

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

CONDUIRE LE CHANGEMENT

***Quand le management est un outil et un
levier managérial***

Mirella CAUMONT

née ROUSSEL

DCS@20-21

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

REMERCIEMENTS

A ma grand-mère.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, **Madame NORA BOUAMRANE**, pour son accompagnement sans faille et sa bienveillance. Guide et soutien méthodologique tout au long de la construction de mon travail de recherche, elle a su adroitement m'insuffler la réflexion.

Et enfin, ses encouragements m'ont été d'un grand secours lorsque j'ai douté...

J'adresse mes profonds remerciements à ma Direction des Soins qui m'a toujours accompagnée et soutenue dès « la naissance » de mon projet, ainsi que tous mes collègues cadres et mes collaborateurs du GHEF.

Pour leur confiance et leur foi en mes capacités...

J'adresse également mes sincères remerciements à tous les formateurs, intervenants de l'IAE et de l'ESM, et toutes ces personnes, qui par leurs paroles, leurs lectures, leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions.

Pour leur andragogie et leurs performances...

Je remercie mes très chers parents, Alain et Aurore, qui ont toujours été là pour moi, ainsi que mes frères, ma famille, mes proches et tous les amis.

Pour leurs fidèles soutiens et encouragements...

Un remerciement particulier à mes deux compères et Amies, Angélique et Elodie, pour tous ces moments de liesses ou de dépits, qui nous ont renforcées et nous ont fait avancer. A Agathe, et Marina, merci.

Et enfin, à mes enfants, Yohann, Raphaël et « Poupette », qui m'avez soutenue et surtout, insufflée l'Envie.

Et à toi, Raphaël, mon fils cadet, pour ton aide, ta présence constante et sans faille à mes côtés, et pour tout l'amour que tu sais si bien me donner.

Je vous aime

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
1 LE CONTEXTE D'EMERGENCE	6
1.1 Situations de départ	6
1.2 L'élaboration des premiers questionnements.....	9
1.3 De La phase exploratoire à la question de départ.....	10
1.3.1 Synthèse des entretiens.....	10
1.3.2 Ma question de départ.....	15
2 LE CADRE DE REFERENCE.....	16
2.1 Le cadre juridique.....	16
2.2 Les organisations et les conséquences du travail en douze heures ..	17
2.2.1 Enjeux et risques pour les directions.....	17
2.2.2 Enjeux et risques pour les Directeurs de Ressources Humaines....	18
2.2.3 Enjeux pour les professionnels.....	19
2.2.4 Risques pour les professionnels	19
2.3 Les conséquences sur le travail.....	21
2.3.1 La perte d'informations et l'altération de l'esprit d'équipe.....	21
2.3.2 Les conséquences sur la prise en charge des patients	21
3 DE LA NOTION DE CHANGEMENT AU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	22
3.1 Définition du changement	22
3.2 Les caractéristiques d'une organisation	24
3.3 Le changement organisationnel.....	25
3.4 Le processus d'un changement organisationnel.....	26
3.4.1 Les différents modèles de processus vus par les auteurs.....	26
3.4.2 Le processus de deuil.	29
4 LE CADRE DE SANTE ET LA CONDUITE DU CHANGEMENT.....	35
4.1 La fonction cadre de santé.....	35
4.1.1 Les textes de références de la fonction cadre	35
4.1.2 Ses activités et ses responsabilités.....	35
4.2 Conduire et accompagner le changement	36
4.2.1 Manager une conduite de changement.....	36
4.2.2 Qu'entend-on par projet ?	37
4.2.3 Les outils de management	37
5 SYNTHESE DU CADRE REFERENTIEL.....	43
6 LA DEMARCHE DE RECHERCHE.....	45
6.1 L'outil de l'enquête : Le choix de l'entretien semi-directif	45
6.2 Le choix de la population ciblée	45

6.3	Les biais et limites d'une enquête	46
6.3.1	Les biais et limites du travail de recherche	46
6.3.2	Les retombées et perspectives	47
CONCLUSION.....		48
BIBLIOGRAPHIE.....		49
ANNEXES.....		53

LISTE DES ABREVIATIONS

AES : Accidents d'Exposition au Sang

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GHEF : Grand Hôpital de l'Est Francilien

IDE : Infirmier (ère) Diplômé (e) d'Etat

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PFE : Pôle Femme et Enfant

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

AVERTISSEMENT PRATIQUE

LIRE PARTOUT :

« Infirmier et infirmière » pour « infirmier »

« Aide-soignant et aide-soignante » pour « aide-soignant »

« Le-la cadre » pour « le cadre de santé »

INTRODUCTION

« Tout le monde veut le progrès. Mais le progrès requiert le changement...et le changement reste impopulaire. » (John Fitzgerald Kennedy)

« Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise. » (Jean Monnet, économiste du 19^e siècle)

Le monde hospitalier a dû s'adapter à un nouvel environnement en perpétuelle mutation. La mise en œuvre de la conduite du changement est devenue une variable importante de sa performance.

L'objectif de ce travail de recherche est de prioriser l'aspect humain pour parvenir à une gestion efficace du changement dans une organisation.

Les relations interpersonnelles sont au cœur du processus du changement et, lorsqu'elles sont combinées à des méthodes structurées de management, les objectifs de performance peuvent être maîtrisés.

Les nombreuses transformations, qu'elles soient internes ou externes à l'hôpital, influencent les organisations de travail et les façons de faire. Les stratégies auxquelles l'institution se référait habituellement, qu'il s'agisse des pratiques ou des procédures, sont déterminées par les nouvelles normes de certifications. Lorsqu'elles deviennent obsolètes, les hôpitaux ne peuvent plus répondre correctement aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Des dysfonctionnements apparaissent alors, si des changements efficaces ne sont pas opérés au moment approprié.

Les nouveaux enjeux modifient le profil des établissements de santé et impactent les habitudes et les façons de faire *traditionnelles* des professionnels. Bien que le changement fasse partie du processus naturel de vie, et sous-entende un espoir d'amélioration, il fait naître des appréhensions et des craintes chez les acteurs impactés.

Ainsi, il est primordial d'identifier les sources de ces peurs, les comprendre et évaluer leur importance. Ce sont les facteurs essentiels pour la mise en œuvre et la réussite d'une conduite de changement.

1 LE CONTEXTE D'EMERGENCE

Soignante un jour, soignante toujours ? Infirmière depuis trente et un ans dans un centre hospitalier en Seine et Marne, d'abord de jour puis de nuit, j'ai ensuite occupé le poste de faisant fonction cadre de santé de nuit durant deux années.

Le métier d'infirmière s'associe généralement au terme « soigner » ; du latin « *soniare* » qui signifie « *s'occuper de* » et qui se définit par « *s'occuper du bien-être de quelqu'un(...), être attentif à(...), procurer des soins pour préserver ou améliorer l'état de quelque chose, de quelqu'un(...)* »¹. Pour le cadre de santé, le prendre soin reste au cœur de ses missions ; en prenant de la hauteur et à distance des pratiques certes, mais en prenant toujours soin des malades, en veillant sur le bien-être et les bonnes pratiques de ceux qui sont en charge de leur procurer des soins.

1.1 Situations de départ

« Mes premiers pas vers les changements »

Après cinq années d'exercice infirmier dans un service de médecine-neurologie, j'ai rejoint l'Équipe de Compensation et de Suppléance, appelée plus communément « *Pool* ». Plusieurs critères avaient motivé mon choix :

- ✓ La polyvalence qui me permettrait le maintien de mes compétences, d'en actualiser certaines et d'en développer des nouvelles.
- ✓ La mobilité qui me conférerait l'adaptabilité aux différentes personnes et situations que je rencontrerais.
- ✓ L'autonomie.
- ✓ La distance : on n'attendait pas de moi que je m'implique dans les conflits ni dans la vie de service.

Ce positionnement m'a permis d'observer les différences de fonctionnement et de comportements au sein d'une même institution.

Les réformes hospitalières, certifications, démarche qualité et sécurité des soins, ont modifié l'approche de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles. De nombreux changements ont donc eu lieu, bousculant quelque peu les habitudes de travail, induisant de part, toutes sortes de réactions de la part des soignants.

- ✓ Pour certains, les choses étaient simples ; il s'agissait d'être efficaces, performants et répondre aux directives ; pour cela il fallait mettre en place les nouvelles procédures avec l'ensemble des collaborateurs et acteurs du soin et appliquer les règles. Le cadre était généralement au cœur de l'action, il était le pivot entre ses équipes et la direction, et chef d'orchestre-opérateur à la fois.
- ✓ Pour d'autres, à contrario, il était « simplement » inutile de bousculer des fonctionnements qui avaient montré leur efficacité. On ne répondait donc pas aux commandements et l'on rejetait toute nouvelle forme de réorganisation de travail sans même tenter de les expérimenter. En règle générale, dans ces services, on ressentait une tension et une scission entre les équipes et l'encadrement.

¹ <https://www.littre.org/definition/soigner> [consulté le 05.02.21]

Je ne comprenais pas ces différences de réactions et de comportements. Pourquoi certains semblaient trouver de l'intérêt aux changements alors que d'autres s'y opposaient d'emblée ?

« Cadre de Santé de nuit dans un contexte de changement d'amplitude horaire ».

J'ai pris mes fonctions de cadre de santé de nuit en septembre deux mille dix-huit, pour une durée de deux ans. Le centre hospitalier était devenu un groupement à la suite de la fusion progressive de trois hôpitaux et d'un EHPAD.

Les équipes de nuit ainsi que le cadre de nuit étaient postés en dix heures ; celles de jour, hormis quelques services comme les réanimations et les urgences, travaillaient en sept heures trente.

La crise sanitaire a amené de nouveaux changements, qui se sont opérés dans l'urgence. Le plan blanc a été mis en place².

En un temps très limité, toute l'organisation des soins a été restructurée, l'ensemble des personnels soignants mobilisé afin de faire face aux flux d'arrivées massives des patients et garantir la continuité des soins.

Dans un premier temps, l'amplitude horaire a été modifiée pour tout le personnel paramédical. Un passage temporaire en douze heures a été mis en place afin de répondre à l'urgence sanitaire et pallier les manques d'effectifs. Le caractère urgent de la situation n'a pas permis à l'encadrement d'anticiper le changement ; il n'a pas été possible de préparer les soignants aux changements de plannings et de rythmes de travail.

Le personnel n'a manifesté aucun signe d'opposition face au changement, comprenant l'enjeu du contexte sanitaire. Quelques-uns se sont toutefois demandé combien de temps cela allait durer, et si ça n'était pas un moyen détourné d'instaurer les douze heures de façon définitive à l'issue de la crise : *« est-ce que cela va durer dans le temps ? n'est-ce pas un prétexte pour l'instaurer définitivement ensuite étant donné que le service des urgences est passé en douze heures il n'y a pas si longtemps ? »*

Peu à peu, à la mi-juillet, l'activité a repris un cours normal, permettant aux uns et aux autres de prendre des vacances et des temps de récupérations prolongés. Toutefois, les tensions s'amplifiaient dans les services. Les soignants mécontents et en colère se plaignaient de n'avoir aucune information de la part de leur encadrement concernant leur devenir *« ça n'est pas normal qu'on ne sache toujours rien ! (...) il faut bien qu'on s'organise ! si on reste en 12 heures, ce n'est pas pareil pour nous et puis on a une vie de famille aussi ! On fait comment ? On a le droit de savoir non ! pourquoi nos cadres ne nous répondent pas quand on leur demande ou quand on leur fait un mail ? »*

² Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 « Organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes »².

Disponible : <https://www.solidarites-sante.gouv.fr>. [consulté le 05.02.21].

Vraisemblablement, il semblait qu'une des raisons de leurs mécontentements et de leurs colères venaient d'un manque d'informations et de communication de la part de leurs encadrements ; ils parlaient « *d'un manque de considération et de reconnaissance de la part de leurs hiérarchies* ».

Les impacts et les effets se sont rapidement manifestés de différentes façons :

Au sein des équipes, l'entraide, la collaboration et la bonne entente ont fait place à l'irritabilité et aux tensions. Une expérience que j'ai vécue illustre ce constat. Une infirmière de nuit a dû être conduite aux urgences suite à un malaise, laissant ainsi son binôme seul dans le service avec vingt-quatre malades. Pour pallier le problème, je n'avais d'autre choix que de solliciter le seul service où j'avais la possibilité de détacher une des quatre soignantes en poste (mode fonctionnel). Bien que j'eusse pris le temps et le soin de leur exposer la situation et de solliciter leur aide, j'ai été surprise par leur animosité et leur réaction. Le refus a été catégorique et sans appel « *ce n'est pas la peine de nous demander quoi que ce soit, pourquoi on ferait des efforts alors que dans l'autre sens, on s'en fiche de nous... !* »

Les agents n'avaient jamais eu ce genre de comportement jusqu'alors ; quand bien même ils avaient exprimé leurs mécontentements lorsque parfois je les avais sollicités, ils avaient fait preuve d'assertivité et priorisaient toujours le bon sens et la sécurité des soins.

- Un autre effet s'est manifesté avec flagrance, le travail était négligé. Certaines tâches comme les commandes étaient régulièrement oubliées ou faites négligemment, ce qui avait pour conséquences d'amplifier les tensions entre les différentes équipes. Dans le même registre, des erreurs répétées se sont produites, tels que des oublis d'appliquer une prescription ou des défauts de surveillances. Les soignants semblaient être investis par la résignation et la démotivation.

- L'utilisateur n'était plus l'élément central de la prise en charge. On lui parlait sèchement, méchamment ou on l'ignorait. Ses demandes et ses besoins n'étaient pas pris en compte, certains soins étaient faits rapidement et parfois, avec brutalité.

La communication avec les malades et leurs proches était rompue, des plaintes et des mécontentements de toutes parts en ont découlé.

Au cours du quatrième trimestre, il a été demandé à l'ensemble des personnels paramédicaux des quatre sites de se prononcer sur leurs choix. Est-ce qu'ils souhaitaient reprendre les roulements en sept heures trente ou passer définitivement en douze heures ? Les agents de jour ont voté majoritairement pour le passage en douze heures, ceux de nuit souhaitaient revenir sur un roulement en dix heures. Suite au vote majoritaire, le changement d'amplitude horaire en douze heures a donc été mis en place, avec l'approbation des différentes instances, commissions et partenaires syndicaux.

Ce qu'il faut retenir des deux situations d'appel, Qu'ils soient imposés par le contexte économique ou politique, ou encore, par une urgence sanitaire, les changements s'inscrivent dans le schéma de

fonctionnement et d'évolution de toute organisation. Les structures hospitalières n'échappent pas à ces mutations et aux bouleversements qui en découlent pour les professionnels impactés.

C'est à ce stade que le cadre de proximité tient un rôle important auprès des équipes qu'il gère. Celles-ci ont des attentes précises, telle que l'écoute, et l'attention portée à ce qui les questionne et les inquiète... C'est, semble-t-il une des composantes de l'acceptation d'un changement.

Dans le cadre du changement d'amplitude horaire en douze heures évoqué, je me questionne aujourd'hui encore sur plusieurs points :

Les choses se seraient-elles déroulées de la même façon si elles avaient pu être préparées et organisées différemment ?

Les changements soudains de comportements des soignants étaient-ils réellement motivés par un changement d'horaire qui se profilait ou par le manque de préparation et de communication ?

1.2 L'élaboration des premiers questionnements

Comment conduire un changement et le mettre en place avec les collaborateurs ? C'est une question qui est au cœur des réflexions quotidiennes des managers, dont l'une des missions consiste à conduire et piloter des projets. Cette situation et l'expérience de mes deux années d'encadrement, m'ont permis de prendre conscience de l'importance du rôle du cadre de santé au sein de son organisation. Il est l'interface entre la direction et les professionnels de terrain qu'il manage.

Dans la situation de départ, le changement d'amplitude horaire a d'abord été initié pour faire face à la pandémie. Pour l'encadrement de proximité, il a fallu planifier et gérer en urgence l'organisation des soins. Ce contexte n'a pas laissé la possibilité aux cadres de préparer les équipes à un tel bouleversement personnel et professionnel.

