DELPLANQUE Régine. Stratégie de changement, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée. *Soins cadres de santé*, 10/2008, n°67 (supplément), pp 8-11.

\* JEANNIN Jean-Paul. *Le projet*. In SOSReseau.com. Disponible sur <[http://www.sosreseaux.com/outils/projet/projet\\_definition.pdf](http://www.sosreseaux.com/outils/projet/projet_definition.pdf)>.

\* LEPPELETIER Virginie. De la culpabilité à la réparation soignante. *Objectif soins*, 02/2004, n°123. pp 21-23.

\* QUARANTE Olivier. Un toit pour deux. *L'infirmière magazine*, 11/2012, n°311, p13.

\* SAINT-ANTOINE Michelle. La théorie de l'attachement. Disponible sur <<http://www.lenfantdabord.org/wp-content/uploads/2011/03/Troubles-de-lattachement1.pdf>> p 3 (consulté le 20/01/2013).

### Sitographie

\* Bénévole de la personne en fin de vie. Disponible sur <<http://www.pujo-jacques.net/article-3342262.html>>.

\* Cadre de santé. com. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la.html>>.

\* Cadre de santé.com. Comprendre la "Génération Y" pour mieux la manager. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/comprendre-la-generation-y-pour-mieux-la-manager.html>>.

\* Dictionnaire Larousse. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>>.

\* DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE. Disponible sur <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/fonctionnement/parlement/assemblee-nationale-senat/quoi-servent-groupes-parlementaires.html>>.

\* DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES ET AL. ETUDE ET RESULTATS. N°759. 05/ 2011. Page 1. Disponible sur <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>>.

\* Elisabeth KÜBLER-ROSS France. Disponible sur <<http://ekr.france.free.fr/deuil.htm>>.

- \* HAUTE AUTORITE DE SANTE. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de mangement dans les établissements de santé. Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_424263](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_424263)>.
- \* INSTITUT FRANÇAIS DE L'EDUCATION. Disponible sur <<http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm>>.
- \* La profession d'infirmière d'hier à aujourd'hui. Disponible sur <[www.ifpvps.fr/.../UE3-3-S3\\_Profession\\_infirmiere\\_hier\\_aujourd'hui.....](http://www.ifpvps.fr/.../UE3-3-S3_Profession_infirmiere_hier_aujourd'hui.....)>.
- \* Le journal du net. Disponible sur <<http://www.journaldunet.com/management/efficacite-personnelle/dossier/resistances-changement/1.shtml>>.
- \* MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Fiche métier cadre de responsable d'unité de soins. Disponible sur <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>>.
- \* Radio-Canada. Disponible sur <<http://www.radio-canada.ca/par4/vb/vb980528.html>>.
- \* SADY Bernard. Man@g'r. Disponible sur <[http://manag.r.free.fr/theories\\_du\\_management\\_definition.html](http://manag.r.free.fr/theories_du_management_definition.html)>.
- \* Wikipédia. Disponible sur <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Projet>>.

### Autres

- \* FARNAULT Patrick. *Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement*. Ecole Supérieure Montsouris. Paris, 2013.
- \* LE BONNIEC Bernadette. *La démarche projet*. Formation du 24/09/2010. Orléans.
- \* Dr LEMASSON. *Cours biostatistiques*. Université Paris-Est Créteil. 2012-2013.
- \* LETOURNEAUX Dominique. *Les lois hospitalières*. Ecole Supérieure Montsouris. Paris, 2012.
- \* PAPIN-MORARDET Maud. *Introduction à la conduite de projet*. Ecole Supérieure Montsouris. Paris, 2012.

\* VANDANGEON – DERUMEZ Isabelle. *Changement dans les établissements de santé*. Université Paris-Est Créteil. 2012-2013.

\* TOMÉ-GERTHEINRICHES Elisabeth, HASSENTEUFEL. Patrick. Conférence MBA Santé. *Surmonter les obstacles au changement dans le secteur de la santé : outils d'analyse et retours d'expérience*. 14 mars 2013, Université Paris-Dauphine.

# ANNEXES

**Annexe I** : grille d'entretien avec le cadre de santé.

**Annexe II** : questionnaire pour l'équipe paramédicale.

**Annexe III** : lettre de demande de réalisation d'étude.

**Annexe IV** : retranscription de l'entretien avec le cadre de santé (1) de l'établissement 2.

**Annexe V** : retranscription de l'entretien avec le cadre de santé (2) de l'établissement 2.

**Annexe VI** : compte-rendu d'entretien, établissement 3.

**Annexe VII** : compte rendu final du dépouillement des questionnaires.

**Annexe VIII** : fiche métier de la fonction publique hospitalière : cadre unité de soins

## Annexe I : Grille d'entretien avec le cadre de santé

L'entretien est réalisé dans le cadre de mon mémoire en IFCS. Le thème retenu est l'accompagnement au changement dans le cadre du déménagement d'une structure de soins.

- 1) Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? Depuis quand êtes-vous en poste dans le service ? Avez-vous déjà participé au déménagement d'un service de soins ?
- 2) Avez-vous reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet ?
- 3) Quelles étaient les grandes lignes et enjeux de ce déménagement ?
- 4) Quel est selon vous le rôle du cadre de santé dans cette situation ?
- 5) D'après vous, le cadre de santé doit-il accompagner les équipes ? Est-il le mieux placé ?
- 6) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?
- 7) Quels sont d'après vous les difficultés rencontrées et/ou vécues par les équipes face à ce projet ?
- 8) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?
- 9) Comment l'information et la concertation ont-elles été organisées ?

Pour établissement ou le déménagement a eu lieu :

- 10) Après le déménagement, quel est le ressenti des professionnels ?
- 11) Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Ceci a-t-il été évalué de manière formelle ?
- 12) Si cela était à refaire, que feriez-vous différemment ?

## Annexe II : Questionnaire pour l'équipe paramédicale

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études à l'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé de Montsouris), je réalise un travail de recherche sur le déménagement des services de soins vers un nouvel établissement. Afin de poursuivre le travail entrepris, votre avis est très important.

Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez afin de répondre à ce questionnaire. Celui-ci est anonyme. Merci de remettre le questionnaire rempli à votre cadre de santé, avant le 15 février 2013.

*Anthony Richard, étudiant cadre de santé*

### 1. Vous êtes :

Une femme  Un homme

Age :  20-30 ans  30 -40 ans  40-50  plus de 50 ans

### 2. Votre profession :

Infirmier  Aide-soignant

### 3. Votre lieu d'exercice :

Secteur public  Secteur privé

### 4. Quelle est votre ancienneté ?

- dans la profession :  moins d' 1 an  1-5 ans  5-10 ans  + de 10 ans

- dans l'établissement :  moins d' 1 an  1-5 ans  5-10 ans  + de 10 ans

- dans le service :  moins d' 1 an  1-5 ans  5-10 ans  + de 10 ans

### 5. Votre sentiment d'appartenance le plus fort se rapporte à :

l'établissement

le pôle

l'équipe

### 6. Le déménagement dans un nouvel établissement, pour vous c'est : (une seule réponse possible) :

une nécessité d'adapter les locaux

une notion d'économie (diminution des couts)

une amélioration de la prise en charge du patient

amélioration des conditions de travail

des contraintes

une rupture douloureuse

**7. Quelle est votre première réaction face au changement lié à un déménagement de structure de soins (plusieurs réponses possibles) :**

- Enthousiasme                                       Confiance                                       Colère  
 Crainte     Indifférence

**8. Selon vous, quelles sont les perturbations les plus importantes lors d'un tel changement (classer de 1 à 5 vos choix : 1 le plus important et 5 le moins important) :**

- le changement de locaux
- l'éloignement du domicile
- la modification de l'organisation
- la modification de l'équipe
- sentiment de perte de l'histoire, de la culture et des valeurs

**9. Quelle personne identifiez-vous comme la personne ressource au cours de ce projet (une seule réponse possible) :**

- la Direction                                       les médecins  
 le cadre de pôle                                       le cadre de santé                                       Autre .....

**10. Quelles sont vos attentes envers le cadre de santé au cours d'un projet de déménagement de structure (classer de 1 à 6 vos choix : 1 le plus important et 6 le moins important) :**

- écoute
- relais d'information auprès de la Direction
- information concernant l'état d'avancement du projet
- création de groupe de travail
- Formation
- autre : .....

**11. Avez-vous été sollicité pour travailler sur le projet du déménagement :**

- oui     non

Si oui, à quel moment :

- dès le début du projet
- une fois le projet validé
- quelques mois avant le déménagement

**12. Des visites de chantiers et/ou des locaux témoins ont-elles été mises en place :**

Oui  non

Si oui, vous ont-ils aidé à vous projeté dans le futur établissement ?

Oui  non

**13. Pensez-vous que l'adaptation à un nouvel établissement (dans le cadre d'un déménagement) soit plus difficile qu'un changement de service**

Oui  non

Pourquoi ?

.....  
.....

