



EHESP

Filière Directeurs des soins

Promotion : 2014

Date du Jury : **9/10 DECEMBRE 2014**

ENTRE FACTEURS HUMAINS ET MATÉRIELS

***Rôle du Directeur des soins dans
l'accompagnement du processus de
changement lors d'un transfert
d'établissement***

Christine LIAUDOIS

Remerciements

L'élaboration de ce mémoire professionnel a été l'occasion de rencontrer des acteurs généreux et passionnants ; qu'ils soient ici remerciés de leur temps et d'avoir partagé leur savoir.

Grands remerciements à Mathias WAELLI pour sa relecture soigneuse et adroite, ses conseils spécifiques et la justesse de ses remarques.

Tout ce travail n'aurait pu se faire sans la bienveillance de ceux qui me sont chers. Mes meilleures pensées sont pour eux.

Sommaire

Introduction	1
1 CHAPITRE N°1 : ETAT DE LA QUESTION	6
1.1 Comprendre la dimension de l'humain	6
1.2 La dimension matérielle : de l'espace de travail au territoire	7
1.2.1 L'apport des sciences de gestion	7
1.2.2 L'aide de concepts géographiques	9
1.2.3 La richesse de l'axe sociologique.....	10
1.3 Le processus de changement : articulation entre l'humain et le matériel	11
1.4 L'implication du D.S. dans le processus de changement.....	13
2 CHAPITRE N° 2 : ENQUETE	16
2.1 Argumentation du choix de la méthodologie.....	16
2.2 Résultats de l'enquête : diagnostic et analyse	19
2.2.1 Le vécu du déménagement pour les acteurs.....	19
2.2.2 L'analyse des écarts entre ce que vivent les acteurs et leur représentations	25
2.2.3 Les ajustements entre agencement humains et matériels	29
2.2.3 Pilotage du changement architectural /du changement organisationnel.....	31
3 CHAPITRE N° 3 : PRECONISATIONS	36
3.1 Nos préconisations relèvent de l'opérationnel.....	36
3.1.1 Conduire l'analyse et l'évaluation des organisations de soins en post délocalisation	36
3.1.2 Contribuer à la mesure de la satisfaction des professionnels	37
3.1.3 D'aller à la rencontre des équipes	38
3.2 Sur le plan de la coordination.....	39
3.2.1 De la coordination de l'encadrement, de son appui opérationnel et stratégique	39
3.2.2. De la collaboration avec les membres de l'équipe de direction	40
3.2.3. De la coopération avec le président de C.M.E.....	43
3.2.4. De la coordination avec les partenaires sociaux	43
3.3 Sur le plan stratégique	43
3.3.1 Au sein des instances.....	43

3.3.2 La politique et la posture du D.S.....	45
Conclusion	47
Sources et Bibliographie	49
Liste des annexes	I
Annexe n° I : Les étapes de la mise en service d'un nouveau bâtiment (A.N.A.P.) 2012.	
Annexe n° II : Guide d'entretien.	
Annexe n° III : Grille d'analyse des entretiens et liste des personnes rencontrées.	
Annexe n° IV: Grille d'observation in situ et des visites réalisées.	
Annexe n° V : Liste des documents collectés ou consultés.	
Annexe n° VI : Plan du service de gériatrie de l'établissement A.	
Annexe n° VII : Fiche action revue d'organisation.	
Annexe n° VIII : Grille de revue d'organisation.	
Annexe n° IX : Questionnaire de satisfaction des personnels en post délocalisation.	

Liste des sigles utilisés

A.N.A.P. : Agence Nationale d'Appuis à la Performance
A.S.H. : agent des services hospitaliers
A.S. : aide-soignant (e)
C.H.R. : centre hospitalier régional
C.H.S.C.T. : comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
C.H.U. : centre hospitalier universitaire
C.L.A.C.T. : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
C.M.E. : commission médicale d'établissement
C.T.E. : comité technique d'établissement
C.O.P.I.L. : comité de pilotage
C.O.D.I.R. : comité de direction
C.S. : cadre de santé
C.S.I.R.M.T. : commission de soins infirmier de rééducation et médico technique
C.S.S : cadre supérieur de santé
D.G.O.S. : direction générale de l'offre de soins
D.P.C. : développement professionnel continu
D.R.H. : direction des ressources humaines
D.S. : directeur des soins
E.H.P.A.D. : établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes
I.D.E. : infirmier (e) diplômé (e) d'état
G.R.H. : gestion des ressources humaines
H.A.S. : haute autorité de santé
H.P.S.T. : hôpital patients santé territoires
M.A.G. : médecine aigue gériatrique
M.C.O. : médecine chirurgie obstétrique
P.A.I. : Programme d'Architecture et d'Ingénierie
R.D.C. : rez de chaussée
R.H. : ressources humaines
S.S.R. : soins de suite et de réadaptation
T.M.S. : troubles musculo squelettiques

Introduction

L'architecture de l'hôpital « *moderne* » suit en France l'évolution des connaissances grâce au savoir-faire des architectes, à tel point qu'on peut parler aujourd'hui « *d'hôpital scientifique* ». D'abord hôpital pavillonnaire, puis hôpital monobloc, tour(s) sur socle puis hôpital-rue polyblocs, les établissements ont été contraints à de profondes mutations architecturales et organisationnelles. Ces transformations des espaces de travail ont peu à peu impacté l'activité des soignants, en optimisant les espaces et les organisations.

La recomposition de l'offre hospitalière est cependant difficile et longue, les établissements ne pouvant assumer seuls ces transformations. Ainsi, le plan « *hôpital 2007* », posé par l'ordonnance du 4 septembre 2003¹ (pour la période 2003/2007), comporte notamment parmi ses 9 mesures l'accélération des investissements immobiliers des établissements de santé. L'objectif est de favoriser la rénovation du parc hospitalier et d'adapter de nouvelles organisations de soin pertinentes aux besoins des usagers et aux normes organisationnelles et sécuritaires. Le projet est d'envergure et son évaluation nécessite de poursuivre l'accompagnement par un deuxième plan annoncé en 2007. Le plan « *hôpital 2012* » (pour la période 2007/2012) confirme la nécessité de maintenir un niveau d'investissement équivalent au plan 2007 pour finaliser la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération, le développement des systèmes d'informations, la mise aux normes de sécurité des bâtiments.

Dix ans de recul nous font mesurer les enjeux de l'évolution des infrastructures hospitalières ; ils sont économiques, financiers, technologiques, organisationnels, visent la rationalisation, les regroupements, la sécurité, l'innovation. Les transformations de structures sont importantes, les environnements de travail sont repensés. Cela induit alors un processus d'adaptation important pour les soignants en exercice et pour les responsables qui les accompagnent.

La gestion des espaces de travail constitue par conséquent un enjeu majeur et cependant mal connu de l'activité du directeur des soins (D.S.).

C'est le constat que nous avons pu faire lors d'un stage d'immersion dans un centre hospitalier régional (C.H.R.) à l'occasion du déménagement de deux services de soins. Notre choix de stage s'est effectivement porté vers un établissement comportant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (1566 lits et places, 9 pôles cliniques et

¹ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

médicotechniques, 4917 personnels), engagé dans un projet de reconstruction d'envergure.

Du fait de l'importance des retentissements de la réalisation architecturale, du réaménagement de l'offre de soins sur le territoire, des engagements financiers majeurs, le sujet est devenu une préoccupation importante de la direction. Pour la directrice des soins, notamment en ce qui concerne l'organisation des soins qu'elle place au centre de sa pratique de coordonnatrice générale. Les organisations sont complètement réinterrogées du fait de cette reconstruction et des déménagements successifs des différents services.

Ce point justifie dans un premier temps le choix du sujet de notre mémoire professionnel. En effet, pour une élève D.S., c'est une opportunité de pouvoir observer le projet de reconstruction d'un établissement de cette taille et le déménagement de ses services de soins. Cela donne aussi matière à réfléchir. Nous nous questionnons sur l'impact de telles modifications architecturales sur les pratiques de soins et les soignants, d'autant qu'il semble que les premières équipes qui ont déménagé 5 mois auparavant (90 lits de soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) et 30 lits de médecine aigue gériatrique (M.A.G.) soient « *déstabilisées et mal à l'aise* » : les cadres de proximité ont fait part des propos des agents, qui décrivent de la fatigue physique, des douleurs à type de lombalgies ou troubles musculo squelettiques (T.M.S.), des difficultés d'adaptation aux locaux, une baisse de la motivation et des plaintes concernant la configuration des lieux et le risque d'incidents que cela peut engendrer selon eux. Nous nous interrogeons à ce moment sur le contre coup physique du déménagement, la pertinence des nouvelles organisations qui ont été complètement réajustées, la résistance au changement potentiellement mise en œuvre par l'équipe.

Afin de répondre à cette première interrogation, nous réalisons une enquête préalable : en prenant appui sur une posture d'immersion, nous choisissons de conduire des entretiens exploratoires d'une part (pour effectuer un recueil de diverses opinions, collecter des données qualitatives, orienter notre raisonnement, comprendre les étapes successives du projet de déménagement et comment les soignants ont vécu ce transfert de services) ; nous nous mettons en situation d'observation participante d'autre part (visiter les locaux pour observer la disposition des espaces de travail).

Nous conduisons ainsi 8 entretiens préliminaires semi directifs² auprès de membres de chaque catégorie professionnelle : chef de pôle, gériatre chef de service, cadre supérieur

²Entretiens de 30 mn, sur le lieu de travail des personnels ce qui leur permet de nous montrer les locaux et les matériels ; prise de note manuscrite puis retranscription immédiate ; analyse thématique par catégorie professionnelle.

de santé, cadres de santé, infirmière, aide-soignante, agent des services hospitaliers. Nous leur demandons de raconter comment s'est passé pour eux le déménagement.

L'ensemble des professionnels énonce l'importance et la qualité de la conduite du projet de déménagement, qui repose sur un projet médical construit et partagé. La planification et la programmation ont été réalisées sur un mode participatif et avec rigueur, ce qui a permis la réussite des opérations de déménagement. L'esthétique des lieux et la qualité des nouveaux matériels sont appréciées.

L'adaptation aux nouveaux locaux semble néanmoins problématique : les agencements et les attributions des espaces ont complètement changé, ce qui entraîne une modification des habitudes de travail. Les professionnels se plaignent de la grandeur inattendue des couloirs, les cadres ont dû faire face à d'énormes problèmes de maintenance. Tous ont un sentiment d'augmentation de la charge de travail, mais surtout un bouleversement des relations interpersonnelles, un vécu d'isolement et un sentiment d'insécurité à certains moments ; ils attribuent cela aux nouveaux aménagements des locaux, doutent de l'accommodation et de l'adaptation entre les matériels et les soignants.

Notre étude « *du terrain* » est toute aussi éloquente : nous observons l'étroitesse et la vétusté des anciens locaux, les chambres à deux ou trois lits, la circulation pénible, le confinement des soignants que ceux-ci nomment « *proximité et à portée de vue* ». Les nouveaux services sont spacieux, les chambres à un lit, les secteurs de soins repérés, la logistique centralisée, les matériaux modernes et les couleurs harmonieuses. Nous comprenons comment les organisations de soins ont pu être réorganisées et rationalisées du fait des nouvelles dispositions architecturales (constitution de secteurs de soins et répartition des personnels, installation des patients en fonction de leur pathologie avec des matériels dédiés, mobilité organisée des personnels entre les secteurs tous identiques sur le plan architectural par exemple).

L'interaction entre l'architecture et l'organisation des soins retient notre attention à ce stade de notre réflexion, dans la mesure où l'espace de travail est évoqué par tous ; de même, la notion d'accompagnement du changement ressort de ces premiers constats, notamment dans sa phase d'adaptation ; cela est confirmé par l'attitude des professionnels qui se prêtent volontiers au jeu des entretiens et des visites et nous consacrent du temps. Nous pensons que la démarche, venant de la direction des soins, est attendue et qu'à ce moment-là, elle est plutôt positive en termes d'attention et d'accompagnement du changement.

Cette observation fait écho à deux expériences professionnelles antérieures où nous avons pu apprécier les compromis entre l'architecture et l'organisation des soins : en E.H.P.A.D. d'une part, (où l'éclatement des lieux conduisait les infirmières à travailler en

série sans collaboration réelle avec les aides-soignantes), en psychiatrie d'autre part avec la quasi révolte d'une équipe après un déménagement dont le projet avait pourtant été conduit sur un mode participatif.

Ces investigations préalables nous permettent d'avancer l'idée d'une interaction probable entre facteurs humains et matériels dans les structures de soins ; il y aurait par conséquent imbrication entre aspect social et matériel, notamment exacerbée dans le cadre du déménagement.

Ce constat semble par conséquent constituer une problématique professionnelle pour un D.S., d'autant que le nombre de reconstructions et de déménagements d'hôpitaux est conséquent en France. Il semble intéressant de comprendre comment fonctionnent ces articulations et quel est le rôle du D.S. dans l'accompagnement de ce changement.

Cela nous conduit à nous poser cette question de réflexion :

Pourquoi doit-il y avoir des ajustements entre les agencements humains et matériels dans le cas d'un déménagement de structure de soins ?

Les sous questions suivantes constitueront le guide de notre enquête : elles détermineront nos axes d'investigation :

Que se passe-t-il lors du déménagement d'une structure de soins pour les acteurs hospitaliers ?
Pourquoi y a-t-il un écart entre ce qui est projeté par les équipes et ce qu'elles vivent après un déménagement ?
En quoi les espaces de travail déterminent ils les pratiques de soins ?
Quelle est la relation entre le pilotage du changement architectural et du changement organisationnel ?

A partir de ce questionnaire central, nous chercherons à savoir ce qui se passe pour les soignants lors du déménagement d'une structure de soins pour comprendre leur vécu ; nous nous interrogerons sur l'existence d'un écart entre ce qui est projeté par les équipes et ce qu'elles vivent après l'emménagement afin d'en identifier les causes. Nous analyserons les incidences des changements produits par le déménagement pour comprendre en quoi les espaces de travail influent sur les professionnels. Ceci afin d'apprécier la relation entre le pilotage du changement architectural et celui du changement organisationnel, ce qui nous semble être un enjeu conséquent pour le futur D.S. que nous sommes.

Afin de considérer ces questions d'un point de vue théorique et prendre de la hauteur, nous consacrerons notre premier chapitre à la compréhension des enjeux d'un déménagement de structure de soins pour les soignants, aux notions d'espace de travail et de changement.

Cela nous permettra dans un deuxième temps d'y confronter les résultats de notre enquête que nous conduirons en référence à l'ethnographie afin de profiter de l'insertion dans le milieu pour en analyser le cheminement (conduite d'entretiens, visites de services de soins, examen de documents). Cette étape nous permettra d'enrichir notre question de départ et de répondre à nos interrogations.

A partir de là, nous pourrions dans un troisième temps mettre en exergue des conseils et recommandations pour gérer un tel changement, ce qui nous permettra de nous projeter dans la fonction de D.S. et d'anticiper notre prise de poste puisque notre affectation comportera cette mission d'accompagnement d'un déménagement.

1 CHAPITRE N°1 : ETAT DE LA QUESTION

Afin de préciser le sujet de notre recherche et d'argumenter sa pertinence, nous souhaitons élargir notre vision et réaliser un bilan des notions inhérentes à notre interrogation.

Aussi, nos choix théoriques vont nous permettre dans un premier temps de comprendre la composante humaine de notre sujet car elle nous est apparue décisive dans notre constat de départ. Dans un second temps, la question de l'espace de travail doit être explicitée dans la mesure où nous supposons que celui-ci puisse être assimilé à un véritable territoire. Puis nous chercherons à comprendre comment s'opère le changement tant décrié par les acteurs dans notre enquête préalable. Enfin, nous interrogerons le rôle du D.S. dans cet accompagnement des transformations sociales pour initier notre futur positionnement.

1.1 Comprendre la dimension de l'humain

Nos rencontres avec les professionnels nous conduisent à débiter nos recherches par la question de l'humain. Il s'agit pour nous d'estimer la portée d'un projet de déménagement pour les acteurs (dont nous serons responsables en tant que D.S.)

En premier lieu, il nous semble qu'un transfert de structure de soins est avant tout une opportunité pour les directions et les équipes d'optimiser les organisations et les circuits (la nécessité de moderniser l'hôpital étant devenu prioritaire comme le rappellent les plans hôpital 2007 et 2012).

Mais cela a des incidences sur les personnes et nécessite une conduite de changement adroite et intelligente, (afin notamment de ne pas générer « *une forte désorganisation après le déménagement ou une opposition contre les changements organisationnels* »). On peut nommer cela « *art de diriger* »³. Cependant, si le projet est justifié sur le plan architectural, le management participatif effectif, « *la réussite semble promise* ».

Il s'agit par conséquent de prendre en compte les modifications comportementales des soignants induites par ce changement de lieu ; un déménagement « *est un acte de gestion aux implications lourdes de conséquences* », générant une perte des repères et des apprentissages importants. La dimension sociale et humaine semble compter par conséquent dans les enjeux de la politique institutionnelle. Cela accrédite l'importance de la perte des repères qui advient lors d'un changement de lieu et initie la notion de « *territoire de travail* ». Nous comprenons déjà la fragilité de la période de post transfert.

³ BELFIS A. Mémoire E.N.S.P. 2002 « *l'épreuve du changement à l'occasion d'un transfert de site* ».

L'apport de la psychologie sociale et notamment de G. FISCHER⁴ nous permet de retenir que le territoire désigne l'usage que nous faisons des lieux en fonction des cadres sociaux (délimitation physique, activité définie, configuration, style d'occupation). Un service hospitalier serait ainsi un territoire secondaire, ni tout à fait privé, ni tout à fait public, mais investi subjectivement par les individus par le biais des émotions, de la motivation, des perceptions. Les personnels hospitaliers se représentent l'espace en fonction de leur activité, de leur ancienneté, de leur lieu de travail et de leurs déplacements. L'espace n'est qu'espace vécu pour cet auteur et si le lieu de travail peut être un lieu d'épanouissement, il peut aussi être une source de déséquilibre psychique et entraîner perte du sentiment de responsabilité ou « *désindividuation* ». G. FISCHER fait un lien avec le découpage de l'espace de travail en espace-temps rigoureux. La conception des espaces hospitaliers est strictement standardisée pour « *entrer dans une correspondance étroite avec les activités qui doivent s'y dérouler* ». Cela contribue de notre point de vue à la qualité et la sécurité des soins. Cette spécialisation de l'aménagement des espaces peut conduire à un potentiel sentiment d'enfermement, d'une frontière entre le dedans et le dehors. « *La spécialisation crée la séparation des espaces* ». Pour l'auteur, il s'agit de contrôle social.

Bien que l'on puisse aborder la question de l'interaction entre architecture et soins de plusieurs points de vue, c'est la question ethnographique qui retient notre attention, dans la mesure où la notion d'ajustement entre agencements humains et matériels n'est pas présente dans les projets formels mais a un effet non négligeable sur les personnels au travail comme nous l'avons observé dans nos premiers constats.