L'étape qui s'en est suivie s'est déroulée différemment. La situation de crise avait fait place à une reprise normale de l'activité hospitalière, on était à la mi-juillet. Toutefois, les douze heures étaient maintenues jusqu'en septembre sur les plannings qui avaient été récemment affichés. *« Ce n'est pas ce qu'on nous avait dit au départ, on nous a dit que dès que la situation se calmerait, on nous remettrait nos roulements en 7h30 et en dix heures (pour la nuit) »*. Aux yeux des soignants, les prémices des douze heures faisaient présager *« qu'on leur imposerait définitivement cette amplitude, et ce, d'une façon ou d'une autre »*. L'immobilisme et le manque de communication descendante ont amplifié les anxiétés et les mécontentements. Faisant face à cette inquiétude croissante et ayant besoin d'être rassurés, ils ont sollicité leur hiérarchie pour avoir des informations. Pour la plupart, il semblerait qu'ils se soient heurtés au silence, ce qui a eu pour effet d'impacter leur motivation, la qualité de leur travail et de prise en soins des usagers.

Or, en poste de nuit au moment de ces évènements, j'ai constaté que c'est en privilégiant l'écoute, la transparence et la proximité qu'il m'a été possible de :

- Restaurer la communication et les échanges avec les soignants.
- Restaurer un climat de confiance de leur part à mon égard.
- Recentrer les soignants sur leurs tâches et leurs missions.
- Replacer l'utilisateur au centre de leur attention.

Cette situation m'a donc amenée à m'interroger de nouveau, sur deux points :

- **Quel accompagnement le cadre peut-il proposer pour prévenir avec efficacité les risques induits par un changement ?**
- **Quelles sont les clés de la réussite d'une conduite de changement organisationnel pour le cadre de santé ?**

Afin d'appuyer ma réflexion, j'ai réalisé quatre enquêtes exploratoires³ auprès de deux cadres de santé et deux infirmières.

1.3 De La phase exploratoire à la question de départ

Cette première étape avait pour objectif de confronter mes idées sur la thématique choisie à celles des professionnels de terrain. Elle m'a permis de prendre de la distance avec ma propre expérience professionnelle et son influence sur ma réflexion.

Au regard du contexte sanitaire, les entretiens semi-directifs ont été réalisés pour la plupart, par visio-conférences. Cette méthode offrait ainsi la possibilité d'appréhender et d'observer les représentations et les émotions des personnes interviewées.

Les entretiens ont été respectivement menés auprès de deux cadres de santé et deux infirmières, dont une de jour et une de nuit, au sein des urgences du même Centre Hospitalier.

Nous constatons une certaine convergence des réponses des cadres et des infirmières. De manière générale, ils soulignent que lors d'une modification de leur organisation, il y a :

- Un manque de préparation des équipes (pour les IDE : peu ou pas d'informations/ pour les cadres : embolisation de la communication avec les équipes du fait des tâches administratives et annexes)
- Un manque de temps imparti pour s'organiser (le délai entre l'annonce du changement et sa mise en place est souvent très court)
- Un manque de proximité et de disponibilité du cadre qui rend impossible les feed-back et la qualité qu'offrent les échanges.

1.3.1 Synthèse des entretiens

Le premier entretien a été mené avec Monsieur D., âgé de 47 ans. Cadre de santé depuis trois ans, il a repris la gestion des ASH du site à l'issue de sa diplomation (poste qu'il avait préalablement occupé, en tant que faisant fonction pendant cinq ans). Monsieur D. est membre d'un syndicat du

³ Annexe 1, questionnaire cadres de santé

personnel, ce qui lui confère une parfaite connaissance de la législation du travail.

Monsieur D. précise que bien qu'il n'ait pas eu à conduire de changement d'horaire, il a dû adapter des changements au sein de sa propre organisation, car ses agents travaillent en 7h30. Il souligne et met en avant l'importance pour lui d'être présent régulièrement sur le terrain pour répondre aux questions. Ainsi, il peut constater les difficultés des équipes, ce qui lui permet d'y pallier le plus vite *« cela permet de les informer, d'expliquer et de reprendre tout de suite quand quelque chose ne va pas ou n'est pas compris. Souvent, ils n'osent pas ou n'ont pas le temps de faire appel au cadre. Cela permet aussi de contrôler la qualité du travail fait et de rencontrer les cadres et les équipes des services, c'est toujours plus agréable que de recevoir un mail !! »*

Monsieur D. pense que *« tout changement et notamment un changement d'amplitude horaire doit être rigoureusement mené et suivi car il y a beaucoup d'enjeux et de conséquences. Il faut veiller à la conformité à la législation, surtout pour les douze heures, à l'organisation des soins, des repas. Il faut aussi prendre en compte l'allongement du temps de présence au travail et les risques encourus par le personnel et surtout par les patients »*.

Sollicité pour fournir quelques exemples, il complète sa réponse ainsi *« pour le personnel, et surtout pour ceux de nuit, il faut être rigoureux sur les amplitudes de repos entre les temps de travail car il ne faut pas oublier qu'il y a les temps de trajet pour rentrer après une nuit de 12 heures. Il y a aussi le fait qu'en fin de nuit, ils n'ont plus la même attention, ni la même concentration par rapport à ce qu'ils font. Et de manière plus générale, je pense que jour comme nuit, la fatigue générée par l'allongement du temps de travail peut induire de la maltraitance envers les patients. Ils répondent mal, sont mal aimables, manquent de patience. Mais en même temps, cela peut se comprendre parce que l'activité augmente toujours contrairement aux effectifs »*.

Ici, le cadre de santé souligne plusieurs points que nous aborderons ultérieurement.

Les trois entretiens suivants ont été faits au sein des urgences pour les raisons suivantes :

- Le service a été le premier du site à basculer en douze heures deux ans auparavant.
- Le changement a été imposé (les deux autres services d'urgences du groupement travaillaient en douze heures).
- Une grande majorité de l'équipe y était défavorable.
- La cadre de santé interviewée avait eu la charge de conduire ce changement.

Le cadre de santé pilote les projets et conduit le changement, c'est pourquoi, l'interviewer était essentiel. De même qu'il me paraissait pertinent de recueillir les témoignages des agents qui avaient été impactés par les changements afin de mettre en parallèle et non en opposition, les ressentis et les attentes de chacun et ainsi les analyser.

J'ai donc rencontré Madame N. dans son nouveau service (elle avait quitté les urgences, profitant d'un mouvement interne de cadres de santé). Elle a

managé le service des urgences pendant 2 ans ½, « non sans difficultés », confie-t-elle, et ce pour plusieurs raisons.

Dans l'optique de se rapprocher de son domicile, Madame N. avait muté d'un établissement parisien vers le Centre Hospitalier. Lorsqu'elle a pris ses fonctions en juillet, sa collègue, qui était seule en poste depuis plusieurs mois, était sur le départ. Madame N. me dit qu'elle s'est confrontée à une 1^{ère} difficulté, ne connaissant ni le site hospitalier, ni les outils de travail, et encore moins les procédures et l'organisation. Sa collègue a travaillé quelques semaines en binôme avec elle avant son départ. Elle n'a pas eu le temps nécessaire pour lui transmettre le maximum d'éléments dont elle aurait eu besoin pour appréhender sa fonction « *Il a fallu que je me débrouille seule et vite, confie-t-elle, et de ce fait, il ne m'a pas été réellement possible de faire la connaissance des équipes. Ils ne représentent pas moins de 80 agents au total, infirmiers, aides-soignants, conducteurs ambulanciers du SMUR et agents de la chambre mortuaire, jour et nuit tout confondus. Réciproquement, on ne peut pas dire que les agents me connaissent vraiment car je les voyais pour des demandes ou des problèmes ponctuels* ».

Elle a dû faire face à la mise en place des 12 heures aux urgences, dans un délai de six mois consécutif à sa prise de poste. Il lui a été demandé de mettre en œuvre le projet pour le 1^{er} janvier suivant. « *Bien que ce projet ait visiblement été évoqué plusieurs fois par le passé, dans le cadre de l'harmonisation des organisations et des fonctionnements au sein du Groupement Hospitalier, rien n'avait vraiment été officialisé auprès des équipes jusqu'alors* ».

Une première réunion avec le cadre de pôle et la cadre de santé a donc été planifiée en octobre, afin d'informer les équipes paramédicales concernées de la décision prise la Direction. Il leur a été demandé de réfléchir à une organisation en douze heures et de travailler sur des propositions de roulement, pour ceux qui le souhaitent. L'encadrement allait parallèlement travailler sur deux propositions de roulements, qui seraient affichées dans des délais courts afin qu'ils en prennent connaissance rapidement. L'ensemble de l'équipe aurait très mal réagi face à cette annonce et son caractère injonctif.

A la question « *comment avez-vous vécu ce changement ?* » la réponse de Madame N. est : « *très mal, et aujourd'hui encore, bien que je sois partie, je le vis mal. Je n'ai pas fait les choses comme je le devais et comme je l'aurais voulu parce que je n'en avais pas les moyens. Pas de temps pour échanger avec eux, j'ai l'impression d'avoir imposé les choses, d'avoir été maltraitante. Je n'ai pas fait le travail que je suis sensée faire, accompagner les équipes. Et je pense que la plupart d'entre eux ont toujours pensé : elle s'en fiche de nous ! Leurs comportements, sauf quelques exceptions, à mon égard en étaient la preuve flagrante, il y avait plus d'animosité que de bienveillance* ».

La question suivante porte sur les risques induits par un changement, chez les soignants et/ou chez les patients.

Madame N. répond « *bien évidemment qu'il y a des risques ! quand tu n'es pas là pour surveiller comment ça se passe, et que tu n'es pas à minima présente pour les équipes, il y a des dérives dans les comportements, du laisser-aller dans les prises en charge et dans les pratiques. La preuve, je recevais*

quasiment une plainte d'usager ou de famille une fois par semaine ! Soit, parce qu'on répond mal ou qu'on renvoie les gens chez eux à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit sans prévenir les familles. Quant aux dysfonctionnements n'en parlons pas ! Les commandes n'étaient pas faites ou pas correctement faites, les inventaires non plus et j'ai eu beaucoup d'arrêts maladies. Ils sont fatigués et 12 heures aux urgences, ce n'est juste pas possible. L'activité a doublé et la patientèle n'est plus la même !».

Pour la cadre, cette conduite de changement est ressentie comme un échec. Elle l'attribue au manque de temps qui lui a été imparti pour mettre en place les douze heures. Il en résulte le sentiment d'avoir été maltraitée, et inefficace et maltraitante envers l'équipe. Le mal-être et la souffrance liés à ce sentiment d'avoir échoué dans sa mission d'accompagnement l'ont conduite à changer de service quelques mois après.

Une démarche de changement, (sauf exceptions, comme une situation d'urgence sanitaire) devrait donc pouvoir se préparer en amont, être réfléchie et guidée par le cadre.

Il faut tenir compte de plusieurs éléments :

- La planification des étapes de mise en place.
- Les échanges et la communication avec les agents, pour pouvoir réajuster ou corriger ce qui ne fonctionne pas.
- Le cadre législatif.
- Les risques et les difficultés pour le personnel (l'écoute attentive).
- Les risques liés aux soins (mauvaise prise en soins des usagers, maltraitance, mauvaises pratiques professionnelles).
- Les risques induits par les déviances comportementales : augmentation des plaintes des usagers et des déclarations d'évènements indésirables.
- L'interaction avec les équipes (réunions, groupes de travail, feed-back de l'avancée du projet)
- L'intégration des équipes au projet.

En résumé, c'est tout ce qui sous-tend **l'accompagnement**. Une définition minimaliste consisterait à dire que c'est « être avec, pour aller vers ».

Ce qu'il faut en retenir :

Qu'il soit imposé ou pas, le changement doit être anticipé et préparé par le cadre de santé (changements planifiés). Même opéré dans l'urgence (situation de crise), il est important d'identifier la manière dont il a été appréhendé et compris par les équipes. Ainsi, le cadre de proximité peut éclairer ses collaborateurs en cas de difficultés, et réajuster les erreurs en cas de nécessité. Le changement devient moins anxiogène lorsque l'individu peut compter sur le soutien et l'accompagnement de son cadre de santé.

Les entretiens suivants rapportent les propos de deux infirmières des urgences, dont une de jour et l'autre, de nuit.

Le questionnaire⁴ basé sur la même thématique comportait des questions quasi similaires, l'objectif ayant été de faire un parallèle entre les différentes catégories professionnelles.

⁴ Annexe 2, questionnaire infirmiers

Les deux infirmières interviewées séparément évoquent d'emblée le passage en douze heures qui a eu lieu dans leur service deux ans en amont.

- Elles parlent d'abord de ce qui, de leur point de vue, a motivé le passage en douze heures.

Le facteur économique « *passer en douze heures permet à l'hôpital de faire des économies sur les effectifs* » (avis commun aux deux IDE).

La seconde est énoncée par l'infirmière de nuit « *une volonté officieuse de plusieurs de ses collègues de jour de passer en douze heures* ».

- Elles avouent avoir eu des craintes liées à l'allongement de leurs temps de travail.

La fatigue induite pourrait avoir des conséquences sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients « *les 12 heures, c'est horrible, sauf dans des services comme les soins intensifs ou les réas. Aux urgences, vous savez bien ? on ne sait jamais quel patient on va recevoir ni combien de passages (jour comme nuit) on aura, et il faut qu'on soit toujours opérationnelle. Sans compter l'agressivité des gens et les difficultés de travailler avec certains médecins des fois !* »

La pénibilité du travail selon le secteur d'activité « *12 heures à l'accueil (IAO) ou en secteur médecine, c'est juste une horreur ! à un moment donné, on n'a plus la patience ni l'envie d'être agréable !* »

« *Moi je le reconnais que je n'ai plus la même patience avec les malades et les familles !* »

- Sur le déroulement de la mise en place.

Elles rapportent que « *l'ensemble des équipes a eu le sentiment qu'on ne leur a pas laissé de temps pour réfléchir à une organisation en douze heures ; le résultat est qu'on se dit que de toute façon, on n'avait pas le choix* ».

Elles ajoutent « *avoir très mal vécu la situation et avoir eu le sentiment d'être seules car leur cadre, par manque de disponibilité n'avait pas été à l'écoute ni dans l'accompagnement ; on sait très bien que notre cadre était seule et n'avait pas le temps, mais c'est bien dommage que les choses se passent ainsi, et pour beaucoup de choses, c'est souvent comme ça* »

Ce qu'il faut en retenir :

Pour les professionnels, il en a résulté en premier lieu, qu'ils n'ont pas compris le sens, ni l'intérêt de ce changement qui leur a été imposé par la Direction. Il subsiste encore la méfiance et un manque de confiance vis-à-vis de leur hiérarchie.

Dans un deuxième temps, ils ont eu un sentiment d'abandon et d'amertume, du fait qu'ils ont fait face, seuls aux difficultés et aux bouleversements apportés par le changement de leur rythme de travail.

Et enfin, n'ayant pas eu la possibilité de réfléchir en équipe à une nouvelle organisation, ils n'ont pas pu se préparer correctement et s'organiser. Ce qui a

eu pour effet, une rupture des liens et de la cohésion des équipes, ainsi qu'une distance encore plus prononcée entre le jour et la nuit.

Les entretiens conduits auprès des cadres de santé et des infirmiers avaient pour objectif de mettre en parallèle leurs ressentis et leurs représentations face à un contexte de changement organisationnel. Les questionner, sans aucune intention de les mettre en opposition avaient pour objectif de comprendre et d'analyser leurs attentes respectives.

1.3.2 Ma question de départ

De cette synthèse découle la question suivante :

La proximité et l'accompagnement sont-ils des outils et des leviers managériaux pour le cadre de santé dans une conduite de changement ?

2 LE CADRE DE REFERENCE

Les entretiens réalisés ont apporté certains éléments de réponses à mes questionnements. Le changement semble être la rupture d'un état et une déstructuration, mais avant tout, c'est une affaire d'individus. Toute transformation qui s'opère dans une organisation met en jeu toutes les parties prenantes impactées par le projet, et s'inscrit dans un cadre légiféré.

Grâce à l'appui de la littérature et des enseignements, je définirai les notions qui sont apparues au décours de mes propres questionnements et de mes interviews.

C'est pourquoi, dans cette première partie du cadre référentiel, j'aborderai le cadre juridique qui entoure le travail et les temps de travail en douze heures. Et dans la seconde partie, je traiterai des enjeux et des conséquences des horaires allongés sur les différents acteurs impactés.

