



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des Soins**

*Promotion 2002*

---

**La réussite du changement lié  
aux restructurations internes : un  
enjeu pour le directeur des soins.**

---

**Marie Pierre CHEVAL**

**« En changeant ce qu'il connaît du monde,  
L'homme change le monde qu'il connaît,  
En changeant le monde dans lequel il vit  
L'homme se change lui-même. »**

Théodore Dobzhansky  
L'homme en évolution, 1961, p.391.

---

# Sommaire

---

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	1
<b><u>1- LE CONTEXTE HOSPITALIER ACTUEL : LA TURBULENCE</u></b> .....	4
<b><u>1.1 Notre constat</u></b> .....	5
<b><u>1.2 Les incidences du changement : opportunités et contraintes</u></b> .....	6
1.2.1 Les opportunités .....	7
1.2.2 Les contraintes .....	8
1.2.3 Les aides financières pour l'accompagnement social des opérations de modernisation. ....	10
<b><u>1.3 Les moyens du changement</u></b> .....	11
<b><u>1.4 Questionnement</u></b> .....	11
<b><u>1.5 Hypothèses</u></b> .....	12
<b><u>2- CADRE CONCEPTUEL : APPROCHE THÉORIQUE</u></b> .....	13
<b><u>2.1 L'approche sociologique : la sociologie des organisations</u></b> .....	13
2.1.1 Le modèle de la bureaucratie professionnelle : Henry MINTZBERG .....	14
2.1.2 L'analyse stratégique comme modèle pour comprendre l'organisation. ....	16
2.1.3 Les différents types de changements .....	18
2.1.4 Le changement selon la perspective de l'analyse stratégique : Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG .....	20
2.1.5 L'approche systémique comme clé de la réussite du changement .....	21
<b><u>2.2 La culture et l'identité</u></b> .....	22
2.2.1 L'identité .....	22
2.2.2 La culture .....	22
2.2.3 Identité au travail et culture d'entreprise .....	23
<b><u>3- LA PHASE EXPLORATOIRE</u></b> .....	26
<b><u>3.1 Présentation de la démarche</u></b> .....	26
3.1.1 Entretiens exploratoires .....	26
3.1.2 Choix des établissements .....	26
3.1.3 Le choix des acteurs .....	27
3.1.4 L'enquête .....	27
3.1.5 Les limites de l'étude .....	28
<b><u>3.2 Présentation des résultats</u></b> .....	29
3.2.1 Présentation des établissements étudiés .....	29
3.2.2 La population interrogée .....	31
3.2.3 Les réponses obtenues lors des entretiens : analyse descriptive .....	33

3.2.3.1	<i>L'information et la communication</i> .....	33
3.2.3.2	<i>Les moyens</i> .....	35
3.2.3.3	<i>Les freins et les éléments aidant</i> .....	42
3.2.3.4	<i>Les attentes envers les autres partenaires</i> .....	44
3.2.3.5	<i>Évaluation de la démarche en cours par les décideurs</i> .....	46
3.2.3.6	<i>Projection dans l'avenir : ressenti</i> .....	47
<b>3.3</b>	<b><u>Analyse théorique des données recueillies</u></b> .....	<b>49</b>
3.3.1	Notre interprétation.....	49
3.3.1.1	<i>L'accompagnement de la démarche est indispensable</i> .....	49
3.3.1.2	<i>Les partenaires du dispositif d'accompagnement et d'appropriation</i> .....	53
3.3.2	Les résultats confrontés à la théorie.....	58
3.3.2.1	<i>Les éléments en lien avec la sociologie des organisations</i> .....	58
3.3.2.2	<i>Les éléments en lien avec des données culturelles</i> .....	60
3.3.2.3	<i>Les éléments en lien avec le changement</i> .....	61
3.3.3	Vérification des hypothèses.....	62
3.3.3.1	<i>La nécessité d'un accompagnement du changement</i> .....	62
3.3.3.2	<i>La place capitale du directeur des soins et des cadres de proximité</i> .....	62
<b>4 -</b>	<b><u>PLAN D' ACTIONS</u></b> .....	<b>63</b>
<b>4.1</b>	<b><u>Les actions d'ordre général</u></b> .....	<b>64</b>
4.1.1	Donner du sens au changement.....	64
4.1.2	Mettre en place un plan de communication et d'information.....	64
4.1.3	Reconnaître chacun comme acteur et lui laisser une place.....	65
4.1.4	Créer des occasions de rencontre.....	66
4.1.5	Instaurer une politique institutionnelle incitant et favorisant la mobilité.....	66
4.1.6	Proposer et argumenter un plan de formation.....	67
<b>4.2</b>	<b><u>Les actions destinées aux acteurs de soins</u></b> .....	<b>67</b>
4.2.1	Les actions à mener au sein du service d'origine.....	67
4.2.2	Les actions à mener au sein de l'institution.....	67
4.2.3	Les actions qui prennent en compte les intérêts individuels et collectifs.....	68
<b>4.3</b>	<b><u>Les actions destinées plus particulièrement aux cadres de proximité</u></b> .....	<b>69</b>
4.3.1	Soutenir l'encadrement.....	70
4.3.2	Le mode de management.....	70
4.3.3	Donner les moyens d'action.....	70
<b>4.4</b>	<b><u>Les actions d'évaluation</u></b> .....	<b>71</b>
	<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	<b>72</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation.

**AS** : Aide Soignant(e).

**CA** : Conseil d'Administration.

**CASMO** : Cellule d'Accompagnement Social de Modernisation.

**CI** : Cadre Infirmier.

**CIP** : Commission Initiatives et Projets.

**CIS** : Cadre Infirmier Supérieur.

**CME** : Commission Médicale d'Établissement.

**COM** : Contrat d'Objectifs et de Moyens.

**CSSI** : Commission du Service de Soins Infirmiers.

**CTE** : Comité Technique d'Établissement.

**DARU** : Département d'Anesthésie, Réanimation, Urgences.

**DRH** : Directeur des Ressources Humaines.

**DS** : Directeur des Soins.

**DSI** : Direction des Soins Infirmiers.

**FASMO** : Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation.

**FEH** : Fonds pour l'Emploi Hospitalier.

**FFCI** : Faisant Fonction de Cadre Infirmier.

**FMES** : Fonds de Modernisation des Établissements de Santé.

**GPEC** : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

**IADE** : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État.

**IBODE** : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'État.

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État.

**PMSI** : Projet de Médicalisation du Système d'Information.

**SIH** : Syndicat Inter Hospitalier.

## INTRODUCTION

Comme toute entreprise l'hôpital réagit aux sollicitudes de son environnement en s'adaptant.

Il subit la pression conjuguée des évolutions économiques, sociologiques, sociales, architecturales, technologiques et politiques.

Pour assumer sa mission : répondre aux besoins de soins de la population, il doit évoluer et s'inscrire dans la dynamique de recomposition du tissu hospitalier ayant pour conséquence des restructurations d'établissements, parfois dans un contexte d'injonction.

Celles-ci entraînent des transformations qui induisent des bouleversements conséquents sur le plan organisationnel et humain, au sein d'un système complexe qu'est l'hôpital. Il n'est plus possible d'ignorer la nécessité de coordonner et de participer à la politique institutionnelle.

L'hôpital doit pouvoir proposer des modes d'organisation et de fonctionnement en recherchant l'implication et la participation des agents. L'objectif poursuivi est le soin au service du soigné. Le changement doit être pensé pour lui. Cependant, le changement provoque au sein de l'organisation des phénomènes de rejet et de l'insécurité pour les agents.

En effet, les changements consécutifs aux restructurations sont le plus souvent vécus comme « imposés » par le personnel hospitalier qui ne comprend pas les véritables finalités. Ils engendrent inquiétudes et sentiment de perte.

Car, conséquence directe des restructurations, la mobilité est imposée au personnel. Elle peut se traduire par un changement de service et ou de site, voire même une reconversion professionnelle.

L'inquiétude est réelle pour les individus. Les craintes portent sur la perte d'avantages matériels et des aspects valorisants du métier, la remise en question des relations avec les collègues et aussi sur l'organisation du temps de travail et la perte d'autonomie.

Les personnels, en cas d'affectation sur un autre site, craignent de ne pas retrouver « leur » place, redoutent un manque de connaissances et de compétences et acceptent difficilement les contraintes d'organisation de vie personnelle telles que les kilomètres supplémentaires à parcourir.

Ainsi, ces réorganisations se mettent en place difficilement. Les difficultés sont aussi liées à des problèmes de travaux, d'adaptation des personnels médicaux et non médicaux aux pratiques médicales, soignantes, hôtelières et organisationnelles et à des conditions d'exercice et de fonctionnement, différentes d'un site à l'autre.

Il s'agit d'un véritable bouleversement culturel, avec perte de repères, nécessitant la reconstruction d'une nouvelle identité institutionnelle, individuelle et collective.

Nommée dans un établissement en cours de restructuration, la réalisation d'un travail de recherche au cours de notre formation nous semble une opportunité pour nous questionner sur :

**« Comment anticiper et préparer les changements dans le cadre d'une restructuration hospitalière, pour accompagner les équipes et contribuer à la réussite de ce projet. »**

Nous avons choisi de centrer notre réflexion sur l'organisation hospitalière et les aspects humains dans les modifications de structure. Notre objectif est de comprendre les phénomènes de résistance au changement, afin de les limiter et de construire des pistes de réflexion pour accompagner les équipes dans la transition et tenter de réussir celle-ci.

Notre future fonction de DS (directeur des soins), nous place au cœur du problème. Membre de l'équipe de direction et responsable du service de soins, de l'accueil et des séjours, nous aurons pour mission de participer activement à ce projet de **restructuration interne** et de mettre en œuvre, avec l'équipe de direction une stratégie d'accompagnement.

**La stratégie** étant selon le Larousse (édition 1997) : « l'art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but. » C'est « l'ensemble des décisions prises en fonction d'hypothèses de comportement des personnes intéressées dans une conjoncture déterminée. »

**La réussite d'une restructuration représente un enjeu considérable** pour l'institution et les personnes. Et il va s'agir de diriger un ensemble de dispositions pour atteindre ce but.

Dès notre arrivée, notre mission devra intégrer un rôle d'accompagnement dans la mise en œuvre de ces changements.

Après avoir exposé le contexte hospitalier actuel et les difficultés que nous avons pu rencontrer au cours de notre exercice professionnel, nous chercherons à partir des concepts théoriques à comprendre le fonctionnement hospitalier, la résistance au changement, les capacités de projection et d'adaptation.

La sociologie des organisations, permettra d'enrichir notre réflexion à partir des concepts relatifs au changement, à la culture et l'identité professionnelle.

Nous confronterons les données recueillies aux réalités vécues et ressenties par les acteurs hospitaliers pendant et à l'approche des changements pour enrichir notre connaissance et notre compréhension du monde hospitalier à partir de l'écoute des hommes.

L'analyse d'expériences de terrain nous conduira à dégager des pistes de réflexions.

Nous proposerons, en quatrième partie, un plan d'actions à mettre en œuvre par le directeur des soins, pour le projet d'accompagnement des différents acteurs hospitaliers au changement.