Si le projet de déménagement de services de soins peut être accompagné par les outils de la qualité, de la gestion des risques, de la conduite de projet et un management participatif, nous situons notre recherche cependant au croisement de deux questionnements théoriques : celui de l'espace de travail et celui de la gestion du changement, où le pilotage du D.S. doit permettre aux équipes de reconstruire leur espace de travail et retrouver du sens à leur pratique. Ces notions doivent être précisées par conséquent.

1.2 La dimension matérielle : de l'espace de travail au territoire

1.2.1 L'apport des sciences de gestion

En premier lieu, nous mobilisons les concepts des sciences de gestion pour cerner la notion d'espace de travail : E. MACLOUF nous invite par exemple à analyser les

⁴ FISCHER G.N. « *psychologie de l'environnement social* » Editions DUNOD 1997 204 p

pratiques de gestion des espaces de travail⁵ ; ils ont pour lui une influence sur l'aspect technique et social de l'organisation⁶ ; ils permettent l'instauration d'un ordre productif et social. Il décrit l'influence de l'espace de travail sur la gestion des ressources humaines et sur le fonctionnement des organisations : l'espace de travail permet-il une supervision, un ajustement mutuel entre les professionnels ; est-il par exemple regroupé en unités, quelle est la taille de ces dernières ? Ce point illustre d'ores et déjà les propos des soignants collectés lors de nos entretiens exploratoires : par exemple le fait de voir ou non les collègues permet d'avoir un retour direct d'information et de se situer dans le procès de travail, explique E. MACLOUF. Ainsi, la distance géographique limite la communication de face à face, alors que la proximité physique la facilite (à l'instar des couloirs et des chambres individuelles de notre situation de départ). Les aspects sensoriels sont aussi touchés selon lui, ce qui entraîne une modification de la perception et de la compréhension de l'environnement, des préoccupations d'ordre fonctionnel et social (lieu de vie, relations, confort, liberté de mouvement et de paroles, surveillance, esthétique). L'espace est donc bien pour cet auteur une variable de gestion des ressources humaines (il évoque la dialectique intégration-différenciation, rassemblement-séparation, ouverture-fermeture). E.MACLOUF confirme l'impact de l'espace de travail sur la motivation, l'implication, voir le bien-être au travail.

Ce dernier point est démontré par une étude qualitative menée en 2010 dans un hôpital du sud-ouest de la France par une équipe pluri professionnelle⁷ auprès d'agents de différentes catégories transférés entre deux sites hospitaliers. Cette étude fait référence à la prévention des risques psychosociaux dans le cadre du plan santé au travail 2010-2014. En effet, les nombreuses restructurations hospitalières impactent potentiellement les risques psychosociaux et vont jusqu'à compromettre la santé des travailleurs d'après les auteurs. Menée sous l'angle de la psychologie du travail, l'objectif de l'enquête est de mettre en exergue les liens entre les changements organisationnels liés à un déménagement et le bien-être au travail. Deux thématiques en ressortent : un défaut d'information et de communication relatif au transfert d'une part, des difficultés d'adaptation au nouveau poste de travail d'autre part ; celles-ci sont liées au changement d'organisation, (les agents ont le sentiment que la charge de travail augmente à l'instar de notre situation de départ), au rythme de travail. La question des locaux est là aussi évoquée par les personnes interviewées : « *ceux-ci sont inadaptés, trop petits et*

⁵ MACLOUF E., recherche de doctorat (a étudié dans le cadre de sa thèse de doctorat 9 déménagements de structures professionnelles et a comparé les situations de changement et les pratiques quotidiennes) 2005.

⁶ MACLOUF E. : « *Les pratiques de gestion des espaces de travail dans leur contexte économique et leurs effets* » ; 16e Conférence de l'AGRH- Paris Dauphine-15 et 16 septembre 2005.

⁷ TUCHANT L., BELLAGAMBA G., FAVRE N., BAUMSTARCK K., FAIVRE-PIERRET J.C., LEHUCHER-MICHEL M.P., Janvier 2013, « *Vécu d'agents hospitaliers transférés entre deux sites : étude qualitative au sein d'un hôpital public du Sud-Est de la France* ». Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, pp.140-148.

compromettent l'organisation ». La perception du vécu du transfert par les agents reste péjorative pour la moitié d'entre eux, sur le plan affectif et relationnel, après un temps anormalement long pour les auteurs. Ce point nous alerte et demandera à être étudié dans notre enquête.

Cela nous amène à supposer que l'espace de travail est occupé émotionnellement par les individus, ce qui semble à priori une vision assez archaïque.

1.2.2 L'aide de concepts géographiques

En second lieu, une approche géographique nous invite à réfléchir à l'investissement affectif et culturel des hommes dans leur espace de vie à la fois sur le plan économique, idéologique et politique. Cet investissement affectif leur permet de se construire une histoire et une culture singulières, d'inventer leur territoire. Celui-ci contribue par conséquent à l'identification et à la construction identitaire. « *Tout élément n'entre dans la composition d'un territoire qu'après être passé par le crible d'un processus de symbolisation qui le dématérialise en quelque sorte. Tout territoire social est un produit de l'imaginaire humain*⁸ ».

Le fait d'occuper les lieux, d'y faire des projets, de mener à bien des objectifs, façonne et permet l'aménagement des territoires par un processus de transformation. C. RAFFESTIN⁹ parle ainsi de l'espace progressivement « *traduit* » et transformé en territoire grâce à un travail d'appropriation. Pour G. FISCHER¹⁰, l'appropriation permet aux utilisateurs de l'espace d'intervenir sur celui-ci pour le transformer et le personnaliser, ce qui induit possession et attachement. « *L'appropriation est une manière de matérialiser son univers mental dans l'espace physique et est fonction de facteurs individuels, institutionnels, sociaux* ». L'appropriation est caractérisée par le marquage et la personnalisation des lieux.

Cet effort d'adaptation des hommes à la transformation de l'environnement est cependant couteux pour E. MACLOUF¹¹. Il peut provoquer des comportements territoriaux comme le refus des professionnels, (plus ou moins exprimé), de mettre en œuvre les nouvelles habitudes imposées. L'objectif est de conserver les anciennes habitudes (nous avons pu nous poser cette question lors de nos constats initiaux). L'espace impose en effet une contrainte physique qui influe sur les relations sociales et de travail. Les professionnels sont par conséquent soumis à des efforts d'adaptation conséquents sur le plan social et psychologique. Ainsi, malgré les locaux neufs, les

⁸ KOURTESSI-PHILIPPAKIS G., juillet 2011, « *La notion de territoire : définitions et approches* ». Série : Cahiers Archéologiques de Paris 1 (Livre 2) archéologie du territoire.

⁹ RAFFESTIN C., « in : *Espaces, jeux et enjeux* », 1986.

¹⁰ Op cit.

¹¹ MACLOUF E., « *Espaces de travail et management* ».

Revue de gestion des ressources humaines, 2011/3 N° 81, p. 5-18. Article disponible en ligne à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-de-gestion-des-ressources-humaines-2011-3-page-5.htm>

soignants interrogés dans notre situation de départ expriment le regret des anciens locaux (pourtant vétustes et insalubres).

Nous sommes à ce stade de notre réflexion amenés à nous interroger sur la corrélation entre amélioration de l'espace de travail et amélioration du travail. Une nouvelle configuration des lieux, aussi réussie soit elle, n'aboutirait pas forcément à une amélioration des rapports de travail ; voir même, explique l'auteur, dans le cadre de l'approche moderne (M) évoquée dans sa recherche¹², une posture « régressive » amènerait les acteurs à défendre leurs anciens réseaux de coopération collectifs car ils leurs semblaient fonctionner, au risque de se détourner des objectifs de travail et en ce sens, porter préjudice aux projets. Cela confirme l'aspect primaire de ces réactions territoriales ; elles correspondent seulement pour E.MACLOUF, à une « *dynamique de sauvegarde de l'action* ».

Avoir en tête ces réactions territoriales permettrait par conséquent (pour les responsables de projet et le D.S.) de dépasser le simple constat de « *résistance* » des équipes et d'intégrer dans les projets spatiaux la dimension d'apprentissage collectif, (ou d'appropriation pour C. RAFFESTIN), dans l'optique de permettre l'amélioration organisationnelle escomptée.

1.2.3 La richesse de l'axe sociologique

En troisième lieu, les concepts sociologiques nous aident à nous poser la question du collectif, d'en comprendre les enjeux. Il semble que les utilisateurs de l'espace de travail s'organisent à l'intérieur de celui-ci en fonction de la hiérarchie, des différences de considération des personnes (ordre social), des tâches réalisées (ordre technique). Cependant, ces deux dimensions relationnelles et fonctionnelles semblent être en rivalité et cela a un effet sur l'organisation. C'est ce qu'explique J.GIRIN¹³ : l'aspect relationnel est orienté vers la collectivité et régule les modes relationnels entre les individus (discipline, hiérarchie, tensions sociales) ; l'aspect symbolique y est important, tout comme les messages et le discours, les perceptions et le comportement. L'aspect fonctionnel concerne les objectifs de l'organisation (tableaux, procédures, description de tâches). Et J.GIRIN de conclure que l'utilisation de l'espace sur un mode plus technique ou plus relationnel a bien des conséquences sur l'organisation.

C. DEJOURS¹⁴ insiste quant à lui sur la différence de raisonnement entre les sciences de l'ingénieur, scientifiques et techniques, (maniées en priorité par les concepteurs) et les sciences humaines (fondatrices des soins). La discussion de l'homme

¹²MACLOUF E., Doctorant, Centre d'études et de recherches en gestion des organisations et des relations sociales « CERGORS », Université de Paris 1 – Sorbonne. Recherche menée sous la direction du professeur F. WACHEUX.

¹³ GIRIN, J. 1989. Recherche sur le langage dans la gestion des organisations « *Dossier du Centre de recherche en Gestion* » pp 5-57.

¹⁴ DEJOURS C. « *le facteur humain* » Ed « que sais-je ? » juillet 2005.

au travail dépend des références des acteurs par conséquent et entraîne des contradictions qu'il s'agit de notre point de vue de dépasser pour la réussite du projet. C DEJOURS propose de prendre en compte la subjectivité et la contingence de l'humain dans la conduite des institutions, ce qui semble difficile pour les cadres qui ont tendance à rechercher une adéquation parfaite entre les sciences et le monde. Néanmoins, il semble possible pour l'auteur de dépasser ces écarts conceptuels grâce à une réflexion partagée sur le travail, véritable médiation entre intelligence et pratique.

J.F. CHANLAT¹⁵ quant à lui nous alerte sur le fait que l'espace de travail pourrait être « *une dimension oubliée de l'action collective* », du fait « *de l'occultation ou l'absence plus ou moins totale de certaines dimensions humaines* » dont la dimension spatio-temporelle.

Ces différents regards des sciences de gestion, de la géographie et de la psychologie sociale nous permettent de comprendre comment le collectif a besoin de s'approprier le nouvel espace de travail et le transformer en territoire de travail. Cette transformation correspond de notre point de vue à un processus de changement. Il convient par conséquent d'étudier ces notions.

1.3 Le processus de changement : articulation entre l'humain et le matériel

Il semble en premier lieu que le processus de changement puisse être considéré comme un processus de transformation sociale. Pour cela, nous retiendrons l'acception sociologique de la notion de processus car elle reflète le mieux le processus social que nous souhaitons décrire ; « *suite continue de faits, de phénomènes présentant une certaine unité ou une certaine régularité dans leur déroulement*¹⁶ ». E. MACLOUF explique que l'on peut concevoir l'espace comme « *le résultat d'un processus, à la fois contenant et contenu, ressource et contrainte, cadre et produit de l'action collective* ». Dans cet espace se construisent les relations sociales et de travail, les dispositifs matériels devenant des médiateurs relationnels favorisant un ajustement entre contraintes matérielles et humaines. Ce processus se construit grâce à un apprentissage collectif et à la proximité géographique. Ce sont ces interactions qui favorisent les apprentissages et le développement des compétences. Cependant, comme ces acquis ne valent que dans ce territoire géographique, tout changement de lieu désorganise le territoire et nécessite une reconstruction sociale et de nouveaux apprentissages.

Cependant, M. CROZIER¹⁷ nous rappelle que le changement n'est pas naturel. Ce point précisément constitue un problème, bien plus que la difficulté technique des

¹⁵ CHANLAT J.F. « *L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées* ». Presses Université Laval, 1 janv. 1990 - 842 pages p 4

¹⁶ Centre de ressources textuelles et lexicales : www.crtl.fr consulté le 01 juillet 2014.

¹⁷ CROZIER M. FRIEDBERG E. « *l'acteur et le système* » Editions du seuil 1992 ; 500 p. p 392

opérations. Il balaie « *le modèle type d'accompagnement au changement* » car il y en a plusieurs possibles pour chaque situation, ce qui rend l'action collective contingente. Chaque changement est donc une construction collective, un processus d'apprentissage collectif. Nous identifions alors les contraintes de la modification, la difficulté du passage et de la transformation, les ruptures que cela peut engendrer.

Nous comprenons la complexité du processus et la nécessité d'avoir du temps pour les soignants qui vivent le déménagement de leur service. E. MACLOUF explique que l'annonce de celui-ci est vécue symboliquement puis politiquement. Il peut être perçu comme une décision autoritaire, arbitraire, inutile et générer des résistances. Les opérations sont souvent plus longues que prévues (un projet de reconstruction hospitalière peut durer 10 ans, les chefs de projet peuvent changer de même que les projets médicaux). Il peut y avoir des rotations de personnels, des redimensionnements d'équipes (car les directions d'établissements redimensionnent les unités de soins du fait des modifications architecturales et des projets de soins). Les soignants doivent reconstituer la mémoire organisationnelle (qui fait quoi, quand, comment, où et surtout pourquoi...).

Pour cela, la préparation et la réalisation d'un transfert de structure doivent être anticipées et programmées afin de prévenir les risques associés à cette circonstance. La conduite de ce projet peut utiliser les outils de la gestion des risques, de la qualité et du management participatif¹⁸ comme l'analyse de processus, l'analyse des risques à priori, l'association des acteurs à toutes les étapes du projet. De même est-il pertinent de positionner un chef de projet, de constituer un comité de pilotage, de faire des groupes de travail et de programmer rigoureusement les étapes en identifiant les phases de vulnérabilité. Ce sera utile pour déterminer les priorités, le rétro planning, identifier les défaillances et mettre en œuvre des actions correctives. Proposer des solutions concrètes, sécurisantes pour les patients et les personnels est un gage de réussite du transfert. Ce point sera à vérifier dans note enquête. Les établissements disposent de guides très performants, à l'instar de celui de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (A.N.A.P.)¹⁹ : celui-ci décrit les onze étapes du processus de déménagement²⁰ à partir de l'expérience de cinq établissements et avance des préconisations. Cependant, il reste à accompagner les acteurs dans la phase de post délocalisation afin de prévenir la démobilisation, si préjudiciable dans cette étape de réorganisation générale. Ce guide propose juste après l'entrée dans le nouveau bâtiment, « *un dispositif de collecte, de hiérarchisation et de réponse aux dysfonctionnements identifiés par les équipes* », « *une enquête de satisfaction auprès des personnels et des*

¹⁸ CHATENET B. REMI I. STEZ M. « *Continuité de la qualité des soins lors du déménagement d'une structure hospitalière* » Revue « *Qualité et gestion des risques* » volume IV N°1 2007 p 24-32

¹⁹ A.N.A.P. « *Anticiper la mise en service d'un bâtiment* » 2012.

²⁰ Cf. Annexe n° I : Les étapes de la mise en service d'un nouveau bâtiment (A.N.A.P.) 2012.

patients », dans un second temps accompagné d'un audit des organisations. L'anticipation des dysfonctionnements est assurément un gage de réussite. Nous sommes là encore alertés par la problématique spécifique de post délocalisation, très peu détaillée alors que les auteurs nous alertent sur ses risques.

Malgré cela, E. MACLOUF constate l'inefficacité des dispositifs d'anticipation. Il explique que les acteurs interprètent les transformations comme une affirmation de leur territoire de la part de la direction et développent de ce fait leurs propres comportements territoriaux. Cela est facilité selon lui par les contraintes économiques (que l'on retrouve dans les établissements hospitaliers, notamment du fait de l'investissement important qu'une reconstruction impose sur le long terme). Selon lui « *il est impossible d'apporter un jugement univoque sur une transformation spatiale sans tomber dans l'opinion ou déformer la réalité* ».

Cela pose la question de la logique et de l'harmonie dans la conduite du changement de notre point de vue. C'est en tout cas comme cela que F. PICHAULT le pose en interrogeant la cohérence dans les projets de réforme des services publics basés sur la gestion des ressources humaines²¹. Il déplore notamment la pauvreté de la recherche sur la gestion de l'humain dans les organisations publiques, ce qui induit certaines incohérences dans l'aboutissement des projets, lesquels misent pourtant sur les effets bénéfiques de l'innovation et la modernisation. Il note des contradictions dans les pratiques de gestion des ressources humaines (G.R.H.) sur le contenu, le contexte, le processus de conduite du changement : maintien de la tradition sur certains points alors que l'objectif est de moderniser l'organisation, rigidification de pratiques sous prétexte de professionnalisation, individualisation du travail et effacement des repères du passé malgré une finalité d'innovation. Et l'auteur de reconnaître cette contradiction : « *en obligeant les individus à être entrepreneurs et autonomes, on obtient souvent l'effet inverse* ».

Ce raisonnement a le mérite d'écarter l'utopie de la perfection et sera utile au D.S. chargé d'accompagner un tel projet.

1.4 L'implication du D.S. dans le processus de changement

Il importe de saisir en effet en quoi celui-ci est impliqué par l'accompagnement du processus de changement qui se produit lors du déménagement d'une structure de soins. Nos recherches nous permettent de répondre à plusieurs niveaux :

²¹ PICHAULT F. : « *La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques* » revue TELESCOPE vol 14 n° 3 automne 2008 p 64.

- Sur le plan réglementaire d'une part, car le décret du 7 janvier 2014²² confirme le rôle du D.S. dans la « *coordination de l'organisation, de la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques, leur animation et encadrement* » : cela est d'autant plus vrai en période de fragilisation des organisations liée à un déménagement de structures. Le texte implique d'autre part le D.S. dans « *la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins* » en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement ». Cela légitime complètement le rôle du D.S. dans un tel projet de changement, notamment du fait de la complexité du processus décrit dans les précédents paragraphes.

- Sur le plan de la mission du D.S. d'autre part, au regard du texte de la D.G.O.S. du 10 mars 2010²³ : nous voyons ainsi s'affirmer la responsabilité du D.S. dans la coordination des soins (qui reste son cœur de métier, car il a l'expérience notamment de la « *réalité du terrain soignant* »), surtout en période de transformation des organisations. De même est-il invité à coopérer avec les directions fonctionnelles dans la conduite des projets de l'établissement ; à la croisée des regards scientifiques et techniques et de la connaissance qu'il a des soignants au travail, sa place institutionnelle lui permet d'être force de proposition et de peser dans les décisions stratégiques.

Cela est important vu le nombre d'établissements qui ont ou vont piloter une reconstruction (du fait de la loi H.P.S.T.²⁴ qui invite aux mutualisations d'une part, mais aussi du fait de la vétusté d'un certain nombre d'établissements²⁵). C'est donc un sujet plutôt d'actualité pour le D.S.