2.1 Le cadre juridique

En termes d'ancienneté, on peut citer la loi sur le droit du travail dont le premier texte voté en avril 1919, fixait la limite du temps de travail hebdomadaire à quarante-huit heures, et le temps de travail journalier à huit heures. Seul le dimanche était chômé.

En 2002, faisant suite à deux lois votées en 1998 et 2000, la loi dite loi Aubry⁵ fixe la durée légale du temps de travail hebdomadaire de jour à 35 heures au lieu de 39 heures. Le travail de nuit se trouve réduit à 32h30 hebdomadaires au lieu de 35 : « *le travail de nuit comprend au moins la période comprise entre 21 heures et 6 heures, ou toute autre période de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures* ». ⁶

La durée légale du temps de travail pour les salariés de la Fonction Publique Hospitalière est définie par le Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002⁷ relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Parmi les articles à retenir, nous citerons :

L'article 5 stipule que la durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur ; les temps de transmissions, d'habillage et de déshabillage, de pause et de restauration sont compris dans les temps de travail effectifs.

L'article 6 précise les durées quotidiennes et hebdomadaires de travail effectif et de repos minimum consécutifs.

⁵ Loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

⁶ Article 7 du Décret 2020-9 du 4 janvier 2002

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000398298> [consulté le 30.04.21]

⁷ Ibid référence n° 6

L'article 7 notifie qu'en cas de contraintes de continuité des soins du service public, « le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement et du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du temps de travail sans que celui-ci ne puisse dépasser les 12 heures ».

Dans l'article 8, il est établi que « le chef d'établissement fixe l'aménagement et la répartition des horaires de travail, après avis des comités d'établissement et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ».

Dans un document publié en janvier 2015, l'ARS présente des éléments d'appréciation sur les avantages et les inconvénients des postes de travail en douze heures, ainsi que les enjeux et les conséquences pour chacune des parties prenantes. La synthèse se base sur des bilans sociaux de l'année 2012, effectués sur plus de 230 établissements publics de tailles variées. Il est rappelé que ce choix d'organisation qui peut être motivé par plusieurs raisons, exploite une dérogation à la réglementation.

On voit bien que le cadre législatif précise les modalités organisationnelles, mais qu'en est-il des conséquences pour les directions, les DRH et les professionnels ?

2.2 Les organisations et les conséquences du travail en douze heures

2.2.1 Enjeux et risques pour les directions

Face à des contextes économiques et budgétaires de plus en plus tendus, un des objectifs de la direction est l'efficacité économique. Selon une étude des étudiants de l'école des Hautes Études en Santé Publique⁸, le travail en douze heures permettrait :

De réduire les temps de recouvrement entre équipes et une réduction des effectifs.

De réaliser des économies de personnels qui s'évaluent entre 4 et 15% et d'obtenir un gain théorique d'effectif de jour de 4,7%, et de nuit à 3,5%, en comparaison avec des postes de jour en 7h40 et de nuit en 10 heures.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France souligne cependant, à l'attention des employeurs, que ces aménagements ne doivent pas se faire au détriment de la qualité des transmissions.

De diminuer l'absentéisme sous-tendue par deux éléments : le premier est lié à l'allongement des périodes de repos entre les factions ; l'augmentation considérable des jours non travaillés permettrait de recouvrir les absences de courtes durées. Le second suppose une satisfaction des soignants en termes d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

⁸ EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique. 12heures, le temps des comptes... » <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/mip> [consulté le 30.04.21]

Toutefois, ce facteur reste probabiliste car l'allongement des temps de travail peut amplifier certains risques liés à de nombreux facteurs tels que la pénibilité du travail, la pyramide d'âge des agents.

D'améliorer l'attractivité pour les postes en douze heures.

Très longtemps redoutés par les soignants et limités à certains services comme les soins intensifs ou la réanimation, les douze heures sont aujourd'hui fortement appréciées et plébiscitées par un grand nombre de soignants ; cette organisation s'est répandue dans la quasi-totalité des secteurs de soins, voire dans les services de psychiatrie et les EHPAD.

Les établissements mettent donc en avant le marché concurrentiel et le risque de pertes en ressources humaines, s'ils n'adhèrent pas à ce mode d'organisation.

2.2.2 Enjeux et risques pour les Directeurs de Ressources Humaines

Ce modèle d'organisation peut poser des problèmes aux directeurs de ressources humaines. Lors d'un colloque régional des DRH d'Ile-de-France en avril 2013, ils soulignent des points de vigilance et donnent des recommandations.

La première d'entre elles préconise l'expérimentation par étape. Il s'agit d'élargir peu à peu l'échantillonnage des services tests en « *prenant soin de ne pas présenter cette organisation comme irréversible, offrant ainsi une possibilité de retour en arrière en cas de difficultés ultérieures* ».

La seconde, faite par THOMAS A⁹, DRH, souligne qu'il est important de tenir compte de plusieurs critères qui peuvent constituer des freins à des journées de douze heures « *les cycles professionnels et les profils des agents (âge, sexe...) ainsi que les spécificités des services, le niveau de technicité, l'intensité physique requise, la superficie des locaux...* »¹⁰

Un agent en fin de carrière aura des difficultés à être performant sur des longues journées.

L'accompagnement et la formation des agents sont fortement recommandés (gestion de leur sommeil, de leur alimentation, éviter les rappels à domicile...)

Le dépassement systématique lié aux temps de transmissions « *épée de Damoclès au-dessus des services* » souligne TASSO J. P¹¹, DRH également. Selon les chiffres de la conférence régionale, les temps de transmissions durent de 16 à 30 minutes dans 64% des établissements et moins de 15 minutes dans 25% d'entre eux. La réglementation interdit un temps de travail effectif supérieur à 12 heures. La responsabilité de l'employeur est engagée en cas d'accident de

⁹ Thomas A. DRH adjoint au CHU de Nancy

¹⁰ Rapport de l'Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Établissements sanitaires et sociaux. Colloque du 4 avril 2013 à Paris <https://www.techopital.com/travail-en-12-heures>. Les pièges à éviter pour les drh-NS_1169.html[consulté le 15.04.21]

¹¹ Tasso J.P. DRH au CH de Mâcon

travail pendant le temps de présence dans les locaux, de même qu'en cas d'accident de trajet.

Ce dépassement avait conduit le tribunal administratif à annuler les 12 heures dans un service de l'hôpital de Libourne en 2012.

2.2.3 Enjeux pour les professionnels

Le personnel soignant favorable aux douze heures, voit dans cette pratique les bénéfiques coûts, temps libres, et organisation de sa vie familiale.

Un agent qui travaille à temps plein cumule 36 heures en trois jours de travail, d'où une réduction du nombre de jours et de week-ends consécutifs travaillés. Les temps de repos sont plus longs et offrent de facto plus de disponibilité pour pratiquer des activités et avoir du temps libre.

L'allongement des jours de récupération offre la possibilité de faire des heures supplémentaires (missions Hublo¹² par exemple) au sein de leur établissement. Les trajets domicile-travail sont moins fréquents, ce qui permet des économies en frais de carburants, de nourriture et de garde d'enfants.

Malgré ces aspects positifs ressentis par le personnel, il n'en demeure pas moins que ces organisations induisent un certain nombre d'effets négatifs.

2.2.4 Risques pour les professionnels

Le rapport établi par l'ARS en 2015¹³ fait état d'un risque de dégradation de la prise en charge des malades et d'une altération de la qualité relationnelle aux patients (maltraitance, agressivité, irrespect...)

Suite à un constat critique fait en 2014, l'INRS¹⁴ souhaite que ces pratiques soient mieux encadrées, car les impacts sur la santé et les risques pour les professionnels sont alarmants : accroissement des accidents de travail et de trajets, augmentation des erreurs due à une baisse de la vigilance, maladies cardiovasculaires, conduites addictives...

Peter Knauth¹⁵ enseignant universitaire et chercheur s'est intéressé aux effets et conséquences des temps de travail prolongés sur les professionnels en février 2007. Il fait une synthèse de dix-huit études, faites par des chercheurs qui se sont penchés sur les causalités des accidents de travail, dont la moitié conclue à une augmentation des risques en poste prolongé.

Simon Folkard¹⁶, enseignant universitaire et chercheur fait partie des références citées par Knauth ; en 2003, dans une de ses études, il écrit que « *les risques d'accidents de travail chez les infirmières augmentent à partir de la 9^e heure*

¹² Plateforme en ligne de gestion des recrutements et remplacements dans la santé

¹³ ARS Ile de France. Avantages/inconvénients des postes d'amplitude 12 heures. Janvier 2015.

¹⁴ Institut National de Recherche et de Sécurité spécialisée dans la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

<https://www.inrs.fr/dms/inrs/cataloguepapier/DMT/TI-TP-18/tp18.pdf> [consulté le 30.04.21]

¹⁵ Knauth P. Extended Work Periods. *Industrial Health*. 2007; 45 (1): 125-36

https://www.researchgate.net/publication/6519657_Extended_Work_Periods [consulté le 30.04.21]

¹⁶ Folkard S. Circadian rhythms in human memory

<https://www.academie.edu/30019228> [consulté le 30.04.21]

travaillée avec un doublement de la fréquence de survenue à la 16^e heure » et doublent sur la dernière heure de travail »¹⁷.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France fait remarquer qu'il y a une prévalence accrue des AES et des accidents de manutention dans le milieu sanitaire ; il en est de même pour les accidents de trajets. La durée de trajet surajouté au temps de travail majore les risques d'endormissements et la baisse de la vigilance ;

Cependant, dans la littérature et les différentes études, les avis sur les effets de ces horaires allongés sont controversés.

- Les effets sur le sommeil

Des études faites sur les durées de sommeil des individus postés en douze heures ont révélé qu'ils avaient des problèmes d'endormissement et d'insomnie. Une étude américaine de Geiger-Brown¹⁸, montre que les durées de sommeil sont en moyenne de 5,5 heures entre deux factions pour une infirmière de jour, et de 5,2 heures pour celle de nuit.

A contrario, d'autres ont démontré que la régularité des cycles de travail permettait de conserver les habitudes de sommeil.

- Les effets sur la fatigue

Beaucoup de soignants se plaignent d'une fatigue accrue. De nombreux auteurs associent cet état, au stress généré par l'allongement du temps de travail, aux rythmes circadiens perturbés et à la diminution du temps de récupération entre deux factions. Le rapport de l'ARS (2015) fait état d'une intensification de la charge de travail due à « l'impossibilité de transférer certaines tâches qui se situent à la frontière entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit »¹⁹

Certains soulignent qu'à partir de 35-40 ans, il faut plus de temps pour récupérer la fatigue.

Et enfin, d'autres écrivent qu'il n'y a aucun changement induit, ou au contraire, que les effets sont bénéfiques, puisque les temps de repos plus importants permettent de mieux récupérer.

- Les effets sur la vigilance

Certaines études montrent que les éveils prolongés induisent des ralentissements des fonctions cognitives, qui se majorent à partir de 40 ans. Le Docteur Ann E. Rogers professeure renommée à Columbia pour ses recherches sur la narcolepsie et sur le sommeil et les désordres de sommeil, a publié une étude sur le sujet ; elle écrit « le risque d'endormissement au travail est doublé

¹⁷Institut National de Recherche et de Sécurité spécialisée dans la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

<https://www.inrs.fr/dms/inrs/cataloguepapier/DMT/TI-TP-18/tp18.pdf> [consulté le 30.04.21]

¹⁸Geiger-Brown J. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronology international* 29 (2), 211-219, 2012

¹⁹ARS Ile de France. Avantages/inconvénients des postes d'amplitude 12 heures. Janvier 2015.

lorsque le poste excède 8 heures et ce risque augmente encore après une durée de 12 heures »²⁰.

Outre les enjeux pour les directions, la DRH et les professionnels, le passage en douze heures a également des conséquences sur le travail.

2.3 Les conséquences sur le travail

2.3.1 *La perte d'informations et l'altération de l'esprit d'équipe*

La réduction du nombre de relèves induit une perte d'informations. L'absence de chevauchement entre deux équipes réduit considérablement le temps imparti pour les transmissions orales ; il en résulte une perte de contenus et de qualité des transmissions. Dès lors, la garantie de la continuité et de la sécurité des soins repose uniquement sur la qualité et la maîtrise des transmissions ciblées écrites.

La rupture de cette communication interpersonnelle impacte également la cohésion d'une équipe ; en effet, les moments d'échanges informels nourrissent et entretiennent la solidarité et l'esprit d'équipe ; ils permettent de freiner les tensions et de maintenir les liens entre les équipes de jour et de nuit. Les soignants sont également plus réfractaires à revenir pour participer à des réunions ou des groupes de travail, ce qui peut conduire à un désinvestissement de la vie de l'institution et à un manque d'implication dans les projets de service et d'établissement.

Ces bouleversements impactent également les usagers.

2.3.2 *Les conséquences sur la prise en charge des patients*

Les nombreux effets sur la pénibilité du travail : la fatigue en fin de poste, celle liée à la succession de plusieurs postes, l'intensification de la charge de travail, l'insuffisance de récupération et de sommeil entre deux factions, le travail de nuit... Cet ensemble de facteurs cumulés qui impacte la qualité du travail et la prise en charge du malade. Il peut en résulter un risque élevé de manque d'attention et de disponibilité envers l'utilisateur qui mène à des défauts d'écoute, à l'impatience, à l'agressivité.

Il n'est pas exclu que le risque de maltraitance physique s'ajoute au risque de maltraitance psychologique, notamment en fin de journée ou de nuit du fait de la fatigue accumulée et de la saturation mentale.

Ce qu'il faut retenir :

Les premiers éléments ont posé les bases du sujet de recherche. Il semble donc que la notion de changement doit être envisagée sous l'angle de tous les acteurs et des parties prenantes de l'organisation.

Ils ont aussi mis en évidence plusieurs notions qu'il convient de définir, dont la notion de « changement »

²⁰ Ann E Rogers. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood).2004;23 (4):202-12.

3 DE LA NOTION DE CHANGEMENT AU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

3.1 Définition du changement

Comment peut-on définir le mot « changement » ? En commençant par son étymologie latine « *cambiare* » qui signifie « *substituer une chose à une autre, échanger* »²¹. Dès son origine, c'est un terme qui se caractérise par sa polysémie ; il ne peut se définir réellement en une seule phrase mais plutôt par la signification et le sens de ce qu'il décrit, selon le contexte dans lequel il est utilisé : « *changement de vêtement, d'horaire, d'humeur, d'organisation ou changement de direction...* »²² ; dans les dictionnaires consultés, Larousse et Langue Française, le mot est synonyme de métamorphose, innovation et évolution ; il est défini comme :

« *Une action, le passage d'un état à un autre, une modification profonde, une transformation, (...) une rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes et bouleverse l'ordre établi (...) Fait de mettre à la place quelque chose de différent mais de même nature ou fonction* ».²³

Le changement est synonyme de métamorphose, d'évolution et d'innovation

David Autissier²⁴, docteur en sciences de gestion, définit le changement comme « *une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* »

Pour Jean-Paul Lugan, psychologue, consultant en management, « *le changement est permanent et résulte du cycle de vie propre à chaque organisme vivant* »²⁵. Il s'impose à l'individu qu'il soit voulu ou pas, le reconnaître et l'accepter lui permet de s'adapter et d'appréhender une situation qui est somme toute inéluctable.

Jacques Rhéaume, sociologue écrit « *la notion de changement est fortement polysémique, comme en fait foi l'utilisation très fréquente, voire banalisée du terme dans le langage courant* »²⁶. Il évoque la diversité de son utilisation dans des champs disciplinaires variés. Ainsi, il définit par exemple le changement psychologique ou social comme « *un passage d'un état x défini à un temps t , vers un état $x1$ à un temps $t1$* ». Le dénominateur x peut représenter un individu ou une organisation ; lorsqu'un changement a lieu, il se transforme en autre

²¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> [consulté le 01.05.21]

²² <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/changement> [consulté le 01.05.21]

²³ Ibid référence n°20

²⁴ Autissier D. Docteur en sociologie, Maître de conférences HDR à l'IAE Gustave Eiffel Université Paris Est Créteil. []

<https://www.cairn.info/conduite-du-changement-concepts-cles--9782100769414.htm> [consulté le 01.05.21]

²⁵ Lugan Jean-Paul. Le changement sans stress, Eyrolles Editions d'organisation 2010. 162 pages

²⁶ Rhéaume Jacques. Professeur en communication sociale et publique à Montréal « *changement* » vocabulaire de psychosociologie (2016) <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0067> [consulté le 01.05.21]

chose de positif ou de négatif, mais il garde sa base structurelle : on est dans la création de quelque chose de nouveau et de différent.