## 1 - LE CONTEXTE HOSPITALIER ACTUEL : LA TURBULENCE

L'hôpital est en pleine mutation. Lieu d'hébergement à sa création, il est devenu un centre de soins hautement technique. Cette transformation est la conséquence des progrès importants dans le domaine des connaissances scientifiques et des technologies.

L'ensemble de ces progrès entraîne la modification et la diversification des modes de prises en charge des usagers. Le séjour à l'hôpital, de plus en plus court, n'est souvent qu'une étape dans le processus de soins. Il impose une coordination efficace des différents acteurs. Or, la segmentation actuelle des différentes disciplines médicales est inadaptée à cette prise en charge pluridisciplinaire des usagers. Elle engendre des difficultés de communication, entre les unités de soins, sources de dysfonctionnements, de redondance des actes de soins, préjudiciables pour l'utilisateur et des dépenses inutiles.

Simultanément à ces évolutions technologiques, le contexte de maîtrise des dépenses de santé, de rationalisation des moyens et de sécurité accrue a généré une importante recomposition du tissu hospitalier français, facilitée par différents dispositifs législatifs qui prévoient un travail en coopération entre structures qu'elles soient publiques ou privées.

Dans ce contexte, les hôpitaux ne peuvent plus faire l'économie d'une réflexion sur leur organisation interne et la coopération externe.

« Cette adaptation impose de profonds changements internes : changements d'organisation, de valeurs, de règles, de comportements, de site et de culture. Autant d'évolutions qui se heurtent, dans tous les cas, à des résistances sociales très fortes. Ces freins au changement sont, de surcroît, portés et renforcés, ici par les questions électorales, là par la population choquée à l'idée de devoir céder une partie de l'offre publique de soins... »<sup>1</sup>

Le centre hospitalier dans lequel nous allons être affectée, face aux enjeux économiques et aux obligations de sécurité, est en pleine restructuration interne pour adapter sa structure aux activités, aux modes de prise en charge et aux besoins des usagers. Les évolutions et les adaptations auxquelles il est confronté tant en interne qu'en externe l'obligent constamment à faire preuve d'initiative, de créativité et d'autonomie.

D'autre part, le comportement des agents change aussi. Ils deviennent acteurs dans leur service, dans l'institution et recherchent la cohérence dans les objectifs poursuivis et les projets réalisés. Les services forment des organisations autonomes prêtes à inventer et l'institution doit trouver les éléments qui permettent de coordonner ces spécificités. Car dans

---

<sup>1</sup> PEROYS C. Restructuration médicale et fusion d'établissements publics de santé. L'exemple des Hôpitaux du LÉMAN. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2001, p 21.

le cadre d'une organisation cloisonnée, qu'est l'institution hospitalière, la cohérence entre les projets est particulièrement difficile et ne peut s'appuyer que sur les orientations fondamentales connues par l'ensemble des acteurs.

## **1.1 NOTRE CONSTAT**

Lors de notre exercice professionnel récent, sur un poste de faisant fonction d'infirmière générale, nous avons été confrontée à la difficulté de prévoir et organiser avec l'équipe de direction et les médecins, un regroupement de l'activité chirurgicale dans le cadre d'une restructuration hospitalière.

Les deux hôpitaux, distants de trente kilomètres et de taille inégale, regroupés en SIH (syndicat inter hospitalier) depuis neuf ans, n'ont jamais réussi à travailler en collaboration ni en complémentarité. Le regroupement de l'activité chirurgicale et des urgences sur un seul site, avant la fin de l'année, a été pressenti pendant le printemps 2001.

Plusieurs facteurs motivaient ces fusions de services : l'optimisation des moyens, la démographie médicale et paramédicale et les difficultés de recrutements qui en découlent, les taux d'activité bas sur un des sites, la sécurité des patients.

Un travail d'anticipation a commencé au niveau de l'équipe de direction et de l'encadrement. Plusieurs hypothèses ont été étudiées mais nous manquions d'informations officielles ce qui limitait les prévisions d'organisation et la mise en œuvre d'actions d'accompagnement.

Comme pour toute restructuration, la décision était complexe pour l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) au regard des différents enjeux.

En septembre, la probabilité d'un transfert, dans un délai très rapide, de la seule activité chirurgicale, a incité l'équipe de direction, malgré l'absence d'informations officielles, à informer les personnels concernés par cette restructuration, de l'éventualité d'une fusion des services de chirurgie et des blocs opératoires des deux sites.

Pour l'institution, il s'agissait de prévoir l'organisation future en respectant autant que possible les choix des personnes.

Même si depuis plusieurs années, la direction des soins avait mis en place une organisation favorisant les rencontres des personnels des deux sites : groupes de travail, formations, CSSI (commission du service de soins infirmiers), réunions des cadres infirmiers communes, élaboration d'un projet de soins communs, les agents gardaient un fort sentiment d'appartenance à leur site respectif. D'autre part, malgré une collaboration entre les acteurs hospitaliers, il existait des cloisonnements importants entre les différents services. Pour de nombreuses personnes du site concerné par le transfert d'activité,

particulièrement les plus anciennes, il n'était pas envisageable d'aller travailler chez « l'ennemi.»<sup>2</sup>

Pendant cette période, un climat d'incertitude et de flottement a généré de nombreuses tensions au sein de la structure ainsi que du stress et de l'inquiétude pour les équipes. La confiance dans l'institution et l'équipe de direction était fortement ébranlée et nous avons pu noter une importante démotivation qui s'est traduite par :

- Une augmentation des jours d'absence pour maladie et accidents du travail,
- Un désinvestissement des groupes de travail,
- Des récriminations diverses et multiples,
- Des conflits avec les cadres,
- La présence de rumeurs contribuant à la dégradation du climat de travail,
- Le développement de manifestations collectives,
- Une augmentation du cloisonnement par intensification des identités de service,
- Le départ de certains agents.

Les personnels refusaient de se projeter tant que l'ARH ne confirmait pas la décision.

La décision officielle du transfert de toute l'activité chirurgicale sur un seul site a été prise le 1<sup>er</sup> décembre. Le transfert s'est effectué le 14 décembre, ne laissant que deux semaines au personnel pour se positionner au sein de la structure.

Pour les acteurs concernés, il fallait, en deux semaines faire le deuil de l'équipe, du service et éventuellement du site d'affectation, prévoir et réorganiser la vie personnelle en ce qui concerne les horaires, le mode de transport, la garde des enfants, se projeter dans l'avenir et faire un choix d'affectation, s'adapter à un nouveau poste.

La restructuration a été vécue de manière très négative. Elle a engendré chez les agents une tristesse intense, une dévalorisation professionnelle et personnelle et une résistance au changement. Ils exprimaient le sentiment d'être pris pour des pions et de ne pas être considérés. Le manque d'information, et le délai très court entre la décision et la mise en œuvre n'ont pas permis d'anticiper suffisamment les changements dont les incidences sont multiples.

## **1.2 LES INCIDENCES DU CHANGEMENT : opportunités et contraintes**

Les changements liés aux restructurations ont des incidences portant sur les organisations de travail et sur le personnel. Restructurations et mobilité sont associées, la mobilité permettant de répondre aux besoins des restructurations. Véritables ruptures et crises institutionnelles, elles entraînent une mobilité des hommes et des structures.

---

<sup>2</sup> Terme employé par les agents concernés.

Le dictionnaire Petit Larousse, définit **la mobilité** comme étant « la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer. » Être mobile c'est « être prêt à se déplacer. » Ceci rappelle la notion de volontariat.

La mobilité est un enjeu conséquent dans la gestion de l'organisation en situation de changement car « en plongeant l'individu dans la discontinuité, le mouvement provoque un déséquilibre, une rupture, voire l'anomie dans la configuration de l'environnement et des relations habituelles, et oblige à un rétablissement d'ordre psychologique à l'occasion de chaque mutation. »<sup>3</sup> Wladimir IAZYKOFF ajoute « l'interdépendance des facteurs subjectifs dans la motivation au mouvement et souligne le rôle de la compréhension du milieu et l'acquisition d'un statut d'acteur dans la réalisation du mouvement. »<sup>4</sup>

### **1.2.1 Les opportunités**

Cependant, la mobilité est un instrument d'évolution. Le mouvement est l'occasion d'entreprendre une réflexion sur les valeurs de la vie au travail et hors travail, et par lui, les personnes sont placées en position de recherche, en perspective de développement personnel et professionnel dont l'institution ne peut tirer que des bénéfices.

- Opportunité pour la direction d'améliorer les conditions d'accueil, de confort et de sécurité des patients.
- Opportunité pour le service infirmier, de recentrer les soins autour du patient et de développer la collaboration entre les soignants au sein des unités et en inter services.
- Opportunité pour les soignants d'améliorer leurs connaissances et développer de nouvelles compétences. Les mobilités constituent des facteurs d'évolution individuelle des agents et d'évolution collective des cultures de service en permettant la diffusion des modes d'organisation et des pratiques de soins.

Selon Wladimir IAZYKOFF, « Il est frappant de constater en effet que le bien fondé d'une mobilité est quasiment toujours justifié après coup ; même en cas de mobilité forcée. De plus, nombreuses sont les personnes qui associent d'une part leur sentiment d'être plus aptes à communiquer, à relativiser ou même à négocier après avoir connu l'expérience de la mobilité, et d'autre part leur capacité d'être acteurs et d'élaborer des projets plus réalistes. »<sup>5</sup>

Certes l'incertitude provoquée par le changement peut être un facteur de crainte pour l'avenir car elle renvoie à la perte des acquis dus à l'ancienneté locale, mais il faut

---

<sup>3</sup> IAZYKOFF W. Organisations et Mobilités. Pour une sociologie de l'entreprise en mouvements. Paris : L'Harmattan, 1993, p 115.

<sup>4</sup> Ibid. p 22.

<sup>5</sup> Ibid. p 115.

également considérer, que ces mouvements engendrent une stimulation positive par l'apport de connaissances et de comportements différents.

« La mobilité est ainsi l'occasion de redéfinir des stratégies individuelles, d'effectuer des choix et des projets tant professionnels que personnels, de découvrir et de faire jouer son pouvoir dans l'organisation. »<sup>6</sup>

Pour l'individu, la mobilité est généralement l'occasion d'enrichissements tant personnels que professionnels. Volontaire ou subie, elle est source de renouvellement, de progression. Elle favorise une ouverture d'esprit dans la nécessaire adaptation à ceux avec qui on travaille. A cet égard, la personne développe des facultés d'adaptation, découvre des potentialités, apprend à relativiser. Ce qui paraissait essentiel prend une valeur plus relative.

Toutefois, la mobilité est à organiser car « l'excès de mobilité peut conduire à l'instabilité, à la précarité des modèles culturels, au relâchement des liens de solidarité, à la désagrégation du modèle familial, voire à l'individualisme forcené. »<sup>7</sup>

### **1.2.2 Les contraintes**

La mobilité enfin s'intègre dans une organisation et une grande part de la mise en mouvement des individus dépend de l'entreprise. Il existe aussi une dynamique dans le mouvement : « La mobilité engendre la mobilité. »<sup>8</sup>

Cependant, lors des restructurations, faute de repères et en regard de l'incertitude ambiante, les personnes expriment souvent lassitude et démotivation. La perte de confiance envers les décideurs s'instaure, associée à un sentiment d'insécurité. Inertie et résistance au changement se développent. Seules les contraintes apparaissent.