- Sur le plan de la qualité enfin, dans la mesure où ce type de transfert pose des questions qui concernent la gestion des risques et la sécurité²⁶ impliquant le D.S., notamment les risques psychosociaux au travail (ici les conséquences du contexte social et environnemental sur le plan physique, psychologique et social pour les travailleurs²⁷).

²² Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.

²³ Référentiel métier du D.S. D.G.O.S. mars 2010.

²⁴ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁵ A l'instar des plans hôpital 2007 et 2012.

²⁶ CHATENET B., REMY I. SFEZ M. « *Continuité de la qualité des soins lors du déménagement d'une structure hospitalière* » RISQUES ET QUALITE 2007/03 p 24-32.

²⁷ TUCHTAN L., BELLAGAMBA G., FAVRE N., BAUMSTARCK K., FAIVRE-PIERRET J.C., LEHUCHER-MICHEL M.P., Janvier 2013, « *Vécu d'agents hospitaliers transférés entre deux sites: étude qualitative au sein d'un hôpital public du Sud-Est de la France* ». Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, pp.140-148.

La plus-value du D.S. est notamment sa capacité à répondre au besoin de soutien social des soignants qui traversent une période de déstabilisation, de soutenir et reconnaître leurs efforts, de comprendre leur positionnement pour mieux les accompagner dans le changement. Il s'agit en effet de ne pas oublier la dimension humaine comme nous le rappelle CHANLAT.

En l'occurrence, nous avons compris les enjeux du déménagement de structures de soins et leurs effets sur les soignants au travail.

La conduite de changement ne peut ignorer par conséquent l'importance de l'espace de travail, véritable variable de gestion des ressources humaines.

Nous considérons en priorité la période de post transfert car c'est à ce moment que le processus de changement aboutit normalement à une reconstruction collective, alors que cette étape n'est pas formalisée dans les projets (les phases de préparation et de réalisation pouvant être sécurisées par des méthodes de la qualité, un management participatif, des outils de pilotage ou un accompagnement extérieur).

C'est par sa nature soignante et par son positionnement institutionnel que le D.S. est concerné par l'accompagnement de ces transformations.

Il s'agit désormais de confronter ces idées au terrain et de conduire notre enquête.

2 CHAPITRE N° 2 : ENQUETE

2.1 Argumentation du choix de la méthodologie

Pourquoi doit-il y avoir des ajustements entre les agencements humains et matériels dans le cas d'un déménagement de structure de soins ?

L'objectif de cette enquête au regard de nos constats est de répondre à cette question.

Il s'agit, pour le « *chercheur* » que nous sommes :

- De comprendre le vécu du déménagement pour les acteurs ;
- D'identifier les écarts entre celui-ci et les attendus ;
- De nous approprier l'importance de l'espace de travail pour les acteurs et des ajustements qui s'opèrent ;
- De concevoir le processus de changement et les besoins des acteurs en termes d'accompagnement.

Pour cela, nous allons recourir à la méthode ethnographique dans la mesure où seule une posture d'immersion donne accès au travail en train de se faire et aux acteurs de terrain en situation : entretiens et observations in situ des espaces de travail et des hommes au travail.

Les informations à recueillir sont d'ordre qualitatif dans la mesure où nous avons l'intention de mesurer l'effet de l'environnement et de sa modification en tant que « *territoire de travail* » : nous réalisons par conséquent des entretiens²⁸ à plusieurs intervalles après le déménagement pour observer le déroulement du processus d'appropriation de l'espace et faisons une analyse thématique²⁹. Notre objectif est de laisser les personnes parler spontanément ; aussi nous rendons nous disponible et nous déplaçons nous à la convenance des interlocuteurs dans les services de soins et les endroits de travail ; nous réalisons nos entretiens dans un lieu préservant la confidentialité et la tranquillité ; le style de conduite est semi directif (avec des reformulations et des relances pour aider l'enquêté ou obtenir une précision en nous adaptant à son style de langage) ; nous veillons à tenir une juste distance relationnelle personnalisée et demeurer empathique à l'instar de l'entretien compréhensif de J.C.KAUFMAN³⁰. Notre intention est de comprendre ce que vivent les professionnels.

Nous enquêtons principalement sur un établissement A (5 mois puis 11 mois après le transfert) pour mesurer dans un premier temps l'évolution des organisations.

²⁸ Cf. Annexe n° II : Guide d'entretien

²⁹ Cf. Annexe n° III : Grille d'analyse des entretiens et liste des personnes rencontrées.

³⁰ CARDON Dominique. « *L'entretien compréhensif* » (Jean-Claude Kaufmann). In: Réseaux, 1996, volume 14 n°79. pp. 177-179. <http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reso>

Cependant, nos choix de stage nous offrent la possibilité de réaliser des entretiens et visites dans deux autres établissements³¹ (établissement B 4 mois après le transfert et établissement C, 18 mois après le transfert), ce qui nous permet de vérifier certains points de l'enquête, croiser les données, ouvrir notre analyse. Nous avons conscience que chaque projet de construction est tout à fait singulier du point de vue architectural, historique, managérial ; cela constitue une limite à notre étude et contextualisera nos préconisations.

Nous enquêtons plusieurs types d'acteurs du fait de la spécificité de leur place institutionnelle et de leur métier :

- Des soignants en premier lieu pour leur rôle opérationnel auprès des patients. Nous rencontrons ainsi 11 acteurs opérationnels de l'établissement A (I.D.E. ; A.S. ; A.S.H. (réfèrent déménagement)) afin d'identifier les évolutions de l'organisation, comprendre le cheminement de leur adaptation au nouvel espace de travail.
- Des acteurs hiérarchiques (10 personnes) en second lieu car ils sont impliqués dans l'accompagnement des équipes et ont un rôle de médiation. Nous questionnons 2 C.S., 1 C.S.S. délégué au COPIL de l'établissement A. Un cinquième entretien est réalisé dans un établissement B (4 mois après transfert), puis 6 C.S. et C.S.S. de l'établissement C
- Des acteurs techniques et logistiques (3) car ils ont une position d'expertise sur l'utilisation des espaces. Il s'agit d'un architecte hospitalier ayant conduit le projet de reconstruction totale de l'établissement A ; le cadre responsable des circuits hôteliers et le cadre en charge des transports d'un établissement C, car ces personnes ont une vue transversale et exhaustive des circuits hospitaliers.
- Enfin, des acteurs stratégiques (4) car ils ont la responsabilité institutionnelle du projet. Il s'agit de trois directeurs adjoints ayant conduit des projets de reconstruction ou de rénovation de trois établissements différents, choisis pour leur expertise sur le sujet et du directeur de l'établissement C, arrivé juste avant le transfert.

Nous voulons comprendre l'agencement entre les ajustements humains et matériels pour déterminer les liens entre la gestion du changement humain et la conduite du projet architectural.

Nous réalisons 7 visites « *de terrain* » pour comprendre les enjeux de la modification de l'espace de travail, l'impact de celui-ci sur les équipes de soins, les décalages entre les discours des acteurs et la réalité observable ; nous regardons les lieux, les matériels, les personnes, les activités, les acteurs au travail ; nous construisons une grille à partir de ces items simples³². Cette technique, utilisée à l'hôpital notamment par E. GOFFMAN

³¹ Cf. Annexe IV : Grille d'observation in situ et des visites réalisées.

³² Cf. Annexe n° V : Liste des documents collectés ou consultés.

(dans des hôpitaux psychiatriques) et J. PENEFF, nous permet de recueillir directement l'information par l'observation et l'écoute ; cela nécessite une vigilance constante. La limite de notre immersion est sa durée pour deux d'entre elles (d'une demi-journée pour l'établissement B à deux demi-journées pour l'établissement A ; l'établissement C étant notre lieu de stage choisi pour la problématique post délocalisation, nous avons pu réaliser plusieurs observations in situ³³). Nous avons fait le choix de trois établissements de même nature (M.C.O. de plus de 500 lits) pour pouvoir mettre en lien les données, mais dans trois régions différentes pour ouvrir notre analyse. Nous réalisons nos observations avec les C.S. dans les établissements A et B, avec les acteurs logistiques ou les C.S. dans l'établissement C.

Enfin, nous collectons des documents³⁴ pouvant dépeindre les fonctionnements dont nous croisons l'étude avec les entretiens et les observations pour évaluer le déroulé de la conduite de projet.

Ces grilles d'analyse et traitement méthodique des données collectées sur le terrain permettent de réaliser une analyse de contenu ; cela est utile pour nous approprier le sens des propos, ordonner les idées des personnes rencontrées, les restituer de façon construite et déboucher sur des propositions adaptées et réalistes. Nous avons conscience de la représentativité limitée de nos investigations du fait du nombre d'entretiens réalisés, et du peu de temps passé dans certaines structures ; nous avons fait avec le temps imparti et les contraintes des acteurs de terrain. Notre analyse est à replacer dans son contexte et nos préconisations seront de ce fait limitées.

³³ Cf. Annexe IV : Grille d'observation in situ et des visites réalisées.

³⁴ Cf. Annexe n° V : Liste des documents consultés ou collectés.

2.2 Résultats de l'enquête : diagnostic et analyse

La restitution de données du terrain, le diagnostic et l'analyse respectent les quatre thématiques inspirées de nos axes d'investigation citées ci avant à savoir :

- Le vécu du déménagement pour les acteurs ;
- Les écarts entre celui-ci et les attendus ;
- L'importance de l'espace de travail pour les acteurs et des ajustements qui s'opèrent ;
- Le processus de changement et les besoins des acteurs en termes d'accompagnement.

2.2.1 Le vécu du déménagement pour les acteurs

Il nous importe dans un premier temps de comprendre ce que disent les différents professionnels de leur vécu du déménagement de leur structure de soins.

- Pour les acteurs opérationnels de l'établissement A, le vécu du déménagement est unanimement émotionnel et exprimé comme tel, en paroles et dans la posture. De l'appréhension au stress, voir à la peur, la charge psycho affective liée au déménagement est citée dès le début des échanges. Celle-ci évolue en fonction de l'avancée du projet de déménagement :

Avant le transfert : ils évoquent l'importance du chantier et des préparatifs, la peur de l'inconnu et les changements à venir, la crainte de manquer de temps ou de rater quelque chose. « *On ne savait pas où on allait* » dit une A.S. Les agents estiment avoir reçu des informations organisationnelles suffisantes de la part des cadres ou des collègues intégrés dans les groupes de travail. Ils ont eu connaissance de l'ensemble des procédures de prise en charge du patient réactualisées collectivement et ont eu accès au référentiel « *déménagement* » élaboré lors de réunions préparatoires. Comme nous avons pu le constater dans notre collecte³⁵, les documents réalisés sont accessibles et compréhensibles, pratiques pour l'organisation. L'ensemble des procédures a été présenté aux instances et diffusé.

Pendant le transfert : du fait de cette préparation minutieuse, les soignants affirment avoir bien vécu les opérations, voire en ressentent une certaine fierté. « *Nous étions les premiers à déménager, il y avait la presse et on a parlé de notre service* » dit une A.S. Les agents étaient tous volontaires et l'organisation n'a souffert d'aucun incident. Ils décrivent de la solidarité à ce moment, produite par l'effort collectif « *comme à chaque fois qu'il y a une urgence* ». La collaboration entre logistiques et soignants a été fructueuse car « *chacun savait ce qu'il avait à faire et les cadres étaient là pour*

³⁵ Cf. Annexe n° V : Liste des documents collectés ou consultés.

superviser ». Le transfert des patients a eu lieu sur deux jours : le S.S.R. puis la gériatrie. Le matériel était en place à l'arrivée des patients et des équipes car pratiquement renouvelé en totalité.

Après le transfert : l'arrivée dans les nouveaux locaux est vite devenue compliquée pour les acteurs opérationnels. S'ils ont été satisfaits sur le plan de l'hygiène, de l'esthétique, des matériels, ils ont été déstabilisés par la grandeur et la configuration des lieux, « *le bouleversement total de l'environnement de travail* ». Les agents évoquent deux points à ce sujet : ils sont désormais rassemblés sur le site principal de l'hôpital alors qu'ils étaient disséminés sur plusieurs sites de l'agglomération ; cela les rassure pour la gestion des urgences et la collaboration avec les services de médecine et de chirurgie, mais les prive d'une identité territoriale forte que certains revendiquent encore 11 mois après. « *Notre ancien service était familial, c'était un cocon, nous étions proches les uns des autres ; nous nous sommes au départ senties isolées et perdues* » (ce qui confirme nos entretiens exploratoires réalisés 5 mois après le déménagement). « *Nous ne retrouvons pas nos marques* ». Tous décrivent une adaptation difficile sur le plan des nouveaux apprentissages et sur le plan relationnel. Ils indiquent néanmoins que les choses se sont apaisées à ce jour, grâce aux cadres notamment qui ont réalisé un véritable travail d'accompagnement et d'écoute au quotidien ; « *je suis encore là pour la surveillante* » affirme une A.S. La question de l'implication de l'encadrement fait l'unanimité dans les facteurs de reconstruction des équipes lors de tous les entretiens. Les acteurs disent avoir pu s'appuyer sur les cadres « *quand ils ne savaient pas comment faire* », « *pour régler les conflits dès le début* », « *faire le lien avec les médecins et la direction* ». Cela nous confirme le rôle facilitateur du cadre dans ces périodes critiques et la responsabilité qu'il porte quant à l'accompagnement des équipes.

Nous n'avons pas formalisé d'entretiens structurés avec les acteurs opérationnels dans l'établissement C du fait des délais de réalisation de notre mémoire. Nous avons cependant entendu leur récit, encore douloureux pour certains 18 mois après le déménagement : ils décrivent un manque total d'information, des changements d'encadrement de proximité qui les ont déstabilisés, leur arrivée dans les locaux à peine terminés. Ils disent encore parfois regretter leur ancien établissement du 19^{ème} siècle poly blocs, « *car ils formaient une famille dans chaque bâtiment* » et commencent à peine à se retrouver dans cet hôpital de verre monobloc (dont les visites nous font apprécier l'esthétisme et la rationalité des espaces de travail)³⁶.

- En ce qui concerne les acteurs hiérarchiques de l'établissement A : une des cadres rencontrée l'a été 5 mois puis 11 mois après le déménagement. Ce point est

³⁶Cf. Annexe n° VI : Plan du service de gériatrie de l'établissement A et plan du 2^{ème} étage de l'établissement C qui montrent la rationalité et la standardisation des espaces de travail.

intéressant pour observer le changement. En effet, alors qu'elle donne des éléments techniques lors du premier entretien, submergée comme ses collègues de problèmes logistiques, concentrée sur la mise en œuvre des protocoles, préoccupée du bien être des équipes, elle a une posture distancée lors de la deuxième entrevue et décrit le long cheminement dans l'adaptation des soignants. Le cadre de l'établissement B, interrogé quatre mois après le transfert et la rénovation de son service de soins, exprime le poids de sa responsabilité qu'il juge excessif, notamment par rapport à la logistique. Il décrit le fonctionnement des équipes qui ne se sont pas approprié les locaux, ne rangent pas les matériels à leur place ; il insiste sur l'occupation « sauvage » d'une salle utilisée pour la pause alors que les agents doivent sortir pour aller dans une salle partagée à l'extérieur du service. Mon observation de terrain appuie ces propos, alors que je visite l'unité en sa compagnie : si l'usage des lieux est précisément pensé pour des raisons de sécurité et d'hygiène dans ce service de chirurgie, je constate effectivement que l'espace de travail est marqué par des objets qui l'encombrent et surtout que les soignants sont en pause dans la salle défendue. Ce cadre décrit avec émotion sa difficulté à accompagner cette équipe dans l'adaptation aux nouveaux locaux. Il attribue cela à un manque de soutien hiérarchique et à un projet médical non fédérateur, malgré la réussite du projet architectural que je constate dans mon observation de terrain, (entrée sécurisée, répartition harmonieuse des chambres, nombre de bureaux et de rangements, optimisation des circuits déchets, labo, gestion des stocks, postes informatiques confidentiels et ergonomiques dans les chambres, couleurs harmonieuses).

Les cadres de l'établissement C sont partagés dans leur appréciation : plutôt satisfaits pour ceux qui ont été associés aux projets, encore nostalgiques pour les autres. Le même discours revient de façon récurrente « *ah ! À L....cela se passait comme cela* ». Ils ont souffert des changements de direction et notamment de direction des soins, (trois changement en deux ans, pendant la phase de transfert, avec une C.S.S. faisant fonction de D.S.). Ce point semble avoir été particulièrement délétère selon eux ; « *nous nous sommes senties maltraitées, et avons ressenti de la violence institutionnelle* » disent plusieurs d'entre eux.

Tous les cadres identifient plusieurs étapes post délocalisation (de la régression individuelle à la restauration du collectif). L'ensemble de ces entretiens met en exergue le long travail d'accompagnement de proximité que l'encadrement doit soutenir afin de permettre aux équipes de reconstruire de la compétence collective dans de nouveaux espaces. Les cadres affirment clairement que cela est beaucoup plus complexe quand il y a des changements de responsables car cela entraîne des carences de pilotage, de la désorganisation, de la souffrance au travail.

L'articulation avec les acteurs techniques d'autre part est un enjeu d'importance pour les cadres ; elle impacte la sécurité des organisations et complexifie les relations interprofessionnelles déjà bousculées.

- Il est alors fort intéressant de constater que cela est aussi le point de vue des acteurs techniques. Ainsi, l'architecte de l'établissement A met d'emblée en exergue la collaboration entre les techniques et les soignants comme « *condition impérative de réussite, sous la responsabilité des dirigeants hospitaliers* ». Il explique cela par la complexité des différentes étapes d'un tel projet « *qui peut aboutir 10 ans après sa conception !* ». Nous avons consulté le Programme d'Architecture et d'Ingénierie (P.A.I.) avec lui pour en comprendre les enjeux. Celui-ci reprend les prévisions et les contraintes fixées par la réglementation, les responsables de l'établissement et les utilisateurs. Pour ce professionnel, « *le projet logistique dépend entièrement du projet médical et de soins* », dans le cadre du projet d'établissement. Il résulte de l'engagement des utilisateurs qui doivent être associés dès la phase de conception, puis tout au long du programme fonctionnel³⁷. Le vécu de ce professionnel a pu être difficile à certains moments, les médecins n'étant pas selon lui assez impliqués, les soignants désertant les groupes de travail. Il pense que peu de personnes ont conscience de la complexité technique d'un tel projet et de la difficulté d'anticiper les évolutions et l'usage de tous les équipements. Il insiste sur le rôle de l'encadrement soignant dans l'accompagnement des équipes et la transmission des informations ; il explique que le projet est avant tout conditionné par l'engagement et le pilotage de la direction.