Si toutefois le changement n'avait pas lieu, on parlerait plutôt d'une fin d'un état ou de quelque chose.

D. Autissier et I. Vandangeon, sont maîtres de conférences à l'Université Paris Est Créteil et co-auteurs du livre « *la matrice des changements.* »²⁷ L'ouvrage soulève la question du rythme du changement « *doit-il faire partie de la culture organisationnelle ou relever de l'exception et ainsi favoriser une rupture ?* »²⁸

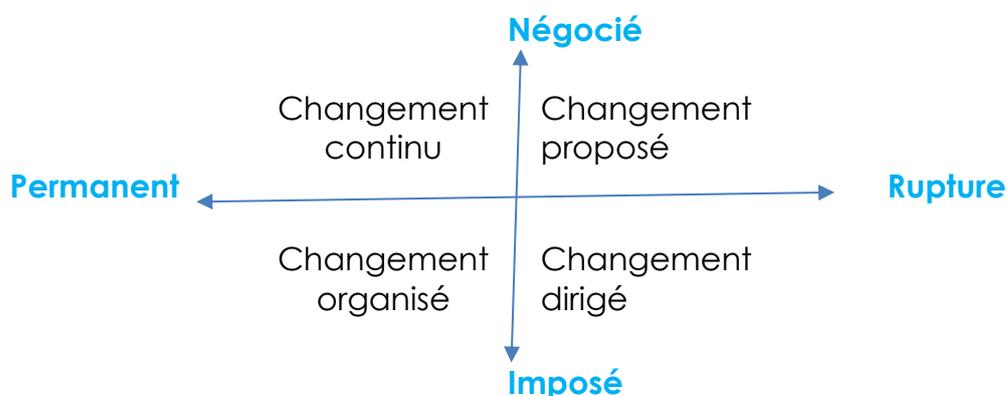
Il est également question des quatre catégories de changement ainsi identifiées :

- **Le changement continu** : il est déclenché en réponse à des facteurs environnementaux et concurrentiels (crise économique, modifications réglementaires...). Il met en action les processus proactifs d'ajustement des pratiques de chaque acteur, l'idée étant de « *faire bouger les choses en adaptant le paradigme organisationnel existant pour éviter les incohérences trop flagrantes avec l'environnement* »²⁹

- **Le changement proposé** : il est proposé par la direction en termes de résultats et de planning à respecter. Les acteurs sont libres de choisir les méthodes et les ressources qu'ils souhaitent mobiliser.

- **Le changement dirigé** : il est impulsé par la direction de manière injonctive, avec une contrainte de réalisation forte et une marge de négociation faible.

- **Le changement organisé** : Il est ascendant, il inclut les acteurs et fait appel à la dynamique du groupe.



David Autissier et Isabelle Vandangeon. *La matrice des changements*, 2012.

Ainsi, le changement pourrait se concevoir de deux façons, il peut être « prescrit » ou « construit ». Le premier cas sous-entend que « *la dynamique est à l'initiative des dirigeants, l'imposé-faire vite.* »³⁰ A l'inverse, dans « *le négocié-prendre le temps, les dirigeants tiennent compte des idées émises par leurs subordonnés.* »³¹

²⁷<https://www.cairn.info/conduite-du-changement-concepts-cles--9782100769414.htm>
[consulté le 01.05.21]

²⁸ Ibid référence précédente [consulté le 01.05.21]

²⁹ Ibid référence précédente [consulté le 01.05.21]

³⁰ Le Gal M. La conduite du changement. Coordonnateur pédagogique et formateur ESM.

³¹ Ibid référence n°27

Toutefois, quel que soit le rythme choisi, sa mise en place dans l'organisation transite obligatoirement par un processus.

Le processus se définit par « *un ensemble des activités effectuées par les diverses entités d'une organisation, pour assurer de manière stable et permanente la promesse faite au client.* »³²

Mais qu'est-ce qu'une organisation et quelles sont ses caractéristiques ? en quoi ses composantes sont susceptibles d'être impactées par un processus de changement ?

3.2 Les caractéristiques d'une organisation

La recherche et les enseignements caractérisent l'organisation comme un système qui regroupe un ensemble d'individus au sein d'une structure organisée. L'activité y est normée, et les objectifs sont déterminés. Les individus réalisent un travail dans un but commun, la finalité étant de proposer un produit de qualité qui répond aux attentes et/ou aux besoins du client.

Un travail, dès lors qu'il met en jeu au moins deux personnes, suppose qu'il y a interactivité et interrelation. L'interdépendance qui relie les individus va au-delà de la réalisation d'une simple suite de tâches mécaniques ; elle doit faire intervenir la communication et l'intersubjectivité car, ce sont les échanges et les remises en question qui permettent de réajuster et de corriger les erreurs pour atteindre le résultat escompté.

Joël de Rosnay³³ écrivain scientifique, définit un système comme « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but* ».

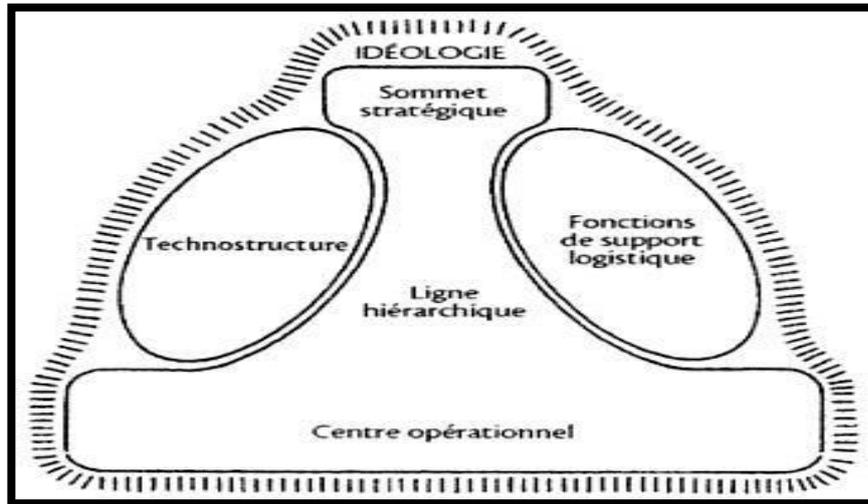
Un système est un modèle de la réalité, auquel peut s'apparenter un processus. Il réunit divers éléments qui, poursuivent un but, sont en interrelation et en interaction pour atteindre un même objectif. La finalité est d'assurer la satisfaction du client en correspondant au plus près à l'offre affichée. Tous les composants de la chaîne sont interdépendants et doivent être pris en compte : un changement qui s'opère sur l'un des éléments impacte de facto, tous les autres maillons de la chaîne.

Henry Mintzberg³⁴, universitaire canadien définit la structure comme « *une somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et coordonner ces tâches entre elles, par la suite* ». L'organisation est constituée par trois sphères distinctes qui doivent toutefois se coordonner pour atteindre une idéologie commune.

³²<https://www.manager-go.com/organisation-entreprise/articles/un-processus-est-un-systeme>[consulté le 05.05.21]

³³<https://www.manager-go.com/organisation-entreprise/articles/un-processus-est-un-systeme> [consulté le 05.05.21]

³⁴ Mintzberg H. Le management, voyage au centre des organisations. Paris : Les éditions d'organisation ; 1989.



Mintzberg. *Les composantes d'une organisation*, 1989.

Un changement peut intervenir sur l'une de ces trois sphères : la structure, les éléments qui constituent l'organisation ou, la nature du changement. Il peut provenir de l'ensemble des acteurs ou, être fixé par l'État ou les dirigeants. Selon qu'il soit voulu ou pas, son analyse ne peut se faire sans tenir compte de ses enjeux et de ses impacts.

3.3 Le changement organisationnel

Que représente dès lors un changement organisationnel et quels en sont les enjeux ?

La composante fondamentale d'une organisation est humaine ; ce sont ses salariés qui constituent ses ressources principales. Un des enjeux, par conséquent, est d'obtenir leur adhésion.

D'après Hubert Landier³⁵, Docteur en sciences économiques, « l'expérience montre que le changement organisationnel ne peut être correctement mis en œuvre en l'absence d'une appropriation minimale par les salariés ». Pour accepter un projet et y adhérer, les individus ont besoin de savoir et de comprendre de quoi il s'agit, comment cela va se dérouler, quel(s) bénéfice(s) le changement va apporter ?

David Autissier³⁶ quant à lui, dit : « le changement est une prise de risque nécessitant un accompagnement (...). Dans un changement, il y a toujours un temps d'apprentissage ». Il préconise de ne plus se limiter à la mise en place de plans de communications et d'informations, mais de s'attacher à accompagner le changement d'une « préparation en amont et d'un pilotage en aval ». Le processus se fait en trois étapes : la première cartographie les parties prenantes, la seconde, le type de changement et enfin, la troisième le

³⁵ Landier H., Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets.

<https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2010-1-page-81.htm>
[consulté le 10.05.21]

³⁶ Autissier D., Moutot J.M., Pratiques de la conduite du changement, Dunod, 2003

type de structure. Cela permet de mobiliser les bons leviers, et d'évaluer l'efficacité de chaque action menée.

Il ajoute « *qu'un projet sans adhésion est obligatoirement voué à l'échec* ». Le professionnel, acteur principal sur le terrain joue un rôle déterminant dans la mise en œuvre d'une transformation. Lorsqu'il est confronté à un changement dans son organisation, il a le sentiment qu'il prend un risque puisque changer implique pour lui une rupture avec l'existant. Changer, c'est abandonner sa zone de confort et de sécurité (un environnement professionnel connu, des pratiques professionnelles maîtrisées, voire des collègues...) pour un horizon inconnu et incertain. Toutefois, quelle que soit la raison ou la nécessité de cette rupture, il semble évident que si elle a lieu, c'est parce que l'on attend quelque chose de mieux, une amélioration, des évolutions. Il est bien rare de vouloir bousculer ce qui marche bien dans le but de régresser ! L'enjeu consiste donc à apporter du sens au changement afin que les acteurs trouvent de l'intérêt à la réalisation de leurs tâches. C'est de là que découlent motivation et désirs d'implication qui sont des facteurs déterminants pour produire un travail de qualité.

Kurt Lewin est professeur d'université et psychologue qui compte parmi les premiers auteurs qui aient introduit le concept de « dynamique du groupe »³⁷, au cours des années 1940. Son intérêt plus particulier pour la psychologie sociale, l'amène à étudier le changement des comportements des individus. Il explique qu'il est possible d'avoir un contrôle sur le changement en s'appuyant sur les groupes qui composent une entité. Ces derniers fonctionnent comme un système dont l'état est maintenu en équilibre grâce à une dynamique opposée. Il y a ceux qui sont favorables au changement et ceux qui s'y opposent. Il s'agit donc de jouer sur cet équilibre, soit en augmentant l'intensité des forces positives (motrices), ou en diminuant celles qui sont restrictives (freins au changement).

3.4 Le processus d'un changement organisationnel

3.4.1 Les différents modèles de processus vus par les auteurs.

Selon Kurt Lewin, toute transformation comprend trois étapes : « Unfreeze, Change et Refreeze »³⁸.

➤ **La dé cristallisation ou « phase de Dégel : Unfreezing »**

L'étape initiale consiste à convaincre les équipes de l'intérêt porté par le changement en s'appuyant sur des éléments factuels. Il s'agit de lui donner du sens et d'en expliquer la nécessité. C'est le moment où les résistances apparaissent et se manifestent face à la difficulté de passer de ce que l'on connaît vers l'inconnu.

Cette phase consiste à être à l'écoute et favoriser les moments de discussion et d'échanges non directifs qui conduisent l'individu ou le groupe à une démarche réflexive. Un cheminement conscient ou non se met en place et aboutit à une remise en question des pratiques. La rupture avec l'existant

³⁷<https://doi.org/10.3917/sh.journ.206.01.0095> [consulté le 17.05.21]

³⁸<https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/le-changement-par-lewin.htm> [consulté le 17.05.21]

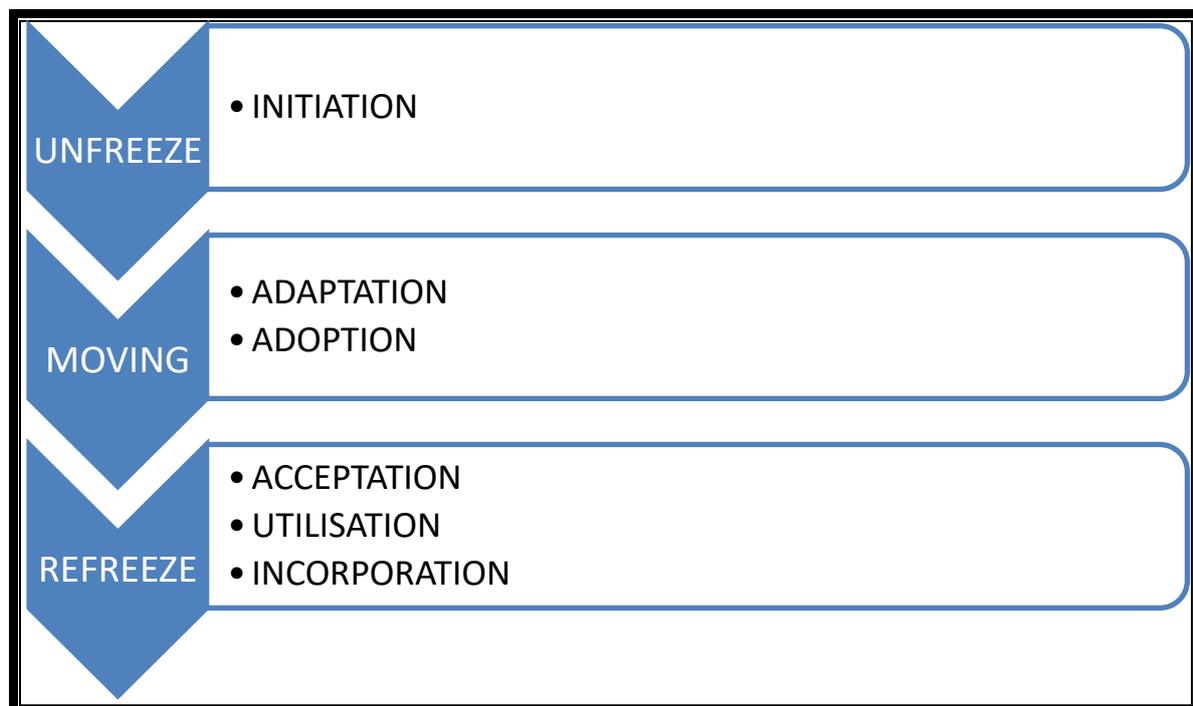
confère de l'intérêt au projet et permet que la nouveauté se substitue aux habitudes.

➤ **La transition ou « phase du changement : Moving »**

Cette étape, comme l'indique son nom, permet la transition et l'adoption du projet. Cette phase d'acceptation crée le retour d'un nouvel équilibre, et permet de définir des nouvelles pratiques. C'est le moment où les réunions d'équipe et les travaux de groupes conduisent à une posture réflexive autour d'un projet commun.

➤ **La recristallisation ou « Refreeze »**

C'est la période durant laquelle s'opère un nouvel équilibre. C'est une étape nécessaire car elle permet de stabiliser la nouvelle organisation et les nouvelles modalités de travail. L'équipe adopte des nouveaux comportements, les tensions et les sources de conflits disparaissent. Les nouvelles pratiques s'harmonisent et font partie des habitudes. Cette étape peut générer de la fatigue et un sentiment de d'incompétences car les individus ont perdu leurs repères. Il est donc essentiel et important que le cadre reste à l'écoute, veille, contrôle et maintienne la communication, afin d'anticiper les imprévus et de dynamiser le groupe. Si cette étape est ignorée, il y a un risque que les anciennes habitudes refassent surface et que la démotivation et les résistances surgissent.



Les trois étapes du modèle de changement de Kurt Lewin, 1947.

Le modèle de Lewin a longtemps été une référence pour expliquer le processus de changement chez les individus.