D'autant que dans les politiques de gestion des ressources humaines et des organisations, nous n'observons que de timides incitations aux mouvements :

- Au niveau du statut de la fonction publique, les textes relatifs au personnel hospitalier encouragent peu la mobilité interne.
- Au niveau des institutions, la mobilité devient un impératif de gestion des ressources humaines. Elle est intégrée dans le discours mais cependant qu'exceptionnellement imposée. Elle reste le plus souvent au niveau de l'incitation, basée sur le volontariat. Nous observons cependant que les politiques d'établissement évoluent en développant la notion de mobilité.
- Au niveau des soignants, la mobilité est le plus souvent vécue comme une contrainte. Le sentiment d'appartenance à un site, à un service, à une équipe reste très prégnant.

---

<sup>6</sup> Ibid. p 135.

<sup>7</sup> Ibid. p 162.

<sup>8</sup> Ibid. p 111.

- Au niveau des services, l'organisation du travail cloisonné en unités fonctionnelles ne favorise pas les échanges entre équipes. D'autre part les cadres de proximité préfèrent une équipe stable et formée.

La contradiction est réelle entre l'impératif de mobilité du personnel induit par une restructuration et ce constat de stabilité au sein de la structure. Dans cette situation, la mobilité ne peut plus être abordée sous l'angle d'un mouvement volontaire. Elle doit être considérée comme une mobilité imposée qui va nécessiter une attention particulière en terme d'accompagnement du changement.

### **Selon les changements opérés, on peut identifier les impacts suivants :**

- Les fermetures de services vont modifier l'environnement de travail avec une rupture d'équilibre des équipes entraînant une **remise en cause identitaire individuelle et collective**. Le sentiment de perte d'un passé et de doute quant à la capacité d'adaptation à une nouvelle situation de travail, constitue un **véritable bouleversement**.
- Les fusions et regroupements d'activité vont nécessiter la construction de nouvelles organisations de travail, la constitution de nouvelles équipes avec des personnels de culture différentes, la remise en cause du sens donné au travail, imposant la mise en commun ou le partage de valeurs fédératrices.
- La réalisation d'opérations architecturales entraîne la conception de nouveaux espaces de travail.
- Les changements dans la prise en charge des usagers exigent une réorganisation du travail avec de nouveaux principes de gestion du personnel.

Avec une variété de changements, les restructurations sont des réponses d'adaptation qui amènent à la **mobilité** des hommes, des structures, des métiers. Une mobilité individuelle et collective, volontaire ou forcée, qui a des répercussions à la fois sur la vie personnelle et professionnelle. « Que les mobilités soient volontaires ou subies, individuelles ou collectives, il s'ensuit une mise en cause des projets personnels et professionnels déjà constitués. »<sup>9</sup>

### **Les conséquences sont multiples :**

- Sur l'individu et l'image de l'homme au travail, dans le sens où le travail est un lieu de réalisation de soi et en général une source importante de satisfaction. La restructuration modifie l'environnement de travail de l'individu et génère des inquiétudes quant à sa capacité d'adaptation, son obligation de changement de cadre de travail, son avenir

---

<sup>9</sup> Ibid. p 134.

professionnel et du stress. Ceci peut se traduire par des attitudes de refus, de déni, de révolte (processus de deuil), altérant la motivation au travail.

- Sur les emplois modifiés ou transformés. Il peut s'agir de redéploiements sur des postes équivalents mais aussi de changement de métiers nécessitant une reconversion.
- Sur l'organisation du travail au sein de la nouvelle structure.
- Sur l'individu dans son organisation de vie personnelle. Il peut s'agir de changement de services induisant des modifications des horaires et des cycles de travail ou de changement de site imposant un moyen de transport et une augmentation du temps de celui-ci.

Dans un contexte de restructuration qui pose le problème de la mobilité du personnel hospitalier et de l'emploi, le législateur a mis en place un dispositif législatif et réglementaire d'aides financières.

### **1.2.3 Les aides financières pour l'accompagnement social des opérations de modernisation.**

Le dispositif législatif et réglementaire d'aides financières pour l'accompagnement social est récent. Il prévoit, pour une durée limitée, sous conditions, des aides financières pour certains personnels et institutions, concernés par des restructurations.

C'est le protocole d'accord du 14 mars 2000 sur la modernisation sociale qui prévoit la création d'un FMES (fonds de modernisation des établissements de santé), en remplacement du FASMO (fonds d'accompagnement social pour la modernisation) créé en 1998, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale<sup>10</sup>.

Le FMES est destiné à financer la prise en charge d'aides favorisant la mobilité et l'adaptation des personnels, l'accompagnement social des opérations de modernisation des établissements publics de santé. Ce fonds s'ajoute au dispositif du FEH (fonds pour l'emploi hospitalier), pour la reprise de l'engagement de servir.

#### **Les aides financières concernent :**

- Les aides individuelles au personnel non médical réservées principalement aux personnels titulaires et stagiaires.  
Elles sont versées par la Caisse des Dépôts et Consignations soit directement aux intéressés, soit aux établissements qui avancent les frais avant de se faire rembourser.
- Les aides à l'embauche et à l'accompagnement des personnels pour les institutions.

---

<sup>10</sup> Loi 97-1164 du 19 décembre 1997, article 25.

### **Concrètement les aides sont de différents types :**

- Aide à la mobilité géographique : indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière<sup>11</sup>. Aides à l'embauche (indemnité différentielle, reprise de l'engagement de servir).
- Aide à la mobilité professionnelle : financement des actions de conversion professionnelle sans imputation sur le plan de formation de l'établissement.
- Les aides au départ : indemnité volontaire de départ de la fonction publique.
- Aide au financement d'une cellule d'accompagnement social de modernisation : CASMO. L'organisation d'une CASMO permet, par l'intervention de compétences extérieures à l'établissement, un accompagnement de chaque agent concerné dans la définition et la réalisation de son projet personnel.

### **1.3 LES MOYENS DU CHANGEMENT**

La fonction de directeur des soins se situe au cœur de cette situation complexe. Par sa position dans l'établissement, il a pour mission de participer à la démarche stratégique qui accompagne les restructurations hospitalières. Il doit **accompagner** les équipes et **donner du sens** au changement.

Tout cela va s'inscrire, au niveau collectif, dans un projet de soins. Au niveau individuel, ce sera le projet professionnel. Dans le projet il y a une notion d'identité forte. Très en lien avec la vie personnelle et le projet d'établissement, il a une dimension individuelle et collective. Le projet professionnel est un processus d'évolution. Ce n'est pas seulement un outil.

Le directeur des soins a un rôle d'accompagnement du changement par l'aide qu'il peut apporter à l'élaboration et à l'écriture du projet professionnel.

D'autres changements vont intervenir sur l'établissement où nous sommes nommée et au regard du constat fait lors de notre activité professionnelle antérieure et des difficultés énoncées précédemment, beaucoup de questions se posent.

### **1.4 QUESTIONNEMENT**

Le regroupement de certaines activités sur un seul site et l'optimisation du fonctionnement amenant des changements fondamentaux dans les services de soins, ce questionnement fait référence à des expériences professionnelles personnelles.

- Comment accompagner les équipes dans le cadre d'une restructuration hospitalière?
- Pourquoi et en quoi la responsable de la direction des soins contribue à ce projet ?

---

<sup>11</sup> Décret 2001-353 du 20 avril 2001.

- Quelle stratégie doit adopter l'équipe de direction et en particulier le DS ?
- Comment informer et rassurer les équipes ?
- Comment faciliter la mobilité ?
- Comment fédérer des acteurs aux logiques différentes ?
- Qu'attendent les acteurs des décideurs ?

La réussite d'une restructuration représentant un enjeu considérable pour l'institution et les personnes, il nous apparaît essentiel d'étudier :

**« Quelle stratégie peut utiliser le Directeur des Soins, avec l'équipe de direction, pour réussir les changements liés aux restructurations internes ? »**

Notre démarche va consister à relever les appréhensions des équipes, à identifier les causes éventuelles de résistance, pour anticiper et éviter le plus possible la peur de l'inconnu en donnant les moyens aux équipes d'affronter l'avenir avec sérénité et confiance.

Au cours du projet, il s'agira pour les personnels de **passer d'une situation de contrainte à une situation d'appropriation.**

Il convient donc **d'identifier les éléments** qui favorisent ou freinent le changement et de comprendre **l'impact de la stratégie sur les résultats.**

## **1.5 HYPOTHESES**

À partir de ce questionnaire, nous formulerons deux hypothèses.

- 1. Le changement ne se décrète pas ; il s'anticipe, se prépare, s'accompagne.**
- 2. Le directeur des soins et les cadres de proximité sont les éléments moteurs du nécessaire processus d'appropriation du changement imposé aux agents lors des restructurations internes.**

Pour pouvoir accompagner et aider les équipes dans la mise en œuvre du changement, il nous semble indispensable de comprendre le fonctionnement hospitalier, sur ce qu'il génère de comportement inconscient.

Nous-nous appuyerons sur les connaissances acquises à partir de la **sociologie des organisations** et sur les caractéristiques qui en résultent dans l'analyse de l'organisation hospitalière.

Nous enrichirons notre réflexion par une **approche théorique de concepts relatifs au changement, à la culture et l'identité professionnelle.**

Une enquête permettra de confronter nos hypothèses à la réalité du terrain, afin d'élaborer un plan d'action.

## **2 - CADRE CONCEPTUEL : APPROCHE THEORIQUE**

Dans notre monde professionnel et social, la confrontation au changement et la nécessité d'adaptation qui en découle est permanente : les techniques médicales évoluent, les modes de management se modifient, les organisations hospitalières subissent de grandes transformations.

Une approche théorique va nous permettre de mieux saisir ce phénomène et comprendre ses incidences sur l'individu et l'organisation.

### **2.1 L'APPROCHE SOCIOLOGIQUE : LA SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS**

La sociologie des organisations est l'étude des régularités qui régissent le fonctionnement d'ensemble humain organisé. Elle permet de comprendre les règles et la logique de fonctionnement de la vie collective dans l'entreprise et des formes de coopération auxquelles elle donne lieu. Son fondement repose sur le concept que l'individu est «un agent autonome, capable de calcul et de manipulation, qui s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires »<sup>12</sup>

L'entreprise est constituée d'un ensemble d'individus associés à la réalisation de sa production. Les résultats de cette dernière reposent sur les capacités des hommes à communiquer et collaborer.

Comme le décrit M. CREMADEZ, « l'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur la compétence des professionnels qui la composent »<sup>13</sup>

La sociologie des organisations, considère les hommes au travail, comme des êtres responsables de leurs choix, ces derniers n'étant pas seulement dictés par leurs personnalités mais aussi par ce qu'ils ont l'intention de faire de leur vie professionnelle ou personnelle.

Cette approche analyse l'organisation comme un système politique résultant du jeu des acteurs et fournit les cadres théoriques pour penser le changement.

---

<sup>12</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E. – L'Acteur et le système. Paris : Seuil, 1977, p. 38.

<sup>13</sup> CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. Cahiers de Gestions Hospitalières, mai 1987, n° 59, Gestions Hospitalières n° 266, pp. 285 à 306.