Quant aux cadres logistiques de l'établissement C, ils déplorent pour le premier de n'avoir été recruté après l'emménagement et pour le second, de n'avoir été consulté qu'après le transfert ; ces deux cadres ont dû ajuster les organisations et les matériels à posteriori. Cela a mis les services en tension, détérioré les relations interprofessionnelles, porté préjudice aux patients. Ils disent ressentir une amélioration cependant, depuis l'arrivée d'une nouvelle direction, leur intégration à certaines instances, un management plus participatif et consultatif. « *On nous demande de plus en plus note avis, en amont des décisions* » dit le cadre responsable des transports. « *il faut absolument que les soignants comprennent notre travail et nos contraintes, ils devraient venir visiter le « logipôle ».*

Nous avons avec ce cadre, visité les services techniques et logistiques : nous avons admiré la technologie, l'innovation, la modernité des équipements. Les transports sont automatisés, les postes de travail sont contextualisés dans un espace-temps rationnel. Les locaux sont propres et neufs, les circuits optimisés. La prestation aux services de soins vue de cet angle est optimale « *même si les machines ne remplacent pas tout à fait*

³⁷ Car celui-ci regroupe la description précise par pôles et secteurs fonctionnels de l'activité, la localisation et les liaisons préférentielles, l'organisation spatiale retenue et le programme détaillé des surfaces.

l'homme » dit-il. Ce cadre ne regrette absolument pas l'ancien établissement poly bloc, ses équipes y ont gagné un confort et une sécurité au travail notables. Il propose « de faire visiter et d'expliquer le fonctionnement de ses services aux soignants *« lors de visites pour les nouveaux arrivants par exemple* ». Il est à noter que ce cadres est un ancien soignant ce qui lui donne une posture tout à fait compréhensive envers ses anciens collègues et est tout à fait facilitateur sur le plan relationnel.

- Le vécu des directeurs, acteurs stratégiques, est identique sur un certain nombre de points. Dans un premier temps, ils évoquent la question du temps et des finances qui mettent une pression sur la conduite de projet. Un déménagement est pour eux un projet à part entière dont la méthodologie doit être soignée : *« réunions structurées et arbitrages précis, réelle concertation avec tous les acteurs dès le départ pour permettre une appropriation collective, notamment sur la question du sens, en termes de prise en charge pour les patients* ». L'engagement des utilisateurs conditionne la réussite du projet de leur point de vue, le pilotage doit impliquer les soignants *« les personnes responsables des services de soins ont les éléments clefs pour parler aux équipes* » dit l'un d'eux, *« il faut décentraliser le pilotage au plus près des utilisateurs* ». L'anticipation est fondamentale du fait de l'engagement de l'établissement sur plusieurs années.

« C'est donc uniquement quand l'objet construit est en service depuis plus d'un an, qu'on peut estimer qu'un projet de construction est achevé » affirme un directeur. Ce point nous alerte à nouveau sur la période de post délocalisation et son accompagnement, ce que confirme le directeur de l'établissement C, qui décrit la désorganisation de son établissement en post transfert et tout le pilotage du changement qu'il a dû impulser. *« Tous ces changements de direction ont été néfastes, nous avons repris le contrôle désormais mais avons pris du retard* ». Il a dans ce contexte, *« choisi* » don D.S. pour sa *« capacité à emmener les cadres dans une dynamique positive et sa maîtrise d'outils de pilotage* ».

Les quatre directeurs rencontrés s'accordent sur l'importance des enjeux, la conduite de projet et la collaboration interprofessionnelle.

Compréhension et analyse du vécu des professionnels :

Nous identifions clairement la complexité des changements qui s'opèrent lors d'un transfert de structure de soins et retenons les idées suivantes :

- Celle de l'intensité du vécu dans un premier temps (nous avons pu le mesurer par les mots (registre lexical de l'émotion), les postures (gestes de l'émotion, posture d'ouverture et de partage), le temps accordé aux entretiens (jusqu'à 4h avec consultations de documents, visite de 4h30 du logipôle). Les acteurs opérationnels nous confirment, à

l'instar de G. FISCHER³⁸, l'investissement émotionnel de leur espace de travail et l'impact de la dimension affective et culturelle dans le changement de lieu, ce qui est loin d'être archaïque comme nous le pensions à priori. La question de l'humain et de sa contingence, de l'importance du collectif évoqué par les cadres nous a semblé essentielle. L'accompagnement au changement mis en œuvre par l'encadrement 11 mois pour apaiser les relations dans l'établissement A, cela est en cours dans l'établissement C au bout de 18 mois. Nous notons que ce temps est nécessaire et correspond approximativement à un processus de deuil, ce qui est évoqué par les acteurs. Le vécu des acteurs techniques est plus distancé, probablement du fait d'un raisonnement plus scientifique et méthodique. Cependant, nous confirmons l'intensité de leur investissement dans ces projets et le souhait de partager leur savoir, au travers de leurs propos d'une part, du temps qu'ils nous ont accordé d'autre part. Quant aux acteurs stratégiques, ils connaissent le vécu des professionnels, mesurent les enjeux d'un tel projet et misent sur les outils de pilotage, ce qui leur permet de « *garder le cap* » ce qui est essentiel pour diriger.

- Ces entretiens confirment dans un deuxième temps la rupture qui s'opère lors d'un déménagement, et comment elle dépend du type de pilotage et de la conduite de projet. Nous comprenons au travers des propos que le travail d'appropriation décrit par C. RAFFESTIN³⁹ est à refaire dans le cadre d'un déménagement de structure. L'espace de travail doit être ainsi reconstruit collectivement pour redevenir un nouveau territoire, vecteur d'une identité collective d'équipe. Cela est bien décrit par les cadres qui ont observé le cheminement de la régression individuelle à la reconstruction de la compétence collective.

- L'idée de l'interdépendance des acteurs est évidente enfin, quelque soient les professionnels rencontrés. Nous comprenons l'importance du management participatif et des coopérations précoces et soutenues. Ce point nous a semblé prioritaire, notamment au regard du risque qu'il induit pour l'encadrement et les équipes. Nous avons clairement identifié les différentes conceptions de l'homme au travail et ne pouvons que rejoindre C.DEJOURS à ce sujet : la rationalité « *scientifique* » des concepteurs et ingénieurs, précieuse pour son aspect technique et logique vs la conception humaniste des soins des acteurs opérationnels et de l'encadrement, ses aléas, ses imprévus. Nous avons ainsi observé les différentes conceptions de l'homme au travail et l'intérêt d'un regard croisé dans la conduite d'un tel projet.

Avoir conscience de ces différences devrait permettre au D.S. de les voir comme des complémentarités et non pas comme des rivalités entre acteurs.

³⁸ FISCHER G.N. « *Psychologie de l'environnement social* » Editions DUNOD 1997 204 p.

³⁹ RAFFESTIN C. « *Espaces, jeux et enjeux* » 1986.

2.2.2 Les écarts entre ce que vivent les acteurs et leur représentations

Il s'agit de comprendre ce que le transfert de structure a changé du point de vue des acteurs, identifier objectivement les améliorations, déterminer les principales difficultés, ce qui nous permettra de construire des préconisations ciblées.

- Pour les acteurs opérationnels de l'établissement A, le décalage majeur à court terme concerne le dimensionnement des locaux, (disposition des salles de soins et des espaces logistiques, largeur des couloirs les obligeant selon eux à faire beaucoup plus de pas). Ils citent l'importance des aménagements à réaliser, l'éloignement physique entre les personnes. Ils ne s'imaginaient pas la configuration des lieux suffisamment précisément et n'avaient visité qu'une fois leur futur service. Il semble après 11 mois qu'ils aient pu modifier leur organisation et appris en équipe à utiliser les nouveaux matériels, collaborer avec les personnels logistiques qui s'occupent désormais du réapprovisionnement.

Ils identifient unanimement les améliorations : recentrage sur le cœur de métier du fait de la gestion centralisée du plateau technique, plus de temps passé avec le patient grâce au chariot de soins individualisé, respect de la confidentialité. Ils apprécient la propreté et l'esthétique des locaux. La configuration par unité géographique⁴⁰ permet d'identifier un groupe de soignants au travail et augmente la sécurité ; les matériels neufs sont ergonomiques et améliorent le confort et la qualité de vie au travail. Au bout de 11 mois, certains soignants expliquent qu'ils reprennent confiance, la collaboration se passe mieux. Ils ont conscience de la responsabilité d'avoir été les premiers à déménager, ont un sentiment d'utilité et commencent à se nommer en tant que groupe.

Ils insistent cependant sur les difficultés rencontrées : la charge de travail considérable et brutale, « *on n'avait plus rien dans la tête* » dit une A.S., l'utilisation des nouveaux matériels, l'anticipation des imprévus, d'où l'importance de l'organisation et de l'entraide, qu'il n'y avait plus au départ. Elles citent l'importance d'être consultées dans les prises de décision.

C'est aussi le point de vue des acteurs opérationnels de l'établissement C, qui disent n'avoir pas compris l'architecture de l'établissement (laquelle suit une logique verticale entre le R.D.C et les 2 étages) et avoir subi les espaces de travail.

Ces entretiens permettent d'identifier une majoration de la difficulté pour les professionnelles les plus anciennes habituées aux locaux précédents. « *Très difficile d'intégrer le service* » dit une I.D.E de l'établissement A : « *au début j'ai souhaité partir ; on se débrouillait avant, on était une équipe soudée ; il y a eu des nouvelles collègues qui se sont bien adaptées aux locaux ; je me suis sentie perdue et seule* ». Le moindre incident a

⁴⁰ Cf. Annexe n° VI : Plan du service de gériatrie de l'établissement A et plan du 2^{ème} étage de l'établissement C.

pu prendre des proportions considérables, l'intégration de nouvelles pratiques a duré plus longtemps, même si toutes étaient volontaires. Cela est aussi le cas pour un agent à mi-temps et une I.D.E. de retour de congé maternité au moment du transfert.

- Les cadres de santé de l'établissement A confirment cette idée et décrivent des postures régressives, une détérioration des rapports humains les premières semaines, chacun travaillant seul et « *comme avant* ». Ils insistent sur l'écart entre les projections des équipes et ce qu'elles vivent, malgré un management participatif reconnu.

Les améliorations sont de deux ordres pour tous les acteurs hiérarchiques : techniques d'une part : (hygiène, sécurité des circuits et des flux, confort pour les patients et les professionnels, ergonomie des matériels), apportant rapidement une qualité de vie au travail clairement identifiée à court terme (alors que l'organisation est encore « en rodage ») ; organisationnelle d'autre part : « *Nous avons rassemblé les patients par pathologie et par unité, cela a déterritorialisé les secteurs de soin et recentré les soignants sur la clinique* » dit un cadre. « *Nous avons mis en place un système de rotation entre unités afin de prévenir une nouvelle balkanisation et mixer les compétences* ». Enfin, les cadres parlent de valorisation de la filière gériatrique et d'image de marque grâce à ce déménagement, ce qui corrobore les propos des deux médecins rencontrés dans nos entretiens exploratoires.

Le principal écueil selon les acteurs hiérarchiques est la perte de compétence collective à court terme. Le risque peut être la détérioration de l'information (transmissions de moindre qualité), l'isolement de certains groupes (comme les agents de nuit), la mise en place d'organisations parallèles. Le transfert majore l'insécurité « de base », les soignants sont désorientés, ont un sentiment de perte, se « *victimisent* ». Plusieurs enjeux sont cités par les acteurs hiérarchiques : la collaboration avec les médecins dans le cadre du projet médical, la permanence de l'encadrement tout au long du projet (les changements de cadre amenant trop de complexité dans un moment déjà précaire), le positionnement de cadres dans les instances et les groupes de travail, mais surtout le soutien hiérarchique des C.S.S. et D.S., en période de post délocalisation, car celle-ci n'est pas formalisée dans les projets, (notamment en ce qui concerne les ajustements matériels qui est à ce moment une charge importante pour l'encadrement).

Les cadres de l'établissement C sont partagés dans leur analyse : « *les projets les plus réussis sont ceux où le médecin et le cadre ont formé un vrai binôme et ont conduit le projet du début à la fin* » dit l'un d'entre eux. Ils disent avoir mis du temps à reconnaître les améliorations des lieux. Certains d'entre eux ont quitté l'établissement, se sentant incapables d'accompagner le changement. Cela a contribué à fragiliser les organisations et retardé la reconstruction collective qui semble en marche cependant, notamment à l'arrivée du nouveau directeur et du nouveau D.S.

- Les acteurs techniques quant à eux n'ont aucun doute sur les améliorations et ce dans tous les domaines : traitement d'air, confort, luminosité ; organisation du travail et des postes de soins facilitant le recentrage sur le métier, système d'information, fluidité des circuits. Les couloirs tant décriés par les soignants sont approuvés par l'architecte comme « *de larges circulations permettant le croisement facile de deux lits* ». Il infirme le nombre de déplacements cités par les soignants, notamment du fait de pneumatiques. Les insatisfactions sont clairement pour lui une question de territoire, où chacun veut son espace individuel. L'écueil principal est de son point de vue la déviation des usages et la non utilisation des moyens. Il soutient fermement l'idée du partage d'informations dès la phase de conception et explique : « *si l'on peut collaborer en amont, on ne peut que s'adapter en aval* ». Il reconnaît que « *chacun n'évolue pas de la même façon* » mais reste perplexe devant l'insatisfaction des soignants. C'est aussi le point de vue du cadre hôtelier avec lequel nous avons suivi le circuit blanchisserie et cuisine : il explique au cours de la visite les améliorations apportées par l'automatisation des transports et s'insurge contre le détournement de l'usage des matériels. Il met en œuvre une régulation quotidienne avec les cadres de santé et assure un contrôle permanent des flux. Le cadre responsable des transports est plus modéré : « *j'ai commencé ma carrière comme brancardier puis ambulancier, je connais les soignants et peux de ce fait mieux comprendre leur point de vue* »

- Les acteurs stratégiques interrogent la pertinence des projets immobiliers « *ceux-ci n'ont de sens que dans le cas de vétusté des locaux, de gain en personnels, de diminution des couts, pour développer de nouvelles activités ou gagner des parts de marché. Ils doivent être sous tendus par un projet médical et de soins* » dit l'un d'entre eux. L'amélioration selon eux doit concerner les conditions hôtelières, les conditions de travail, l'augmentation de la capacité ou l'acquisition de nouvelles compétences. Dans la mesure où un projet de reconstruction dure 10 ans en moyenne, il s'agit « *d'être prudent et d'anticiper pour limiter et lever les difficultés* ».

L'enjeu est pour eux l'anticipation et le partage interprofessionnel dès la phase de conception du projet de construction. « *Il s'agit d'être proactif pour anticiper, chercher les vraies raisons de résistance des équipes, puis mettre en œuvre la communication la plus adaptée possible* » dit un directeur. « *Dans la mesure où les agents se posent la question de ce que pensent les cadres et les médecins, ceux-ci doivent avoir les réponses et piloter le changement* ». Les quatre acteurs stratégiques s'entendent pour affirmer que les améliorations sont à ce prix et que les écarts seront moindres de ce fait.

Compréhension et analyse de l'écart entre les représentations des acteurs et leur vécu :

Nous comprenons l'importance des enjeux pour tous les acteurs. Notre analyse nous permet de mettre en exergue les points suivants :

- L'amélioration des espaces de travail est indéniable et contribue largement à la qualité de vie au travail et à la sécurité des organisations. Comme le dit G.FISCHER⁴¹, la stricte standardisation des espaces hospitaliers fait correspondre espace et activité, nous avons pu aussi le constater lors de nos observations de terrain⁴². Nous mesurons cependant l'écart entre les représentations et le vécu notamment quand le travail de préparation a été entravé ; nous identifions un décalage dans les différents positionnements, notamment soignants et techniques. Nous relevons par exemple une certaine intransigeance des concepteurs et du cadre hôtelier, alors que nos concepts prônent l'intérêt de l'imbrication entre facteur humain et matériel. Nous pouvons supposer que l'architecture n'a pas été suffisamment réfléchie avec les acteurs ; l'architecte le confirme en partie quand il déplore le manque d'assiduité des soignants dans les réunions de préparation, le cadre hôtelier quant à lui a été recruté après le transfert et n'a donc pas vécu le déménagement en direct. La perception de l'amélioration est plus longue quand l'accompagnement au changement a été réalisé par plusieurs acteurs successivement et que le projet n'a pas été suffisamment communiqué. Nous pouvons supposer que les objectifs stratégiques n'ont pas été suffisamment traduits sur le plan de leur mise en œuvre opérationnelle.
- Les contradictions entre acteurs sont à prendre en compte notamment entre concepteurs et utilisateurs, techniques et soignants. La spécificité de la nature des contradictions est intéressante notamment dans le milieu hospitalier car elle porte sur la conception de l'homme, au service duquel sont tous les acteurs quel que soit leur métier. Nous pouvons penser qu'une réflexion partagée serait propice à redonner du sens aux actions des acteurs. Les formations, les compétences différentes et les places institutionnelles sont singulières ; les mettre en synergie permet de gagner en qualité dans la conduite du changement nous semble-t-il.
- La question se pose alors, à l'instar d'E. MACLOUF⁴³, de la gestion des espaces de travail et de l'accompagnement nécessaire pour permettre aux équipes de questionner et de travailler l'intégration dans le lieu et la différenciation avec les autres équipes du site, le rassemblement autour d'un projet partagé et la séparation identitaire, l'ouverture et la

⁴¹ FISCHER G.N. « *Psychologie de l'environnement social* » Editions DUNOD 1997

⁴²Cf. Annexe n° VI : Plan du service de gériatrie de l'établissement A et plan du 2^{ème} étage de l'établissement C qui montrent bien la rationalité et la standardisation des espaces de travail.

⁴³MACLOUF E. : « *Les pratiques de gestion des espaces de travail dans leur contexte économique et leurs effets* » ; 16e Conférence de l'AGRH- Paris Dauphine-15 et 16 septembre 2005

fermeture des espaces. Il y a nécessairement des écarts, des différences, des imprévus, lesquels doivent être accompagnés avec « *tout l'art de diriger* ». Admettre que l'amélioration des espaces de travail ne soit pas immédiatement corrélée avec l'amélioration des organisations soignantes doit être une idée intégrée à l'accompagnement au changement, ce qui semble difficile quand les dirigeants se succèdent. Après le temps du transfert, il y a le temps de l'ajustement entre agencements humains et matériels.

2.2.3 Les ajustements entre agencement humains et matériels

Aussi devons-nous identifier les liens entre espace de travail et organisation de travail et comprendre en quoi les espaces de travail déterminent les pratiques de soins.

- Pour les acteurs opérationnels de l'établissement A, l'importance de l'espace de travail est primordiale : « *Je passe beaucoup de temps ici ! Plus que chez moi ! C'est un lieu de vie* » dit une A.S. après 11 mois. Si l'espace de travail donne de la place pour les patients du fait des chambres individuelles, il doit permettre selon les soignants de pouvoir échanger entre collègues à propos des soins. Le changement d'espace de travail semble avoir modifié les rapports humains entre les entretiens à trois mois et au bout de 11 mois. Certains agents font le lien entre les nouveaux locaux et la professionnalisation de l'équipe ; « *le déménagement a éclaté les clans, on travaille mieux en binôme* » dit une I.D.E. La question de l'appropriation des lieux est aussi évoquée : « *nous avons marqué tous les placards avec des étiquettes* » dit une I.D.E. En plus d'avoir des infrastructures adaptées, les acteurs opérationnels ont le souhait « *d'avoir des locaux à eux* », d'identifier leur service. Ce processus prend du temps selon les agents, ils souhaitent que cela soit respecté. Sur le plan technique, les acteurs opérationnels déplorent que des modifications de l'espace soient faites en cours de route et souhaiteraient être davantage concertées pour l'ergonomie et la localisation des matériels. Sur le plan cognitif, les nouveaux espaces de travail facilitent la concentration et la performance, notamment pour les I.D.E. (préparation des médicaments, transmissions informatisées). Le changement d'unité de soins permet d'éviter la routine et entretient la motivation, notamment pour les unités difficiles. Il semble que les nouvelles professionnelles se soient plus rapidement adaptées à l'espace de travail et en soient valorisées « *on se sent mieux quand tout va bien et on travaille plus* » dit une A.S. « *finalement, les locaux se sont adaptés à l'organisation des soins* ».