**14. Aujourd'hui vous considérez que ce changement était (cochez une case par ligne) :**

Plutôt utile **ou**  Plutôt inutile

Enrichissant **ou**  démotivant

**Vous pouvez ici indiquer un commentaire ou une réflexion si vous le souhaitez :**

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

*Merci pour votre participation.*

*Anthony Richard*

## Annexe III : lettre de demande de réalisation d'étude

Anthony Richard

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

**Me la Directrice des soins**

**Centre hospitalier .....**

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

A l'attention de,  
Madame la Directrice

Objet : réalisation d'une étude dans le cadre d'un mémoire en IFCS

O, le 25 janvier 2013

Madame la Directrice,

Depuis le 3 septembre dernier, j'ai débuté une formation à l'Institut de Formation de Cadre de Santé Montsouris afin de devenir cadre de santé. En parallèle, je suis étudiant à l'université de Paris Est Créteil Val de Marne pour d'obtenir un Master intitulé «Management&santé».

Dans le cadre des études à l'IFCS, un travail de recherche est à réaliser. J'ai choisi de traiter le thème du déménagement des services de soins vers une nouvelle structure. C'est pourquoi, au vue de votre expérience récente sur ce sujet, je me permets de vous solliciter, afin de pouvoir réaliser une enquête auprès des équipes de soins. Celle-ci serait composée d'un entretien avec vous-même ou un cadre de santé ayant participé activement à ce transfert vers une nouvelle structure. De plus, un questionnaire serait adressé à une partie des équipes soignantes de votre établissement afin d'observer leur point de vue sur cette démarche de changement. Le recueil des éléments ci-dessus est effectivement nécessaire pour la poursuite du travail débuté.

En espérant que vous donnerez une suite favorable à ma demande.

Je reste à votre disposition pour toute information qu'il vous serait nécessaire d'avoir et vous prie agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes respectueuses salutations.

A. Richard

## **Annexe IV : retranscription de l'entretien avec le cadre de santé (1) de l'établissement n°2**

**Durée de l'entretien** : 39 minutes

**Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? Depuis quand êtes-vous en poste dans le service ? Avez-vous déjà participé au déménagement d'un service de soins ?**

*Moi, je suis cadre de santé depuis 1987, donc avant j'étais à l'Assistance Publique. Lorsque j'étais à l'Assistance Publique on a déménagé un service, donc c'était un peu différent. Je suis dans le service d'ortho-traumatologie depuis 4 ans et demi. Avant j'étais 7 ans cadre de santé en cardiologie ici, avant j'étais 4 ans en psychiatrie à Paris et avant j'étais 7 ans enseignante en IFSI.*

**Avez-vous reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet ?**

*Nous, on a eu une formation au changement que moi je n'ai pas suivi parce que ça tombait dans mes vacances, au mois de juin. Il y avait 3 sessions et il fallait assister aux 3 sessions et donc je n'ai pas pu y assister. Mais, il y a eu effectivement une formation qui était prévue, 3 fois 2 jours.*

**Quelles étaient les grandes lignes et enjeux de ce déménagement ?**

*L'enjeu majeur c'était la survie de l'hôpital. Je pense que si on n'avait pas regroupé le public, en fait nous c'était un regroupement public-privé, donc l'enjeu c'est d'utiliser au maximum les technologies pour les 2 pôles : privé et public. Et je pense qu'à long terme l'hôpital n'aurait pas pu résister je pense qu'il est là l'enjeu. Nous étions aussi dans d'anciens locaux donc il était tant qu'on change aussi, c'est clair. Je veux dire en plus, on n'avait pas toutes les nouvelles technologies qu'on a maintenant : les pneumatiques, les tortues donc on a quand même vu l'évolution du travail. Mais l'enjeu majeur, à mon avis, c'était la sauvegarde du service public ici.*

*L'hôpital le plus proche après (mêmes spécificités de services), c'est le CHU, à une soixantaine de kilomètres à peu près. Mais de toute façon, il y a des pathologies qui sont prises en charge au CHU et qui ne sont pas prises en charge ici. Mais le risque, c'était de se laisser manger par le CHU. Je le voyais bien le risque en cardiologie le*

*problème il a été comme ça et puis en ortho aussi, c'est-à-dire de devenir un hôpital « de province » ce n'est pas péjoratif mais c'est le CHU qui aurait regroupé toutes les pathologies de pointe et nous on aurait récupéré la gériatrie, le SSR. C'est ce qui nous attendait, je pense que même si tout n'est pas satisfaisant dans le nouvel établissement, ça a peut être sauvegardé certaines spécificité de service. Ça a pu, à mon avis, conserver des services de pointes qui n'auraient pas pu être conservés si on était resté dans un hôpital un peu isolé du privé. Je crois aussi qu'en terme d'emploi, après le ..... c'est nous. Ce sont les 2 plus grands employeurs du bassin.*

### **Quel est selon vous le rôle du cadre de santé dans cette situation ?**

*Nous, au niveau institutionnel on a eu des réunions préparatoires, bien qu'en chirurgie c'est assez particulier. Parce que je pense que les autres vous en parleront autrement, parce que nous on n'a pas été convié par exemple aux pré-réunions sur les effectifs. Les effectifs ont été décidés « par l'administration et par les chirurgiens », ce qui veut dire qu'on est en grande difficulté actuellement. Nous, on n'a pas été convié à la première partie du déménagement qui était quand même la partie préparatoire, avec les effectifs. Par contre, on a eu des réunions pour organiser institutionnellement des essais sur .les nouveaux chariots, sur tout ce qui est nouveau matériel. Donc ici, nous les infirmières ont pas mal participé. D'ailleurs, elles n'étaient pas forcément d'accord sur le nouveau matériel qu'elles se sont vu attribuer. Par exemple sur les chariots de soins on était très mitigé et ça se confirme. En fait, elles ont 2 grands chariots, avec des tiroirs individuels en fait elles ne les utilisent quasiment pas.*

*Sinon on a la particularité d'être en fait 2 unités de chirurgie : une avec spécialité chirurgicale gynécologique et l'autre orthopédie-traumatologie. On a mutualisé les équipes, ce qui fait qu'on a une équipe unique avec des différences au niveau des valeurs professionnelles et de la manière de travailler, de fonctionner extrêmement différentes. Donc nous on a eu des soucis là. Nous, on a eu des conflits au départ alors ça va un peu mieux. Les gens ont pris un peu leur marque. On a des réunions pour ce problème-là. On a eu des réunions par rapport aux plannings institutionnels, car moi je faisais partie du groupe institutionnel DRH. Par contre, je n'ai pas été consulté pour les effectifs alors que je faisais parti de ce groupe. Donc c'est maintenant qu'on se rend compte un peu des failles. Parce qu'on a des plannings institutionnels qui tournent très bien quand on a le personnel qu'il faut, maintenant quand on ne l'a pas, là on est en très grande difficulté. A tel point que, quand une infirmière veut prendre un dimanche, soit elle échange avec une de ses collègues soit elle est 1 pour 30 patients, ce que je ne conçois pas en tant que*

cadre. Mais bon, jusqu'à présent c'est en pourparler, mais pour l'instant il n'est pas question d'augmenter le personnel.

Voilà au niveau déménagement. On a eu des gens qui étaient responsables, par exemple du transfert des patients. On a une collègue qui a été nommée, elle nous a beaucoup aidé aussi pour le transfert à J0. Elle nous a bien aidé à organiser le transfert et le transfert s'est bien déroulé.

En fait, c'est plutôt l'avant et l'après plus que le transfert en lui-même qui pose des difficultés?

Oui, le transfert en lui-même c'est bien déroulé. Alors le problème du transfert, en lui-même, je dirais que c'est après. Finalement, on a essayé tout les dysfonctionnements possibles et inimaginables au niveau informatique. Franchement, il y a eu une période où on n'a pas réduit l'activité en orthopédie donc, elles se sont retrouvées à déménager et avoir quand même 30 patients d'emblée avec des post-opératoires. Ceci avec, en même temps, tous les dysfonctionnements liés à une nouvelle structure : les dysfonctionnements informatiques, les pneumatiques qui ne marchaient pas, les tortues ne marchaient pas donc voilà, l'avant a été douloureux et l'après aussi, je pense. Et maintenant là, on n'a plus de dysfonctionnements mais je me dis qu'au niveau des effectifs c'est très juste, et là, elles sont fatiguées.

Y-a-il eu des locaux témoins, des chambres témoins ? Des visites du chantier organisées ?

Dans un premier temps, les visites étaient institutionnelles, c'est-à-dire on y allait en groupe et il fallait s'inscrire. Et après, au fur et mesure que le déménagement a avancé en fait elles pouvaient venir quand elles voulaient. Donc là, elles sont venues par petits groupes pour voir un peu comment elles allaient installer leurs locaux. Parce que le problème, c'est comme c'est une équipe unique qui tourne, on voulait quelque chose d'à peu près uniforme, pour pas qu'elles cherchent à chaque fois, qu'elles changent de service. Donc au début, les visites étaient très contrôlées et après, petit à petit, elles ont pu venir repérer les locaux toutes seules.

Et les soignants sont-ils venus ?