PREPARER LE CHANGEMENT	ENGAGER LE CHANGEMENT
1- Développer l'argumentaire pourquoi changer maintenant 2- Identifier les groupes relais du changement	3- Avoir une vision du changement en termes de production et de planning 4- Communiquer la vision du changement
REALISER LE CHANGEMENT	ANCRER LE CHANGEMENT
5- Traiter les obstacles au changement 6- Avoir les résultats rapides à montrer	7- S'assurer des compétences et postures pour amplifier le changement 8- Faire le lien entre le changement et le business et la vie quotidienne

Le modèle de changement de John P. Kotter, 1996

En 1996, John P. Kotter³⁹, économiste et professeur d'université à Harvard, livre son modèle en huit étapes du processus de changement. Ainsi, pour l'auteur, une entreprise ne peut se développer qu'à la condition qu'un manager prenne le relai sur le terrain et assure la gestion des projets (formation, communication, accompagnement).

Par le fait, il rétablit le rôle des managers dans la conduite et la réussite des projets de changements.

Développons succinctement les huit étapes du modèle de J.P. Kotter :

1- « Pourquoi changer ».

Le manager doit préparer l'argumentaire technique et la faisabilité du changement

2- Il doit avoir une connaissance sociologique de ses collaborateurs afin de pouvoir appréhender leurs réactions et mobiliser les leviers adéquats

3- Afin de concrétiser le changement, il est indispensable d'avoir une planification des livrables

4- Définir le rythme du changement : quels sont les points d'étapes pour arriver à la destination finale.

5- Identifier les points d'obstacles et les résistances. Il faut traiter les craintes, les peurs et les oppositions.

6- Un changement nécessite d'avoir des résultats rapides et matérialisables. Dire au groupe que cela fonctionne, produit un effet positif

7- Le manager doit s'assurer de la montée en compétence de ses collaborateurs

8- Le changement est une action de transformation professionnelle. Elle est induite par des dispositifs gestionnaires et par des évolutions de postures personnelles.

³⁹ Kotter JP. Leading and Change (Conduire le changement), Harvard Business Review Press

Les modèles de Kurt Lewin et de JP Kotter mettent en évidence certaines caractéristiques dont il faut impérativement tenir compte au cours d'un processus de changement. En effet, elles vont conditionner les actions qui vont être mises en place, car tout développement va impacter de plusieurs manières l'organisation en tant qu'entité.

Changer, c'est avant tout une affaire d'individus qui vont devoir faire un deuil et renoncer à quelque chose (ou à quelqu'un).

Rompre avec ce que l'on connaît fait peur d'autant plus que l'on ignore ce que l'on aura, quand bien même l'on objective une amélioration et une évolution.

➤ Pourquoi la peur du changement ?

Parce qu'implémenter une transformation peut impacter une ou plusieurs composantes d'une organisation. Une revue, axée sur le management donne les trois types d'impacts :

- *L'impact individuel*⁴⁰ qui est lié à de nombreux facteurs comme, la peur de perdre ses repères, la crainte d'échouer ou encore le manque de confiance en ses capacités : vais-je réussir à m'adapter à la nouvelle organisation, ai-je les compétences pour ces nouvelles pratiques ?
- *L'impact collectif*⁴¹ qui sous-tend directement à l'organisation ou aux normes sociales. Ici, on assiste à la peur de perdre ses acquis, la cohésion de groupe, ou encore ses habitudes. Sans oublier la crainte de se retrouver seul face aux transformations.
- *L'impact organisationnel*⁴² dû aux restructurations fonctionnelles ou hiérarchiques. Les réorganisations peuvent compliquer la communication ou induire de la méfiance vis-à-vis du cadre ou de la direction.

Ces bouleversements qui touchent les individus vont déclencher des réactions d'opposition et de résistance, passages obligatoires. L'acteur impacté par un changement a avant tout, besoin de se rassurer pour trouver son équilibre et son bien-être.

C'est l'étape du « Unfreezing⁴³ » qui fait partie du processus de deuil, par lequel il faut transiter pour s'adapter à la nouvelle situation et l'adopter « le Moving⁴⁴ ».

3.4.2 Le processus de deuil.

« La résistance fait inéluctablement partie intégrante du processus de deuil inhérent à tout changement »⁴⁵

⁴⁰ <https://www.manager-go.com> [consulté le 17.05.21]

⁴¹ Ibid n°40

⁴² Ibid n°41

⁴³ Ibid page 26.

⁴⁴ Ibid page 26

⁴⁵ <https://doi.org/10.3917/sh.journ.206.01.0095> [consulté le 17.05.21]

Richard Soparnot, professeur de management et stratégie d'entreprise, publie un article en 2013 sur « *les effets des stratégies de changement sur les sources de résistance des individus* »⁴⁶

Sa réflexion s'appuie sur les travaux de nombreux autres auteurs. Il collige un ensemble de facteurs psychosociaux, environnementaux et politiques qui caractérisent et conditionnent les sources des résistances au changement.

L'analyse qu'il en fait lui permet par la suite d'élaborer des stratégies de pilotage et de conduite du changement.

Il contribue ainsi à apporter des pistes qui peuvent aider les managers à mieux cerner les actions et les stratégies à mobiliser.

Facteurs de résistance au changement	Caractéristiques
Anxiété (résistance psychologique)	Le changement est un puissant « stresser » qui provoque un état de déséquilibre psychologique
Relation à l'entreprise (résistance identitaire)	Le changement provoque une remise en cause de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation
Jeux de pouvoir (résistance politique)	Le changement est une menace lorsqu'il met en cause les conditions des jeux de pouvoir des acteurs et leurs libertés d'action
Influence du groupe (résistance collective)	Le changement peut briser l'équilibre créé par les normes de groupes
Culture d'entreprise (résistance culturelle)	Le changement peut véhiculer des valeurs qui divergent avec celles de l'organisation
Connaissances et compétences des individus (résistance cognitive)	Le changement impose l'apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles

Source : Bareil, 2010, in Soparnot, 2010.

Un grand nombre d'auteurs qui traite du changement et de ses effets sur les professionnels impactés partage les mêmes points de vue en termes de résistances au changement :

- elles font partie intégrante d'un processus de transformation
- elles ne doivent pas toujours être perçues comme négatives car, « *elles évitent à l'entreprise des changements superflus ou encore les éléments improductifs dans la conduite du processus* » du point de vue de Ford et D'Amelio⁴⁷, enseignants universitaires en management.

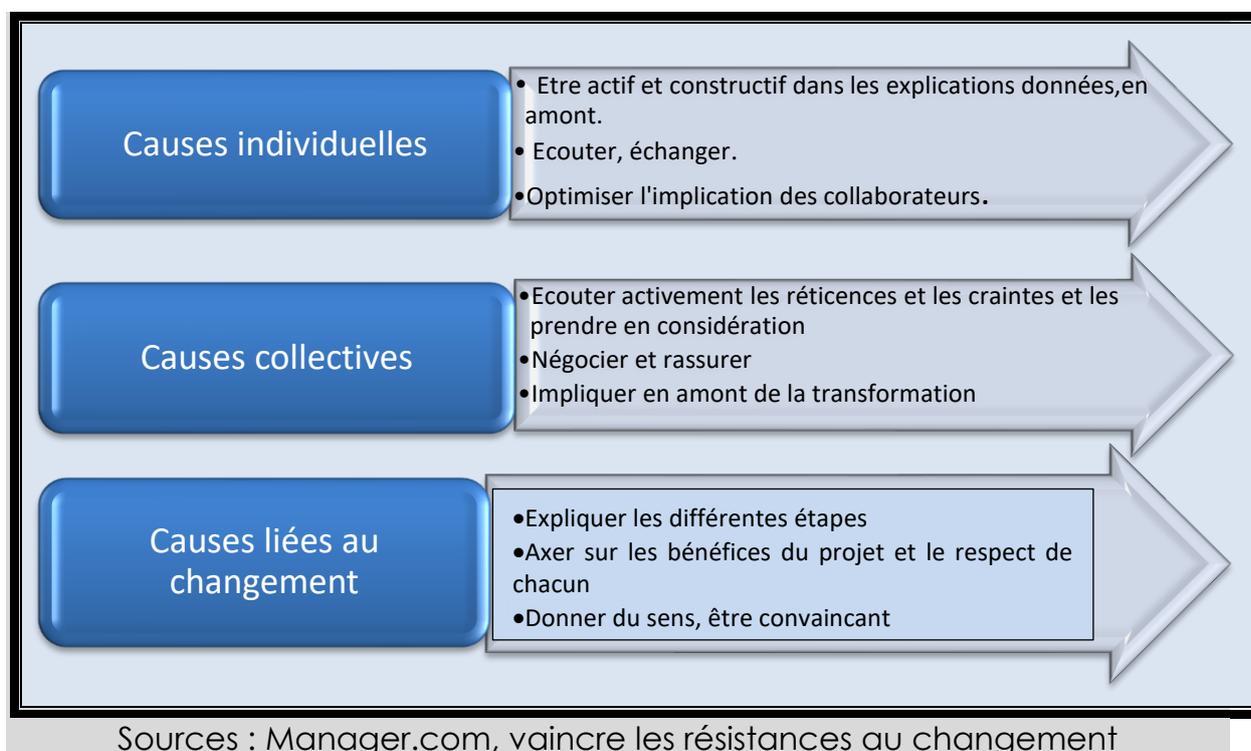
Les ouvrages consultés proposent un large panel de recommandations. Pour réussir sa conduite de changement, le manager doit réunir plusieurs ingrédients, dont la proximité, le positionnement et le management approprié. De la même manière, il faut qu'il interroge l'utilité et la validité du projet, face à une équipe fermement opposante.

⁴⁶ Soparnot R. Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. Revue Recherches en Sciences de gestion 2013/4 (n°97)

⁴⁷ Ford, Ford et D'Amelio, 2008. Jagger, 2001. Resistance to Change: a new view of and old problem. Mai 2001. The futurist 35(3). Article cité par R. Soparnot.

Chaque changement doit s'accompagner d'une démarche spécifique et d'une intervention sur mesure, dans la manière de le déployer, de le mener et de l'accompagner.

En effet, un des enjeux majeurs de la mission du cadre est d'identifier le (s) élément (s) impactés par le changement pour adapter les actions qu'il va mobiliser. Ainsi, il peut espérer vaincre les réticences et amener les équipes à adopter de nouveaux comportements.

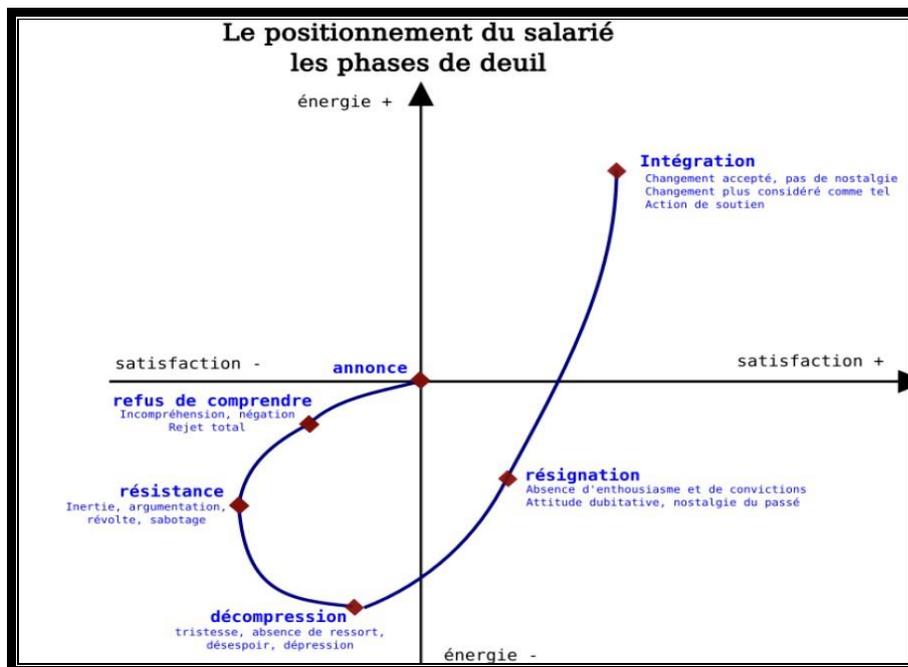


Les résistances sont incontournables et nécessaires, dans un processus de deuil. Tout individu par nature, doit expérimenter cette étape avant d'accepter une nouvelle situation et la vivre pleinement.

- Le modèle de E. Kübler-Ross « *les cinq étapes du deuil* »⁴⁸.

Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre, livre un modèle des cinq étapes du deuil, inspiré du ressenti des malades en phase terminale avant leur mort. Ces cinq étapes sont le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

⁴⁸ Kübler-Ross. E. Les derniers instants de la vie. 1969. Ed Labor et Fides-Genève- ISBN 2-8309-0096-0



Les 5 étapes du deuil, modèle Kübler-Ross Elisabeth.

Le modèle de E. Kübler-Ross est une parfaite illustration des étapes et des émotions qui parcourent l'individu lors d'un processus de changement. Chaque étape est un passage nécessaire dont la finalité aboutit à prendre un nouveau départ.

La courbe de deuil n'a pas fait l'unanimité chez les experts qui lui reprochent un manque de recherche empirique et une absence de preuves. Ainsi R.J Kastenbaum, gérontologue reconnu, souligne que « *l'existence de ces étapes n'a pas été démontrée de manière empirique* ». Il affirme également que « *les ressources, les contraintes et les caractéristiques de l'environnement immédiat font une énorme différence et ne sont pas prises en compte.* »⁴⁹

Il n'en demeure pas moins pertinent que le parallèle est probant. Un deuil est un processus associé à une douleur dont seule la nature définit l'intensité. Le temps qu'il faut pour passer d'un stade à l'autre est propre à chaque individu.

Ainsi les intervalles pour aller d'un état à l'autre peuvent être plus ou moins espacés. Certains vont de l'un à l'autre rapidement, alors que d'autres vont stagner, et quelques-uns feront plusieurs feed-back. Il n'est pas si aisé d'accepter de perdre une partie de soi !

William Bridge⁵⁰, consultant américain en gestion du changement livre une vision différente du changement. Il considère que « *le changement est un élément extérieur aux individus, dissocié de leur volonté* » et fait la distinction entre « transition » et « changement ». Pour lui, la transition « *représente l'état psychologique et les divers sentiments et expériences que les individus éprouvent* »⁵¹.

⁴⁹ Kastenbaum R.J. Death society, and human experience. Boston, Allyn and Bacon, 1988, 6e ed.

⁵⁰ Bridge W. Les transitions de vie. InterEditions, juin 2019.

EAN 9782729619480

⁵¹ Ibid référence n°45

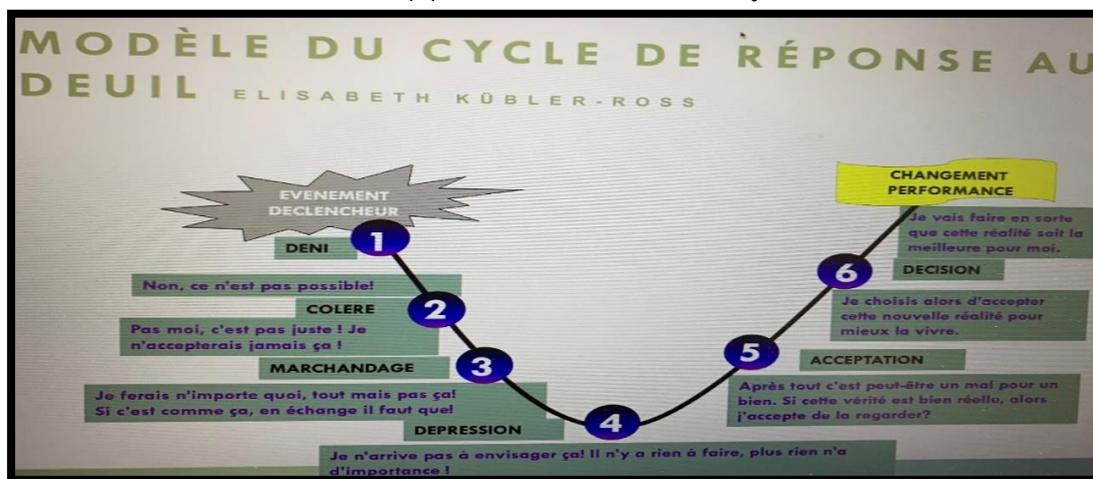
Le modèle transitionnel de W.Bridge.