Cela se confirme dans l'établissement C où les nouveaux professionnels s'intègrent aux locaux et sont séduits par les espace de travail plus facilement, n'étant pas détenteurs de l'histoire institutionnelle.

- Les acteurs hiérarchiques expliquent l'importance de prendre du temps pour combiner agencements humains et matériels « *c'est grand, il faut un an pour s'adapter ; cela est suffisamment difficile pour ne pas rajouter de charge pendant cette période* » dit le cadre de chirurgie au bout de quatre mois.

Une cadre déclare « *être allée voir d'autres fonctionnements avec l'équipe* » pour permettre ces ajustements, notamment l'appropriation du chariot de soins. Les locaux ont contraint l'équipe à passer à un mode de dispensation des soins individualisé : « *ici, les soignants préparent le soin près du patient, ce qui est possible du fait des chambres individuelles* ». L'organisation des soins dépend de l'espace de travail selon l'encadrement ; « *c'est un changement total, il faut tout réapprendre collectivement* ». La question de l'évaluation du dispositif apparaît : c'est la période des entretiens d'évaluation dans l'établissement A et le déménagement est le sujet principal évoqué par tous les agents. C'est le moment de la visite de certification de l'établissement C : l'évaluation est au cœur de tous les discours, la conformité de toutes les pratiques sont questionnées « *la crainte de ne pas passer le cap* » est évoquée par l'encadrement.

- Pour les acteurs techniques, il est important d'anticiper l'ergonomie et les usages, au risque que les décalages nuisent à l'ajustement entre l'espace de travail et l'organisation des soins. Il est possible selon l'architecte d'étudier spécialement la morphologie des locaux et de faire une demande de mission complémentaire d'ergonomie à la maîtrise d'œuvre, ce qu'il a fait pour son établissement. C'est aussi l'avis du référent T.M.S. de l'établissement C, qui consacre beaucoup de temps à l'étude et l'ajustement des espaces de travail, la formation des acteurs opérationnels pour leur permettre de s'adapter aux nouveaux usages.

- Pour les acteurs stratégiques, l'espace de travail influence sur le comportement des personnes : « *en modifiant l'environnement, on modifie le comportement des soignés et des soignants* » dit un directeur. Les locaux doivent être configurés pour l'accueil selon lui et il est important par conséquent de former les personnels en ce sens.

« *L'espace de travail doit être pensé d'un point de vue fonctionnel et ergonomique, mais aussi technique* » ; pour ce directeur, le rôle des utilisateurs et des exploitants est indispensable car leur expérience n'a pas d'équivalent. De l'association des personnels dépend l'ajustement entre espace de travail et pratiques de soin.

« *C'est un bel établissement, une belle réalisation architecturale* » dit le directeur de l'établissement C, « *cela devrait être fédérateur pour les personnes qui y travaillent* ».

« *Ce sont les pratiques de travail qui doivent influencer sur la définition des espaces de travail* » explique le second directeur interrogé. Il importe par conséquent d'analyser ces

pratiques, de les évaluer et de prévoir leurs évolutions pour ajuster au mieux les espaces de travail.

Compréhension et analyse des ajustements entre agencements humains et matériels :

L'interdépendance entre espace de travail et pratiques de soins ne fait de doute pour aucun des acteurs par conséquent. Il est aussi question des espaces de rencontre. Il semble que cet ajustement soit l'objet du pilotage du changement. Ce point est à prendre en compte dans notre analyse :

- Dans la mesure où les dimensions relationnelles et fonctionnelles sont souvent en rivalité comme nous l'on montré nos entretiens et comme nous le rappelle J.GIRIN⁴⁴. Le pilotage sur un mode technique ou relationnel a donc une influence sur les équipes et l'appropriation de l'espace.
- Nous ne pouvons cependant opposer l'un à l'autre et devons penser le processus de changement à la fois sur le plan technique et relationnel car les deux aspects sont interdépendant. Nous rejoignons E. MACLOUF⁴⁵ quand il explique que les dispositifs matériels deviennent des médiateurs relationnels et favorisent un ajustement entre contraintes matérielles et humaines. Nos entretiens mettent clairement en exergue comment les cadres ont notamment favorisé les interactions pour permettre les apprentissages et le développement de nouvelles compétences collectives. Nous avons aussi constaté que le changement n'est pas naturel, comme le dit M.CROZIER⁴⁶, notamment pour les soignants qui vivent le transfert de façon un peu décalée (agents de nuit, à temps partiel, anciens professionnels). Il n'y a donc pas comme le rappelle cet auteur de modèle d'accompagnement au changement, il faut recréer un nouveau processus à chaque opération et pour chaque groupe d'acteurs.

2.2.3 Pilotage du changement architectural /du changement organisationnel

A ce stade de notre enquête se pose clairement la question du changement. Il s'agit désormais de comprendre les besoins des professionnels en termes d'accompagnement ; il s'agit aussi d'apprécier ce qu'ils escomptent du D.S. afin de nous permettre d'identifier le positionnement le plus judicieux.

- Les attentes formulés par les acteurs opérationnels de l'établissement A trois mois après le déménagement sont peu nombreuses et révèlent le besoin de maîtrise de l'espace et du temps : ils demandent des effectifs, des délais et expriment une fatigue

⁴⁴GIRIN, J. 1989. Recherche sur le langage dans la gestion des organisations « *Dossier du Centre de recherche en Gestion* » 5-57.

⁴⁵ MACLOUF E., recherche de doctorat 2005

⁴⁶ M.CROZIER E.FRIEDBERG « *l'acteur et le système* » Editions du seuil 1992 ; 500 p

physique et intellectuelle. Ils peuvent se « *victimiser* ». Le seul référent important à ce moment est le cadre de proximité (Nous retrouvons ces propos chez certains acteurs opérationnels de l'établissement C mais 18 mois après le déménagement).

Leurs propos à 11 mois montrent qu'ils ont pris du recul et sont en capacité d'analyser la situation. Ils identifient plusieurs priorités dans la conduite de changement et sont en tous points d'accord avec les acteurs de l'établissement C :

Avant tout, une conduite de projet anticipée, rigoureuse, expliquée aux équipes « *on doit savoir où on va* » dit une A.S. ; un besoin impératif d'identifier les responsabilités et de participer en tant qu'utilisateurs ; la stabilité des encadrants (ils déplorent avoir changé de cadre en cours de projet pour certains « *cela a occasionné de la souffrance dans l'équipe* » dit une A.S.) ; la nécessité de connaître les lieux avant le transfert « *pour se projeter* » explique un A.S. « *essayer les locaux à vide avec le matériel* » ; un besoin de sécurité dans ce contexte mouvant : au niveau des effectifs, des procédures, de la gestion des imprévus ; la nécessité de pouvoir « *débrieffer* » quand on se sent débordé ou pour accompagner ce que certains appellent « *le deuil de l'ancien service* » (avec la psychologue par exemple) ; le besoin de reconstruire une pratique collective et une identité de service ; d'être reconnus par les médecins et l'encadrement. Nos entretiens nous permettent d'identifier que cela est plus long et plus compliqué pour les agents à temps partiel et pour ceux qui reviennent après une longue absence.

Leurs attentes vis-à-vis du D.S. concernent l'aide technique et méthodologique, la capacité de conduire le changement avec « *directivité* » « *il faut un chef* » dit une I.D.E. Ils espèrent du D.S. un soutien des équipes et des cadres (auprès des autres directeurs, dans les instances). Ils attendent aussi une présence dans les services « *pour lui parler du travail et qu'elle se rende compte* », « *cela nous fait du bien que l'on nous prête attention* » disent deux d'entre eux.

- Les acteurs hiérarchiques ont à court terme besoin « *de mettre les équipes en sécurité* » et d'être soutenus quotidiennement. « *Les ajustements matériels immédiats sont tels qu'une assistance technique et logistique permanente est indispensable* » dit une C.S. celle-ci doit être défendue à certains moments de son point de vue. Il est impératif de ne pas être isolé en tant que cadre, « *le risque de désengagement est important* ». Au bout de 11 mois, les cadres de l'établissement A confirment avoir besoin d'une conduite de projet partagée, l'évaluation devant se faire en continu et pendant longtemps. Ils ont besoin des comités de suivis et de rencontres interprofessionnelles. L'entraide entre cadres est une condition de réussite selon eux. La proximité du C.S.S leur est indispensable, le soutien des médecins nécessaire.

En ce qui concerne le D.S. ils attendent de la transparence, de la rigueur, un soutien auprès de la direction. Le D.S. est un acteur « *sur lequel ils doivent pouvoir compter* »,

cela conditionne leur investissement. Ils demandent des directives claires et des délégations « *accompagnées de bienveillance et d'écoute* ». Ce point nous a semblé essentiel, le D.S. étant le seul, pour les cadres, « *à comprendre ce qui se passe sur le terrain* ». Nous avons reconnu une identité « *direction des soins* » dans l'établissement A, formée des cadres, C.S.S et D.S. qui semble conditionner la réussite du changement.

- Pour les acteurs techniques « *le D.S. doit faire en sorte que les utilisateurs utilisent les moyens comme cela a été prévu* » affirme l'architecte. Il attend la collaboration de l'encadrement soignant à toutes les étapes du projet dès les premières concertations et un accompagnement post délocalisation important pour faciliter les ajustements. Il insiste sur le rôle des cadres « *qui doivent être intéressés, convaincus, intégrateurs* ». Il souhaite avoir des cadres soignants référents, interlocuteurs privilégiés pour garantir l'efficacité.

Il compte sur le D.S. pour positionner les acteurs à toutes les étapes du projet afin d'avoir les idées et la validation des utilisateurs.

Le cadre hôtelier attend des C.S une compréhension logique et technique et un soutien effectif dans la régulation des dysfonctionnements. De son point de vue, la centralisation de la logistique a déresponsabilisé les soignants qui ne se représentent plus le travail technique.

Quant au cadre responsable des transports, il attend un soutien des C.S. et de la direction des soins, car il estime « *qu'en tant que prestataire, son service fait partie de la chaîne des soins* ».

- Pour les acteurs stratégiques, l'accompagnement au changement passe clairement par la démarche projet et ses outils : utilisation de procédures, de modes opératoires, de tableaux de bord, de plannings. L'un d'entre eux insiste sur la place du décideur et de l'organisateur. Il cite l'importance de la structuration de l'accompagnement des équipes et l'utilisation des outils d'organisation ; il insiste sur l'aspect humain « *afin de ne pas perdre le collectif* » ; « *L'accompagnement au changement est un process où nous devons accompagner les personnes dans leur démarche de deuil puis d'acceptation* ». Il sait que le changement est perçu avec crainte « *dont la raison principale est l'inconnu dans lequel nous projette ce changement* ». Il attend pour cela l'anticipation le plus en amont possible des changements que va générer le déménagement et « *le partage avec tous les acteurs pour susciter l'adhésion ou du moins la compréhension de la majorité et démystifier l'inconnu qu'elle suscite* ».

Les directeurs rencontrés associent complètement le D.S. à la prise de décision. « *Il positionne, comprend et contrôle le jeu des acteurs* ». Le D.S. et son équipe de cadres constituent donc un interlocuteur essentiel au moment de mettre en service une nouvelle

structure. « *Ce travail est très intéressant mais difficile quand les déménagements sont associés à des restructurations de personnels* » dit l'un d'eux. « *Les cadres de soin sont aujourd'hui au cœur du fonctionnement des hôpitaux* ».

Compréhension et analyse du pilotage du changement :

Nous observons grâce à ces entretiens que l'attente des acteurs est fonction de leur place institutionnelle. Ils se rejoignent cependant sur certains points à considérer dans notre analyse :

- L'importance d'un dispositif d'anticipation et d'une programmation sécurisée et rigoureuse, à l'image de celle préconisée par l'A.N.A.P. qui semble faire l'unanimité chez les acteurs techniques et stratégiques. Nous retenons cependant l'idée d'E. MACLOUF que cela n'empêchera pas les acteurs de « *tomber dans l'opinion* » ou déformer la réalité. La question se pose par conséquent d'intégrer cette dimension dans la conduite du projet plutôt que de la nier ou de s'y opposer. Mettre en exergue les coûts cachés permet ainsi selon cet auteur de mieux les prendre en compte.
- Le positionnement stratégique des acteurs : pilotage et engagement des dirigeants sur une période pouvant aller jusque 10 ans, ajustement des acteurs techniques au projet médical ; mais surtout, la place que l'on peut qualifier de précieuse de l'encadrement soignant de proximité, chargé de mettre en œuvre tous ces agencements entre ajustements humains et matériels au quotidien pour l'efficacité de l'organisation. L'engagement de l'encadrement de l'encadrement semble cependant corrélé au soutien dont il dispose de sa hiérarchie et des médecins et de l'autonomie dont il bénéficie.
- La faiblesse des dispositifs post délocalisation se confirme, les accompagnements s'arrêtant rapidement après le transfert, alors que le projet de construction n'est achevé que lorsque l'objet construit est en service depuis plus d'un an.

L'analyse de nos investigations confirme par conséquent les difficultés dans les ajustements entre les agencements humains et matériels dans le cadre d'un transfert de structures de soins.

Celles-ci sont liées en premier lieu à l'intensité du vécu des acteurs et à la complexité d'un projet de déménagement.

Cette opération de transfert crée une situation de rupture, ce qui induit des écarts espace-temps et entre les acteurs.

Il s'agit par conséquent de reconstruire le lien entre les nouveaux espaces de travail et les acteurs.

D'où l'interdépendance du pilotage du changement architectural et du changement des organisations et des hommes au travail.

Le D.S. semble par conséquent être au cœur du pilotage de ce changement : sur un plan stratégique d'une part du fait de sa place institutionnelle ; du fait de la coopération qu'il peut mettre en œuvre entre les acteurs ; du fait des outils qu'il maîtrise sur un plan opérationnel.

3 CHAPITRE N° 3 : PRECONISATIONS

Nos préconisations sont en fait des pistes d'action au regard du diagnostic précédemment réalisé. Certaines sont issues de recommandations de bonnes pratiques, d'autres s'inspirent d'actions déjà mises en œuvre et observées pendant nos stages, d'aucunes sont notre propre projection de conduite du changement en tant que D.S.

Nous souhaitons être assez concret et proposons en annexe quelques outils élaborés pendant nos stages et discutés avec les professionnels.

Nous essayons d'être pragmatique et mettons en exergue les contraintes et obstacles que nous identifions à la mise en œuvre de nos actions. Cela nous permet de nous positionner comme D.S. avec réalisme.

Nous organisons nos préconisations selon trois axes : celui de l'opérationnalité, de la coordination, de la stratégie au regard du référentiel métier de D.S.⁴⁷

3.1 Nos préconisations relèvent de l'opérationnel

Nous posons l'aspect opérationnel en premier lieu au regard du besoin d'objectivation, d'évaluation et de mesure que nous avons identifié dans notre diagnostic : le vécu des acteurs opérationnels, les écarts entre l'espace de travail imaginé et réel, l'interdépendance des acteurs dans les agencements entre ajustements humains et matériels.

Aussi nous semble-t-il prioritaire pour le D.S. de :

3.1.1 Conduire l'analyse et l'évaluation des organisations de soins en post délocalisation

L'objectif est d'examiner les nouvelles organisations et leur fonctionnement, de contrôler l'atteinte des objectifs identifiés par l'équipe projet avant le transfert, ce qui permet de repérer les points forts des organisations et les dysfonctionnements, identifier les améliorations restant à mettre en œuvre.

Nous proposons par conséquent de conduire une démarche d'audit du fonctionnement de type « *revue d'organisation* » ; il s'agit cependant d'attendre que les organisations se soient posées, ce qui demande plusieurs mois comme nous avons pu l'observer. Cela suppose que les pilotes des projets restent en place en post délocalisation suffisamment longtemps (et que l'évaluation respecte la dynamique de l'établissement qui est singulière nous l'avons vu). Nous ne l'avons pas toujours observé et qui est une contrainte de notre point de vue car favorise la désorganisation et la perte de sens. Les acteurs de cette évaluation sont les équipes des pôles et notamment les

⁴⁷ Référentiel métier du D.S. D.G.O.S. mars 2010

C.S.S. et cadres de santé que le D.S. soutient et accompagne sur un plan méthodologique et managérial du fait de la complexité de leur mission dans ce contexte. « *Cette comparaison doit s'appuyer sur des éléments objectifs et quantifiés sous forme d'indicateurs de mesure des résultats* » conseille l'A.N.A.P.⁴⁸. Nous avons ainsi contacté un des référents du dossier A.N.A.P., lequel nous a orienté dans notre réflexion et notamment conseillé d'utiliser les indicateurs de la certification de l'H.A.S. Nous nous sommes concentré sur des indicateurs qui concernent l'organisation des soins qui est notre cœur de métier de D.S. Aussi avons-nous construit une fiche projet et une grille d'indicateurs pour évaluer les organisations en post délocalisation à parti de ces conseils. Nous avons testé cette grille dans le cadre de notre stage n°3, 18 mois après la délocalisation de l'établissement⁴⁹. Nous avons œuvré avec l'encadrement et la Direction des soins et nous sommes déplacé en réunion cadres de pôle pour expliquer la finalité de l'évaluation. Il s'agit pour le D.S. de faire exprimer les insatisfactions des équipes mais aussi de rappeler les objectifs organisationnels qui ont été soutenus par le projet. Nous pensons que cela est l'occasion pour le D.S de valoriser les efforts et l'engagement des professionnels. Nous proposons qu'une version simplifiée de cette grille puisse servir d'auto évaluation régulière pour l'encadrement. Il nous a semblé que cette évaluation pouvait aussi être réalisée pour les services techniques et logistiques dans la mesure où notre recherche met en exergue l'interdépendance de nos services respectifs dans les organisations de soins. Nous proposerions de réaliser certains audits en partenariat afin notamment de fluidifier la collaboration entre les services de soins et les services supports. Cette démarche institutionnelle pourrait être présentée en C.O.D.I.R., validée par le Directeur. Il nous semble intéressant que les résultats soient communiqués aux équipes par le biais des chefs de pôle et cadres de pôle afin de valoriser les réussites et engager des améliorations. Nous avons conscience de la limite de cet outil, lequel n'est pas transférable in extenso de notre point de vue, du fait de la singularité de chaque projet de déménagement. Nous nous appuyons sur les besoins exprimés par les acteurs enquêtés et sur la valeur objectivante de l'évaluation.