*Oui, tous. C'est-à-dire que le problème des visites institutionnelles c'est qu'on visitait quasiment tout le site. Tandis que là, elles venaient s'approprier les lieux où elles allaient vraiment être.*

**D'après vous, le cadre de santé doit-il accompagner les équipes ? Est-il le mieux placé ?**

*Moi je pense qu'on a porté beaucoup de choses. On a porté l'angoisse de l'équipe, les nouveautés. Il fallait les accompagner, il fallait les rassurer. Moi, je pense que le cadre il est quasiment la pierre angulaire, on se repose beaucoup sur le cadre. Le cadre, en tout cas là, pour moi, j'ai eu l'impression d'avoir joué un rôle majeur. Enfin, c'est un peu bête à dire mais le « souffre-douleur ». Les plaintes ont les fait quand même au cadre, c'est nous qui sommes éclaboussés dans l'histoire, ce n'est pas la Direction. Il faut être clair, il y a eu des aides de la Direction. Je ne dis pas qu'on a été abandonné à notre triste sort mais, tout ce qui était le ressenti des équipes c'est nous qui l'avons eu directement ce n'est pas la Direction. Car c'est bien de dire : on fait ça, oui d'accord mais, après il y a le vécu de toutes les équipes.*

*Et nous, le fait de réunir une grande équipe, ça a quand même été difficile et douloureux pour les gens. Il y avait une grande équipe d'orthopédie c'est sûr qui était réputée pour être les durs, le noyau dur de l'équipe. Je les connais depuis 4ans et demi donc je sais qu'elles ne sont pas faciles. Et puis, il y avait 2 autres petites équipes : la gynécologie (elles avaient l'habitude de fonctionner en petite équipe) et le deuxième L2 qui était les spécialités médicales qui avaient aussi l'habitude de fonctionner en toute petite équipe. Elles s'arrangeaient entre elles, c'est vrai que les négociations sont différentes quand on a une grande équipe : au niveau des congés, ça ne se négocie pas du tout de la même façon. Avant je pense qu'elles étaient sur un modèle familial et convivial, maintenant elles sont plus dans le modèle « professionnel ». Il y a eu modifications des valeurs professionnelles.*

*Ce qui est important pour le cadre effectivement, c'est de fédérer l'équipe autour de valeurs communes et surtout autour de projets communs par rapport aux patients. C'est qu'on essaie de faire avec ma collègue, c'est-à-dire elle va faire faire des cours par des gynécologues pour avoir la partie et de l'autre côté, c'est toute la partie orthopédie qui va être traitée par les orthopédistes. Sachant que c'est vrai, moi je suis plus associée à l'orthopédie donc je pense que je suis une sale brute pour certains, alors que ce n'est pas*

*vrai mais c'est l'image. Voilà parce que les orthopédistes ici, ce sont les rois de la piste, ils font ce qu'ils veulent donc, ils arrivent à pas d'heure ou ils arrivent à 7h30 pour faire leur visite. Et il y a tout ça qu'il a fallu, bon nous on a eu de la chance car avec N., c'est qu'on forme un bon binôme et bon on très complémentaire. Elle est plus jeune que moi, elle a une expérience et, une autre, donc on s'entend très bien. Moi je gère les infirmières et elle les aides-soignantes. Et donc elle, elle est plus sur l'unité gynécologie et spécialité chirurgicale et moi plus sur l'unité orthopédie traumatologie. Je pense que ce qui fait notre force, c'est d'être unies parce que je pense que l'équipe se serait engouffrée dedans sinon. Elles ont essayé, je veux dire elles ont essayé par exemple quand elles posent des repos, elles ont demandé mais je trouve qu'elles n'ont pas trop essayé quand même parce que je pense qu'elles voient qu'on est unies.*

**Lors du déménagement, les cadres aussi de leur côté ont été unis ?**

*Ah oui parce que nous n'étions pas pour la grande équipe. Moi, je ne suis pas du tout, moi les binômes je ne peux pas. Je suis très individualiste enfin pas individualiste mais très autonome et j'ai horreur de fonctionner en binôme. Bon bah là, il se trouve que ça se passe bien mais moi en tant que cadre, c'est ce que j'expliquais, ce que j'aime bien c'est de gérer une équipe d'infirmière et une équipe d'aide soignante en même temps. Moi déjà, le fait que le planning soit séparé ça me va pas, mais bon là ça me convient parce qu'on s'entend bien, parce qu'on fait des projets en commun. Mais au début, oui on a adopté même si on n'était pas d'accord. On n'était pas d'accord on l'a adopté quand même. Mais bon l'administration a été très habile de ce côté là, c'est comme ça c'est trop tard. C'est-à-dire c'était leur projet, ce n'était pas le notre. Ils ont fait passer le projet en fait ils ont dit : on vous soutiendra dans votre projet mais ca n'a jamais été le nôtre ils ont retourné la chose, ils ont été très habile de ce côté là, ce qui fait que vis-à-vis des équipes on ne peut pas voilà.*

**La position est délicate, le cadre accompagne mais il se retrouve entre l'équipe et la Direction**

*Autant moi, il y a des prises de positions de cadre que moi j'ai eu par exemple, en disant qu'il n'y a pas assez de personnel mais que voilà pourquoi il n'y en a pas assez etc. Et là, je m'oppose à la Direction mais bon peu importe. Je veux dire moi la Direction me dit que j'ai droit d'obéissance, peut être, mais, j'ai dit également, j'ai le devoir de vous informer de ce qui risque de se passer si il n'y a vraiment pas de personnel. Parce que ce sont des personnels qui sont très costaud ces gens là, il y a très peu d'arrêt. Là, je le vois*

*bien elles commencent à s'essouffler. Je le sens bien ça et je leur ai dit à la Direction : faites quelque chose avant qu'il n'y ait des arrêts massifs vraiment. Donc effectivement la dessus, je suis opposée bah je suis en « biz biz » avec la Direction, je n'arrête pas de leur dire. Je ne manque pas, à chaque fois que j'ai un arrêt, de dire que là on n'a pas de soupape de sécurité, il y a quelqu'un qui est obligé de revenir. Alors bon, en tant que cadre, on ne peut aller au-delà de certaines choses. Bon voilà, là il faut être clair mais moi, j'ai un peu de bouteille donc je pense que je peux. J'ai moins peur peut être de m'affirmer qu'une jeune diplômée parce que moi je me dis : de toute façon pff mais qu'est ce qu'ils vont me faire, ils ne vont pas me rétrograder. Enfin bon, j'ai prouvé mes compétences, bon voila, moi on dit que mon rapport est bien écrit ça me fait ni chaud ni froid, contrairement à une jeune cadre où ça peut l'encourager ou la valoriser. Mais moi je n'attends pas, moi ; la valorisation ce n'est pas de me dire que mon rapport d'activité il est bien, ça à la limite je m'en fou, ça y est j'ai fait mes preuves la dessus. D'ailleurs l'autre jour, quand le Directeur des soins nous a dit ça, j'ai dit à N. D'accord, mais quand est ce qu'il nous met du personnel supplémentaire. Le cadre dans un déménagement je pense, que c'est vraiment une personne importante.*

### **Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?**

*Alors les réticences. Où il y a eu beaucoup de l'incrédulité et des réticences, c'était sur ce que proposait la Direction par rapport au déplacement des agents. Parce qu'il nous disait, ce qui était peut être vrai, mais bon on se déplace encore. On nous disait que le fait d'avoir des nouvelles technologies du coup on se déplacerait moins. Du coup, on devait avoir plus de temps auprès des patients. En fait ça, les équipes n'ont pas été d'accord, les équipes. Même si je dirais qu'actuellement c'est vrai elles se déplacent moins en dehors de leur service. Mais ce qu'on a quand même perdu, ce sont les échanges interservices, parce que quand elles se déplaçaient hormis celles qui allaient fumer leur cigarettes, mais ça c'est autre chose, il y avait quand même des échanges interservices qu'on a perdu. Là moi, le ressenti des gens c'est qu'ils se sentent isolés. Même nous en tant que cadre, on a le même sentiment c'est-à-dire qu'on allait avant plus se voir. Maintenant, pourtant c'est pas plus éloigné. Mais enfin moi, je sais qu'avant aux urgences, j'y allais beaucoup plus souvent quand il y avait un problème de lit, je descendais, je négociais mais là je n'y vais plus. Je crois qu'on est tous dans notre truc. Je pense que le personnel n'a jamais cru ce qu'on leur avait dit même si c'est vrai, parce qu'elles sont parties du principe que si on leur disait qu'il y avait les nouvelles technologies c'était pour leur enlever du personnel. Et effectivement ils en ont enlevé indirectement car, ils ont quand même rajouté 4 patients*

*par secteur donc ça c'était leur crainte aussi. Crainte confirmée, elles n'ont pas tort. C'est vrai que 4 patients ça paraît anodin comme ça, mais bon sur une unité au lieu de 24 patients ça en fait 30. C'est vrai quand c'est par exemple des fractures du col du fémur ça change vraiment la donne. C'est une réelle revendication des agents.*