D'abord « l'abandon de ce qui fut » qui traduit la rupture avec les habitudes et le passé. Puis vient « un moment de flottement, le passé n'est plus, mais le changement n'est pas encore pleinement présent », et enfin, « le nouveau départ » qui consiste à « expérimenter le nouveau »⁵².

Dans toute transformation, ces étapes ne doivent pas être négligées ou ignorées. Indispensables dans tout changement, elles permettent à la personne de laisser le passé derrière elle pour aller de l'avant, car c'est ainsi qu'elle peut enfin retrouver son équilibre et son bien-être.

- Le cadre face aux résistances au changement : comment réagir ?

Le cadre de santé de par sa formation et ses connaissances, ne peut pas ignorer que tout changement qui s'opère dans son organisation suscitera inéluctablement des désapprobations et des objections.



Sources : Morgane Le Gal. Conduite du changement, 2021⁵³

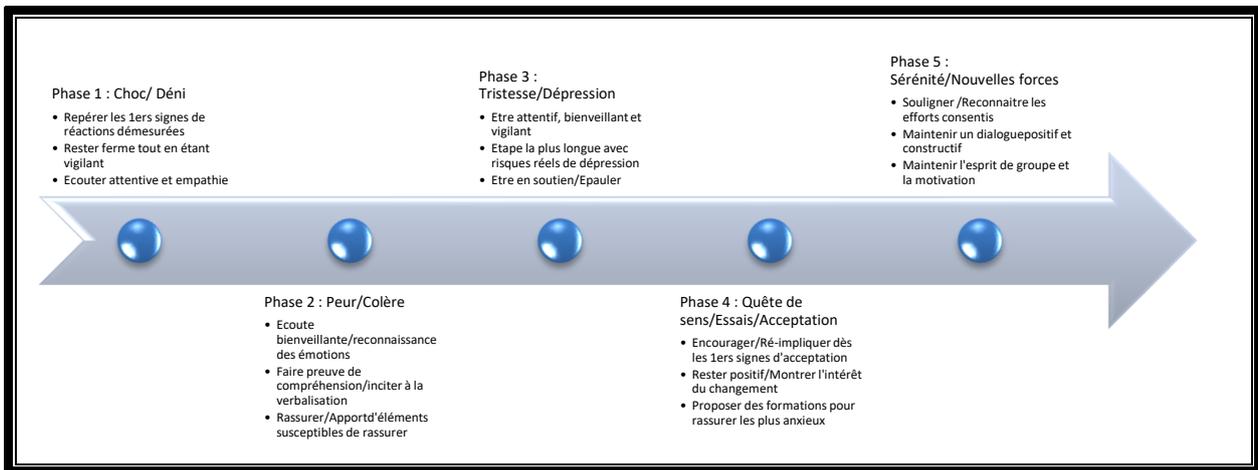
Quand bien même le processus a été minutieusement pensé et réfléchi en amont, et les collaborateurs impliqués, il est essentiel d'identifier les sources des résistances⁵⁴. Pour espérer faire durer son projet, le cadre doit dissiper les craintes et les réticences de ses collaborateurs, mais également mettre en place des stratégies adaptées et ciblées afin de vaincre les résistances. Pour se faire, il doit mettre à profit les savoirs et les compétences acquises lors de sa formation.

Son intervention doit se faire sur mesure, à chaque étape du cycle de deuil. Le processus ci-dessous reprend les cinq étapes du deuil en y ajoutant les cycles d'intervention du cadre et sa posture managériale.

⁵² Ibid référence n°46

⁵³ Le Gal M. Coordonnateur pédagogique. IFCS ESM-Formation et recherche en soins.

⁵⁴ Soparnot R. les facteurs et caractéristiques de la résistance au changement. Cité page 30.



Accompagner le changement- Inspiré des modèle de E. Kübler-Ross et de M. Le Gal⁵⁵

Ce qu'il faut en retenir,

L'écoute attentive et active est un levier qui permet d'identifier les obstacles et les incompréhensions et de lever ainsi rapidement les réticences et les doutes.

La communication et les échanges servent le cadre car ils lui permettent d'exposer le projet et de lui donner du sens. En démontrant avec conviction les aspects positifs et l'intérêt individuel et collectif, il adapte sa posture et son positionnement.

L'interactivité et le management collaboratif permettent les réajustements et affichent ainsi que rien n'est figé. Modifier et rectifier certaines choses est possible. Ces leviers managériaux conduisent les équipes à l'implication et à l'adhésion aux projets.

Le cadre est donc bien un acteur principal dans un processus de changement. La façon dont il va construire son projet et interagir avec les agents, déterminera la réussite de sa conduite de changement et conditionnera la pérennité du projet. En ce sens, le modèle de JP. Kotter peut être une des méthodologies de conduite d'un processus de changement pour les managers.

Pour cet auteur, « une démarche de changement s'articule autour du cadre. Sa posture et sa relation avec ses collaborateurs sont des facteurs déterminants qui participent aux deux tiers à l'aboutissement du projet »⁵⁶.

⁵⁵ Ibid pages 31 et 32

⁵⁶ Kotter. J.P. Leading and Change (Conduire le changement), Harvard Business Review Press

4 LE CADRE DE SANTE ET LA CONDUITE DU CHANGEMENT.

Il est devenu d'usage d'associer le mot cadre à celui de manager. Les cadres eux-mêmes utilisent régulièrement les termes de « management, manager, je manage... ». Mais que se cache-t-il derrière cette fonction ? en quoi consistent les rôles et les missions de ce cadre qui est manager à la fois ?

Dans une première partie, je définirai la fonction cadre de santé et les missions qui lui sont conférées, en vertu de la législation.

Il conviendra dans une seconde partie, d'aborder ses domaines de compétences pour conduire un changement, sujet qui nous intéresse ici. Et pour conclure ce chapitre, je traiterai des différents types de management, éléments déterminants dans la relation que le cadre aura avec ses collaborateurs.

4.1 La fonction cadre de santé

4.1.1 Les textes de références de la fonction cadre

La profession et la formation sont soumis à des textes législatifs et à un référentiel d'activités et de compétences (2012) qui collige l'ensemble des activités ainsi que les savoir-faire et les connaissances associées au métier :

-Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé/ modifié par le Décret n° 2008-806 du 20 août 2008 publié au J.O. n°195 du 22 août 2008⁵⁷

-Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière⁵⁸.

-Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière⁵⁹. Le cadre est placé sous l'autorité du directeur d'établissement qui exerce à son égard le pouvoir de nomination et de notation.

4.1.2 Ses activités et ses responsabilités

-La fonction d'encadrement

L'article 4 du décret du 31 décembre 2001 précise que « les agents du grade de cadre de santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements, des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ».

-La gestion, l'organisation et l'évaluation des activités relevant de sa compétence, qu'il exerce en collaboration avec le chef de service, notifié par l'article L. 6146-5 du code de la santé publique⁶⁰

⁵⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000554484> [consulté le 01.06.21]

⁵⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000554484> [consulté le 20.06.21]

⁵⁹ Ibid reference n°53

⁶⁰ Ibid reference n°53

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière stipule le rôle du cadre au sein de l'unité de soins⁶¹.

-La gestion des ressources humaines

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière définit le rôle du cadre au sein de son unité de soins.

Il doit contrôler et organiser les temps de travail du personnel et s'assurer que l'effectif permet de garantir la continuité et la sécurité des soins. Il engage sa responsabilité en cas d'insécurité des soins liée à son manque d'anticipation.

Il lui appartient de vérifier que tous les membres de l'équipe connaissent et respectent les réglementations en vigueur. Qu'ils agissent dans le cadre de leurs rôles propres ou prescrits, les soignants sont tenus de prodiguer et d'exécuter des soins de qualité et adaptés aux usagers, dans le respect du droit à la dignité de la personne.

Il doit également veiller au respect des répartitions des tâches et des domaines de compétences de chaque agent selon les réglementations en vigueur.

-La gestion des risques

Le cadre est le garant de la sécurité des locaux et acteur de la matériovigilance. Il doit s'assurer que les agents ont reçu les formations adéquates à l'utilisation des matériels et sont informés des procédures de maintenance.

-La tenue du dossier de soins

L'article R-4312-35 du code de la santé publique, modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 dispose « *L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi* »⁶².

L'article 4 du Décret du 31 décembre 2001 dispose que l'infirmier est placé sous la responsabilité du cadre de santé.⁶³

4.2 Conduire et accompagner le changement

Le premier élément à considérer lorsque l'on parle de gestion de changement, est la présence d'un véritable dirigeant. Or, le cadre de santé est un manager et un leadership. Posté au cœur des changements, ses savoirs et ses compétences sont légitimés par sa formation, et lui permettent de répondre à sa mission de chargé de projets. Mission disposée par l'arrêté du 18 août 1995 modifié⁶⁴, et notifiée dans son référentiel d'activités et de compétences (2012). Il a donc toute sa place pour piloter un changement.

4.2.1 Manager une conduite de changement.

⁶¹ Ibid reference n°53

⁶²https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496690/ [consulté le 20.06.21]

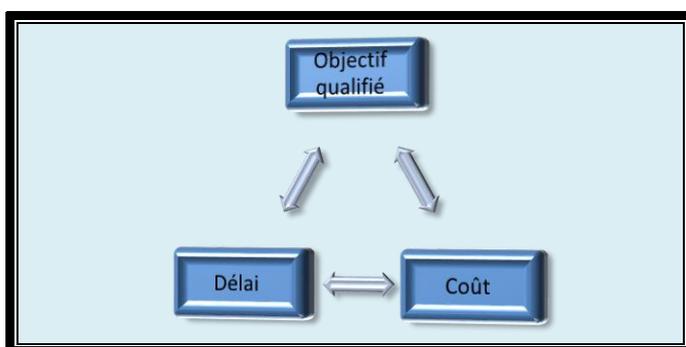
⁶³ Ibid reference n°57

⁶⁴ Ibid reference n°57

Conduire un changement implique de prendre en considération plusieurs éléments. La réussite et la pérennité d'un projet sous-tendent à une préparation en amont et une gestion en aval. Cela nécessite de fixer des objectifs, de planifier les différentes étapes et de se donner les moyens d'atteindre la finalité escomptée.

4.2.2 Qu'entend-on par projet ?

Xavier Lienart, manager d'une grande firme définit un projet comme étant « *un ensemble d'activités organisées en phases ou étapes et formant l'unité de gestion permettant la réalisation d'un objectif défini et précis. Il a un début et une fin, nécessite la mise en œuvre de ressources humaines et matérielles pour sa réalisation.* »⁶⁵



X. Lienart : caractéristiques d'un projet, 2008.

Pour ce manager, un projet se caractérise par « *une durée limitée = délai / des objectifs clairement définis / des contraintes* ».

En 1996, C. Midler, chercheur en sciences de gestion, parle « *d'une activité visant à atteindre un but global. C'est l'engagement d'une responsabilité de résultat. Les ressources, les acteurs et les méthodes à mobiliser se définissent à partir de l'affirmation du but* »⁶⁶

4.2.3 Les outils de management

Le SWOT ou matrice SWOT⁶⁷, est utilisé dans le cadre du management stratégique. Outil d'analyse stratégique, il permet d'évaluer les forces et les faiblesses externes et internes (dans notre exemple, d'un projet), de lister ce qui le menace et de détecter les éléments qui favorisent sa réussite. Ainsi, il est possible de définir des axes stratégiques qui permettent d'atteindre les objectifs fixés.

⁶⁵ <http://xavier.lienart.pages.perso-orange.fr> [consulté le 20.06.21]

⁶⁶ Midler C. Management de l'innovation et Globalisation : Enjeux et pratiques contemporains. Dunod, Paris, 2015. ISBN 978-2-10-072542-7

⁶⁷ Perez-Capdevila J. mathématicien cubain (2015)

	Positif (pour atteindre l'objectif)	Négatif (pour atteindre l'objectif)
Origine interne (organisationnelle)	Forces L'innovation : valeur ajoutée au travail Objectifs : amélioration de la QVT Moyens matériels et ressources humaines capacité et compétences des équipes Management de proximité/contrôle Interrelations, communication, échanges Réunions, feed-back, travaux de groupe, postures réflexives, réajustements	Faiblesses Doutes, appréhensions Peurs, dénis Résistances Réticences Manques de confiance en soi Manques d'adaptabilité Manques de compétences
Origine externe (origine = environnement)	Opportunités Feed-back Délai de réalisation Formations des agents qui doutent Ecoute attentive et suivi par le cadre Présence du cadre sur le terrain	Menaces Résistances Dépression Maltraitements, négligences et erreurs professionnelles Départs Démissions

La Commission européenne définit l'analyse ou matrice SWOT comme « un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation avec celle de ses atouts et des menaces de son environnement, afin d'aider à définir une stratégie de développement »

Le nom donné à la matrice SWOT est un acronyme :

- *Strengths (Forces)* : caractéristiques de l'entreprise ou du projet qui lui donnent un avantage sur les autres.
- *Weaknesses (Faiblesses)* : caractérise ce qui peut désavantager l'entreprise ou le projet
- *Opportunities (Opportunités)* : éléments de l'environnement susceptibles d'être exploités à l'avantage de l'entreprise ou du projet
- *Threats (menaces)* : ce qui pourrait poser des problèmes à l'entreprise ou au projet.⁶⁸

- La communication.

De manière générale, parler de communication, laisse entendre, le rapport à l'autre, un échange entre deux ou plusieurs interlocuteurs. L'étymologie latine « *communicare* » signifie « *mettre en commun, partager* »⁶⁹.

En sociologie, c'est le fait de *transmettre un message*. En 1949, C. Elwood Shannon, mathématicien, ingénieur en génie électrique, et père fondateur de la « théorie de l'information »⁷⁰ et W. Weaver, mathématicien et scientifique⁷¹, élaborent une modélisation de la communication, plutôt orientée vers des

⁶⁸<https://www.manager-go.com/strategie-entreprise/dossiers-methodes/diagnostics-strategique-swot> [consulté le 20.06.21]

⁶⁹<https://www.cairn.info/anthropologie-des-pratiques-langagieres--9782200287788-page-43.htm> [consulté le 20.06.21]

⁷⁰ Shannon C.E. Une théorie mathématique de la communication, 1949.

⁷¹ Warren W. Co-auteur de la référence citée ci-dessus

considérations mathématiques. Leur modèle a d'ailleurs contribué au déchiffrement des codes ennemis durant la guerre.

Par la suite, plusieurs auteurs parlent « d'outil de persuasion », livrant ainsi une vision unilatérale et autoritaire du concept. La notion de feed-back n'est donc pas prise en considération, puisque la transmission se fait uniquement de l'émetteur vers le récepteur.

Or la relation humaine sous-entend qu'il y a interaction entre celui qui transmet et celui qui reçoit. L'attitude et la réaction suscitées chez l'autre, laissent entrevoir la manière dont l'information a été reçue et perçue.

Newcomb, physicien théoricien, rappelle que « lorsque l'on parle d'humains communicants, on parle de représentations, d'attitudes, de motivations, au-delà de simples missions-réceptions. »⁷² En 1953, il publie « ABX system » dans lequel il développe une nouvelle approche de la communication. Il est le premier à l'introduire dans les relations sociales.