3.1.2 Contribuer à la mesure de la satisfaction des professionnels

L'objectif est d'évaluer l'opération de déménagement et ses conséquences du point de vue des équipes, prendre en compte leurs remarques à propos de leur nouvel environnement de travail (locaux, matériels, organisation, qualité de vie au travail...). « *Cette mesure doit être menée après une période suffisante de fonctionnement dans les nouveaux locaux afin que celui-ci soit stabilisé* » conseille l'A.N.A.P. Nous avons consulté un questionnaire de satisfaction réalisé en post délocalisation dans un des établissements

⁴⁸ A.N.A.P. « *Anticiper la mise en service d'un bâtiment* » 2012.

⁴⁹ Cf. Annexe n° VIII : Grille de revue d'organisation.

enquêtés et avons identifié deux contraintes : celui-ci était très long (ce qui a rebuté certains professionnels), avec un graphisme peu attrayant. Nous pensons que ce questionnaire gagnera à être réalisé en partenariat D.S. / D.R.H. / communication.

Nous proposons une version d'un questionnaire que nous avons construit avec le service communication de l'établissement de notre stage n°3⁵⁰. Nous proposons que la diffusion d'un tel outil soit accompagnée ainsi que sa collecte pour un gain de compréhension et d'adhésion des équipes. Là encore, les cadres de proximité sont ressources car ils sont relais des informations ascendantes et descendantes. Nous proposons qu'ils accompagnent la distribution et la collecte de ce questionnaire, expliquent aux équipes l'intérêt d'objectiver et de mesurer les organisations, ce qui peut contribuer à apaiser les tensions et valoriser les acteurs opérationnels.

Nous proposons que les résultats soient communiqués aux acteurs et que les actions d'amélioration soient concertées (par exemple dans le cadre du dialogue social) et réalistes.

Pour ces deux propositions d'évaluation, un message fort de la Direction générale nous semble essentiel car celle-ci inscrit l'action de la direction des soins sur le plan institutionnel.

3.1.3 D'aller à la rencontre des acteurs

Notre diagnostic rencontre nos valeurs professionnelles car nous pensons que le rôle du D.S. est aussi de prêter attention aux équipes. Se déplacer dans les services permet à la fois au D.S. de comprendre l'environnement de travail et connaître les locaux. Cela peut être une aide pour contextualiser l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles dont il a la responsabilité. Nous insistons sur l'aspect symbolique de cette démarche, dont nous ont parlé les acteurs opérationnels, hiérarchiques et techniques dans nos entretiens, et que nous avons observé dans le cadre de notre stage n°3. Nous avons mis en pratique cette démarche lors de ce stage où nous avons demandé à visiter les locaux à chaque fois que cela était possible. Nous avons reçu un accueil favorable, y compris dans les services logistiques et techniques ; cela nous confirme l'interdépendance des services de soins et des services supports et l'intérêt que nous avons à comprendre les enjeux des uns et des autres. Nous soutenons que cette relation interprofessionnelle à tout niveau hiérarchique contribue à faciliter les collaborations. Pour rappel, c'est la D.S. de notre situation de départ qui nous avait adressé au S.S.R et en gériatrie car elle avait conscience de ce manque et de son indisponibilité. L'ensemble des professionnels rencontrés ont exprimé l'attente qu'ils ont de la part de la direction des soins « *de venir sur le terrain* ». De même nous sommes

⁵⁰ Cf. Annexe n° IX : Questionnaire de satisfaction des personnels en post délocalisation.

nous déplacé dans les réunions de cadres de pôles pour expliquer le projet de revue d'organisation.

Bien sûr le temps est une contrainte, de même que la taille de l'établissement. Notre tutrice de positionnement, coordonnatrice des soins dans un C.H.U., nous a affirmé l'intérêt d'aller à la rencontre des équipes et de l'encadrement. Nous pensons que cela contribue à la reconnaissance des professionnels et est une marque d'attention importante.

3.2 Sur le plan de la coordination

Nos préconisations opérationnelles n'ont de sens cependant que dans l'interaction et la coordination avec d'autres acteurs, afin notamment de permettre cet ajustement entre facteurs humains et matériels.

Il s'agit en premier lieu pour le D.S. :

3.2.1 De la coordination du groupe cadres, de son soutien opérationnel et stratégique :

Soutien opérationnel sur le plan technique :

Nous avons observé l'engagement de l'encadrement dans ces opérations de déménagement et leur maîtrise d'outils de pilotage pour la plupart. Aussi nous semble-t-il important pour le futur D.S. que nous sommes d'accompagner le changement aussi sur un plan technique : par le développement et l'harmonisation de méthodes de traçabilité, de contrôle des procédures, de contrôle qualité, d'outils d'évaluation ; par la promotion des technologies de l'information et de la communication dans un but d'efficacité et de partage ; par une veille réglementaire et un accompagnement de leur mise en œuvre. Nous avons bénéficié de cette expertise en tant que cadre et souhaitons faciliter ces acquis pour les cadres de santé dont nous aurons la responsabilité ; nous sommes conscient de l'intérêt d'harmoniser les organisations de soins et de partager connaissances et techniques pour gagner en efficacité dans un contexte fragilisé.

Soutien stratégique :

Notre diagnostic met en exergue le rôle fondamental de l'encadrement dans les ajustements entre agencements humains et matériels en période de délocalisation. Nos observations en stage et notre expérience professionnelle confirment l'idée que l'encadrement a besoin d'objectifs clairs et réalisables, d'autonomie dans la mise en forme des décisions, de responsabilisation, de valorisation quant aux efforts fournis. Le positionnement de cadres dans les groupes de pilotage ou dans des instances, leur soutien effectif dans les périodes les plus complexes, le lien avec les directions, la constitution d'un réel collectif cadre constitue de notre point de vue un appui stratégique

dont les cadres ont besoin dans ces moments de reconstruction du collectif soignant. Cela contribue à la l'efficacité de la direction des soins (dont les cadres font partie), favorise la fédération du groupe cadres, renforce le sentiment identitaire et la compétence collective. Nous préconisons clairement un management participatif, plus efficace : sans l'implication de ces acteurs et leur appropriation des projets, nous pensons à l'instar de P.BERNOUX⁵¹, que le changement ne peut avoir lieu.

3.2.2 De la collaboration avec les membres de l'équipe de direction

Dans le cadre des orientations politiques et stratégiques, le D.S. entretient une coopération continue avec les directeurs fonctionnels :

•Avec la direction des services techniques et logistiques

Cette collaboration prend tout son sens dans la mesure où ce point est très problématique en période de post délocalisation, nous l'avons vu dans notre diagnostic. La logistique est fournisseur de services pour les soins, il y a interdépendance des compétences soignantes et logistiques bien que les métiers soient spécifiques. Nous prenons en compte la différence d'appréciation des acteurs logistiques et soignants. Notre rôle de D.S. consiste en un soutien des organisations de soins, une explicitation des enjeux du changement, un recadrage si nécessaire. Nous avons observé les relations compliquées entre les soignants et les services logistiques et techniques, compris les différences de positionnement et de conceptualisation à l'instar de C.DEJOURS. Aussi nous préconisons une collaboration soutenue avec le directeur de ces services afin que les besoins des utilisateurs soient compris et les contraintes matérielles entendues. Nous pensons impulser une politique de collaboration à tous les étages hiérarchiques. Cet aspect reste de notre point de vue une contrainte du fait de la complexité des organisations. Nous soutenons l'idée de co-piloter le changement à chaque étape : diagnostic, définition du projet, conception du plan d'action, validation, mise en œuvre, évaluation. Nous faisons de cette proposition une priorité, car nous avons la responsabilité de traduire les objectifs stratégiques en plan d'actions.

Nous préconisons la participation du D.S. au COPIL déménagement et le positionnement de l'encadrement et des utilisateurs dans les groupes de travail concernant le projet architectural. Nous avons conscience de la difficulté pour les acteurs de s'impliquer dans la durée, comme nous l'a confirmé l'architecte interrogé. Cependant, nos observations de terrain et nos entretiens nous permettent d'affirmer que les dysfonctionnements rencontrés en post délocalisation auraient pu être minimisés par une collaboration et une concertation soutenues dès la conception du projet de délocalisation.

⁵¹ BERNOUX P. « *Sociologie du changement* » éd POINTS 2010 368 p p9

En post délocalisation, nous proposons, à l'instar de l'A.N.A.P.⁵², de construire conjointement un dispositif permettant de répondre efficacement aux difficultés techniques et logistiques qui ne manqueront pas de se présenter. Il s'agit de faire remonter rapidement les dysfonctionnements dans cette phase d'ajustements acteurs/espace de travail. Il convient de collecter les demandes des services, évaluer l'urgence du dysfonctionnement, proposer une réponse rapide et performante aux utilisateurs (acteurs opérationnels et acteurs hiérarchiques). Ce point pourrait éviter aux cadres de santé de gérer principalement des problèmes techniques et logistiques en post délocalisation ou de conduire chaque service à trouver sa propre solution comme nous l'on indiqué les cadres rencontrés. Des points quotidiens sont préconisés juste après le transfert, puis ajustés à l'amélioration des dysfonctionnements. Nous proposons de poursuivre cette organisation en routine, comme le soulignent nos entretiens, pour un gain d'efficacité pluri professionnelle.

Sur la plan managérial, cela signifie que nous préférons conduire un politique de risques à priori et intégrer les imprévus dans notre conduite de projet.

• **Avec la D.R.H.**

Cela concerne les dossiers que le D.S. partage avec la D.R.H. pour les personnels dont il a la responsabilité ; il s'agit de l'amélioration des conditions de travail, les risques psychosociaux inhérents aux transferts d'établissements, les besoins de formation pour les nouvelles organisations et l'adaptation à l'emploi.

Nous proposons par exemple une collaboration avec un ergonome dans le cadre des C.L.A.C.T. (contrats locaux pour l'amélioration des conditions de travail) : afin d'adapter l'environnement si cela est nécessaire et possible, permettre une utilisation juste des matériels (pour rappel, cela est déploré par les acteurs techniques dans nos entretiens), conduire des actions de formation pour la prévention des T.M.S. (troubles musculo squelettiques). Ce dernier point peut présenter une contrainte car nous avons observé que les acteurs opérationnels sont peu demandeurs de formations alors qu'ils présentent un risque de T.M.S. parfois important. Nous pensons que l'encadrement peut accompagner ces demandes que le D.S. doit soutenir. Pour rappel, ce point de l'ergonomie est rappelé par l'architecte rencontré et le référent T.M.S.

Nous préconisons d'autre part une écoute professionnelle pour les acteurs qui le souhaitent : en effet, le changement a été tel pour certains d'entre eux qu'ils ont éprouvé le besoin de confier leur vécu difficile. Ils ont apprécié rencontrer le psychologue du service qui les a selon eux aidé « à faire leur deuil ». Nous proposons que cette écoute puisse se faire avec un psychologue différent du psychologue clinicien du service d'affectation de l'agent. Nous avons observé l'efficacité de la présence d'un psychologue

⁵² A.N.A.P. « Anticiper la mise en service d'un bâtiment » 2012.

dans le cadre des C.L.A.C.T. dans un établissement, apprécié la pertinence de l'analyse d'un psychologue du travail dans un autre contexte. Nous ne pouvons que soutenir ce dispositif après nos entretiens et observations de terrain afin de favoriser la démarche de reconstruction collective.

Enfin, avec le service de santé au travail, dans le cadre des conditions de travail et de l'aménagement des postes pour les personnels, les accidents de travail pouvant augmenter dans ces périodes de changement, de même que les arrêts de travail. Nous avons entendu les plaintes physiques et psychiques des acteurs opérationnels et nous sommes impliqué dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Celle-ci est de notre point de vue une priorité dans la mesure où elle est corrélée à la qualité des soins⁵³.

•Avec la direction qualité

Le rôle du D.S. est de participer, avec le directeur chargé de la qualité, à la conception, la conduite et l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Nous soutenons l'implication de la direction des soins et de l'encadrement dans la politique de prévention des risques : nous soutenons la présence du D.S au COPIL qualité et aux réunions concernant la politique qualité de l'établissement (laquelle doit être soutenue lors d'une délocalisation et en période de post transfert).

Nous préconisons l'implication de la direction des soins et de l'encadrement dans la gestion des événements indésirables liés aux locaux et matériels. En effet, la dimension de l'environnement et des espaces de travail peut prendre de l'importance et générer des événements indésirables qu'il convient de déclarer précisément (analyse des événements indésirables et proposition de plan d'actions d'amélioration). Nous préconisons un co pilotage D.S. / direction qualité dans les audits d'évaluation de la qualité des soins et soutenons une collaboration opérationnelle et méthodologique.

Notre expérience de stage nous fait d'autre part attacher de l'importance à la visite de certification qui suit la délocalisation de l'établissement, du fait de la déstabilisation des équipes et de la reconstruction en cours qui fragilise le dispositif. Nous soutenons en ce sens l'idée d'audits ciblés, réalisés par l'encadrement ou les acteurs de terrain, voir en interprofessionnel pour préparer cette visite et remobiliser les équipes sur l'évaluation en continu. Nous plaçons la qualité des soins au centre de nos préoccupations de D.S., car elle est notre cœur de métier d'une part, mais aussi car nous avons à redonner du sens aux organisations et aux pratiques en post délocalisation : recentrer les acteurs sur le sens du soin peut de notre point de vue être un bon levier dans le processus de reconstruction de la compétence collective.

⁵³ Rapport I.G.A.S. 2012 « *Dix questions sur l'hôpital* » La documentation française p 116.

3.2.3 De la coopération avec le président de C.M.E.

(Et les membres du corps médical) pour la cohérence des projets et des positionnements à chaque étape du projet de déménagement :

Au moment de la définition des organisations cibles et du dimensionnement du scénario d'ouverture, de la préparation des équipes, dans le pilotage et l'organisation du projet, la communication. Mais aussi en période de post délocalisation, dans la mise en place d'un dispositif pour répondre aux dysfonctionnements. Ce point nous semble essentiel car nous avons fait la différence dans notre enquête entre les projets co-pilotés par des binômes médecins / cadres et rencontré des cadres en difficulté, se sentant seuls face aux dysfonctionnements et dans l'accompagnement des équipes. Nous pensons que notre rôle de D.S. est de promouvoir ce partenariat médico soignant du lit du patient à la direction des soins. Nous avons observé que cette collaboration est personne dépendante, ce qui est un obstacle important de notre point de vue.

3.2.4 De la coordination avec les partenaires sociaux

Dans le cadre du dialogue social, des conditions de travail des personnels, des organisations et des évolutions professionnelles. Nous nous positionnons au regard des dispositifs de soins qui est notre domaine de compétence dans la mesure où le dialogue social est de la responsabilité du directeur d'établissement. Ainsi notre intervention au comité d'hygiène sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T) et comité technique d'établissement (C.T.E) pré ou post délocalisation par exemple doit prioriser les points qui concernent l'organisation des soins et les compétences des soignants.

3.3 Sur le plan stratégique

L'aspect stratégique de nos préconisations est lié au positionnement et à la posture du D.S., à la façon dont il soutient et accompagne le projet de déménagement.

3.3.1 Au sein des instances

- Membre du Directoire, le D.S. coordonnateur général des soins a une mission de conseil et d'aide à la décision : il contribue à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et activités de soins. Il est une personne ressource car il connaît l'environnement soignant et les pratiques de soins. Il peut être amené à voter en tant que membre de droit. Notre observation de plusieurs directoires nous fait dire que si l'avis du D.S. est régulièrement consulté dans cette instance, la situation peut se complexifier s'il est amené à voter : il peut être pris dans un conflit de loyauté entre la communauté médicale et sa direction ; nous identifions cela comme une contrainte et proposons de nous rendre disponible pour préparer les instances avec le Directeur. En effet nous nous positionnons comme conseil et aide vis-à-vis du directeur dans notre domaine de

compétences, chargé de traduire les directives stratégiques en plans d'actions pour les acteurs hiérarchiques et opérationnels

- En tant que président de la C.S.I.R.M.T. ou adjoint au coordonnateur général des soins, le D.S. a une place de choix pour construire et piloter le projet de soins, impliquer la C.S.I.R.M.T. dans la politique qualité et la prise en charge des usagers, la recherche et le D.P.C.

En ce qui concerne le projet de soins, nos propositions portent sur la forme et le fond.

Sur la forme, nous soutenons l'idée que l'ensemble de la C.S.I.R.M.T. et l'encadrement paramédical participent activement à la construction du projet de soins dans la mesure où ce sont ces acteurs qui devront le faire vivre dans les pôles. Nous avons participé lors de notre stage n°3 à la co-construction du projet de soins post délocalisation d'un établissement et à l'élaboration partagée du diagnostic et des fiches projet avec les membres de la C.S.I.R.M.T. et l'encadrement. Nous soutenons l'idée que cette méthode est un gage de réussite et d'investissement des acteurs et contribue à la reconstruction de la compétence collective dont nous avons parlé dans notre diagnostic. La contrainte est l'engagement des professionnels sur le long terme, la carence en évaluation des plans d'action, et la désaffectation de certaines de ces commissions auxquelles nous avons participé en tant que soignante et cadre.

Sur le fond, nous préconisons d'élaborer une fiche projet sur le déménagement en amont de celui-ci comme nous l'avons observé dans l'établissement A où nous avons enquêté. Cette fiche projet positionne les paramédicaux en articulation avec le projet médical dans le cadre du projet d'établissement qui conduit une délocalisation. Cela permet aux professionnels de mieux comprendre le rôle du service de soins de s'y référer durant les différentes phases du déménagement. L'évaluation de cette fiche action permet au projet suivant de mettre fin au transfert et de commencer de nouveaux projets. La possibilité de « passer à autre chose » nous a semblé important dans le cadre de nos entretiens.

Nous proposons de même de réaliser une fiche projet sur l'encadrement paramédical, dans l'objectif de soutenir la professionnalisation des cadres. Dans le contexte de la mise en œuvre de la Loi H.P.S.T. et de la réingénierie de la formation cadre, la question de la compétence attendue des cadres se pose et doit être portée par la direction des soins. Notre enquête nous a confirmé l'implication de l'encadrement de proximité dans l'accompagnement du changement et a clairement identifié les cadres comme des éléments indispensables.

- Membre actif du C.O.P.I.L. déménagement, le D.S. positionne les membres de la direction des soins et l'encadrement dans les groupes de travail. Il traduit les objectifs en plan d'actions et soutient sa mise en œuvre et son évaluation.

3.3.2 La politique et la posture du D.S.

Il nous semble essentiel dans le cadre d'une délocalisation de remplir encore davantage notre rôle de conseil auprès du directeur d'établissement.

Le point fort du D.S. est sa connaissance de l'environnement et des acteurs de santé. La question des compétences soignantes et de leur répartition est d'actualité dans le cadre d'un déménagement et est souvent l'objet de tensions. Aussi son adhésion à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et activités de soins est une ressource pour le chef d'établissement. Son implication dans la conduite de l'évaluation des dispositifs de soins est une aide à la décision. Le D.S. met ses compétences opérationnelles d'analyse, de communication, d'accompagnement au service du chef d'établissement et contribue ainsi à des arbitrages précis et éclairés. La complexité d'une opération de transfert d'établissement nous fait mesurer l'intérêt de cette posture ; nous avons conscience de la nécessaire loyauté du D.S. envers sa direction.