*Je pense que ce n'est pas une impression, parce que moi j'ai observé un petit peu le personnel. Parce que, là tout ce qui se passe est prétexte : par exemple là on n'a pas de 8-16. Ça c'est vrai que moi je le déplore mais tout est prétexte du coup à ne plus faire les choses. C'est-à-dire que là, on va me dire, ouais bah, ça je le ferais pas il n'y a pas de 8-16. Je leur ai dit sur les radios vous ne pouvez pas dire ça, vous ne prenez pas en charge correctement les patients, il faut faire abstraction mais tout est cristallisé sur le nouveau site. On n'a pas assez de personnel donc, elles ne font pas des choses qu'elles faisaient avant. Mais par contre, ce qui ressort moi j'ai les questionnaires des patients qui me reviennent, et c'est vrai que ce qui ressort vraiment là, c'est qu'elles courent et ça sur tous les questionnaires. Ceci n'y était pas avant. Le patient même la famille nous disent souvent « elles courent tout le temps ». Par contre, il y a aussi sûrement des choses très positives qu'elles ne voient pas encore. D'ailleurs elles ne se rendent pas compte, parce qu'elles ont une charge de travail importante qui serait sûrement pire s'il n'y avait pas les nouvelles technologies, les machines mais elles ont le nez dans le guidon, elles ne s'en rendent pas compte, elles ne peuvent pas encore.*

**D'après-vous, quels sont les éléments positifs en lien avec le déménagement de la structure ?**

*C'est quand même par exemple toutes les chambres des patients. Elles sont déjà beaucoup plus agréables, on a rarement des problèmes avec les télévisions et de sérieux conflits mais elles ne se souviennent peut être pas. Quand il y avait qu'une télévision dans la chambre et là il y en a 2 avec des casques, on a plus de conflits, elles ont oublié ça. Il y avait des conflits entre les personnes qui étaient en chambre double plus maintenant. Au niveau du confort du patient, c'est plutôt positif. Apparemment il y a moins de bruit dans les chambres. Il y a quand même toutes les tortues elles ne s'en rendent pas compte, par contre, elles ont des contraintes. Et je pense que c'est ça qui fait qu'elles n'arrivent pas à positiver. Elles ont des contraintes horaires qu'elles n'avaient pas avant, parce que pour que la tortue prenne les chariots des médicaments encore faut-il qu'elle soit au bout du couloir. Ce que je vois de positif aussi, c'est d'avoir réuni quand même une équipe même si elles ne sont pas encore contentes. Mais moi, je trouve que quand même, c'est plus juste parce que avant il y avait toujours un service qui avait plus de*

*boulot que l'autre et l'autre disait nous on a plus de travail. Moi il me semble que la répartition de la charge de travail pour ces 3 services du coup est plus équitable.*

*Et puis bon, les nouveaux locaux malgré ce qu'elles disent et c'est ce qui ressort du nouveau site, c'est qu'il y a beaucoup de couloirs très longs. Ça c'est énorme surtout pour des patients qui viennent et qui ont par exemple des problèmes pour marcher, c'est énorme et tous les visiteurs le disent que franchement venir chez nous, c'est tout au bout du couloir, ils le vivent mal. Alors maintenant c'est vrai pour tirer le positif on a peut être pas encore assez de recul pour le dire, pour se poser et se dire parce qu'on oublie vite ce qu'on a vécu avant. Parce que ça c'est vrai que moi-même je le vois bien j'avais un tout petit bureau avant et là il est grand. Voilà, on s'habitue vite en fait. Par exemple le bus c'est tout bête moi je n'ai pas de permis, je prends le bus. Je ne sais pas moi, il y a des agents pour lesquels ça aussi c'est important, ça à favorisé quand même ça, ça limitent les déplacements en voiture. Je trouve que c'est un plus. Maintenant, il y en a qui ne prennent plus leur voiture qui prennent des bus.*

**L'ancien site était plus excentré du centre-ville, si je comprends bien ?**

*Oui, c'était moins desservi. Il y en a qui vous diront le contraire en fait, parce qu'ils ont annulé certains arrêts pour faire justement ce tronçon. C'est sûr que quand on est sur le tronçon, c'est que du bonheur. Moi je mets de porte à porte 7 minutes pour venir travailler. Enfin, bon moi je suis une satisfaite effectivement, ça c'est clair on m'interroge, oui, c'est que du bonheur.*

*Enfin bon, en plus elles ont le problème de personnel, il n'y a pas de 8-16. Elles focalisent la dessus, pas à tort, parce qu'elles auraient besoin. Dans les autres unités, dans toutes les autres il y a une exception (8h-16h), donc ça elles le ressentent comme une injustice. Alors moi aussi d'ailleurs, en tant que cadre, mais je me dis mais attends est ce qu'on a pensé. On leur a tenu aussi de la part de la Direction un discours qui était, sur le nouveau site, après 18 heures il n'y aura pas de post-op. Tout le monde sera opéré, on opérera plus alors qu'elles se mangent des post-op. Sur le nouveau site, en bas, il y aura une unité où ce sera plus léger donc finalement, on n'aurait pas besoin de tant de personnel que ça. Sauf que, actuellement, l'unité de N ne reçoit normalement que de la gynéco et de la petite chirurgie spécialité chirurgicale. Or, elle a la plupart du temps 15 à 16 lits occupés par l'orthopédie parce qu'on déborde régulièrement, en fin de compte la charge de travail est identique. Et là, elles sont déçues. C'est quand même un sentiment fort. Elles disent : ils nous ont menti, c'est quelque chose de fort. Elles n'accusent pas du tout le cadre parce que moi, je n'y croyais pas à leur histoire. Moi, j'ai toujours dis à la*

*Direction, ce n'est pas vrai ce que vous nous dites et elles le ressentent comme une trahison.*

### Le déménagement a-t-il été évalué de manière formelle ?

*Pour l'instant non. J'espère que cela sera envisagé, parce que c'est important aussi de savoir. Et il y a le fait que nous sommes arrivés après. La Direction a visité les services les premiers arrivés et venus voir, et nous quand ils sont venus bah voilà quoi. Elles n'ont pas l'impression d'avoir été considérées.*

### La dimension polaire a-t-elle été prise en compte ?

*Non, parce que nous dans le pôle on est urgences, réa, USC et la chirurgie et le bloc. Et nous on a vraiment l'impression d'être les derniers, on n'est pas dans un service « noble » par rapport aux autres services du pôle. On est utile tout le monde sait venir pour nous demander des lits, là d'accord. Mais je pense vraiment qu'il y a une méconnaissance de la charge de travail. Je pense qu'ils (la Direction) ne se rendent pas compte. J'ose espérer qu'ils ne se rendent pas compte. Moi, je les ai invités mais ils ne sont jamais venus : venez voir les gens qu'on a dans les lits car pour moi c'est de la gériatrie cassée ici. Mais bon, j'ose espérer qu'ils ne se rendent pas compte et là elles le ressentent d'ailleurs. Il y a des gens qui demandent des changements de service à cause de ça, parce qu'il n'y a pas beaucoup de personnel. Et les remplaçantes infirmières quand elles viennent ici, elles disent que c'est très dur. Il y a quand même, c'est un vécu, il y a quelque chose. Autant avant, moi en tant que cadre, le service d'orthopédie n'est pas réputé pour être facile, personne ne veut y aller. Il y a aucun cadre qui veut se frotter là mais, on le dit des chirurgiens, alors qu'ils nous laissent tranquille. Par contre c'est une équipe qui est assez rude donc là franchement, avant en tant que cadre, je me disais elles exagèrent, elles râlent pour un rien mais là, je pense qu'elles râlent pour quelque chose, franchement là je ne peux pas dire. On les a, c'est ce qu'elles disent, on les a prises pour des « connes ». Moi qui est la vision quand même institutionnelle, je me dis oui effectivement. Je suis à l'écoute, je suis capable de m'emporter en disant effectivement vous avez raison, voilà moi des fois j'envoie des mails à la Direction en disant cela ne peut plus durer. Ca ne peut pas durer et là je pense que c'est fondé, elles ne râlent pas pour rien.*

Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Si cela était à refaire, que feriez-vous différemment ?

*Globalement oui. Mais, on aurait fait plus de réunions en grande équipe, on n'a pas pris le temps, on n'a pas eu le temps, on s'est laissé déborder un petit peu. Moi je pense qu'il aurait fallu plus de concertation. Ca n'aurait peut être rien changé. Mais je pense qu'on n'a pas ficelé un projet, moi d'ailleurs, je n'ai pas de projet écrit là.*

L'équipe a-t-elle été associée à la démarche projet?

*Alors moi j'étais sur la cardiologie quand on parlait du nouveau site, on en parlait juste. Et moi, je me souviens en cardiologie d'avoir participé à toutes les réunions avec les cardiologues. Et mon collègue, qui est parti il y a 4 ans et demi, il m'a carrément dit tu peux remercier tes chirurgiens pour le problème de personnel. On n'a pas été associé. Moi je pense qu'il aurait fallu plus de réunions, impliquer un peu plus tous les personnels. Oui, là je crois qu'il y a eu un loupé même si les répercussions n'ont pas été catastrophiques. J'ai quand même la sensation qu'on n'a pas assez réuni les gens sur les plannings. Ca a été un peu passé à la trappe, c'est ce que voulait un peu la Direction, parce que les plannings tels qu'ils sont, ils sont très durs.*

Les plannings ont été repensés pour l'ensemble de la cité ou par service ?