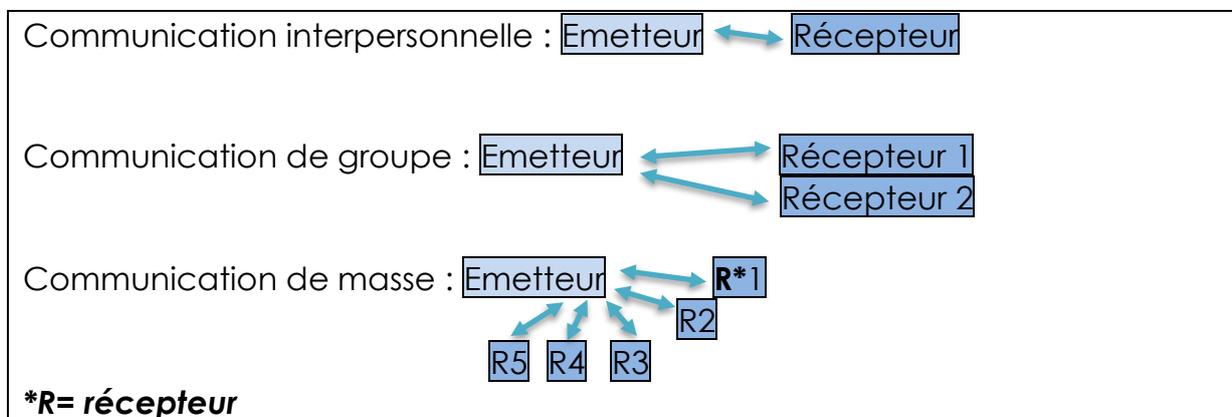
ABX, Le modèle de communication de Newcomb, 1953
A : Emetteur / **B** : Récepteur / **X** : Sujet de préoccupation

R. Escarpit⁷³, professeur et sociologue, écrit en 1991, « la communication est un acte dont le produit est l'information ».

Ainsi, une nouvelle génération d'auteurs contemporains développe des nouvelles approches du concept.

La communication peut être institutionnelle, commerciale, sociale ou politique. Elle revêt une forme différente selon, sa nature, et les types de récepteurs concernés.

Les notions de communication interpersonnelle, de groupe et de masse font leur apparition. Elles sont illustrées ci-dessous.



⁷² Newcomb. T. Personality and social change. Dryden Press, Janvier 1943

⁷³ Escarpit R. Théorie générale de l'information et de la communication. Revue d'histoire des sciences, 1978-31-1. Pages 79-80

Les différents types de management

En 1939, Kurt Lewin dans sa quête de comprendre les relations interpersonnelles, conduit une expérimentation qui démontre que « *le type de leadership peut influencer la qualité du travail fourni mais également la satisfaction du producteur* »⁷⁴. Son étude fait apparaître trois types de leader.

❖ Le leadership *autoritaire* ou Directif

Il est caractérisé par un comportement majoritairement organisationnel et faiblement relationnel. La communication est descendante et directive, elle se limite à la transmission de procédures. Le manager adopte une posture de surveillance et de contrôle. Ce type de management s'applique en cas de situations d'urgence ou de crises.

❖ Le *démocratique* ou Participatif

Le cadre est factuel et il argumente. Il sollicite la raison et le bon sens par le truchement d'une réflexion et d'une mise en action communes. Son objectif est d'impliquer ses collaborateurs et non pas seulement de les convaincre.

❖ Le « *permissif* » ou Délégatif

Peu organisationnel et relationnel, ce type de management fait appel à une certaine confiance en ses collaborateurs. Cela sous-entend, que le cadre connaît leurs compétences et qu'il accepte leurs initiatives pour mettre en place les actions. Il conduit le projet, donne les consignes, surveille et contrôle ponctuellement le travail effectué.

Au fil du temps, les trois modèles de K. Lewin ont été complétés par d'autres auteurs. Leurs recherches ont été inspirées par l'émergence des situations de crises et de mal-être au travail, notamment dans les hôpitaux. Ainsi, J.M. Revillot⁷⁵, cadre formateur, présente les différents types de management (qui viennent compléter la vision de K. Lewin) dans le cadre de sa réflexion sur l'éthique dans le management.

Les trois modèles de K. Lewin sont donc complétés par trois autres profils de leader.

❖ Le Persuasif

Semblable au leader directif, il accorde toutefois de l'importance au relationnel. Il fait appel aux sentiments et sollicite l'émotion. Le manager argumente beaucoup pour convaincre et va jusqu'à prêter main forte à ses collaborateurs, pour légitimer ses objectifs.

❖ Le Situationnel

Développé par P. Hersey, économiste, et K. Blanchard, auteur dans le domaine du management. Cette théorie du management consiste à développer l'autonomie des collaborateurs. Il s'agit pour le cadre de savoir

⁷⁴ Lewin. K. « dynamique du groupe ». Références citées page 26

⁷⁵ Revillot J.M. Pour une visée éthique du métier de cadre de santé. Ed. Lamarre 2010.

ISBN13-978-2-7573-0955-1

identifier les degrés de compétences et de motivation de ses collaborateurs, et d'adapter son style de management à chaque profil.

❖ L'intuitif

Loin de délaisser son raisonnement et son analyse, c'est son intuition qui servira d'arbitrage au manager pour optimiser ses décisions.

Ce qu'il faut en déduire :

Le management exige avant tout, l'adaptabilité et l'agilité managériale. Il n'existe pas de modèle unique ni de recette pour être efficient dans sa pratique managériale. De même, il n'y a pas de bon ou de mauvais style de management. Pour le cadre qui veut atteindre ses objectifs, il s'agit d'être perspicace, et faire preuve d'agilité. Il doit savoir combiner son management aux situations, au contexte et aux personnalités de ses différents collaborateurs.

Aujourd'hui, le management ne peut plus se concevoir comme le simple fait du « *quand dire, c'est faire* »⁷⁶. En effet, face aux nombreuses mutations politico-économiques, les hôpitaux ont vécu une multitude de bouleversements et les activités du cadre de santé amplifiées, au détriment de leurs missions de proximité.

M. Detchessahar, enseignant universitaire d'économie et de management, et A. Grevin, maître de conférences en management (2009) ont écrit « *de plus en plus accaparé par des tâches de management, le cadre a tendance à s'écarter de la scène de travail de son équipe* »⁷⁷

Le cadre doit donc trouver des solutions alternatives pour aller à la rencontre de ses collaborateurs, et restaurer la confiance, le bon sens et la reconnaissance. C'est ce qui définit le « *slow management* », nouveau courant managérial apparu en France en 2004.

❖ Le slow management

Le concept, popularisé dès les années 70 par des grands groupes comme Hewlett-Packard et General Motors, fait son apparition en France dans les années 2000. Trois co-auteurs, coachs en leadership et enseignant chercheur en management, sont à l'origine du concept qu'ils décrivent dans leur livre « *Eloge du bien-être, le slow management* »⁷⁸

Le slow management ou « *philosophie de la lenteur* »⁷⁹ (Honoré Carl, journaliste économique), nouveau courant managérial fait opposition, comme son nom l'indique, au « *fast management* » qui prône le « *faire toujours plus et plus*

⁷⁶ Austin. J. L. Quand dire c'est faire. Seuil, 1970; traduction, Oxford University Press, 1962.

⁷⁷ Detchessahar. M. et Grevin. A. Un organisme de santé...malade de gestionnisme. N°98-Décembre 2009

⁷⁸ J. Sadowsky, D. Steiler, L. Roche. Le slow management, éloge du bien-être au travail. Ed. PUG. 2011. EAN 9782706116292

⁷⁹ Honoré. C. In praise of slow: challenging the cult of speed. HarperOne, 2004; U.S. Collection Poche- EAN/ISBN-13-9780752864143

vite »⁸⁰ (C.Glée et F. Mispelblom, docteur en sciences de gestion / professeur de sociologie)

La gestion des ressources humaines est centrée sur le bien-être de chaque collaborateur au sein de l'organisation en encourageant la diversité, la créativité et l'autonomie. Les agents sont exhortés à collaborer, leur effort et leur travail sont revalorisés.

Cette conduite de management suppose une capacité à savoir hiérarchiser et prioriser les différentes tâches. Ainsi, le cadre de santé peut concilier toutes ses activités managériales à ses missions de proximité.

⁸⁰ Glée.C et Mispelblom B. F.Manager sans perdre son âme.

<https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2012-> [consulté le 18.06.21]

5 SYNTHÈSE DU CADRE RÉFÉRENTIEL

Pour conclure le cadre de référence, je dirai que le cadre de santé est l'acteur central d'une gestion d'un changement, au sein de son unité ou de l'organisation hospitalière. La conduite de changement est une de ses missions comme en disposent les textes qui définissent ses activités et ses compétences.

Le rapport de Chantal de Singly, ancienne directrice d'hôpital et d'une ARS décrit la fonction d'encadrement comme « *l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés* »⁸¹

Le cadre de santé organise et coordonne (conduite de changements). Il cadre et contrôle (mise en œuvre des processus de projets - suivi et contrôle des avancées - accompagnement et encadrement des équipes).

Paule Bourret, sociologue et cadre de santé formatrice, parle « *du travail de lien invisible du cadre hospitalier* »⁸²

Placé en première ligne, il est l'interface directe entre la direction et les collaborateurs « *Être cadre de santé, c'est une présence spécifique.* »⁸³
Son rôle est de véhiculer les informations, de motiver et d'impliquer les équipes. Sa proximité, son écoute attentive et ses compétences communicatives sont des leviers qui lui permettent de donner du sens aux projets et d'impulser la dynamique d'équipe.

Un processus de changement est une co-construction qui doit réunir le cadre et ses collaborateurs. Commandant de bord, il est assisté d'un équipage. Sa responsabilité consiste à mener les voyageurs et ses assistants à bon port, en prenant soin d'optimiser leur condition de voyage. C'est en anticipant les turbulences et en faisant les bons choix de trajectoire qu'il atteindra son objectif, avec la collaboration de l'équipage. Ainsi, lorsque le voyage s'est bien terminé, il sera reconnu et applaudi par les voyageurs, pour sa performance et celle de ses collaborateurs.

J'en conclus que la posture et le mode de management du cadre de santé sont bien des conditions indispensables à la réussite de sa conduite de changement. C'est en assurant une présence régulière sur le terrain qu'il motive ses collaborateurs et dynamise leur travail. Il est évident qu'une équipe performante produit un travail de qualité et s'implique dans la satisfaction des usagers. C'est par sa performance et son efficacité managériales au quotidien que le leadership garantit la qualité des soins et le bien-être au travail de ses collaborateurs.

⁸¹ De Singly, C. Rapport final de la mission cadres hospitaliers. Avril 2009.
https://www.ehesp.fr/2009/09/15/rapport_final_de_la_mission_cadres_hospitaliers
[consulté le 18.06.21]

⁸² Bourret P. Encadrer dans la fonction hospitalière : un travail de lien invisible.
<https://cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-729.htm?contenu=resume> [consulté le 21.06.21]

⁸³ Ibid référence n°77

De toute cette démarche préalable découlent les deux questions suivantes :

- Le management de proximité est-il fondamental pour le cadre de santé afin de garantir la réussite de sa conduite de changement ?
- Quel est le moyen pour le cadre de santé de concilier missions de proximité et missions « disparates », afin de maintenir la motivation et l'implication des agents, notamment lors d'un processus de changement ?

Ces nouveaux questionnements soulèvent une nouvelle hypothèse :

Dans le contexte socio-économique actuel, le slow management peut-il être un levier managérial pour réussir une conduite de changement ?

6 LA DEMARCHE DE RECHERCHE

Mon travail de recherche se poursuivra donc par des entretiens de contrôle que je mènerai auprès de cadres, managers d'unités de soins au sein du même établissement de santé. Ils ont pour objectif de, vérifier les hypothèses initiales, confirmer ma question de recherche à l'issue de l'analyse de ces entretiens.

6.1 L'outil de l'enquête : Le choix de l'entretien semi-directif

Mon travail de recherche est centré sur les individus et de manière plus précise, sur les liens interactifs entre le manager et ses collaborateurs.

L'entretien semi-directif me paraît être l'outil de recherche approprié. Le recours aux questions ouvertes et aux relances permet, à l'enquêté de discourir en profondeur, à l'enquêteur, de procéder à une analyse qualitative des données recueillies.

A travers le récit que les enquêtés livrent de situations professionnelles expérimentées, il est possible d'identifier plusieurs éléments. Quelles sont leurs représentations, leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs ? Ou encore, comment s'opèrent leurs prises de décisions, sur quels critères ? comment se situent-ils dans leur contexte environnemental professionnel, avec leurs collaborateurs, au sein de leur organisation ?

Les investigations se feront à partir de grille d'entretiens semi-directifs⁸⁴

*« L'entretien semi-directif centré, un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualité sur les sujets liés à la recherche, en l'influençant très peu, et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité ».*⁸⁵

Je souhaitais organiser deux entretiens par spécialités de pôles, soit un total de quatorze entretiens. Ces entretiens auraient eu une durée d'une heure maximum. Pour rappel, ils sont confidentiels, anonymes et enregistrés après accord de la personne interrogée.

6.2 Le choix de la population ciblée

Dans un souci de facilité d'accès, j'avais prévu d'interviewer les cadres de santé de proximité au sein du GHEF, établissement dans lequel je travaille.

Pour cela, il est important que ces cadres soient issus de pôles différents afin d'optimiser la représentativité du panel. Pour rappel, le GHEF est composé

⁸⁴ Annexe 3

⁸⁵ Romelaer Pierre, « Chapitre 4. L'entretien de recherche », dans : *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, sous la direction de Roussel Patrice, Wacheux Frédéric. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherches », 2005, p. 101-137. URL : <https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-page-101.htm>

de quatre sites répartis sur le territoire du Nord Seine et Marne et accueille les spécialités MCO, psychiatrie, gériatrie, SAU et bloc opératoire.

En effet, premiers acteurs impliqués par le management d'équipes et la conduite de changement, il me paraît pertinent de cibler uniquement cette population.

6.3 Les biais et limites d'une enquête

En référence aux « six catégories de biais d'une enquête » énoncées par Neumann⁸⁶, enseignant universitaire de sociologie, une vigilance particulière devra être portée quant à l'élaboration de la grille et la conduite des entretiens.

En effet, certains écueils sont à éviter lors de la conduite d'un entretien, le risque étant de générer des mauvais retours et de fausser l'objectivité et la qualité des réponses. Ainsi, les oublis, la mauvaise compréhension des questions par l'enquêté, ou l'erreur de cible, peuvent fausser les réponses.

Il en est de même pour les influences directes ou non intentionnelles de l'enquêteur, qui anéantissent de ce fait, le rendu de la réalité.⁸⁷

6.3.1 Les biais et limites du travail de recherche

Ce travail de recherche n'a pu être mené à terme suite à la pandémie Covid 19. Deux périodes de suspension de formation, par décision de l'ARS, ont modifié le calendrier de formation des étudiants cadres de santé ainsi que le contenu du mémoire. Les entretiens n'ont donc pas pu être menés à bien.

Tout travail de recherche comporte des biais et des limites. Il est donc important de les avoir en tête. Ces premiers peuvent induire des déformations qui comportent plusieurs aspects :

- Méthodologiques : erreurs de méthode dans l'élaboration du recueil d'informations.
- Affectifs : notre projection personnelle
- Socio-culturels : nos schèmes
- Cognitifs : notre perception, notre langage

Il faut donc accorder une vigilance particulière à ces critères lors de la construction de l'outil de recherche afin de se décentrer de sa propre expérience et de ses propres attendus.

En effet, pour une situation identique, deux professionnels peuvent avoir une gestion différente, sachant qu'il n'y a pas de « bonne ou de mauvaise façon de faire ».

Il faut savoir se distancer de ses propres représentations, construire son outil de recherche sans à priori ni stéréotypes. En restant neutre, le chercheur n'induit pas de réponses pouvant aller dans le sens de sa représentation.

⁸⁶ Neumann, W. L. (1991). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston, MA: Allyn and Bacon [consulté le 28.06.21]

⁸⁷ Source : Le Gal. M. *L'entretien de recherche*. DCS@20-21 [consulté le 28.06.21]

6.3.2 *Les retombées et perspectives*

Bien que perçu au démarrage comme une « contrainte » liée à la formation, ce travail de recherche m'a progressivement conduit vers une posture réflexive.

Mes stages (entreprise, IFSI, SAU et EHPAD) et mes deux immersions dans un service d'accueil des urgences, m'ont permis d'avoir une vision diversifiée des différentes pratiques managériales appliquées.

Pendant les deux périodes de réquisitions, postée au sein du même service d'accueil des urgences en tant que deuxième cadre de santé, j'ai été amenée à conduire plusieurs changements et donc à adapter mon mode de management. Cela a tout de suite fait écho avec mon travail de recherche qui a alors pris tout son sens. Cela m'a permis de me projeter vers un mode de management que je souhaite ensuite mettre en place tout en faisant le lien avec les savoirs et les compétences acquises durant ma formation à l'école des cadres.

Sur le terrain, j'ai dû adapter mon management, ma communication, ma posture à chaque situation et à chaque collaborateur. De mon point de vue, prioriser la proximité avec les équipes est essentiel tout comme savoir hiérarchiser les tâches prioritaires.