L'ensemble de ces actions ne peut aboutir à notre sens sans un message fort de la direction des soins et sans le soutien d'une politique de soins qui prend en compte la dimension humaine. Nous savons, à l'instar de P.BERNOUX, que les acteurs ne sont jamais passifs dans les organisations et sommes lucide sur les jeux d'acteurs.

Dans la mesure où nous avons identifié la complexité d'une délocalisation pour ces derniers, nous préconisons une posture bienveillante et soutenons la bienveillance managériale. Celle-ci peut faire l'objet d'une fiche projet dans le projet de soins ou le projet d'établissement car cela est un message fort pour les professionnels et un gage de qualité pour les usagers.

Nous retiendrons pour conclure la limite de nos préconisations, lesquelles nous ont semblé pertinentes au regard de notre diagnostic : elles ne prétendent par conséquent à aucune exhaustivité : elles sont contextualisées, dépendent des situations rencontrées, des établissements visités et de notre conception actuelle de la fonction de D.S.

Elles nous permettent cependant de nous projeter en tant que D.S. dans la mesure où elles mobilisent des compétences opérationnelles, de coordination et stratégiques à l'instar de la mission qui nous sera confiée lors de notre prise de poste.

Conclusion

Au terme de ce mémoire professionnel, nous souhaitons revenir sur un certain nombre de points :

Les apports du diagnostic réalisé dans un premier temps : celui-ci nous a permis de décomposer la complexité des situations de travail rencontrées, d'en identifier les facteurs humains et matériels, ce qui nous a conduit à mieux définir le processus de changement dans le contexte de déménagement. Nous avons ainsi gagné en compréhension des situations.

Ce diagnostic a de même permis aux établissements enquêtés d'avoir un regard extérieur sur leurs pratiques et de confirmer l'analyse que les D.S. avaient réalisé in situ.

Enfin, cela a été une vraie richesse sur le plan personnel, en termes d'apport de connaissances, de professionnalisation, de réflexion quant à la posture du D.S.

Notre travail comporte cependant un certain nombre de limites :

Sur le plan méthodologique d'une part :

Le nombre et la répartition de nos entretiens n'ont pas été distribués de façon suffisamment scientifique (nombre différent d'acteurs enquêtés, lieux différents). Nous avons visé le déroulé du processus de changement et avons privilégié l'aspect temporel. Nous avons aussi profité de la richesse de nos interlocuteurs rencontrés au fil de notre formation.

Sur le plan de l'analyse d'autre part :

Si nous avons pu faire un lien étroit entre les entretiens et les observations in situ, nous n'avons pu mobiliser suffisamment les documents collectés car ils se sont vite révélés volumineux. Nous les avons utilisés pour valider nos entretiens et observations et avons privilégié ces deux premiers outils, notamment du fait du temps imparti à notre recherche.

Notre étude ouvre un certain nombre de questions cependant :

Celle de la contrainte des établissements et de la pression qui s'exerce sur les directions engagées dans un projet de déménagement ;

Celle de la durée de ce type de projet : les objectifs de départ peuvent de ce fait manquer de pertinence en post délocalisation alors qu'il est difficile de réajuster à ce moment ;

Celle de la contrainte financière et de l'endettement de ces établissements qui peuvent avoir du mal à investir par la suite (pour renouveler les matériels ou les effectifs par exemple).

De ce fait, les enjeux de nos préconisations sont de plusieurs ordres :

Economiques dans un premier temps (car il s'agit de maintenir voir de développer l'activité en post délocalisation malgré le processus de changement et de rapidement fournir une prestation optimale) ;

Financiers dans un second temps (dans la mesure où le maintien de l'équilibre budgétaire de l'établissement est primordial, notamment pour pérenniser les effectifs déjà restructurés) ;

Mais surtout humains (car il n'est pas possible de maîtriser la contingence humaine alors qu'il s'agit d'emmener tous les personnels dans le projet de transformation), ce qui demande un peu de temps, beaucoup d'information et de transparence, de méthode, de bienveillance institutionnelle comme nous l'avons vu dans notre enquête.

Les conditions de réussite relèvent par conséquent du positionnement et de la compétence du D.S, des coopérations qu'il entretient avec les membres de l'équipe de direction et le corps médical, de ses capacités managériales. Il s'agit pour lui d'être force de proposition pour le directeur d'établissement dans le cadre du projet d'établissement et du projet de soins et de traduire les objectifs stratégiques en plans d'actions. Dans un contexte d'interdépendance des acteurs, le D.S. doit conduire ce projet complexe d'accompagnement du changement, dans un cadre contraint et avec efficacité.

C'est in fine ce que nous retenons pour notre prise de poste : piloter avec rigueur des projets complexes en interprofessionnel dans un cadre contraint en maintenant une posture bienveillante et un management respectueux des hommes.

Ce travail de mémoire, complètement inscrit dans notre projet de formation et notamment de stage, augure une prise de poste riche et intense où il s'agira pour le D.S. que nous sommes, d'accompagner les acteurs au travail dans un contexte de délocalisation. Nous aurons ainsi à cœur de recentrer les professionnels sur ce qui fait sens ; les soins aux patients au service desquels nous sommes, acteurs hospitaliers.

Sources et Bibliographie

•TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
texte n° 1

Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière JORF n°0007 du 9 janvier 2014 page texte n° 11

Plan hôpital 2007

Plan hôpital 2012

Référentiel métier du D.S. D.G.O.S. mars 2010

•OUVRAGES

A.N.A.P. « *Anticiper la mise en service d'un bâtiment* » 2012

BERNOUX P. 2010 « *Sociologie du changement* » éd POINTS 368 p

CHANLAT J. F. 1990 « *L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées* » Presses Université Laval 842 pages.

CROZIER M. FRIEDBERG E. « *L'acteur et le système* » Editions du seuil 1992 500 pages.

DEJOURS C. « *Le facteur humain* » Editions Que sais-je ? 2005 127 pages.

FISCHER G.N. « *Psychologie de l'environnement social* » Editions DUNOD 1997 204 pages.

RAFFESTIN C., « *Espaces, jeux et enjeux* », 1986.

•ARTICLES (DE PERIODIQUES)

CARDON Dominique « *L'entretien compréhensif* » (Jean-Claude Kaufmann) In: Réseaux, 1996, volume 14 n°79.

CHATENET B. REMI I. STEZ M. « *Continuité de la qualité des soins lors du déménagement d'une structure hospitalière* » Revue Qualité et gestion des risques volume IV N°1 2007.

GIRIN, J. 1989. Recherches sur le langage dans la gestion des organisations « *Dossier du Centre de recherche en Gestion* »

KOURTESSI-PHILIPPAKIS G. Juillet 2011, « *La notion de territoire : définitions et approches* » Série: Cahiers Archéologiques de Paris 1 (Livre 2) archéologie du territoire.

TUCHTAN L. BELLAGAMBA G. FAVRE N. BAUMSTARCK K. FAIVRE-PIERRET J.C. LEHUCHER-MICHEL M.P. Janvier 2013 « *Vécu d'agents hospitaliers transférés entre deux sites : étude qualitative au sein d'un hôpital public du Sud-Est de la France* » Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, pp.140-148.

MACLOUF E., « *Espaces de travail et management* ». Revue de gestion des ressources humaines, 2011/3 N° 81

PICHAULT F. : « *La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques* » revue TELESCOPE vol 14 n° 3 automne 2008.

Revue « *Hôpital partenaire* » n° double 30-31 printemps été 2014.

•RAPPORTS

Plan hôpital 2007

Rapport I.G.A.S. 2012 « *Dix questions sur l'hôpital* » La documentation française p 116.

Plan hôpital 2012

•THESES ET MEMOIRES

BELFIS A. Mémoire E.N.S.P. 2002 « *L'épreuve du changement à l'occasion d'un transfert de site* ».

CHEVILLARD M. E.H.E.S.P. 2008 « *l'accompagnement des équipes soignantes dans la période de post délocalisation d'un hôpital* »

COLOMBO M. E.H.E.S.P. 2007 « *le rôle du directeur des soins dans un projet de reconstruction d'un hôpital* »

HUGUENARD S. Mémoire E.N.S.P. 2007 « *Accompagner le changement à l'occasion d'un projet de reconstruction* ».

MACLOUF E. Doctorant Centre d'études et de recherches en gestion des organisations et des relations sociales « *CERGORS* » Université de Paris 1 – Sorbonne. Recherche menée sous la direction du professeur WACHEUX.

TANDONNET P. Mémoire E.H.E.S.P. 2009 « *Communication à l'occasion du déménagement d'un hôpital dans de nouveaux locaux* ».

•CONFERENCES

MACLOUF E. « *Les pratiques de gestion des espaces de travail dans leur contexte économique et leurs effets* » 16e Conférence de l'AGRH- Paris Dauphine-15 et 16 septembre 2005.

•SITES INTERNET

<http://www.cairn.info/revue-de-gestion-des-ressources-humaines-2011-3-page-5.htm>

www.crtl.fr

<http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/reso>

Liste des annexes

Annexe n° I : Les étapes de la mise en service d'un nouveau bâtiment (A.N.A.P.) 2012.

Annexe n° II : Guide d'entretien.

Annexe n° III : Grille d'analyse des entretiens et liste des personnes rencontrées.

Annexe n° IV: Grille d'observation in situ et des visites réalisées.

Annexe n° V : Liste des documents collectés ou consultés.

Annexe n° VI : Plan du service de gériatrie de l'établissement A.

Annexe n° VII : Fiche action revue d'organisation.

Annexe n° VIII : Grille de revue d'organisation.

Annexe n° IX : Questionnaire de satisfaction des personnels en post délocalisation.

Les étapes de la mise en service d'un nouveau bâtiment (A.N.A.P.) 2012



GUIDE D'ENTRETIEN

Nom de la personne :

Date :

Temps passé depuis de déménagement :

Durée de l'entretien :

Remerciements ; présentation du sujet de mémoire ; condition de l'entretien (notamment prises de note en direct) ; respect de la confidentialité et anonymisation ; ultime demande d'accord sur les modalités.

Que diriez-vous de la façon dont vous avez vécu le déménagement de structures de soins ?

Selon vous, qu'est-ce que change le déménagement d'une structure de soins?

Quelles améliorations avez-vous constaté grâce aux déménagements de structures de soins ?

.

Quels sont les écueils possibles du déménagement d'une structure de soins selon vous ?

Quelle importance a l'espace de travail selon vous ?

En quoi influe-t-il sur les pratiques de travail ?

Comment accompagner le changement selon vous dans un contexte de déménagement ?

Qu'attendez-vous du Directeur des Soins dans le cadre du déménagement d'une structure de soins ?

Auriez-vous un point à aborder que j'aurais oublié ?

Remerciements

Christine LIAUDOIS

EDS 14

Annexe n° III : grille d'analyse des entretiens et liste des personnes rencontrées

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES⁵⁴ ET GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

PERSONNES RENCONTREES : (32) DATE DEMANAGEMENT + DIRECTEURS : 1	VÉCU	CHANGEMENT	AMÉLIORATIONS	ÉCUEILS	IMPORTANCE DE L'ESPACE DE W	INFLUENCE SUR LES PRATIQUES	ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT	RÔLE DU DS
Directeur établissement C 24 septembre 2014 D+ 18 mois								
MEDECINS: 2								
Chef de service gériatrie établissement A D+5 mois 12 Février 2014								
Chef de pôle médecine à fortes consultations établissement A D+5 mois 20 Février 2014								
CADRES DE SANTE ET CADRES SUPERIEURS DE SANTE : 10								
CS chirurgie orthopédique établissement B + VISITE D+3 mois 07 Juillet 14								
CS SSR établissement A D+5 mois 12 Février 2014 + VISITE								
CSS médecine à fortes consultations établissement A D+5mois 21 Février 2014								
CS médecine aigue gériatrique établissement A + VISITE D+5 mois 27 Février 2014								
CS médecine aigue gériatrique établissement A D+10 mois 16 juillet 14								
CS hygiène établissement C 9 septembre 2014 D+18 mois								

⁵⁴ Les entretiens ont été anonymisés pour être placés dans les annexes du mémoire

CS radio établissement C 17 septembre 2014 D+ 18 mois + VISITE								
CSS Direction des soins établissement C 19 septembre 2014 D+18 mois								
CS pédiatrie établissement C 25 septembre 2014 D+ 18 mois								
CSS maternité établissement C 7 octobre 2014 D+18 mois + VISITE								
AIDES SOIGNANTS : 4								
AS SSR établissement A D+5 mois 12 février 2014								
AS SSR établissement A D+10 mois 22 juillet 2014								
AS médecine aigue gériatrique établissement A D+10 mois 16 Juillet 14								
AS SSR établissement A 22 juillet 2014 D+10 mois								
IDE : 6								
IDE SSR établissement A D+ 5 mois 12 Février 2014								
IDE médecine aigue gériatrique établissement A D+10 mois 16 07 14								
IDE médecine aigue gériatrie établissement A D+10 mois 16 07 14								
IDE SSR établissement A 22 juillet 2014 D+10 MOIS								
IDE SSR établissement A D+10 mois 22 07 2014								
IDE SSR établissement A 22 juillet 2014 D+10 MOIS								
"EXPERTS": 6								
ASH SSR établissement A réfèrent déménagement D+ 5 mois 12 Février 2014								

Représentants du personnel établissement C 6 octobre 2014 D+18 mois								
Référent TMS établissement C 6 octobre 2014 D+18 mois								
Directeur adjoint chargé du patrimoine et des structures 03 06 14								
Directeur des fonctions techniques et travaux 26 Aout 2014								
Directrice adjointe chargée des travaux de la logistique et du patrimoine 22 09 14								
TECHNIQUES ET LOGISTIQUES : 3								
Architecte établissement A + ETUDE DE DOCUMENTS 25 Aout 2014 D+ 11 mois								
Cadre hôtelier : VISITE du circuit hôtelier établissement C 4 septembre 2014 D+ 18 mois								
Cadre responsable des transports : VISITE des circuits patients et du logipôle 29 septembre 2014 D+18 mois								

Annexe n° IV: grille d'observation in situ et des visites réalisées

GRILLE D'OBSERVATION DU TERRAIN⁵⁵

<p>LIEU - CS chirurgie orthopédique établissement B + VISITE D+3 mois 07 Juillet 14 - CS SSR établissement A D+5 mois 12 Février 2014 + VISITE - CS médecine aigue gériatrique établissement A + VISITE D+5 mois 27 Février 2014 - CS radio établissement C 17 septembre 2014 D+ 18 mois + VISITE - CSS maternité établissement C 7 octobre 2014 D+18 mois + VISITE - Cadre hôtelier : VISITE du circuit hôtelier établissement C 4 septembre 2014 D+ 18 mois - Cadre responsable des transports : VISITE des circuits patients et du logipôle 29 septembre 2014 D+18 mois</p>	<p>Lieu : décrire l'environnement du lieu; est-ce un lieu ouvert, public ? l'entrée : libre ou privée ? Sinon, quelles sont les conditions officielles d'entrée ? À quel usage ce lieu est-il dédié ? L'activité qu'on y observe correspond-elle à un usage ponctuel ou habituel de ce lieu ? Quelle est son occupation : est-il très peuplé ou peu (densité) ? Faire un plan général du lieu.</p>	<p>Inventaire des objets : à la fois ceux du décor, et noter aussi ceux qui sont mobilisés par les gens ; et quel usage en est fait ?</p>	<p>Les personnes : Combien de personnes sont là ? Noter leur position dans l'espace (faire un plan). Comment viennent-elles ? Pourquoi viennent-elles ? Noter les flux : entrées et sorties (avec si possible des marques temporelles, noter l'heure) ; concernant ces personnes, notez leurs caractéristiques apparentes : sexe, âge, ethnie, tenue vestimentaire, signes d'appartenance sociale. Existe-t-il des liens d'interconnaissance entre les personnes présentes ? Distinguer « les habitués », éventuellement l'accueil aux nouveaux venus... (si un nouveau est accompagné, y a-t-il des présentations faites ?)</p>	<p>L'activité ou les activités en cours répondent-elles à des règles formelles ? Quelles sont-elles ? Comparer le déroulement effectif de l'activité à ces règles.</p>	<p>Qui fait quoi ? Noter s'il existe une activité centrale (celle qui réunit le plus de monde et/ou qui fait le plus de bruit et/ou vers laquelle les regards sont tournés), des activités secondaires ? Quels sont les rôles remplis par les différentes personnes ? Y a-t-il une division du travail ? Selon quels critères ? Sexe ? Âge ? Ethnie ? Etc. Si interactions verbales : noter les tours de prise de parole, la durée des interventions, la hauteur et le ton de la voix...</p>
--	---	--	---	---	---

⁵⁵ Cette liste est adaptée de la grille générale proposée par PERETZ pour l'observation dans une église : H. PERETZ (1998), *Les méthodes en sociologie: l'observation*, Paris: La Découverte - Repères, 123 p.