*Non, on avait ordre que ce soit nous qui les fassions déjà, avec les directives institutionnels et que les soignants ne les fassent pas. Ils n'ont pas été du tout associés à leurs plannings et le résultat, ça grince des dents forcément. En plus de ça, elles se rendent compte qu'elles ne sont pas suffisamment en nombre. Beaucoup de changement. Oui, si on met dans la balance bien sûr qu'il y a des choses positives. Mais là, je comprends bien en tant que soignants qu'elles n'en voient pas des trucs positifs. Elles trouvent que leur planning est dur, que le travail est dur, ça veut dire qu'elles ne peuvent même pas avoir de compensations à l'extérieur par rapport à leur planning. Elles sont toujours en train de bidouiller pour avoir des week-ends, voilà ça ne coule pas. Je pense qu'elles sont en difficultés.*

*Ce que je regrette, ne pas avoir associé plus l'équipe, on n'a pas fait de projets vraiment de soin avec les chirurgiens. Je n'ai pas l'impression qu'avec les chirurgiens, on soit sur la même longueur d'ondes, je n'arrête pas de leur dire de toute façon. Ils me disent : depuis que vous êtes sur le nouveau site, Mme, vous êtes de mauvaise humeur. Je leur dit non. Je leur dis : depuis qu'on est sur le nouveau site, je dis qu'il n'y a pas*

*assez de personnel et ça me met de mauvaise humeur. Quand je fais les plannings, c'est quand même moi qui galère, pas eux. Eux, ils opèrent, ils sont contents, ils ont de belles salles de blocs opératoires. Depuis le déménagement, ils sont plus aimables avec les soignants. Depuis qu'ils sont ici, moi j'ai demandé, je dis ce n'est pas possible il y a un truc dans l'air. Je ne sais pas d'ailleurs je leur ai dit aux chirurgiens moi. Et en fait, ma collègue qui est au bloc me disait bah ouais parce que c'est les rois de la piste, ils font ce qu'ils veulent en bas. On leur fout la paix, ils ont une belle salle, et je pense que ça y contribue. Parce que moi je les trouve beaucoup plus agréables, même quand on leur téléphone, ils répondent. Oui, il y a eu un truc. Eux, ils ont gagné en venant ici, puis ils ont un très beau bloc opératoire. Maintenant ils ont les plages horaires qu'ils demandaient donc voilà il n'y a pas de secret.*

Voyez-vous d'autres points à évoquer ?

*Non, je pense qu'on a fait le tour.*

Merci

## **Annexe V : retranscription de l'entretien avec le cadre de santé (2) de l'établissement n°2**

**Durée de l'entretien** : 28 minutes

**Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? Depuis quand êtes-vous en poste dans le service ? Avez-vous déjà participé au déménagement d'un service de soins ?**

*Alors, je suis diplômée cadre de santé, cela fera 3 ans au mois de juin. Je suis sur ce service là depuis aout 2012. Non je n'ai jamais participé à un déménagement, ça a été le premier.*

**Avez-vous reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet ?**

*Il y a eu des formations auxquelles je n'ai pas participé. Il y a eu des formations pour l'accompagnement au changement. Pour l'instant je n'y ai pas participé du tout mais j'ai vu qu'il y en avait d'autres à venir. Je pense donc que je participerai à l'une des prochaines.*

**Quelles étaient les grandes lignes et enjeux de ce déménagement ?**

*Je pense que c'était une question de budget de toute façon. Après on avait un hôpital qui commençait à devenir un peu vétuste. Il était important de faire quelque chose : soit faire des travaux mais je pense qu'ils nous auraient couté assez cher. Et puis, il y avait la fusion privé-public. Pour nous cadre de santé, l'enjeu a été de se projeter sur le nouveau site, d'accompagner les équipes parce que le changement c'est vrai ce n'est pas facile, ça fait peur. En plus, nous avons regroupé 3 équipes sur le service de chirurgie : 3 équipes distinctes avec des cadres. Maintenant, elles se retrouvent ensemble donc ça été un changement pour elles, un changement pour nous.*

*Après j'ai travaillé sur 2 projets, parce qu'avant j'étais cadre sur la gynécologie et la chirurgie ambulatoire...La chirurgie ambulatoire est un GCS maintenant, donc ça fait partie pour moitié du public et pour moitié du privé. Donc ça été un accompagnement des équipes à travailler ensemble, à se connaître car c'était 2 entités, 2 modes de fonctionnements différents. Et là, on allait regrouper ces 2 entités et ses modes de fonctionnements. Par contre là, c'était un projet très riche.*

Le statut de ces agents a-t-il été modifié étant donné que le service est un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) ?

*Non, elles ont gardé leur statut. Les infirmières et aides soignantes qui étaient en chirurgie ambulatoire ont gardé leur statut et pareil de l'autre côté. Celles du privé ont aussi gardé leur statut et elles ont le même planning, posent en même temps leurs vacances. Maintenant c'est une seule et même équipe.*

Comment ont été vécues les différences statutaires privé-public ?

*Beaucoup de questions, beaucoup d'échanges mais on l'avait bien travaillé avec le cadre du privé. C'est-à-dire on avait fait des réunions en commun, des groupes de travail en commun. On a essayé de se voir une fois par mois et on a essayé de faire aussi des stages par comparaisons. Où les filles du public sont allées une journée sur le privé et où les filles du privé sont venues une journée sur le public. Comme ça, elles ont appris à se connaître et voir comment elles travaillaient les unes par rapport aux autres. C'est vrai que là, on les a bien accompagnées, je pense. Après, le début a été difficile parce que c'est vrai que lorsqu'on arrive sur une structure comme la nôtre, c'est quand même un grand bâtiment, avec des salles de bloc importantes. Il faut remettre en marche la machine, il faut retravailler tout ça. Maintenant, je suis plus cadre de la chirurgie ambulatoire mais bon, c'est mieux quand même. J'ai encore des contacts avec elles donc ça y est, elles se repèrent.*

*Le début a été difficile parce qu'en plus on n'avait pas les réponses à nos questions. Quand on avait les réponses, elles pouvaient changer rapidement, c'est-à-dire on nous disait oui et 3 jours après, c'était non. Donc c'est vrai que pour elles, c'était un peu difficile quand même. Elles ont dit qu'elles n'avaient pas de réponses claires et précises. Elles ont voulu arrêter le travail. C'est vrai que la Direction nous a accompagnées au début, une fois qu'on était sur les rails, on était parti.*

Et concernant le service de gynécologie ?

*Alors le service de gynécologie, ça été différent, c'était un service de 8 lits qui maintenant se retrouve dans un service de 30 lits avec les spécialités chirurgicales avec ORL, stomatologie, ophtalmologie et gynécologie. Alors là, pareil, une équipe de gynécologie dédiée, qui se retrouve maintenant dans une très grande équipe où elles étaient 3 infirmières de jour par exemple et elles sont 16 aujourd'hui.*

Avec une spécialité médicale beaucoup plus large ? Et proportionnellement beaucoup moins de gynécologie qu'avant ?

*Beaucoup moins de gynécologie, beaucoup plus d'ortho-traumatologie avec le surplus d'ortho-traumatologie car 30 lits ne suffisent pas donc, très souvent et tous les jours on a de l'ortho-traumatologie dans nos lits. Donc il a fallu qu'elles s'habituent, s'habituer là aussi à la nouvelle équipe, même si elles se connaissaient et qu'elles font partie de la même entité. Donc là, on est entrain de faire des groupes de travail, on a commencé un petit peu. Le début a été très difficile pour elles parce qu'elles voulaient, surtout pour l'équipe d'ORL-stomatologie-ophtalmologie, récupérer leur service. L'équipe unique, elles n'en voulaient pas : elles disaient : on récupère notre équipe avec la gynéco et on fait notre service. La Direction des soins nous avait dit voilà, il ne reste plus que 2 services de chirurgie sur le côté public donc ce sera une seule et même équipe. Mais bon, c'est vrai que c'est important pour elles, il y a une charge de travail importante, un turnover de ce côté ci important avec entre 10 et 15 sorties jour. Donc pas autant qu'avant. Le service de gynécologie était un service de 8 lits, c'est vrai qu'on était un petit peu privilégié. Ca, on ne peut pas le nier.*

Y a-t-il des changements de service de demandés à ce moment là ?