### 2.1.1 Le modèle de la bureaucratie professionnelle : Henry MINTZBERG

Nous empruntons à Henry MINTZBERG le modèle de la bureaucratie professionnelle pour appréhender les caractéristiques du fonctionnement hospitalier. Henry MINTZBERG identifie cinq éléments de base :

- **Le centre opérationnel** est responsable de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation. A l'hôpital le centre opérationnel revêt une grande portée. Ce sont les services qui se caractérisent par leur spécialisation, leur indépendance les uns par rapport aux autres, une légitimité professionnelle très forte où l'on observe des pratiques corporatistes (logique de métiers). Les unités de production s'organisent de façon indépendante pour réaliser les missions qui leur sont imparties (logique de services). Elles sont en relation directe avec l'environnement client.
- **Le sommet stratégique** est représenté par la fonction de direction. A l'hôpital, nous pouvons identifier le chef d'établissement, l'équipe de direction dont le directeur des soins et les tutelles : ARH, DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), etc. Le sommet stratégique est responsable de la performance de l'organisation et assure les relations avec l'environnement. A l'hôpital le directeur a une position complexe : il est nommé par le Ministre de la santé, responsable devant le conseil d'administration, mais n'a ni les possibilités, ni les compétences médicales requises, pour diriger directement les chefs des services médicaux qui sont eux aussi nommés par le Ministre. Ces caractéristiques peuvent être des freins dans la mise en œuvre d'actions institutionnelles comme l'élaboration du projet d'établissement.
- **La ligne hiérarchique** se situe entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. A l'hôpital, elle est faible car il y a peu de liens entre le sommet stratégique et les professionnels. Cette ligne est double : il existe une ligne hiérarchique entre la Direction et la logistique, les services administratifs, les soignants et une ligne fonctionnelle entre la Direction et les médecins. Cette dernière passe par une instance : la CME (commission médicale d'établissement). La majorité des professionnels du centre opérationnel est représentée dans l'équipe de direction par le DS (directeur des soins).
- **La logistique** comprend les fonctions de support qui permettent à l'organisation de fonctionner : services techniques, généraux, informatiques, cuisines. Elle est très développée à l'hôpital du fait des évolutions technologiques constantes et gérée par les membres de la technostucture. Elle est conditionnée par la logique médicale et des problèmes de coordination peuvent influencer sur la qualité du service rendu.

- **La technostructure** est l'ensemble des services qui ont pour vocation de définir l'organisation, les normes, règles, standards et de les contrôler. A l'hôpital les fonctions de standardisation des procédés de travail, des résultats, du suivi d'activités sont peu développées. Cependant le projet de médicalisation du système d'information est généralisé et les cellules d'analyse de gestion se multiplient.

Pour que l'entreprise fonctionne, la coordination des tâches ou activités est nécessaire.

H. MINTZBERG recense cinq mécanismes de coordination :

- L'ajustement mutuel : les opérateurs se mettent d'accord explicitement ou implicitement sur la manière d'effectuer le travail.
- La supervision directe : une personne est investie de la responsabilité du travail des autres. Elle donne des ordres et ses subordonnés rendent compte de leur exécution.
- La standardisation des procédés : on impose la manière d'effectuer le travail, la méthode à employer, le processus à suivre.
- La standardisation des résultats : ayant fourni aux acteurs une quantité déterminée de ressources, on exige un certain résultat, en leur laissant une certaine liberté du choix des moyens pour les atteindre.
- La standardisation des qualifications : on s'assure de la qualification de celui qui effectue le travail et on lui fait confiance sur la manière et les résultats.

En général, les organisations utilisent simultanément ces divers mécanismes, mais il n'est pas rare qu'elles en privilégient un, qui devient alors leur mode de coordination principal.

A l'hôpital, les mécanismes de coordination sont peu nombreux. Dans sa description de l'institution hospitalière, Henry MINTZBERG insiste sur les deux mécanismes qui assurent selon lui le fonctionnement de l'hôpital :

- L'ajustement mutuel entre individus. C'est la forme de communication la plus directe permettant aux membres des équipes, notamment soignantes, de se rencontrer et de se concerter. Nous pouvons en effet observer la place importante des communications orales et informelles.
- La standardisation des qualifications qui renvoie à la maîtrise que chacun possède de son rôle, lui permettant d'être à la fois autonome et complémentaire, opérationnel et responsable dans une équipe pluridisciplinaire, sans être soumis à une régulation extérieure à l'unité. Cette standardisation des qualifications (aides-soignants, infirmiers, médecins, etc.) favorise le regroupement des individus autour de classes, ce qui rend

difficile la mobilisation de l'ensemble des personnes autour des objectifs de l'organisation.

Lorsqu'il s'agit de faire évoluer l'organisation, ces deux mécanismes s'avèrent insuffisants. La recherche d'une meilleure coordination du travail entre les différents services, voire entre équipes au sein d'un même service est source de difficultés car les acteurs se trouvent démunis pour concevoir et réaliser un projet commun.

Au regard de ces éléments théoriques de compréhension de la structure hospitalière, nous pouvons nous demander comment des personnes s'inscriront dans une action collective de changement ?

Les concepts développés par M. CROZIER et E. FRIEDBERG, tels que ceux « d'acteur », de « stratégie », de « pouvoir », nous aideront à mieux comprendre.

### **2.1.2 L'analyse stratégique comme modèle pour comprendre l'organisation.**

L'analyse stratégique cherche à rendre compte de l'émergence de certains types de problèmes quotidiens dans les organisations. Comment se construisent les actions collectives à partir des comportements individuels ?

Pour en rendre compte, nous partirons de l'acteur, de ses stratégies, qui sont d'une part fonction du jeu des autres acteurs et d'autre part de ses ressources disponibles.

Cette capacité d'action repose sur quatre postulats :

1. « **L'organisation est un construit et non une réponse.** C'est un construit contingent, c'est à dire qu'il aurait pu ne pas être ou être tout à fait différent. En ce sens les acteurs ont bien conscience des contraintes auxquelles ils doivent faire face, mais ce sont eux qui vont construire sur le terrain l'organisation qui y répondra.
2. **L'acteur est relativement libre.** Certes il y a un cadre formel, des règles édictées ; il y a même des rôles attendus mais l'acteur n'est jamais complètement enfermé dans son rôle.
3. Le troisième postulat repose sur la **différence** toujours présente entre les **objectifs de l'organisation et ceux des individus.** Leurs intérêts ne se recouvrent jamais complètement.
4. Pour parvenir à ses fins, l'acteur calcule, mais le fait dans le cadre d'une **rationalité limitée.** Pour être rationnel, il faudrait que l'acteur ait toute l'information au départ, ce qui n'est jamais le cas. »<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS Y., LIVIAN F. Les nouvelles approches sociologiques des organisations. Paris : Seuil, 1996, p 26 et 27.

L'analyse stratégique propose « le pouvoir » comme élément central d'explication.

Le pouvoir est une capacité à orienter la conduite de l'autre, à l'influencer ou à la diriger. Ainsi défini, le pouvoir ne peut être que réciproque.

Le pouvoir survient autour des zones d'incertitudes. Ces incertitudes sont les failles dans les règles, les défaillances techniques, les pressions économiques, les changements d'individus, d'organisation ou les contraintes issues de l'environnement.

Ainsi, même si l'organisation est décrite, que les missions sont définies, les situations de travail engendrent des aléas, des zones d'incertitudes entre le prévu et l'imprévu, dans lesquels les acteurs peuvent exercer leur marge de liberté.

La notion de pouvoir ne peut se dissocier du concept de zones d'incertitudes et de ce fait ne s'appuie pas uniquement sur des références hiérarchiques.

En effet, tous les membres d'une organisation ne sont pas égaux pour maîtriser les incertitudes. Les sources de pouvoir sont diverses :

- **La possession d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle** difficilement remplaçable : l'expert est le seul qui dispose du savoir-faire, des connaissances et de l'expérience du contexte. Cette expertise lui permet de résoudre certains problèmes cruciaux pour l'organisation. Son intervention est indispensable à l'organisation, ainsi il pourra la négocier comme des avantages ou des privilèges.
- **La position hiérarchique**, dans la mesure où l'acteur est parti prenante dans plusieurs systèmes d'action en relations les uns avec les autres, il va utiliser les connaissances de plusieurs milieux pour agrandir son pouvoir.
- La qualité de son réseau **d'information et de communication** c'est à dire le contrôle par l'acteur de l'information : détention, transmission, rétention. A l'intérieur de l'organisation, se créent des réseaux de relation qui ne sont pas définis par les organigrammes.
- **La connaissance et l'utilisation des règles organisationnelles** internes ou de l'environnement, c'est à dire le contrôle des liaisons du système : moyens de manœuvre, définition et application des règles, contournement des règles.

Or l'hôpital, emploie un grand nombre de professionnels très compétents chacun dans leur domaine d'activité. La multiplicité des spécialisations des professionnels permet la maîtrise d'une zone d'incertitude cruciale pour le bon fonctionnement du système. Ces personnes acquièrent de ce fait un pouvoir réel dans l'organisation.

F GONNET confirme l'étendue de ce pouvoir lorsqu'elle écrit : « La réalité du pouvoir à l'hôpital met en évidence des pouvoirs nombreux et diversifiés liés au travail et à la contribution indispensable de certains groupes d'acteurs dans l'organisation. »<sup>15</sup>

Chacun exploite ainsi sa zone d'incertitude pour préserver une part d'autonomie et faire valoir ses enjeux. Lors des restructurations, les incertitudes sont nombreuses, surtout lors de la phase préparatoire. Or, plus la zone d'incertitude est étendue, plus grand est le pouvoir. Néanmoins, aucun individu, ni groupe ne peut exercer son pouvoir sans limite. Il existe un système de régulation.

Les changements bousculent le jeu des acteurs et nécessitent l'apprentissage de nouvelles règles. Ces périodes de transition sont de ce fait très déstabilisantes.

Ainsi, c'est par la négociation que chacun trouvera son intérêt. Car les relations à l'hôpital sont des relations de pouvoir où chacun cherche à maintenir et à élargir sa marge de liberté, à saisir les opportunités qui améliorent sa situation.

**La négociation** est une relation d'échange dans laquelle deux personnes au moins sont engagées. C'est une relation réciproque, déséquilibrée, un rapport de force où l'un peut retirer davantage que l'autre mais où aucun n'est totalement démuné face à l'autre.

Les stratégies d'acteurs ne sont évidemment pas parfaitement transparentes. Elles peuvent être plus ou moins visibles. L'analyse des attitudes et des comportements, l'observation et l'écoute des acteurs permettent de reconstituer leurs stratégies et de mettre à jour les relations de pouvoir : alliances, oppositions, relations de négociation.

C'est dans ce contexte qu'il faut envisager la notion de changement. Car une organisation se transforme pour s'adapter à l'évolution des hommes et de l'environnement, tant en interne qu'en externe.

### **2.1.3 Les différents types de changements**

Grégory BATESON, (École de Palo Alto), distingue deux niveaux de changements :

- Le changement de type 1, nommé homéostasie, prend place à l'intérieur du système qui lui-même reste inchangé. C'est celui qui permet au système de maintenir son équilibre.

---

<sup>15</sup> GONNET F. L'Hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail. Paris : Lamarre, 1992, p 222.