Annexe n° V: liste des documents collectés ou consultés

- Projet d'établissement établissement A

- Projet de soins établissement A

- Organisation de la prise en charge des patients pour le déménagement : organisation de travail, organisation des R.H., organisation du déménagement, accompagnement des équipes, évaluation : Document présenté aux instances avant le déménagement. Etablissement A

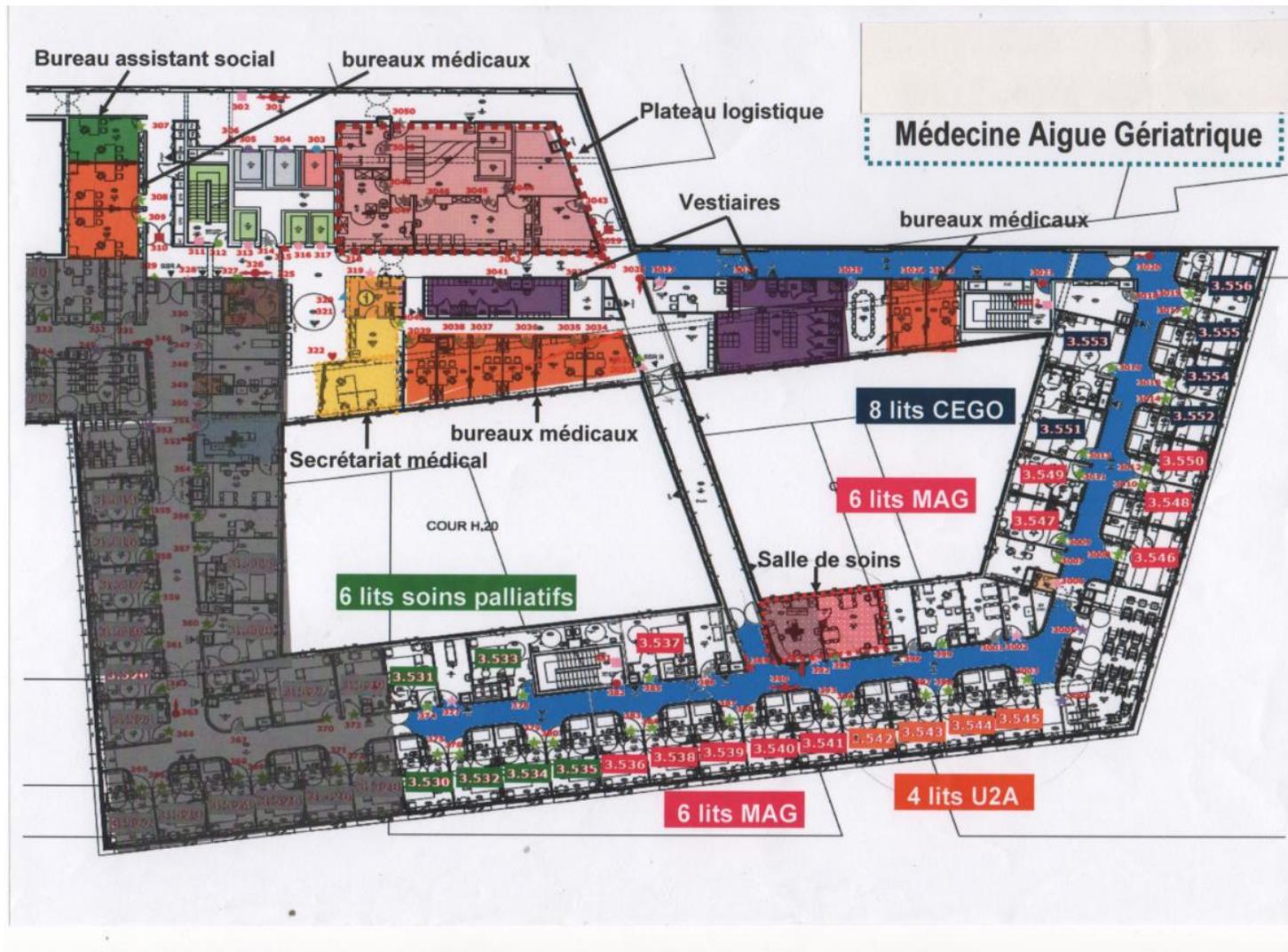
- Le Programme d'Architecture et d'Ingénierie (P.A.I.) de l'établissement A
Tome 1 : Description générale de l'opération (Il s'agit de la description des objectifs et des contraintes en matière d'organisation fonctionnelle des locaux et de mode d'implantation du projet). Le tome 1 comprend 4 chapitres : Présentation générale de l'opération, objectifs et principes majeurs de conception, présentation du site et faisabilité, programme général des surfaces.
Tome 2 : Programme fonctionnel détaillé (Il regroupe la description détaillée par pôles et secteurs fonctionnels, soit la description de l'activité, la localisation et les liaisons préférentielles, l'organisation spatiale retenue et le programme détaillé des surfaces).

- Plans de l'établissement C

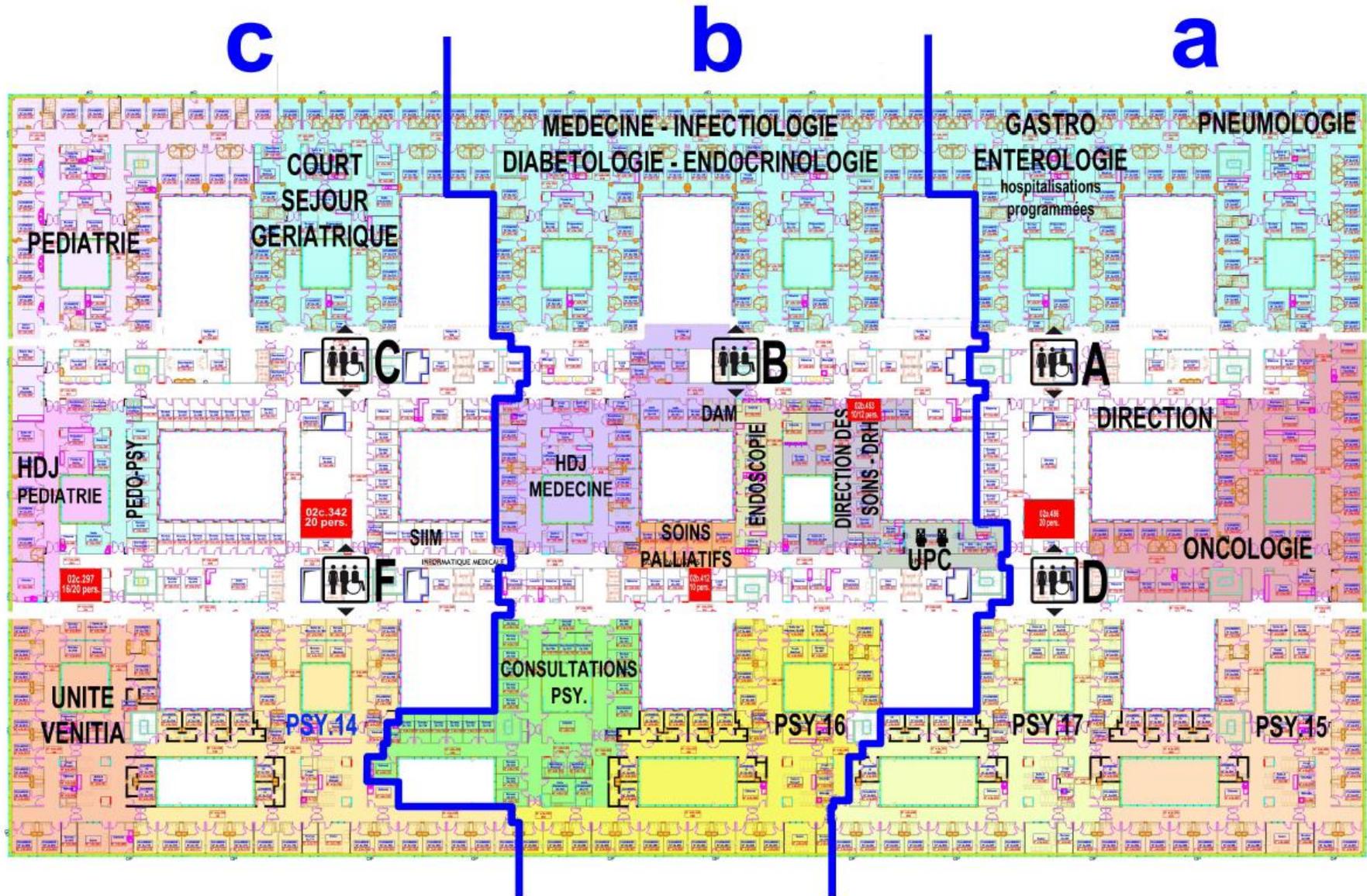
- Comptes rendus de CHSCT de l'établissement C

- Compte rendu d'un audit commandité par le C.H.S.C.T. de l'établissement C

Annexe n° VI : Plan du service de gériatrie de l'établissement A



BATIMENT MCO - Niveau 2



FICHE ACTION REVUE D'ORGANISATION POST DELOCALISATION

NIVEAU DE RESPONSABILITE DANS LE TRAVAIL :

Niveau stratégique : délégation du Directeur d'établissement au Directeur des soins.

PERIODE : Du 01 septembre 2014 au 07 novembre 2014

PROBLEMATIQUE

L'établissement de 500 lits est délocalisé depuis janvier 2013 suite à une reconstruction. L'architecture pavillonnaire de l'ancien établissement est devenue monobloc. Les organisations ont été de ce fait réinterrogées, des organisations cibles identifiées. Pour la Direction des soins, cela a concerné l'organisation des soins, la qualité des prestations de soins, l'ajustement des compétences aux besoins des nouvelles organisations. Cela a été présenté aux instances pour avis avant cette opération de déménagement. La question se pose par conséquent pour la Direction des soins de contrôler si les objectifs liés aux nouvelles organisations sont atteints, d'identifier les écarts et dysfonctionnements et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. L'enjeu est important pour conduire le changement. Le contexte institutionnel est celui de la formalisation du projet d'établissement, projet managérial, projet médical et de soins. Une contre visite de certification a lieu à partir du 20 octobre.

OBJECTIFS

- Mesurer la conformité des organisations avec celle validée avant le déménagement.
- Apprécier la satisfaction du personnel.
- Remobiliser les équipes sur un projet de soins et leur permettre de dépasser cette phase émotionnelle.

METHODOLOGIE ; MOYENS MIS EN ŒUVRE

- Construire une démarche générale d'audit de fonctionnement.
- Identifier des indicateurs de mesure de résultats pérennes.
- Informer l'encadrement et solliciter leur participation.
- Rappeler les objectifs du projet organisationnel de départ (pédagogie).
- Identifier les écarts et leurs causes.
- Déterminer les points forts organisationnels.
- Initier des réajustements ou de nouveaux projets d'amélioration en partenariat avec l'encadrement dans le cadre d'un management participatif.
- Communiquer les dysfonctionnements avec bienveillance et reconnaître les efforts des acteurs.

RESULTATS ATTENDUS

- Les écarts sont identifiés.
- Les points forts sont valorisés.
- Les objectifs d'amélioration sont consensuels et réalistes.
- L'encadrement paramédical est positionné sur le sujet.

PERSPECTIVES D'EVOLUTION

- Renouveler l'évaluation annuellement (Projet de soins, CSIRMT ?) pour l'institutionnaliser.
- REX ? Managériaux.
- Collaboration DS DG.
- Positionnement des cadres paramédicaux par le DS.
- Positionnement du DS au regard des non conformités.

Indicateurs de performance identifiés : Cf. grille d'indicateurs.

REVUE D'ORGANISATION DES SOINS DANS LES UNITES DE SOINS

Objectifs : vérifier l'atteinte des objectifs liés aux nouvelles organisations.

Identifier les dysfonctionnements et les points d'amélioration restant à traiter.

POLE :

Unité fonctionnelle :

ACTIVITE		
	2013/2014	OBSERVATIONS
nombre de lits		
nombre d'entrées		
taux d'occupation DMS		
nombre de consultations		
nombre d'explorations		

	EFFECTIF CIBLE	EFFECTIF FONCTIONNEL	OBSERVATIONS
CADRES			
IDE			
AS			

	Effectifs fonctionnels								Effectifs fonctionnels mode dégradé								Type de roulement
	SEMAINE				Week-ends & Jours fériés				SEMAINE				Week-ends & Jours fériés				
Nom de l'Unité de soins :	M	J ⁵⁶	A	N	M	J	A	N	M	J	A	N	M	J	A	N	
Hospitalisation Complete	IDE																
	AS																
	ASH																
Nombre de lits																	

⁵⁶ Ex : 8h16h ou 9h 17h ou horaires coupés

PERSONNELS NON MEDICAL			
	ETP	RATIO/LITS	OBSERVATIONS
NOMBRE DE CADRES			
NOMBRE D'IDE			
NOMBRE D'AS			

ORGANISATION DES SOINS	
ORGANISATION DES PRISES EN SOINS	
RELEVE ET TRANSMISSIONS ORALES	
TOUR DE SECURITE	
TRANSMISSIONS CIBLEES	
PLANIFICATION DES SOINS	
SECTORISATION	
REPARTITION DES TACHES HORAIRES	
REPARTITION DES TACHES PAR FONCTION	
ORGANISATION DES VISITES MEDICALES	
IDENTIFICATION DU PARCOURS PATIENT	
ACTIVITE AFFERENTES AUX SOINS	
LIENS AVEC LES SERVICES PRESTATAIRES	
ORGANISATION DU SERVICE	
COPILOTAGE MEDICO SOIGNANT	
TRANSMISSIONS D'INFORMATIONS	
OUTILS DE SOINS UTILISES	
REUNIONS DE SERVICE	
TABLEAUX DE BORD UTILISES	
INDICATEURS DE SUIVI	
REGLE D'ELABORATION DES PLANNINGS	
MUTUALISATION PNM MISE EN PLACE	
LIVRET D'ACCEUIL PERSONNEL	

ENQUETE DE SATISFACTION⁵⁷ AU TRAVAIL

OBJECTIFS : Évaluer l'opération de déménagement et le nouvel environnement du point de vue des équipes

Prendre en compte les remarques du personnel pour améliorer la situation.

PERIODE : Post délocalisation⁵⁸

CADRE ET CONDITIONS DE TRAVAIL :

1. Vous pensez que votre environnement de travail au sein du Centre Hospitalier, en intra ou dans les structures extérieures est :

Très agréable agréable peu agréable désagréable.

2. Les locaux correspondent t-il à ce que vous vous représentiez ?

Pourquoi ?

3. Les moyens mis à votre disposition (équipement, locaux, matériel...) pour exercer vos fonctions vous semblent :

Très suffisants suffisants insuffisants très insuffisants

3. Votre équipe de travail est composée d'un effectif qui vous paraît :

Très suffisant suffisant insuffisant très insuffisant

4. Horaires de travail :

Vous travaillez :

En 7h30 En 10 heures En 12 heures

De jour De nuit

Repos fixes Repos variables

Vous travaillez :

A temps complet A temps partiel

Personnel travaillant de nuit :

Pour quelles raisons travaillez-vous de nuit ?

Par obligation de service pour des raisons financières pour des raisons personnelles

Depuis quand travaillez-vous la nuit

>10 ans de 5 ans à 9 ans de 1 an à 4 ans de 6 mois à 11 mois < 6 mois

Etes-vous satisfait(e) du travail de nuit ? oui non

A propos du travail de nuit avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?

Estimez-vous que vos horaires de travail sont :

Très satisfaisants satisfaisants insatisfaisants très insatisfaisants

5. Cela vous permet-il de concilier votre vie professionnelle et votre vie personnelle de façon :

Très satisfaisante satisfaisante insatisfaisante très insatisfaisante

Si insatisfaisant, pourquoi ?

⁵⁷La satisfaction au travail est la manière dont chacun conçoit son propre état émotionnel, qu'il soit agréable ou non, résultant de l'évaluation qu'il fait de son travail ou de ses expériences de travail.

⁵⁸ANAP : anticiper la mise en service d'un bâtiment fiche 11.2 2012

6. Quel est votre temps de trajet ?

15 29 mn moins de 15 mn de 30 à 44 mn de 45 à 59 mn de 1H30 à 2H de 1H à 1H29
plus de 2H

7. Quel mode de transport utilisez-vous pour votre trajet domicile-travail ?

Transports en commun véhicule personnel vélo à pied ou à vélo autre

8. Rencontrez-vous des difficultés de stationnement ?

Rarement quelquefois souvent très souvent non concerné

9. Estimez-vous que votre travail comporte des aspects pénibles ?

Si oui lesquels ?

10. Avez-vous déjà été victime d'un accident du travail au cours des X derniers mois ?

Si oui avez-vous été satisfait(e) de la prise en charge de cet accident du travail ?

Oui non

Si non pourquoi ?

11. Vous estimez que la prévention en matière de risques professionnels est :

Très satisfaisante satisfaisante insatisfaisante très insatisfaisante

Si insatisfaisant pourquoi ?

12. Pensez-vous que le rôle du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est satisfaisant ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

13. Pensez-vous que le rôle du service de santé au travail est satisfaisant ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

14. Rencontrez-vous des difficultés professionnelles ?

Si oui, sur qui avez-vous pu compter ?

15. A propos de votre cadre de travail et de vos conditions de travail, avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?

COMMUNICATION ET RELATIONS

16. Dans votre équipe, estimez-vous avoir de bonnes relations avec vos collègues ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

17. Dans votre équipe estimez-vous avoir de bonnes relations avec vos supérieurs hiérarchiques directs ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

18. Qu'attendez-vous de votre supérieur hiérarchique direct ?

19. Vous sentez vous intégré e dans votre équipe ?

Oui Non

Si non pourquoi ?

20. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les services de soins ?

Très satisfait(e) satisfait insatisfait(e) très insatisfait(e)

Si insatisfait pourquoi ?

21. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les services médico techniques ?

Très satisfait(e) satisfait(e) insatisfait(e) très insatisfait(e)

Si insatisfait pourquoi ?

22. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les services administratifs ?

Très satisfait(e) satisfait(e) insatisfait(e) très insatisfait(e)
Si insatisfait pourquoi ?

23. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les services techniques et logistiques ?

Très satisfait(e) satisfait(e) insatisfait(e) très insatisfait(e)
Si insatisfait pourquoi ?

24. Avez-vous le sentiment d'être à votre place dans la poste que vous occupez ?

Oui non
Si non pourquoi ?

25. Avez-vous le sentiment d'être reconnu par vos collègues ?

Oui non
Si non pourquoi ?

26. Avez-vous le sentiment d'être reconnu par votre supérieur hiérarchique direct ?

Oui non
Si non pourquoi ?

27. Avez-vous le sentiment d'être reconnu par la direction ?

Oui non
Si non pourquoi ?

28. Votre avis vous est-il demandé avant chaque changement concernant votre service (locaux, organisation, horaires....) ?

Toujours quelquefois souvent jamais

29. Depuis combien de temps êtes-vous dans le même service (ou unité) ?

Moins d'un an de deux à cinq ans de cinq à dix ans plus de dix ans

30. Avez-vous l'occasion de participer à des réunions de service ?

Plus d'une fois par mois une fois par mois une fois par trimestre jamais
De quel type ?

31. A propos de la communication et des relations au sein du personnel, avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

32. Avez-vous bénéficié de formation cette année ?

Oui (indiquez le sujet) non
Si oui, cela a-t-il répondu à vos attentes ?

33. Vous demandez plutôt une formation en fonction de :

Vos choix personnels vos projets d'évolution de carrière les projets du service ou de l'équipe les projets de l'établissement

34. Recommanderiez-vous à un proche de venir travailler au C.H. ?

Sûrement pas sans doute pas probablement sûrement ne se prononce pas

Quel est votre âge ?

Vous êtes un professionnel :

Paramédical
Administratif
Technique ou logistique
Médical
Socio-éducatif
Autre (à préciser)
Psychologue
Médicotechnique

Vous êtes un professionnel :

Cadre non cadre

Votre ancienneté dans l'établissement :

< 1 an de 1 an à 4ans de 5 à 9 ans de 10 à 14 ans de 15 à 19 ans de 20 à 24 ans
plus de 25 ans

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Les résultats vous seront communiqués le.....

D.S./D.R.H.

LIAUDOIS

Christine

9/10 Décembre 2014

DIRECTEURS DES SOINS

Promotion Elisabeth BADINTER 2014

ENTRE FACTEURS HUMAINS ET MATERIELS

Rôle du Directeur des soins dans l'accompagnement du processus de changement lors d'un transfert d'établissement

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES

Résumé :

Dans le cadre d'une reconstruction et d'un transfert de site, l'ensemble des acteurs hospitaliers est confronté à la complexité du changement et à la conduite d'un projet sur le long terme et aux enjeux multiples.

Entre facteurs humains et matériels, les opinions se croisent et s'opposent, au risque de se distendre.

Dans ce contexte, la question se pose pour le D.S. d'accompagner ce processus de changement, dans le cadre du projet d'établissement et de soins, en cohérence avec l'ensemble des dirigeants.

On peut se demander si son rôle ne consisterait pas à permettre les nécessaires ajustements entre agencements humains et matériels....

Mots clés :

Facteurs humains ; facteurs matériels, transfert de site ; déménagement ; espace de travail ; accompagnement du changement

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.