*Quand on a commencé à dire ce sera une seule et même équipe il y a eu des postes qui sont parus pour d'autres services de l'établissement mais, elles n'ont pas postulé. Elles sont restées. On a aussi fait des échanges, elles sont allées en ortho-traumatologie, ORL, stomatologie et ophtalmologie et les filles d'ORL sont aussi venues en gynéco. Donc déjà on les avait préparées d'un côté comme de l'autre. Le changement se fait maintenant. C'est-à-dire que sur les infirmières de gynécologie par exemple, sur les 3 de jours, j'en ai une qui est partie en chirurgie ambulatoire, une qui est passée de nuit et l'autre qui reste mais qui demande à partir à un moment ou à un autre parce qu'elle ne s'y retrouve pas : surtout dans la charge de travail. Je pense que Mme M. vous en a parlé, mais en termes d'effectifs, on est le service le moins bien loti, surtout au niveau effectif IDE. 1 infirmière pour 15 dans un service de chirurgie quand elles ont 7 retours de bloc voir 8, c'est quand même lourd. C'est pareil, ca veut dire 7 dossiers à préparer, 7 patients à préparer, à prémédiquer, il faut y aller derrière il y a les 8 autres patients qui sont déjà dans les lits et dont il faut aussi s'occuper. Elles ont un turnover important et elles bossent beaucoup. Donc sur les 3 de gynécologies, il nous en reste plus qu'une et sur les filles d'ORL- stomatologie, il y en avait 2 pour l'instant il nous reste les 2 mais elles*

ne cachent pas que si un poste se libère dans un autre service, elles postuleraient éventuellement ailleurs.

### **Quel est selon vous le rôle du cadre de santé dans cette situation ?**

*L'écoute, après c'est facile de dire d'être à l'écoute surtout quand on n'a pas les réponses. Je vois quand elles nous disent la charge de travail est lourde, il faut faire quelque chose. On le sait très bien que la charge est lourde, on sait que ce n'est pas facile pour elles. Maintenant nous on a fait ce qu'il fallait, c'est à dire plusieurs fois on est monté à la Direction en disant on manque d'effectifs il faut revoir le GPEC. Maintenant on ne peut pas non plus faire plus. On est à l'écoute, moi j'essaie de les accompagner mais des fois j'ai un peu honte : de dire oui je sais mais, je ne peux rien faire d'autre. Et pareil pour l'arrêt aide soignant, ca va hurler mais bon je peux rien faire d'autre je ne vais pas embaucher des aides soignants moi.*

### **D'après vous, le cadre de santé doit il accompagner les équipes ? Est-il le mieux placé ?**

*Je pense qu'on a une place importante dans l'accompagnement au changement, on est les premiers dans le service, quand même. On fait le lien entre les équipes et la Direction et vice versa je pense qu'on a un lien important et elles le savent.*

### **Il y a-t-il des moments où vous vous sentez en difficultés en regard des informations descendantes que vous recevez lors de la préparation du déménagement ?**

*Oui, par exemple pour les effectifs on est en période de CREF (Contrat de Retour à l'Equilibre Financier), cela fait bientôt 2 ans. On sait très bien qu'il faut faire attention budgétairement donc l'équipe voit la charge de travail augmentée ce que je comprends aussi, et nous à coté, la Direction nous dit : on est en CREF, on ne peut pas dépenser non plus à tort et à travers. Ce n'est peut être pas le terme parce que ce n'est pas à tort et à travers car c'est pour les patients et pour les soins mais elles ont du mal à entendre ça. Donc après on est au milieu, on essaie de faire le lien donc forcément elles entendent ce qu'elles ont envie d'entendre et pareil de l'autre coté, ils entendent ce qu'ils ont envie d'entendre donc après à nous de transmettre et retransmettre correctement.*

## Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

*Quand le projet a démarré, tout le monde voyait ça de loin à partir du moment où on ne se projette pas encore. On parle du nouveau site, de plans, bon après c'est très loin. Une fois qu'on a commencé à intégrer les équipes, c'est-à-dire à leur montrer sur plans le futur établissement, à venir sur le site (l'année dernière on a commencé à faire des visites sur le site) donc là on s'est projeté dans la cité donc c'était mieux. Je pense qu'avant le projet en lui-même certaines s'y intéressaient et pour d'autres c'étaient très loin.*

## Comment l'information et la concertation ont-elles été organisées ?

*Moi j'étais faisant fonction à ce moment-là, donc je n'ai pas fait très attention à ça. Et après, je suis partie à l'école des cadres donc j'ai regardé de loin. Donc oui, il y avait des groupes de travail. Pouvaient y aller ceux qui voulaient mais comme je vous dis, il y avait ceux qui étaient loin, qui regardaient et ceux qui se projetaient plus facilement. Dans l'ensemble, ça a été quelque chose de positif, même l'année dernière lorsque nous avons été sur le site, qu'elles ont vu les locaux. En parallèle, les conditions de travail ce sont nettement améliorées avec de nouveaux locaux. Mais il est vrai que le travail sur place a été plus difficile. Les nouveaux locaux, ça a été bien mais les dysfonctionnements ça été dur à gérer. Ce que l'on voit dans toute construction actuellement. Il y a toujours des travaux à revoir.*

## Et concernant l'arrivée de la technologie ?

*Donc tous les pneumatiques, ce que nous on appelle les tortues, avec les agents de logistiques. C'est un changement ça aussi, car elles avaient l'habitude d'aller chercher les plateaux... Elles continuent de toute façon car cela ne fonctionne pas toujours bien mais c'est un changement important pour elles. Au début ça allait être quelque chose qui allait révolutionner le service, elles n'allaient plus descendre, elles n'allaient plus aller à la transfusion, à la pharmacie, avec les pneumatiques. C'est comme les tortues, tout allait arriver dans le service. Après, il y a eu les dysfonctionnements donc là c'est sûr, on en a entendu parler. Maintenant voilà les pneumatiques ne fonctionnent pas, il faut descendre, les tortues ne fonctionnent pas aussi, et au niveau des fax beaucoup de soucis, il a fallu travailler là-dessus. Le début a été difficile pour elles, beaucoup trop de changements en même temps je pense.*

## Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Celui-ci a-t-il été évalué de manière formelle ?

*Non, le changement n'a pas été évalué. Je pense que si on pose la question aux soignants, ça ne serait pas si positif que ça. Après il faut voir par rapport aux questionnaires, je pense que cela peut être intéressant d'avoir notre ressenti à nous et le leur. Maintenant, est ce que c'est positif autant que ça, vu ce qu'on entend au tour de nous, les réflexions et tout ça, je ne suis pas sûre. C'est encore trop tôt, on est encore à tâtonner ; c'est sûr, c'est mieux, on a moins de dysfonctionnement, ça y est on s'est tous repéré dans les locaux, on sait où ça se trouve mais on est encore à tâtonner un petit peu quand même. Je pense que c'est aussi le ressenti de l'équipe. Et puis il faut arriver à faire le deuil. Ce sont des infirmières qui ont pour certaines 10-15 ans de carrière derrière elles, sur l'ancien établissement. Enfin je veux dire que quelque part, on fait le deuil de ce dernier, on fait le deuil de son organisation, ce n'est pas si simple que ça.*

## Au moment de l'annonce du projet, y a-t-il eu des départs de l'établissement pour cette raison ?

*Des départs en retraite qui étaient prévus, mais ces agents là n'avaient pas envie de venir sur le nouveau site. Ça tombait plutôt bien. Après il y a eu quelques départs mais on pensait qu'on en aurait eu plus que ça, parce que c'est vrai qu'à un moment donné elles étaient dans la menace et revendiquaient « de toute façon si ça ne s'améliore pas on partira ». Au bout de 6 mois, je vous dis, elles changent de service mais ne quittent pas l'établissement. Il n'y a pas eu de départ vers l'établissement privé non plus.*

## Si cela était à refaire, que feriez-vous différemment ?

*Impliquer plus les agents, c'est-à-dire qu'elles ont été impliquées mais elles ne se sont pas investies non plus dans le projet et ne se l'ont pas approprié complètement. Je pense que là, on aurait dû insister un peu plus. Par exemple, sur la chirurgie on aurait dû plus travailler l'équipe unique, on ne l'a pas assez travaillé même si elles ont été formées. Même si elles ont fait des stages par comparaisons en ortho-traumatologie, ORL et le reste ou en gynéco, on aurait pu faire encore un peu plus encore je pense, pour ma part en tout cas. Je pense qu'on a raté ça. C'est ce qui fait que là, elles sont dans le mécontentement et qu'elles veulent retrouver leur ancienne équipe. Là, on ne les a pas assez impliquées, pas assez motivées quelque part.*

## Les médecins ont-ils été associés à cette démarche au sein même du service ?

*Alors quand nous sommes arrivés sur le nouveau site, il y avait 2 équipes : celles d'ortho-traumato et l'équipe ORL, ophtalmo gynéco qui s'étaient regroupées elles tournaient quand même toutes, mais on sentait 2 noyaux. L'équipe d'ORL a fait un courrier demandant aux médecins de retrouver leur service, comme avant. On a fait une réunion au mois de novembre avec la Direction qui a statué en disant voilà, maintenant on reste comme ça, c'est une équipe unique par contre, on va vous accompagner sur les pathologies, les spécialités. Je pense qu'on aurait dû le faire un petit peu avant ça. Ça a fait trop de changement en même temps. On est dans le changement de locaux, de fonctionnement, de pathologies, c'est trop d'un coup. Pour elles et pour nous, même si on s'adapte. Je pense que ça, on aurait du le préparer, l'anticiper un peu mieux.*