La modification s'opère simplement au niveau des éléments du système. Les changements relèvent d'une adaptation qui s'opère au fur et à mesure des situations à gérer ou d'un problème à résoudre en assurant la permanence du système.

- Le changement de type 2, nommé évolution modifie le système lui-même. Il se caractérise par le fait que le système se modifie lui-même ou est modifié. Il nécessite que les règles qui le régissent subissent des transformations. Profondément déstabilisant, il implique une modification des connaissances et des représentations car il a toujours la forme de changement de logique.

Les restructurations internes des établissements perturbent un fonctionnement hospitalier bien enraciné et peuvent être considérées comme un changement de type 2. Elles bouleversent l'équilibre fragile des rapports entre équipes soignantes, médecins, services logistiques et administratifs. C'est pourquoi la définition de nouvelles règles de fonctionnement est indispensable pour construire un nouvel équilibre car le pouvoir est temporairement remis en question.

Les restructurations sont vécues, pour la majorité des acteurs comme une contrainte imposée, or, les personnes acceptent mieux un changement lorsqu'elles participent à son élaboration.

Le changement étant l'apprentissage de nouvelles formes d'action collective, ne se décrète, ni ne s'impose d'en haut. Il suppose que les acteurs découvrent et acquièrent de nouvelles capacités. S'adapter ne suffit plus, il faut apprendre à construire le futur pour s'y préparer.

Le changement n'est pas possible sans crise qui créera les conditions d'un nouvel apprentissage collectif et l'élaboration de nouvelles règles.

Dans cette situation, « l'émotion est inévitable, nécessaire, il ne sert à rien de la nier, il faut la reconnaître, lui permettre de s'exprimer, l'accompagner, pour que le deuil puisse se faire... »<sup>16</sup> Différents comportements peuvent être observés.

### **Les différentes conduites rencontrées face au changement :**

- La résistance au changement liée à la non-anticipation de celui-ci.
- La recherche de statu quo, car l'habitude engendre un sentiment de sécurité et l'évolution déstabilise en ce sens qu'elle entraîne des modifications.
- Le renoncement à certains bénéfices.

---

<sup>16</sup> Groupe LAËNNEC. Accompagner les restructurations. Gestions Hospitalières, avril 1999, n° 385, p. 263.

### **Les principales causes de la résistance au changement sont :**

- Individuelles, liées à la personnalité de l'individu du fait de son anxiété due à la perte de points de repères.
- Structurelles : s'il n'y a pas eu assez de communication ou de concertation au départ. L'incertitude face à l'avenir, le manque d'information sur les enjeux, l'insuffisance des moyens pour mettre en œuvre les changements sont source de résistance. Le fonctionnement organisationnel trop bureaucratique, favorise le cloisonnement et peut bloquer les personnes.

#### **2.1.4 Le changement selon la perspective de l'analyse stratégique : Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG**

Le changement ne peut être accepté par l'acteur que si ce dernier pense qu'il a des chances de gagner quelque chose. Celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner.

D'autre part, le changement n'existe que si l'organisation le rend possible en permettant aux participants d'utiliser leur compétence et leur capacité.

Comme le soulignent M. CROZIER et E. FRIEDBERG : « Si donc il est si difficile de changer, c'est à dire d'élaborer ou d'inventer un jeu nouveau, c'est que les acteurs sont prisonniers des systèmes d'action...anciens en dehors desquels ils ne savent ni ne peuvent maintenir une capacité d'action suffisante. »<sup>17</sup>

L'individu accepte le changement lorsque les avantages et les intérêts lui apparaissent supérieurs aux inconvénients, mais l'objectivité et la subjectivité de cette appréciation dépendent :

- De la personnalité de l'individu,
- De sa capacité à rompre avec ses points de repères,
- De sa compréhension et de sa perception des enjeux du changement,
- De sa capacité à trouver de l'intérêt à changer.

Le changement s'accomplit donc dans l'échange. Il repose sur une communication réussie et le respect de l'autre.

Le personnel hospitalier, en tant qu'individu ou groupe d'individus, dans chaque service, développe son rôle d'acteur et structure son champ d'action. Ces acteurs entrent en interaction avec le système. Dans ce système ils orientent leur comportement de manière à garder une coopération mais aussi une position d'agents libres. Cette liberté s'inscrit dans

---

<sup>17</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Paris : Seuil, 1977, p 343.

les zones d'incertitudes offertes et dégagées par la présence de pouvoirs multiples. Il se crée ainsi des jeux de pouvoir.

### **2.1.5 L'approche systémique comme clé de la réussite du changement**

L'approche systémique est centrée sur les interactions du système plutôt que sur ses éléments isolés. Le système est considéré comme un ensemble d'éléments en interactions liés par un ensemble de relation. Ainsi toute modification d'un élément entraîne une modification de certains autres.

La démarche systémique situe les éléments, les individus dans leur contexte interactionnel et prend en considération les interdépendances et les rétroactions. Elle parcourt le futur en cherchant les étapes à atteindre à partir de l'analyse systémique du présent. Le passé est considéré comme un réservoir de ressources et d'apprentissages utiles.

Le passé, le présent et le futur sont envisagés de manière circulaire, interdépendants et évoluant conjointement. Lors de toute entrée d'information dans le système, il se produit un réaménagement des interactions entre les éléments. Le changement est le passage de ce système d'un état stable à un autre état stable.

Françoise KOURILSKY, s'appuyant sur le modèle systémique centré sur les interactions des constituants d'une organisation, affirme que le changement résulte d'une nouvelle façon d'envisager les situations problématiques.

«Provoquer un changement dans un système ne consiste pas à tenter d'éliminer ses dysfonctionnements mais plutôt à en déceler les fonctions utiles pour ensuite les exploiter comme moteur du changement»<sup>18</sup>

Dans cette optique, l'objectif est bien de considérer le passé comme un réservoir de ressources et d'apprentissages et d'utiliser le présent pour construire le futur. Il s'agit de rendre crédible le changement en lui donnant sens et cohérence.

Nous allons poursuivre notre réflexion par une approche centrée sur les notions de culture et d'identité pour permettre une lecture différente et complémentaire des comportements individuels et collectifs retrouvés en période de bouleversements.

---

<sup>18</sup> KOURILSKY F. La Communication. Levier du changement à l'hôpital. Soins Formation Pédagogie Encadrement, juillet./septembre. 1996, n° 19, p 17 et 18.

## 2.2 LA CULTURE ET L'IDENTITE

Vouloir penser les changements dans le cadre d'une restructuration, c'est tenter de comprendre ce qui influence la vision des hommes qui y travaillent et oriente la vie de l'entreprise.

### 2.2.1 L'identité

L'identité personnelle permet de se définir comme un acteur agissant, s'intégrant au monde mais aussi se différenciant et pouvant se singulariser avec le souci d'être unique. Elle se construit à travers les représentations sociales, culturelles et professionnelles.

Le concept d'identité est un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé. **L'identité professionnelle** est liée à l'identité personnelle.

### 2.2.2 La culture

« La culture est constituée d'éléments symboliques ou matériels cohérents qui caractérisent une société et influencent ses membres. »<sup>19</sup>

« La culture est aussi une variable externe parce qu'elle intervient dans un contexte qui est aussi culturel : c'est la culture nationale ou de tout autre niveau de contexte pertinent, comme le secteur d'activité ou les métiers. »<sup>20</sup>

« La culture aide à comprendre la collectivité. Elle considère que toute collectivité se crée un patrimoine de références qui sont à la fois le résultat de son expérience et la référence pour traiter les futures situations. Mettre en évidence la culture, c'est clarifier les logiques sous-jacentes au fonctionnement d'un groupe humain. »<sup>21</sup>

Travailler sur la culture revient à essayer de comprendre comment cela fonctionne et pourquoi cela fonctionne de cette façon. Il ne s'agit pas de juger mais de chercher à expliquer. Car avant de travailler dans l'institution hospitalière, les personnes ont modelé leur comportement au travers de leur vie familiale, de l'école, de leur vie sociale, dans leur environnement local ou régional.

Le travail en entreprise est aussi un lieu d'apprentissage culturel.

---

<sup>19</sup> MORIN J-M. Précis de Sociologie. Nathan, 1998, p 150.

<sup>20</sup> THEVENET M. La culture d'entreprise. Paris : Presses Universitaires de France, 1993. p 38.

<sup>21</sup> Ibid. p 13.

### 2.2.3 Identité au travail et culture d'entreprise

R. SAINSAULIEU, constate que l'organisation, l'entreprise est un lieu central de production de l'identité, un lieu d'apprentissage culturel. Dans l'entreprise, l'homme va acquérir de nouveaux savoirs et faire l'expérience quotidienne du rapport au pouvoir : « Sans être trop exclusif, et en acceptant tout l'acquis culturel auquel chacun à droit de part sa nationalité, sa langue, sa famille, son éducation, etc., nous pensons que l'expérience contemporaine du travail organisé est, de nos jours, l'occasion d'un façonnement supplémentaire de la culture de chacun »<sup>22</sup>.

Cette approche envisage **l'entreprise comme un lieu de socialisation**, d'expression d'appartenances identitaires et de reconnaissance sociale : « L'organisation est un groupe humain structuré par des valeurs propres. Les formes d'identité au travail déterminent des modes de conduite collective (fusion, négociation, règles...) et se cristallisent en modèles culturels ou « mondes sociaux. »<sup>23</sup>

**La culture d'entreprise peut donc se définir comme l'ensemble des valeurs, des croyances et des normes que le groupe a adopté pour résoudre ses problèmes d'intégration interne et d'adaptation à son environnement.** Le groupe n'est pas que la somme des individus mais une entité à part entière avec sa propre réalité.

Ayant étudié les **identités au travail**, R. SAINSAULIEU, a construit quatre modèles identitaires, quatre cultures de la relation au travail, quatre façons de se définir par rapport aux collègues, chefs, groupes, leaders :

- Le modèle de la fusion : relations nombreuses, intenses mais assez superficielles avec les collègues, avec une acceptation passive du chef.
- Le modèle de la négociation : surtout représentatif de l'attitude de professionnels et de cadres, avec une acceptation difficile du chef.
- Le modèle des affinités : caractéristique des personnes qui connaissent une évolution ou une mobilité professionnelle, où s'observent des relations avec un nombre limité de collègues.
- Le modèle du retrait : dans lequel le travail n'est pas un lieu d'investissement majeur.

---

<sup>22</sup> SAINSAULIEU R. L'identité au travail. Paris : Presses de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques, 1988, p 346.

<sup>23</sup> BERNOUX P. A quoi sert la sociologie des organisations ? Sciences Humaines, Hors Série, mars./avril. 1998, n° 20, p 14.

À partir d'une vaste enquête, il a aussi proposé une typologie qui comprend cinq catégories d'entreprise type :

- L'entreprise duale ; elle se caractérise par une division sociale du travail issue des modèles tayloriens, mais aussi par un mode de production en évolution dans une double recherche de productivité et de flexibilité. Les exemples types sont les entreprises du secteur tertiaire.
- L'entreprise bureaucratique ; il coexiste en son sein des univers sociaux plutôt différenciés et des sous cultures de travail. Ce type d'entreprise se retrouve au niveau du service public et des établissements hospitaliers.
- L'entreprise modernisée ; elle apparaît comme un univers intégré, tout autant par les normes culturelles que par les règles formelles. Elle se caractérise par l'existence de milieux corporatistes, organisés autour de la tradition et de rites du métier.
- L'entreprise en crise ; est un univers contrasté entre une modernité qui s'affiche et une tradition qui résiste. La période de mutation d'un monde ancien vers un avenir incertain engendre un affrontement plus ou moins larvé des groupes sociaux dans l'entreprise.
- L'entreprise communautaire ; elle conjugue la mobilisation individuelle et collective, la satisfaction au travail, l'attachement de tous au nom et à l'histoire et la performance économique. Ce modèle se retrouve essentiellement dans les PME.