C'est pourquoi je privilégierai le slow management dans mes futures pratiques managériales.

CONCLUSION

Les établissements hospitaliers sont de plus en plus vulnérables à l'environnement politique et social. L'émergence des nouvelles gouvernances, les démarches qualité et les procédures de certifications obligent les hôpitaux à une gestion efficiente du changement.

Celle-ci devient dorénavant un déterminant important de leur performance.

Cette gestion incombe au cadre de santé de proximité. Il est l'interlocuteur direct et manager des équipes de soins, mais aussi l'interface avec les cadres de pôles et la direction des soins avec qui il collabore.

En effet, principales composantes du système, et acteurs centraux dans la mise en place d'un changement, il faut que les collaborateurs impactés soient placés au centre des préoccupations de leur leadership, qui n'est autre que le cadre de santé.

Un autre élément conditionne le succès de la conduite du changement.

Le cadre doit connaître les différentes étapes d'un processus de transformation, afin d'identifier les obstacles, et les difficultés de ses collaborateurs. Il doit savoir hiérarchiser ses tâches, et préserver son rôle de proximité, s'il veut atteindre ses objectifs. Maintenir la qualité de vie au travail des collaborateurs est une garantie de bienveillance des usagers, dont le cadre de santé a la responsabilité.

Ainsi, sa capacité à accompagner les équipes et, son adaptabilité aux différentes situations environnementales, sont autant de compétences et d'atouts qui lui permettent d'atteindre les qualités et les performances attendues chez un leadership.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

Ann E Rogers. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff (Millwood).2004 ;23 (4):202-12.

Austin. J. L. Quand dire c'est faire. Seuil, 1970 ; traduction, Oxford University Press, 1962.

Autissier D. Docteur en sociologie, Maitre de conférences HDR à l'IAE Gustave Eiffel Université Paris Est Créteil. []
<https://www.cairn.info/conduite-du-changement-concepts-cles--9782100769414.htm> [consulté le 01.05.21]

Bourret P. Encadrer dans la fonction hospitalière : un travail de lien invisible. <https://cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-729.htm?contenu=resume> [consulté le 21.06.21]

Bridge W. Les transitions de vie. InterEditions, juin 2019.

Detchessahar. M. et Grevin. A. Un organisme de santé...malade de gestionnisme. N°98- Décembre 2009

Escarpit R. Théorie générale de l'information et de la communication. Revue d'histoire des sciences, 1978-31-1. Pages 79-80

Folkard S. Circadian rhythms in human memory
<https://www.academie.edu/30019228> [consulté le 30.04.21]

Ford et D'Amelio, 2008. Jagger, 2001. Resistance to Change: a new view of and old problem. Mai 2001. The futurist 35(3). Article cité par R. Soparnot

Geiger-Brown J. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. Chronology international 29 (2), 211-219, 2012

Glée.C et Mispelblom B. F. Manager sans perdre son âme.
<https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2012> [consulté le 18.06.21]

Honoré. C. In praise of slow: challenging the cult of speed. HarperOne, 2004; U.S. Collection Poche- EAN/ISBN-13-9780752864143

Kastenbaum R.J. Death society, and human experience. Boston, Allyn and Bacon, 1988, 6e ed.

Knauth P. Extended Work Periods. Industrial Health. 2007: 45 (1): 125-36

https://www.researchgate.net/publication/6519657_Extended_Work_Periods
21

Kotter JP. *Leading and Change (Conduire le changement)*, Harvard Business Review Press

Kübler-Ross. E. *Les derniers instants de la vie*. 1969. Ed Labor et Fides-Genève- ISBN 2-8309-0096-0

Kurt Lewin, « dynamique du groupe »
<https://doi.org/10.3917/sh.journ.206.01.0095> [consulté le 17.05.21]

Landier H., *Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets*.
<https://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2010-1-page-81.htm>
[consulté le 10.05.21]

Lewin. K. « dynamique du groupe ». Références citées page 26

Midler C. *Management de l'innovation et Globalisation : Enjeux et pratiques contemporains*. Dunod, Paris, 2015. ISBN 978-2-10-072542-7

Neuman, W. L. (1991). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston, MA: Allyn and Bacon [consulté le 28.06.21]

Newcomb. T. *Personality and social change*. Dryden Press, Janvier 1943

Romelaer Pierre, « Chapitre 4. L'entretien de recherche », dans : *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, sous la direction de Roussel Patrice, Wacheux Frédéric. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherches », 2005, p. 101-137. URL : <https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-page-101.htm>

Revillot J.M. *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*. Ed. Lamarre 2010.
ISBN13-978-2-7573-0955-1

Rhéaume Jacques. Professeur en communication sociale et publique à Montréal « changement » *vocabulaire de psychosociologie* (2016)
<https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0067> consulté le 01.05.21

Shannon C.E. *Une théorie mathématique de la communication*, 1949.
Warren W. Co-auteur de la référence citée ci-dessus

Soparnot R. *Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus*. *Revue Recherches en Sciences de gestion* 2013/4 (n°97)

Soparnot R. les facteurs et caractéristiques de la résistance au changement.
Cité page 30.

Sadowsky.J, D. Steiler, L. Roche. Le slow management, éloge du bien-être au travail. Ed. PUG. 2011. EAN 9782706116292

Cours ESM

Le Gal. M. L'entretien de recherche. DCS@20-21 [consulté le 28.06.21]

Le Gal M. La conduite du changement. Coordonnateur pédagogique et formateur ESM.

Ouvrages

Autissier D., Moutot J.M., Pratiques de la conduite du changement, Dunod, 2003

Lugan Jean-Paul. Le changement sans stress, Eyrolles Editions d'organisation 2010. 162 pages

Mintzberg H. Le management, voyage au centre des organisations. Paris : Les éditions d'organisation ; 1989.

Législation et Rapports

Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 « *Organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes* ».

Disponible : <https://www.solidarites-sante.gouv.fr>. [consulté le 05.02.21]

Loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000398298>
[consulté le 30.04.21]

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique. 12heures, le temps des comptes... »

<https://documentation.ehesp.fr//memoires/2015/mip> [consulté le 30.04.21]

Institut National de Recherche et de Sécurité spécialisée dans la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles. Organisation du travail en 2x12h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

<https://www.inrs.fr/dms/inrs/cataloguepapier/DMT/TI-TP-18/tp18.pdf>
[consulté le 30.04.21]

Rapport de l'Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Établissements sanitaires et sociaux. Colloque du 4 avril 2013 à Paris <https://www.techopital.com/travail-en-12-heures>. Les pièges à éviter pour les drh-NS_1169.html [consulté le 15.04.21]

De Singly. C. Rapport final de la mission cadres hospitaliers. Avril 2009. [https://www.ehesp.fr/2009/09/15/rapport final de la mission cadres hospitaliers](https://www.ehesp.fr/2009/09/15/rapport-final-de-la-mission-cadres-hospitaliers) [consulté le 18.06.21]

Site internet - Webographie

ARS ile de France. Avantages/inconvénients des postes d'amplitude 12 heures. Janvier 2015.

Plateforme en ligne de gestion des recrutements et remplacements dans la santé

<https://www.cairn.info/anthropologie-des-pratiques-langagieres--9782200287788-page-43.htm> [consulté le 20.06.21]

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/changement> [consulté le 01.05.21]

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>
consulté le 01.05.21

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000554484>
[consulté le 01.06.21]

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496690/
[consulté le 20.06.21]

<https://www.littre.org/definition/soigner> consulté le 05.02.21

<https://www.manager-go.com/organisation-entreprise/articles/un-processus-est-un-systeme>[consulté le 05.05.21]

<https://www.manager-go.com/strategie-entreprise/dossiers-methodes/diagnostics-strategique-swot> consulté le 20.06.21

<https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/le-changement-par-lewin.htm> [consulté le 17.05.21]

<http://xavier.lienart.pages.perso-orange.fr> [consulté le 20.06.21]

ANNEXES

Annexe 1 : PHASE EXPLORATOIRE - ENTRETIEN CADRES DE SANTE

Annexe 2 : PHASE EXPLORATOIRE : ENTRETIEN INFIRMIER

Annexe 3 : OUTILS D'ENQUÊTE : GRILLE D'ENTRETIEN CADRES DE SANTE

Bonjour,

Dans le cadre de ma formation cadre de santé à l'ESM, je dois produire un travail de recherche.

Le thème que j'ai choisi de traiter porte sur le changement. Pour se faire, j'ai besoin d'interviewer des cadres de santé et des infirmières, afin d'étayer ma phase exploratoire.

Cette interview prendra au maximum une heure de temps. Les informations recueillies restent anonymes et ne serviront que dans le cadre de ce travail de recherche.

Je vous remercie de votre aide et de votre participation.

Q1 : Quelle est votre filière d'origine ?

-

Q2 : Depuis combien d'années exercez-vous votre fonction ?

-

Q3 : Avez-vous été amené (e) à conduire un changement d'horaire au sein de votre équipe, en dehors d'un contexte d'urgence sanitaire ?

- Si oui : comment l'avez-vous vécu ?

-Comment, selon vous, votre équipe l'a vécu ?

Q4 : Comment avez-vous accompagné votre équipe à ce changement ?

-

Q5 : Pensez-vous qu'un changement peut présenter des risques pour votre équipe et/ou pour les patients ?

- Si oui : pouvez-vous m'en citer en quelques lignes ?

.

ANNEXE 2 : ENTRETIEN EXPLORATOIRE INFIRMIÈRES

Bonjour,

Actuellement étudiante cadre de santé à l'ESM, dans le cadre de ma formation, je dois réaliser un travail de recherche.

Le thème que j'ai choisi de traiter porte sur le changement. Pour se faire, afin d'étayer et de stabiliser ma phase exploratoire, j'ai besoin d'interviewer des cadres de santé et des infirmières.

Cette interview prendra au maximum une heure de temps. Les informations recueillies restent anonymes et ne serviront que dans le cadre de ce travail de recherche.

Je vous remercie de votre aide et de votre participation.

Q1 : Vous êtes :

- Infirmier :
- Infirmière :

Q2 : Quel âge avez-vous ?

-

Q3 : En quelle année avez-vous été diplômé (e) ?

-

Q4 : Quel a été votre parcours professionnel depuis votre diplomation ?

-

Q5 : En dehors d'un contexte d'urgence sanitaire, avez-vous récemment vécu un changement d'organisation ?

- Si oui : comment l'avez-vous vécu ?

Q6 : Ce changement a-t'il été accompagné ?

- Si oui : par qui, comment ?

ANNEXE 3 : Grille d'entretiens pour les cadres de santé

Dans le cadre de ma formation au Diplôme de Cadre de Santé, à l'IFCS Montsouris, je réalise un travail de recherche dont le sujet traite de la conduite du changement.

Afin de colliger un maximum d'informations, je souhaite interviewer les cadres de santé qui sont les acteurs centraux de la conduite du changement.

Ce questionnaire est anonyme, les données recueillies sont confidentielles et ne serviront que dans le cadre de ce travail de recherche.

Le questionnaire a une durée d'environ 15 minutes.

Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous porterez à mon travail de recherche.

Présentation du cadre de santé.

Question 1 : Vous êtes un homme une femme

Question 2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

20-30 ans 31-40 ans 41-50 ans Plus de 50 ans

Question 3 : Dans quel service exercez-vous ?

MCO SAU Pôle gériatrique Bloc opératoire Psychiatrie

Question 4 : Depuis combien de temps exercez-vous dans cette unité ?

Moins de 5 ans 5 à 10 ans Plus de 10 ans

La fonction managériale.

Question 5 : Comment définiriez-vous votre mode de management ?

Question 6 : Avez-vous eu à gérer un changement sur votre poste actuel ?

Si oui, quel type de changement ?

Question 7 : Comment le changement a-t-il été vécu par l'équipe ?

Relance : si je comprends bien, vous venez de me dire que...comment cela s'est-il traduit dans leurs attitudes et leurs pratiques professionnelles ?

Question 8 : Pensez-vous que le changement est une des seules raisons qui impactent les collaborateurs ?

Si non, pouvez-vous m'en énumérer quelques-unes ?

Question 9 : Comment avez-vous conduit ce changement ?

Pouvez-vous m'apporter des précisions ?

Question 9 : Lors d'une conduite de changement, adoptez-vous un autre style de management ?

Si oui, lequel ?

La proximité.

Question 10 : Comment définiriez-vous le management de proximité ?

Pourriez-vous me donner des mots clés que vous associez à ce concept ?

Question 11 : Etes-vous un manager de proximité ?

Vous me dites que...pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

Question 12 : Selon vous, comment favoriser le management de proximité ?

La réponse recherchée est « comment le cadre souhaiterait favoriser la proximité si sa réponse à la question est « oui, mais je n'en ai pas le temps »

Question 13 : Pensez-vous qu'un processus de changement non

accompagné impacte les pratiques des professionnels et la prise en soins des usagers ?

Si oui, vous me dites que... pouvez-vous me donner des précisions ?

Question 14 : Comment décririez-vous l'accompagnement ?

Pouvez-vous me donner des mots clés ?

Avez-vous des suggestions ou des remarques ?

Ce questionnaire était-il suffisamment explicite ?

Je vous remercie pour votre participation et votre disponibilité.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@20-21

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

**Conduire le changement
Quand le management est un outil et un levier managérial.**

AUTEUR

Mirella CAUMONT née ROUSSEL

MOTS CLÉS

Cadre de santé, processus de changement, management, collaborateurs, outils et leviers managériaux.

KEY WORDS

Health Framework, process change, management, collaborators, managerial tools, and levers.

RÉSUMÉ

Face à un environnement en perpétuelle mutation, le monde hospitalier a dû opérer divers changements. Mais une transformation, de quelque nature qu'elle soit, produit des effets qui bouleversent et impactent l'individu. L'implémenter sans se préoccuper des individus impactés revient à en condamner la mise en place, ou l'espoir qu'elle soit pérenne. Ce travail de recherche a pour objectif de prioriser l'aspect humain pour parvenir à une gestion efficace du changement dans une organisation. Les relations interpersonnelles sont au cœur du processus du changement et, lorsqu'elles sont combinées à des méthodes structurées de management, les objectifs de performance peuvent être maîtrisés.

Le cadre de santé est un acteur central de la gestion du changement. Le développement fait partie intégrante du quotidien de toutes les organisations, c'est une nécessité d'évolution et de performance. Dès lors que l'on parle d'agir ou de produire quelque chose, il est inéluctable que l'on transforme obligatoirement un existant. Le processus de changement organisationnel comporte donc des enjeux et des risques dont le principal impacté est l'Humain. Le cadre et ses collaborateurs font partie des maillons d'une chaîne systémique, c'est pourquoi le changement doit impérativement être une co-construction qui réunit le cadre et ses collaborateurs. C'est en assurant une présence régulière sur le terrain qu'il motive ses collaborateurs, et dynamise leur travail. Son positionnement et sa posture managériale seront des

facteurs déterminants qui conditionneront la réussite de sa conduite de changement et la performance des équipes.

Les enjeux, pour le cadre de santé, consistent à apporter, qualité de vie au travail pour ses collaborateurs et lui-même, et principalement, une qualité de bienveillance et de prise en soins des usagers.

ABSTRACT

Faced with a constantly changing environment, hospitals have had to make various changes. But any transformation, whatever nature it is, produces effects that upset and impact the individuals.

To implement it without worrying about the individuals affected is to condemn its implementation, or the hope that it will be sustainable.

The objective of this research work is to prioritize the human aspect to achieve effective change management in an organization.

Interpersonal relationships are at the heart of the change process and, when combined with structured management methods, performance objectives can be mastered.

The health framework is a central player in change management. Development is an integral part of the daily life of all organizations, it is a necessity of evolution and performance. As soon as we talk about acting or producing something, it is inevitable that we necessarily transform an existing one. The process of organizational change therefore involves issues and risks whose main impact is the human being. The executive and his collaborators are part of the links in a systemic chain, which is why change must imperatively be a co-construction that brings together, the executive and his collaborators. It is by ensuring a regular presence in the operating base that he motivates his collaborators and energizes their work. His positioning and managerial posture will be determining factors that will condition the success of his change management and the teams' performance.

The health framework challenges care to bring, quality of life at work for his employees and himself, and mainly, a quality of well-treatment and care of users.