*Voilà, mais je pense qu'on aurait mieux fait de travailler ça avec les médecins et travailler les pathologies et ne pas se retrouver avec une infirmière d'ortho gynéco avec une trachéotomie alors qu'elle n'a jamais fait ces soins là. Et cette situation c'est produite. C'est comme pour la gynéco où on a des aides soignants ; au niveau de la toilette, ce n'est pas facile non plus. Parce que dans le service de gynécologie, on avait que des femmes et là on se retrouve avec des hommes donc il faut aussi les accompagner. Ce n'est pas évident autant ils peuvent faire une toilette sur une patiente d'ortho-traumatologie, autant sur une patiente de gynéco ayant subie une mastectomie, je veux dire il y a quand même une approche qui est différente. Le regard de la patiente, les questions qu'elles peuvent se poser. Déjà que nous en tant que femmes ce n'est pas facile, on a aussi notre regard de femme mais pour un homme qui se retrouve confronté à une patiente avec une mastectomie, ça ne va pas être simple non plus. Ça, c'est pareil on aurait dû plus le travailler je pense. On a un petit peu raté.*

*Maintenant on rebondit. Là, on a fait des réunions, essayé de voir les équipes jour-nuit, faire des réunions avec elles pour voir comment elles pouvaient s'organiser. Et là, on est entrain de mettre en place avec Dr L. gynécologue qui va intervenir fin mars sur les protocoles car autant la gynéco connaissent les protocoles autant les autres il faut les accompagner. Pareil sur l'ORL, ortho-traumato donc on va faire des petites réunions comme ça pouvoir échanger, ça va être plus facile. Ça va pas changer le monde non plus mais ça permet de rebondir un petit peu sur nos lacunes du début.*

## Avez-vous d'autres éléments auxquels je n'ai pas pensé ?

*Le changement, le déménagement, l'accompagnement au changement c'est intéressant. Un déménagement c'est fort, c'est intense, c'est beaucoup de travail : avant,*

*pendant mais aussi après. Et l'accompagnement au changement ne s'arrête pas une fois arrivé sur le nouveau site. Il faut continuer à accompagner les équipes, mais c'est quelque chose qui est riche. Je veux dire même en tant que cadre on ne vit pas ça tous les jours C'est une expérience qui mérite d'être vécue. C'est ce qu'on disait pendant la phase du déménagement proprement dite, c'est quelque chose de très lourd et qu'on oublie une fois installé. On l'oublie alors qu'au mois d'aout l'année dernière, on en pouvait plus mais voilà, c'est à vivre une fois.*

*Je pense également que les équipes se voyaient arriver sur le nouveau site et hop on démarre. Sauf qu'à coté de ça, c'est ce que je disais tout à l'heure, il y a tous les petits dysfonctionnements. Il faut se repérer dans un nouveau service. Je veux dire 30 lits ce n'est pas rien. Et ce n'est pas : ça y est on est installé, tout roule et on y va. Non il faut du temps c'est pour ça qu'au bout de 6 mois on est encore dans la phase de changement.*

### **Le déménagement a-t-il été évalué de manière formelle ?**

*Non, pas encore. Alors là je pense qu'il faut encore nous laisser 3-4 mois, faciles. Il faut encore nous laisser ces 3-4 mois de changement. Même si c'est mieux, même si on se repère, même si les dysfonctionnements sont réglés ; il faut encore nous laisser le temps de se repérer. Mais autrement, c'est quand même mieux qu'il y a 6 mois.*

### **Et depuis, la Direction est-elle passée dans les services pour voir les agents ?**

*Alors nous, il y a eu la réunion qu'on a faite le 26 novembre, mais autrement ils sont passés dans les services pour la mise en conformité avec l'ARS. Mais si vous posez cette question aux agents, ils vont dire que non. Pour eux, ils ne sont pas entendus comme ils le souhaitent. On leur demande pas comment ça va ; nous on leur demande parce qu'on est cadre de proximité, on est avec elles, mais je pense que si on demande aux agents : est ce que la Direction les écoute, ils vont dire que non. Elles ont été écoutées le 26 novembre mais pas entendues sur leurs demandes. Moi, j'en suis persuadée. Il y a eu trop de changements en même temps trop, trop, trop et oui pour moi elles ne sont pas écoutées comme elles le souhaitent par la Direction. C'est pour ça que nous, on doit être encore présentes sur le terrain. Ce n'est pas toujours facile.*

**Je vous remercie.**

*Je vous en prie.*

## **Annexe VI : Compte-rendu d'entretien, établissement n°3**

**Durée de l'entretien** : 30 minutes

**Interlocuteurs** : BR (cadre de santé) et AL (attachée d'administration)

**\* Depuis quand êtes-vous cadre de santé et attachée d'administration ? Depuis quand êtes-vous en poste dans cet établissement ? Avez-vous déjà participé au déménagement d'une structure de soins ?**

Me BR est infirmière dans l'établissement depuis le 01/06/1981. Depuis 2000, elle est cadre de santé au sein de ce même établissement. Elle n'a pas vécu de déménagement de structure de soins en tant que professionnelle. Par ailleurs, elle a accompagné un proche lors du déménagement d'une structure médico-sociale.

Me AL, attachée d'administration, est en poste dans l'établissement depuis le 01/02/2011. Avant d'intégrer cet établissement, elle a réalisé deux déménagements de structures : une structure sanitaire (regroupement de cliniques) et une structure médico-sociale (déménagement d'un service de long séjour d'un établissement public, 230 résidents). Pour ce dernier, l'armée avait été sollicitée pour le jour du transfert au vu du nombre de personnes à déménager et de la distance entre l'ancien et le nouvel établissement. Ces deux déménagements ont été une expérience riche et positive pour Me AL.

**\* Avez-vous reçu une formation spécifique dans le cadre de ce projet ?**

Me BR n'a pas reçu de formation en lien avec le projet de déménagement. Il en est de même pour Me AL que ce soit dans cet établissement ou pour l'organisation des déménagements antérieurs.

**\* Quelles étaient les grandes lignes et enjeux de ce déménagement ?**

Deux objectifs principaux étaient attendus lors de la création de la nouvelle structure, structure reconstruite sur le même site. Tout d'abord, il s'agissait de mettre aux normes les chambres des résidents (surface augmentée, douche individuelle) et améliorer par la même occasion les conditions de travail du personnel. D'autre part, cette restructuration permettait la création d'une unité Alzheimer ainsi que de deux lits d'accueil temporaire, tout cela à effectif constant en termes de personnel.

Par ailleurs, le déménagement des résidents devait avoir lieu sur un laps de temps court afin d'éviter le doublon de personnel sur l'ancienne et la nouvelle structure. Le déménagement devait donc se réaliser au maximum sur 4 jours et permettre alors le rassemblement des résidents sur un même lieu pour le week-end.

**\* Quelles ont-été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?**

L'équipe était globalement optimiste au vu des enjeux et des améliorations que le projet pouvait apporter. Néanmoins, la crainte du «nouveau» a été mise en exergue, dès le début, par celle-ci.

**\* Quelles sont d'après vous les difficultés rencontrées et/ou vécues par les équipes face à ce projet ?**

Malgré l'adhésion des équipes, des difficultés ont émergé. Tout d'abord, la prise des repères dans les nouveaux locaux a été difficile. De plus, il a été nécessaire pour les équipes de s'approprier la nouvelle organisation du travail tant entre les différentes unités qu'au sein même de l'unité. Les repères temporels en lien avec les soins étaient eux aussi à redéfinir (tâches qui n'étaient pas réalisées auparavant, diminution des distances en lien avec la création des unités), ce qui a provoqué quelques angoisses pour l'équipe, liées à la peur de ne pouvoir réaliser tous les soins. Cette notion a disparu avec le temps.

**\* Comment l'information et la concertation ont-elles été organisées ?**

Au cours de ce déménagement, le cadre de santé et l'attachée d'administration ont travaillé en binôme. Dès que le projet a commencé à prendre forme, les agents ont été informés. Les plans leur ont été communiqués et des échanges organisés dans le but de prendre en compte au maximum les remarques qui étaient formulées. Quand les travaux ont débuté, une affiche mensuelle indiquait, à l'entrée de l'établissement, l'avancée du chantier. Les informations étaient ainsi portées à la connaissance des employés et des familles. D'autre part, tous les quinze jours, une visite du chantier, en présence de la directrice était proposée aux agents. Enfin, une information orale formalisée auprès des résidents et du personnel était programmée mensuellement.

Le déménagement de la structure a entraîné également une modification de l'organisation du travail dans l'établissement. En effet, de petites unités sont créées ce qui nécessite le découpage de l'ancienne équipe soignante en différentes équipes (une par unité). Pour cela, des questionnaires ont été distribués en amont aux agents. Ces

questionnaires avaient pour objectifs de connaître leurs attentes, leur choix d'unité d'affectation. Les choix exprimés par les soignants ont pu être dans l'ensemble respectés. En ce qui concerne l'achat du nouveau matériel, des essais ont été effectués auprès du personnel, ceci en amont de l'achat. Les choix validés par le personnel ont été respectés.