Renaud SAINSAULIEU, lors d'une étude menée en 1991, montrait que les types de rapports que les individus entretiennent avec leur travail et leurs collègues étaient distribués en fonction du métier, du statut, du grade, la taille de l'entreprise. Pour lui, le modèle soignant se situe dans le « modèle professionnel » : des individus motivés par le contenu de leur travail, proches de leurs collègues et de leurs chefs, tout en étant intéressés par ce qu'ils font.

Une autre étude réalisée par un élève directeur<sup>24</sup> montre que l'attachement du personnel soignant n'est pas le même selon la fonction exercée :

- Pour les aides soignants et les agents des services hospitaliers, l'identité n'est pas constituée par le travail mais par l'intégration au sein d'une équipe.
- Pour les infirmières, l'identité est centrée sur le métier. (*plutôt changer de structure que de métier*)
- Pour les cadres, l'attachement se situe au niveau de l'hôpital. Le sentiment d'appartenance à une institution est plus fort que l'appartenance au corps professionnel.

---

<sup>24</sup> BOUDET P. Fédérer les énergies à l'hôpital. Culture et histoire d'entreprise. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 1996. p 17 à 25.

Tout en se déclarant d'abord infirmiers, ils revendiquent une identité cadre et expriment une vision de leur domaine d'activité plus large que celui du service de soins.

Ces deux études montrent que le personnel soignant, dans sa satisfaction au travail, attache une grande importance à la dimension relationnelle et à l'appartenance à un groupe. Ceci explique les difficultés rencontrées lors d'une mobilité.

**L'identité professionnelle est donc dépendante du contexte dans lequel elle se forme. L'organisation, les acteurs en présence, les enjeux et les intérêts constituent des éléments qui modèleront cette identité.**

De nombreux métiers sont apparus à l'hôpital, de ce fait, l'organisation hospitalière et ses personnels sont en permanence à la recherche d'un équilibre identitaire.

La culture de métier signifie que le métier recouvre un système culturel articulé autour de la valeur centrale du travail. L'identité du métier est centrée sur la qualification et le métier. La valeur travail reste une valeur économique, un moyen d'indépendance. Pour un grand nombre de personnes, le travail offre par le statut et la règle une valeur de sécurité importante. Pour d'autres qui disposent de pouvoirs plus importants, c'est l'intégration soumise ou critique au jeu formel du pouvoir hiérarchique qui est le principal moyen d'indépendance. Pour d'autres encore, c'est l'attachement aux personnes de l'entreprise qui confère protection et perspective d'évolution. L'esprit maison et l'intégration peuvent se mesurer par l'attachement aux collègues, aux relations d'identification aux chefs ainsi qu'au respect des règlements.

L'appartenance à l'organisation est donc source de valeur parce qu'on y trouve les moyens conjugués d'une socialisation et d'une indépendance.

Pour R. SAINSAULIEU, lors des changements de structure en entreprise, il n'est pas possible de passer directement d'une structure d'organisation à une autre. Il est préalablement nécessaire de faire évoluer les interactions et les rapports de pouvoir à l'intérieur de l'organisation. Ces nouveaux rapports de pouvoir vont ensuite s'inscrire dans de nouvelles identités culturelles. Ainsi, de nouveaux projets structurants pourront émerger.

Ces influences culturelles, multiples et variées, interfèrent inlassablement les unes sur les autres. Comprendre, reconnaître les éléments qui initient, induisent et produisent des comportements porteurs d'une culture de site ou de service, va nous permettre de mieux appréhender toute la complexité du changement lié aux restructurations et de prendre en compte ces éléments pour mieux préparer et accompagner les hommes.

## **3 - LA PHASE EXPLORATOIRE**

### **3.1 PRESENTATION DE LA DEMARCHE**

#### **3.1.1 Entretiens exploratoires**

Cinq entretiens exploratoires ont permis d'affiner le questionnement et de réduire le nombre de questions de trente cinq à treize.

Le questionnaire initial portait sur les situations passées, présentes et futures.<sup>25</sup>

Nous avons choisi d'exclure de notre étude, le vécu de la période de la fusion des établissements, celle ci étant réalisée depuis plusieurs années.

Après avoir mieux cerné notre questionnement, plutôt que de faire appel aux souvenirs de situations passées, nous avons préféré cibler notre recherche sur des situations en cours de changement afin de mieux percevoir la réalité et les difficultés rencontrées au quotidien pendant ces périodes de transition.

#### **3.1.2 Choix des établissements**

Pour confronter nos hypothèses à la réalité du terrain, nous avons choisi de mener notre enquête dans deux établissements possédant des caractéristiques relativement proches à celles de notre futur lieu d'exercice.

Nous avons donc sélectionné deux établissements d'une capacité de 500 à 1000 lits, situés dans un même département, en région de montagne. Constitués par deux sites ils ont chacun fusionné, il y a quelques années. Centre hospitalier intercommunal, chaque établissement mène actuellement des projets de restructuration interne.

Dans l'établissement N°1 constitué par les sites A et B, une fermeture de service est programmée avant fin 2002. Dans l'autre établissement N°2 constitué par les sites T et E, un projet de regroupement, sur un même site, des disciplines chirurgicales et du plateau technique (stérilisation, consultations externes, bloc opératoire, maternité) est prévu pour 2004.

---

<sup>25</sup> Questionnaire initial en annexe n°1.

### **3.1.3 Le choix des acteurs**

Nous avons choisi de rencontrer les personnels soignants et les cadres infirmiers des services touchés par des regroupements d'activité ou par une fermeture car notre projet d'action concerne ces personnels (soit 26 entretiens).

Pour l'équipe de direction, nous avons rencontré le directeur d'établissement et le directeur des soins pour étudier la stratégie utilisée et comprendre l'impact de cette stratégie sur les résultats. Dans l'établissement N°2, nous avons aussi rencontré un cadre infirmier supérieur chargé des projets des plateaux techniques et de la restructuration, (soit 5 entretiens).

### **3.1.4 L'enquête**

#### **Méthodologie utilisée**

L'expression des personnes a été recueillie au cours d'interviews individuelles.

L'entretien semi-directif a permis de tenir compte de la singularité de l'individu et de la situation. Nous avons choisi ce mode d'enquête pour recueillir des données aussi riches que possible. Nous n'avons pas enregistré les entretiens et avons pris soins de relever le plus fidèlement possible les propos recueillis.

Seules les personnes volontaires ont été interrogées.

En préalable, l'anonymat et l'exploitation des informations recueillies dans le seul cadre de la recherche ont fait l'objet d'une garantie.

Ces conditions précisées, les personnes rencontrées se sont facilement exprimées sur leur situation.

La durée moyenne des entretiens a été de 1 heure.

Chaque entretien s'est réalisé dans une pièce indépendante du service, le plus souvent un bureau.

Un guide d'entretien a servi de fil conducteur à nos rencontres.

Notre recherche s'est orientée vers ce que les personnes concernées par le projet de regroupement ou de fermeture de services, savent, pensent, comprennent, croient, attendent, redoutent, espèrent afin de repérer les éléments nécessaires à l'appropriation du changement.

**La trame des entretiens** a été construite autour de quatre thèmes ayant chacun un objectif spécifique :

- L'information et la communication autour des changements à venir, afin de situer l'état de connaissance et de compréhension des projets en cours.
- Les moyens mis en œuvre ou prévus, pour repérer les aides mises en place pour accompagner le changement et les freins.
- Les attentes des différents acteurs, pour identifier les besoins d'accompagnement et voir si la stratégie utilisée est adaptée.
- La projection dans l'avenir, pour constater l'état d'appropriation et déterminer comment sont perçus et ressentis les éléments du changement.

Le guide d'entretien pour les personnes soignantes est constitué de treize questions.<sup>26</sup>

Pour les décideurs, la grille d'entretien a été adaptée et le questionnaire plus informel a porté sur les quatre thèmes suivants :

- Stratégie mise en œuvre pour l'information et la communication,
- Les autres moyens mis en place pour accompagner le changement,
- Les attentes envers les différents partenaires,
- L'évaluation de la démarche en cours.

### **3.1.5 Les limites de l'étude**

L'hétérogénéité des situations limite l'analyse comparative des données. Cependant le recueil de données dans plusieurs services et établissements, au contexte différent, a permis d'enrichir le contenu de notre étude.

Dans l'établissement N° 1, notre recherche s'est portée sur le seul service qui allait fermer ses lits avant fin 2002.

Dans l'établissement N° 2, nous avons choisi de ne faire porter notre étude que sur le regroupement de l'activité chirurgicale, tant au niveau de l'hospitalisation que du bloc opératoire. Au regard du temps imparti pour ce travail de recherche, nous avons exclu les autres regroupements prévus.

Pour enrichir notre étude, nous souhaitions rencontrer les médecins chef de service des unités concernées par les restructurations internes. Ces derniers n'ont pas souhaité s'exprimer sur le processus d'accompagnement du changement. Leurs arguments portaient sur le manque de temps et sur le fait que les décisions étant prises, l'accompagnement des équipes relève désormais de la direction des soins et du cadre infirmier.

---

<sup>26</sup> Guide d'entretien en annexe n°2.

Nous avons choisi de ne faire qu'une analyse qualitative car notre questionnement porte essentiellement sur le vécu et le ressenti des personnes par rapport au changement.

## **3.2 PRESENTATION DES RESULTATS**

### **3.2.1 Présentation des établissements étudiés**

#### **L'établissement N°1 constitué par les sites A et B**

Hôpital intercommunal, l'institution se compose de deux sites, distants de 20 kilomètres, fusionnés depuis 1994. Sa configuration va changer, la construction d'un hôpital neuf, sur site unique, étant prévue aux environs de 2010.

À ce jour, l'établissement compte 620 lits dont 250 réservés aux trois maisons de retraite. Il couvre une population de près de 200 000 habitants et son activité ne cesse de croître.

L'effectif est composé de 1130 professionnels dont 470 équivalents temps plein paramédicaux.

Suite à la fusion des deux anciens hôpitaux généraux, des activités de même nature existent sur les deux sites. Des raisons économiques et de sécurité imposent le rassemblement de ces activités sur un seul site. Lors des années passées, plusieurs regroupements se sont déjà réalisés.

Le service où nous avons mené notre enquête est un service, de 4 lits, nommé « service de soins continus. »

Son fonctionnement, jour et nuit confondu, nécessite la présence de six infirmières et d'une aide soignante. Un cadre de santé manage l'unité en plus d'une autre unité de chirurgie située dans le prolongement du même couloir.

Le service accueille des patients nécessitant des soins lourds et continus. Les pathologies traitées sont très diverses, tant médicales que chirurgicales et relèvent des soins intensifs.