En parallèle, une réflexion d'équipe avec la psychologue a été menée afin de limiter la perte des repères des résidents. En effet, contrairement à un service hospitalier, il s'agit ici d'un lieu de vie. Cette notion de repères est ici primordiale, ce qui a nécessité la définition de critères pour l'attribution des chambres. Les familles ont ainsi reçu un questionnaire afin de connaître leurs souhaits concernant l'attribution de la chambre. Celui-ci a permis également de recenser les familles qui seraient présentes pour accompagner les résidents le jour du déménagement. Les associations intervenant dans l'établissement ont été intégrées dans le processus de déménagement. Des bénévoles étaient présents le jour du déménagement.

#### **\* Après le déménagement, quel est le ressenti des professionnels ?**

Les deux personnes rencontrées s'accordent à dire que le vécu est globalement positif de la part des équipes.

#### **\* Considérez-vous le déménagement comme réussi ou non ? Ceci a-t-il été évalué de manière formelle ?**

BR et AL considèrent le déménagement comme réussi. Les conditions d'accueil des résidents et la qualité de la prise en charge ont été améliorées. La rédaction d'un tableau de bord par l'attachée d'administration afin de prévoir, sur les 4 jours, le transfert des résidents a été une réelle aide pour les équipes, indique Me BR. Néanmoins, des imprévus ont été à prendre en considération le jour du déménagement : problèmes techniques dont la panne des différents ascenseurs.

L'évaluation du déménagement (et de sa préparation) ne pourra être réalisée qu'après le réaménagement des locaux existants et l'inauguration du PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés), inauguration prévue pour juin 2013. L'établissement réalisera cette évaluation dans le cadre de l'évaluation interne/externe.

#### **\* Si cela était à refaire, que feriez-vous différemment ?**

BR et AL s'accordent à dire qu'elles réaliseraient le transfert des résidents sur un laps de temps plus court et non sur 4 jours.

## Annexe VII : Compte rendu final du dépouillement des questionnaires.

### 57 QUESTIONNAIRES

#### QUESTION 1 :

Femmes 50 87.7%

Hommes 7 12.3%

20-30 9 15.8%

30-40 23 40.4%

40-50 16 28%

+50 9 15.8%

#### QUESTION 2 :

AS 28 50%

IDE 28 50%

#### QUESTION 3 :

PUBLIC 57 100%

#### QUESTION 4 :

*-1	1	*1-5	10	*5-10	14	*+10	32
	1.8%		17.5%		24.6%		56.1%
*-1	1	*1-5	15	*5-10	15	*+10	25
	1.8%		26.3%		26.3%		43.8%
*-1	6	*1-5	22	*5-10	17	*+10	11
	10.7%		39.3%		30.4%		19.6%

#### QUESTION 5 :

ETABLISSEMENT	7
	11.3%
POLE	8
	12.9%
EQUIPE	47
	75.8%

**QUESTION 6 :**

NECESSITE D'ADAPTER LES LOCAUX	20
	29%
NOTION D'ECONOMIE	9
	13%
AMELIORATION DE LA PEC DU PATIENT	18
	26%
AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL	16
	23.2%
DES CONTRAINTES	4
	5.8%
UNE RUPTURE DOULOUREUSE	2
	3%

**QUESTION 7 :**

ENTHOUSIASME	19
	25%
CONFIANCE	9
	11.8%
COLERE	4
	5.3%
CRAINTE	35
	46.1%
INDIFFERENCE	9
	11.8%

**QUESTION 8 :**

	1	2	3	4	5
CHANGEMENT DE LOCAUX	21	13	11	7	3
	38.2%	23.6%	20%	12.7%	5.5%
ELOIGNEMENT DU DOMICILE	4	3	7	10	29
	7.5%	5.7%	13.2%	18.9%	54.7%
MODIFICATION DE L'ORGANISATION	23	20	6	7	
	41.1%	35.7%	10.7%	12.5%	
MODIFICATION DE L'EQUIPE	8	13	17	10	6
	14.8%	24.1%	31.5%	18.5%	11.1%
SENTIMENT DE PERTE DE L'HISTOIRE	5	7	10	19	14
	9.1%	12.7%	18.2%	34.5%	25.5%

**QUESTION 9 :**

DIRECTION	16
	28.6%
MEDECINS	2
	3.6%
CADRE DE POLE	6
	10.7%
CADRE DE SANTE	27
	48.2%
IDE REFERENTS	3
	5.3%
EQUIPE	2
	3.6%

**QUESTION 10 :**

	1	2	3	4	5
ECOUTE	23	18	6	5	2
	42.6%	33.3%	11.1%	9.3%	3.7%
RELAI D'INFORMATION	11	9	18	10	3
	21.6%	17.6%	35.3%	19.6%	5.9%
INFORMATION ETAT AVANCEMENT	13	14	10	10	6
	24.5%	26.4%	18.9%	18.9%	11.3%
CREATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL	6	9	9	18	9
	11.8%	17.6%	17.6%	35.3%	17.6%
FORMATION	2	1	5	12	30
	4%	2%	10%	24%	60%

**QUESTION 11 :**

OUI	31
	54.4%
• DEBUT	12
	38.7%
• PROJET VALIDE	5
	16.1%
• QUELQUES MOIS AVANT	12
	38.7%
NON	26
	45.6%

**QUESTION 12 :**

OUI	56
	98.3%
NON	1
	1.7%

**SI OUI :**

OUI	36
	65.5%
NON	19
	34.5%

**QUESTION 13 :**

OUI	33
	57.9%
NON	24
	42.1%

**QUESTION 14 :**

UTILE	43
	75.4 %
INUTILE	8
	14.0 %
NON REPONDU	6
	10.5%
ENRICHISSANT	22
	38.6%
DEMOTIVANT	21
	36.8%
NON REPONDU	14
	24.6%

## Annexe VIII : Fiche métier de la fonction publique hospitalière : cadre unité de soins



### Cadre responsable d'unité de soins

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

#### ► Information générale

##### Définition :

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

##### Autres appellations :

Cadre de santé  
Surveillant

##### Prérequis :

Exercice professionnel de 4 ans

#### ► Activités

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

#### ► Savoir-Faire

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



## ► Connaissances

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

### **Connaissances détaillées :**

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

### **Connaissances approfondies :**

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

## ► Informations complémentaires

### **Relations professionnelles les plus fréquentes :**

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

### **Etudes préparant au métier et diplôme(s) :**

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

### **Correspondances statutaires éventuelles :**

Cadre de santé

### **Proximité de métier - Passerelles courtes :**

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

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

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



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

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



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

## Diplôme de cadre de santé

**DCS@12-13**

### TITRE DU MEMOIRE

Le déménagement vers une nouvelle structure : un challenge humain

### AUTEUR

Anthony RICHARD

### MOTS-CLES

Cadre de santé. Changement. Démarche projet. Equipe. Identité professionnelle.

### KEYWORDS

Change. Health executives. Nurse manager. Professionnel identity. Project management.

### RESUME

Depuis la création de l'hôpital moderne en 1941, le système de santé français est en pleine mutation, en lien avec le développement des techniques médicales. Par ailleurs, la prise en compte de la notion économique et plus précisément d'efficacité est de plus en plus prégnante. Ces éléments amènent les établissements de santé à adapter les soins qu'ils prodiguent mais également à reconfigurer les structures de soins. A ce titre, le déménagement d'une structure de soins est une étape importante dans la vie d'une institution. Le travail présenté, a pour objectif de mettre en exergue les différents changements inhérents au processus de déménagement, en lien avec le vécu des soignants tout en mettant en évidence la place de chacun. 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 : des questionnaires adressés aux soignants et des entretiens auprès de cadres de santé. Il résulte de cette étude qu'associer l'ensemble des acteurs à cette démarche, constitue assurément un socle de réflexion d'équipe intéressant, dont l'objectif principal est de prévenir toute crainte légitimement perçue.

### ABSTRACT

Since 1941 and its inception, the hospital under its modern format, and really the French health system are moving forward. Obviously, this move is in line with the new and modern technics. As a matter of fact the Economy and the related theories are part and parcel of the mutation and exactly the efficiency is more and more persistent. As a result, hospitals are forced to adapt the treatments and reorganize the structure of those treatments. The move of a health structure is an important step and, without the shadow of a doubt, crucial in the life cycle of an institution. This move is a real challenge and an important step that generates a structural change for then entire staff and all the employees. This study is aimed to highlight all the changes generated by a move process, all being in line with the experience of the nursing. Also, is highlighted the function of all the different actors involved in this project. This analysis is obviously based on report reviews and official studies. Therefore, questionnaires have been sent over, whilst face to face interviews have been organized with executives of the activity sector. Finally and as a result of this trial, it appears that joining together all the actors of the project is clearly the basis of an interesting team aiming mainly to the prevention of legitimate concerns.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de 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.