Les locaux sont exigus et inadaptés à ce type de prise en charge. Un seul point d'eau sur l'unité rend les mesures d'hygiène difficilement applicables.

Un problème de gardes médicales des anesthésistes se pose. Le bloc opératoire du site étant fermé la nuit depuis plusieurs mois, la double garde devient trop contraignante vu le nombre de lits de l'unité et la baisse d'activité observée.

Depuis un peu plus d'une année, le devenir de ce service est incertain. Plusieurs hypothèses de transformations ont été évoquées mais aucune n'a été retenue.

L'annonce officielle de la fermeture du service, sans transformation de lits, avant fin 2002, a été annoncée au personnel au moment de l'enquête, le 02 mai dernier. Cette réunion d'information animée par le directeur, le directeur des soins, le directeur des ressources humaines, a rassemblé l'ensemble de l'équipe et le chef de service.

### **L'établissement N°2 constitué par les sites T et E**

Hôpital intercommunal, l'institution se compose de deux sites, distants de 12 kilomètres, fusionnés depuis 1998.

L'activité, en constante augmentation, se répartie pour un tiers dans le plus petit des sites, les deux autres tiers se réalisant dans le plus grand.

La capacité d'accueil permanente est de 817 lits dont 320 sont réservés aux personnes âgées.

L'effectif est composé de 1500 professionnels dont 800 équivalents temps plein paramédicaux.

*Le projet d'établissement intitulé « La force de la cohérence » est issue d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation de la prise en charge des malades. L'objectif est de dépasser les clivages hospitaliers traditionnels et ceux issus d'oppositions locales historiques. Les thèmes de travail retenus, repris dans le contrat d'objectifs et de moyens, signé en 1999, visent à la création d'un établissement moderne, innovant et réactif, adapté tant aux exigences de sécurité et de technicité qu'aux évolutions des « consommateurs de santé »<sup>27</sup>.*

L'annonce officielle de la fusion des établissements, a été faite lors d'une réunion, ouverte à tous les employés des deux sites, par l'équipe de direction, les présidents de CME, les maires des deux villes et des représentants des instances. Le message transmis, destiné à rassurer les personnels, précisait que malgré les restructurations internes à venir les deux sites resteront ouverts, que la mobilité entre les sites se fera sur la base du volontariat et qu'il n'y aura pas de licenciement.

---

<sup>27</sup> En italique : extrait du projet d'établissement.

Les deux sites étant deux anciens hôpitaux généraux, des activités de même nature existent actuellement sur les deux sites. Les mises aux normes imposées par voie réglementaire de certains secteurs tels l'anesthésie, la maternité, la stérilisation s'avèrent problématiques et coûteuses. De plus l'organisation sur les deux sites engendre forcément des surcoûts notamment pour les transports des malades.

Un regroupement de ces activités relevant du plateau technique sur un seul site s'impose pour permettre leur pérennisation.

La construction d'un nouveau plateau technique est en cours. L'ensemble des travaux devrait se terminer fin 2004.

D'autre part, les unités d'hospitalisation sont de taille réduite puisqu'elles regroupent en moyenne une vingtaine de lits. Ceci ne facilite pas le partage des compétences médicales sur un même lieu et génère de nombreux déplacements, tant pour les malades que pour les médecins. Cette organisation en petites unités est consommatrice de personnel paramédical et une optimisation des moyens existants est recherchée. Elle permettra un recentrage de l'organisation des soins sur le patient et un dégagement de possibilités nouvelles d'actions destinées à faciliter le travail du personnel (pools de remplacement, organisation des soins en départements....)

Actuellement il existe un service de 22 lits pour accueillir la chirurgie viscérale et gynécologique sur le site T, et un service de chirurgie de 20 lits accueillant la gynécologie, l'oto-rhino-laryngologie et l'urologie sur le site E.

Le regroupement de toute l'activité chirurgicale sur un même site est acté depuis 1999 et doit se réaliser en 2003 pour la mise en route du nouveau plateau technique et en 2004 pour les services d'hospitalisation de chirurgie.

Le projet prévoit la transformation de 20 lits de chirurgie d'hospitalisation complète en lits d'hospitalisation de jour ou de semaine et le regroupement de toute l'hospitalisation chirurgicale à temps plein, hormis l'orthopédie, sur un même étage du site T.

### **3.2.2 La population interrogée**

Trente et un entretiens répartis comme sur le tableau ci-après, ont été réalisés.

La lecture du tableau fait apparaître une stabilité du personnel dans les établissements. La mobilité interne est réduite surtout dans l'établissement n°2 et souvent secondaire à une formation qualifiante.

ÉTABLISSEMENT N° 1						
Site actuel	Service d'affectation actuel	Fonction	Ancienne té dans institution	Sur ce poste depuis	Expérie nce de mobilité	Incidence du changement
A + B	direction	D	4 ans	4 ans	externe	Définir la stratégie pour accompagner le changement
A + B	direction	DSI	5 ans	5 ans	externe	
B	Ss continus	CI	15 ans	15 ans	externe	Reste sur site
B	Ss continus	IDE	14 ans	4 ans	externe	Changement service. Et site ?
B	Ss continus	IDE	4 ans	4 ans	non	Changement service Et site ?
B	Ss continus	IDE	4 ans	2 ans	interne	Changement service Et site ?
B	Ss continus	IDE	15 ans	5 ans	interne	Changement service Et site ?
B	Ss continus	IDE	20 ans	6 ans	interne	Changement service Et site ?
B	Ss continus	AS	34 ans	15 ans	interne	Prévoit de prendre sa retraite
ÉTABLISSEMENT N° 2						
T + E	direction	D	9 ans	5ans	int+ext	Définir la stratégie pour accompagner le changement
T + E	direction	DSI	5 ans	5 ans	externe	
T + E	direction soins	CIS	15 ans	5 ans	externe	
T	Chirurgie	CI	24 ans	17 ans	non	Reste sur site et service
T	Chirurgie	IDE	23 ans	23 ans	non	Reste sur site, changement service ?
T	Chirurgie	IDE	17 ans	17 ans	non	Reste sur site, changement service ?
T	Chirurgie	AS	12 ans	12 ans	non	Reste sur site, changement service ?
E	Chirurgie	CI	12 ans	2 ans	interne	Changement de site
E	Chirurgie	IDE	22 ans	7 ans	interne	Changement de site ? de service ?
E	Chirurgie	IDE	10 ans	10 ans	non	Changement de site et/ou service?
E	Chirurgie	AS	32 ans	28 ans	interne	Changement de site et/ou service?
T	Bloc opératoire	CI	10 ans	2 ans	interne	Reste sur site et service
T	Bloc opératoire	IBODE	23 ans	23 ans	non	Reste sur site et service
T	Bloc opératoire	AS	30 ans	2 ans	interne	Reste sur site, changement service ?
T	Bloc opératoire	AS	19 ans	12 ans	interne	Reste sur site, changement service ?
T	Bloc opératoire	CI IADE	21 ans	21 ans	externe	Reste sur site et service
T	Bloc opératoire	IADE	24 ans	24 ans	non	Reste sur site et service
E	Bloc opératoire	FFCI	20 ans	1 an	interne	Changement de site et service
E	Bloc opératoire	IDE	1 an	1 an	non	Changement de site et/ou service?
E	Bloc opératoire	AS	29 ans	6 ans	interne	Changement de site et/ou service?
E	Bloc opératoire	CI IADE	22 ans	10 ans	interne	Changement de site
E	Bloc opératoire	IADE	8 ans	8 ans	non	Changement de site

### **3.2.3 Les réponses obtenues lors des entretiens : analyse descriptive**

#### **3.2.3.1 L'information et la communication**

##### **L'établissement N°1**

###### **Le directeur :**

*« Les personnes de l'équipe s'attendaient à la nouvelle. Trois fois par an, je fais des réunions d'information destinées à l'ensemble des personnels des deux sites. Lors de ces réunions nous abordons les thèmes concernant l'état d'avancement des projets en cours, les incertitudes ou questionnements et les projets à venir.*

*Il est important, lors des réunions d'information, d'insister sur les enjeux car les personnels doivent comprendre les raisons qui ont motivé la décision. C'est à ce prix qu'ils pourront se sentir partie prenante des évènements. La communication, on en fait jamais assez. »*

###### **Le directeur des soins :**

*« Il est important d'être claire sur ce que l'on veut transmettre. Il faut éviter de porter un jugement sur « l'avant. » Il faut une information vérité car le personnel attend la vérité. En les ménageant trop, ils considèrent notre retenue comme une trahison. »*

###### **Le personnel et le cadre infirmier :**

L'information officielle a été donnée par le directeur, la DRH et la DS, lors d'une réunion réunissant l'ensemble de l'équipe, le cadre infirmier et le chef de service.

Les personnes estiment avoir été bien informées lors de cette réunion :

*« C'était important que la direction nous transmette la décision. On a pu poser des questions et avoir des réponses. »*

Cependant, l'ensemble de l'équipe pense que l'information arrive trop tard :

*« Radio couloir va plus vite que l'information officielle et l'incertitude est insupportable. Si on le sait, ça permet de recréer quelque chose et de ne pas subir. »*

*« J'aurais aimé que la direction nous donne des informations plutôt même au conditionnel. Avoir l'information, ça permet de commencer à faire le deuil »*

*« Il y a beaucoup de bruits de couloir et les autres savent toujours avant nous. »*

*« J'ai l'impression qu'on nous prend pour des idiots ou des pions comme si on était incapable de comprendre. »*

Les raisons de la fermeture du service sont désormais bien comprises. Trois explications sont mises en avant pour justifier la fermeture du service sur le site B : la baisse

d'activité qui ne justifie plus de tels moyens humains et matériels (raisons économiques), l'évolution de la réglementation (raisons de sécurité), la concentration des moyens (optimisation).

Néanmoins, les personnels auraient souhaité être informés plutôt de ces raisons et des risques de fermeture du service. Ils ne comprennent pas pourquoi on les a laissé espérer et ressentent cela comme une incapacité à comprendre, une trahison :

*« J'ai l'impression de me faire rouler, que ce n'est pas franc et que ça fait longtemps que la décision était prise. »*

*« On nous a laissé croire et espérer que le service n'allait pas fermer mais se transformer. Ça change tout. »*

*« Avant cette décision, plusieurs hypothèses de transformation du service ont été évoquées. Ça voulait dire qu'il n'y avait pas de fermeture du service et donc pas de changement de site. »*

*« Même si on le craint, l'idée de la fermeture est systématiquement rejetée, on espère toujours une transformation. Quand l'information tombe, on est devant le fait accompli, il est trop tard. »*

Le manque d'information, concernant la date précise de la fermeture, est vécu comme une difficulté supplémentaire :

*« J'ai besoin de connaître la date pour me préparer dans ma tête et aussi pour m'organiser dans ma vie personnelle. »*

## **L'établissement N°2**

### **Le directeur :**

*« L'information et la communication sont essentielles cependant, la direction ne maîtrise pas tout et il faut être prudent sur les informations transmises.*

*Le plan de communication utilise des moyens multiples pour que chaque personne puisse avoir les informations complètes et régulières. Ces moyens sont :*

*Le journal interne « arc-en-ciel », la lettre du directeur qui paraît une fois par mois, les grandes réunions d'informations, une fois par an, ouvertes à tous les personnels, l'affichage des plans des futurs locaux dans le couloir du self, les réunions décentralisées des cadres.*

*Les nouveaux agents sont informés lors de l'entretien d'embauche, par le directeur des soins. »*

### **Le directeur des soins :**

*« La stratégie de communication revêt une importance capitale. Il est aussi indispensable que l'ensemble de l'équipe de direction veille à tenir le même discours tout au long de la*

démarche. C'est ce qui permet de rester cohérent et crédible. En plus des réunions programmées, nous intervenons dans les services à la demande des cadres infirmiers. »

### **Les cadres infirmiers :**

« J'aimerais tout savoir tout de suite mais il y a encore beaucoup d'inconnues. Le flou est entretenu par les médecins qui donnent des informations parfois contradictoires sur la future organisation. »

« Le personnel doute et pense que je ne leur dis pas tout. Je suis en difficulté pour apporter des réponses précises aux personnes de l'équipe. »

### **Le personnel**

Dans l'ensemble, le personnel estime avoir assez d'information, cependant l'information régulière et répétée par la direction est souhaitée :

« Il est parfois difficile de se retrouver car le « bouche à oreille » va plus vite que l'information officielle. À certaines périodes les informations sont contradictoires. Dans ce cas, je questionne le surveillant. Nous avons aussi demandé à la direction de nous faire une réunion d'information dans le service. C'est mieux que les « grandes messes » car je connais l'équipe et j'ose poser des questions. »

« J'ai appris beaucoup d'information lors des travaux faits dans le groupe de travail sous commission du bloc opératoire dont je fais partie. »

Les agents ont besoin d'être rassurés régulièrement :

« Lors des réunions d'informations, il y a toujours des questions sur le risque d'un changement d'affectation et de fermeture de l'hôpital. Chaque fois le directeur précise qu'il n'y aura pas de licenciement et qu'un changement de site ne se fait que sur la base du volontariat. Ça soulage de l'entendre dire à chaque fois. »

Si l'information n'est pas complète les réponses n'étant pas encore connues, les personnes doutent de la sincérité des éléments :

« Les informations arrivent progressivement même si elles sont connues. J'ai l'impression qu'on nous cache quelque chose, qu'on ne nous dit pas tout. »

### **3.2.3.2 Les moyens**

#### **L'établissement N°1**

#### **Le directeur :**

« Le cadre infirmier a une fonction primordiale lors des restructurations internes du fait de sa connaissance du service.

*Le DS, est la personne qui donne le sens aux acteurs, tant au niveau de l'équipe de direction que pour les équipes. C'est aussi elle qui écoute, oriente, propose les postes et essaie au maximum de satisfaire les agents. »*

### **Le directeur des soins :**

- *« J'ai recueilli l'expression des souhaits lors d'un entretien individuel avec chaque agent concerné par la fermeture du service sachant que le changement de site est basé sur le volontariat. L'objectif est de redéployer les personnels en donnant au maximum satisfaction aux agents par rapport à leur demande tout en renforçant les équipes en difficultés. Trois choix d'affectation étant proposés par ordre de priorité, par les agents, un deuxième entretien va permettre d'affiner le projet de chacun et de prévoir les affectations. »*
- *« Pour la mise en œuvre, je dois réellement m'appuyer sur le CI du service et je travaille en étroite collaboration avec le DRH. »*
- *« Concernant les cadres infirmiers, une formation au management a eu lieu juste après la fusion des deux établissements. Elle s'avère très utile depuis, mais je conseillerais de la faire avant toute fusion. Il faut aussi aider le cadre infirmier qui est le relais auprès des équipes. Il doit faire travailler les agents sur les pertes, ce qui existait et ne sera plus. Les agents doivent travailler sur les peurs ce qui nécessite un gros travail d'écoute. Il faut aussi renvoyer du positif à l'agent, en montrant tout le chemin déjà parcouru. L'accompagnement doit être individualisé, ce qui implique plusieurs entretiens avec chaque agent. »*
- *« Le changement se prépare aussi au quotidien par les groupes de travail CI, soignants des différentes unités qui ensemble harmonisent les pratiques, en particulier tout ce qui concerne les transmissions ciblées, le dossier de soins, l'hygiène, les soins palliatifs. »*

### **Le cadre infirmier :**

- *« Les personnes ont besoin d'exprimer leurs souhaits, leurs craintes. Dans de tels moments, le travail est difficile, il faut beaucoup de disponibilité. J'ai recueilli les souhaits, aidé à formuler le projet professionnel et informer sur les postes vacants. Ma mission est d'aider l'agent en lui permettant chaque fois que c'est possible d'aller dans d'autres services pour voir le fonctionnement et l'organisation afin de conforter ses choix. Je considère que je suis le porte-parole de l'équipe auprès de la direction et des médecins. »*

### **Le personnel**

- Les principales sources d'inquiétude pour le personnel sont l'affectation future, les connaissances et les compétences :
- « Le cadre infirmier est une ressource. Elle m'a informée, écoutée, soutenue. Je doutais de mes capacités pour travailler dans certains services et elle m'a aidée à faire le point. Ça m'a*

*permis de préparer mon rendez-vous avec le DS et le DRH pour mon projet professionnel et d'exprimer mes souhaits d'affectation. »*

➤ La crainte de ne pas faire le bon choix d'affectation est très présente :

*« J'avais très peur de me tromper en choisissant mon poste. Ça m'a rassurée quand le DS m'a dit que si ça n'allait pas, l'affectation restait révisable. »*

*« J'apprécie d'avoir une affectation qui pourra être revue si ça ne va pas. »*

*« J'aurais aimé connaître les postes disponibles pour avoir le temps de réfléchir avant l'entretien avec le DS et le DRH. »*

*« J'apprécie d'avoir une priorité pour choisir mon futur poste. J'avais peur qu'on nous fasse boucher les trous. »*

➤ Un soutien psychologique peut représenter une aide :

*« J'aurais aimé un soutien psychologique par une personne extérieure à l'établissement. Ça éviterait de remettre « des poids dans le sac à dos » et puis ça pourrait nous aider à toucher du doigt des ressources que nous possédons et que nous ne voyons plus. »*

➤ Le changement représente pour certains une opportunité pour améliorer connaissances et compétences :

*« Quand j'ai appris la fermeture du service, j'étais très inquiète pour l'avenir. Finalement lors des entretiens avec le cadre et le directeur des soins, j'ai pu faire mon bilan professionnel et exprimer mes souhaits. Aujourd'hui, j'appréhende un peu le changement mais je suis contente car finalement la fermeture du service est une opportunité pour que je me forme et que je découvre autre chose. »*

## **L'établissement N°2**

### **Le directeur :**

*« La direction s'est donnée les moyens de rendre le changement opérationnel et de le réussir par :*

- *La création en 1999 d'un poste de CIS chargée des projets des plateaux techniques et restructuration (courroie de transmission et coordonnateur).*
- *La mise en œuvre d'un plan de communication et d'information très important.*
- *Une grande concertation des professionnels de terrain (utilisateurs). Le CIS anime plusieurs groupes de travail nommés « sous commissions. » Un très grand nombre de personnes travaillent sur ces projets dans le cadre des groupes de travail. C'est une volonté affichée de la direction que de vouloir faire participer le plus grand nombre d'acteurs de terrain pour que chacun s'approprie les projets et puisse se projeter dans le futur. »*

- *La création d'une Commission Initiatives et Projets (CIP). La CIP doit répondre au double but spécifié dans le projet d'établissement qui précise : « les années qui viennent constituent un projet exigeant mais intéressant. Quelle que soit la place que l'on tienne dans l'institution, ce projet ne pourra se réaliser sans la créativité, l'intérêt, la critique constructive des équipes. Dans le même temps, les efforts de chacun doivent être coordonnés, structurés, rapportés à l'effort de l'ensemble de l'institution. »*

La CIP est composée de deux représentants de la CME, dont le président, de deux représentants du personnel non médical, de deux représentants de la direction, dont le directeur. La CIP examine tout projet individuel et collectif, assure la cohérence des projets avec les objectifs poursuivis par l'institution et pour tout projet retenu, assure le plan d'action, la mise en œuvre et l'évaluation.

- *Un plan de formation prévoyant les adaptations à l'emploi et des compléments de formation du type gestion du stress, formation au changement.*
- *Des réunions de cadres décentralisées, tous les deux mois pour informer l'ensemble de l'encadrement des deux sites.*

Lors de ces réunions, les cadres sont répartis en sous-groupes d'une dizaine de personnes, originaires de différents secteurs d'activité et issus des deux sites. L'équipe de direction, constituée de six personnes, s'est partagée en trois binômes. Chaque binôme anime un sous-groupe. L'ordre du jour est le même pour chaque groupe. La deuxième partie de la réunion est consacrée aux explications complémentaires si des questions se posent. Ce mode de fonctionnement permet un véritable dialogue et facilite la remontée des informations au sein des secteurs d'activité si les cadres jouent correctement leur rôle de courroies de transmission auprès des équipes.

- *Parallèlement, le directeur qualité et des projets anime un groupe technique d'aide méthodologique à la conduite de projet.*

Ce groupe constitué par des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs, apporte l'aide méthodologique aux groupes de travail qui étudient les projets retenus pour les mettre en œuvre.

- *Un autre élément fort a été la création du DARU (département d'anesthésie, réanimation, urgences). Les médecins l'ont bien compris, seul on ne fait rien. La création du département c'est la recherche d'une force, d'un groupe, d'une équipe, de la cohérence. Cette recherche d'une nécessaire cohérence et d'une harmonisation était devenue indispensable aux différents acteurs de ces services. Le but ultime est d'améliorer la prise en charge des patients. »*

## **Le directeur des soins :**

*« En plus des entretiens singuliers avec chaque agent concerné par le changement, le DS doit travailler avec les cadres infirmiers. Les cadres sont les chevilles ouvrières du changement, ils supportent toutes les incertitudes des personnels en étant eux même confrontés aux même incertitudes. Ils doivent en plus assurer la mise en place des départements, des démarches qualités, des enquêtes de satisfaction, des protocoles, des changements d'attitude des équipes. En conséquence, l'institution les aide par la prise en charge de formations, la mise en place d'un coaching et d'aide méthodologique.*

*Un travail avec les cadres des services d'accueil est aussi à prévoir.*

*La présence sur l'établissement d'une psychologue, détachée auprès de l'équipe de direction permet d'accompagner les équipes et les cadres. Elle apporte à l'équipe de direction les éléments d'analyse permettant d'adapter la stratégie.*

*Il faut créer les occasions de rencontres pour que les personnes puissent se parler et se connaître. C'est un élément essentiel. Ces rencontres se produisent lors des formations communes inter-sites et lors des groupes de travail relatifs aux projets.*

Conformément à la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, la politique de soins du service infirmier, s'articule autour du projet médical, du projet social et du plan architectural dans le cadre global du projet d'établissement.

*Ce projet de soins, définit pour cinq ans, (1999 - 2004), repose sur une démarche participative. Travaillé par 60 professionnels pluridisciplinaires des deux sites, il donne le cadre de référence (concepts supports de politique de soins ) en définissant :*

- L'être humain, pour les soignants de l'institution (être unique, indivisible, qui a des besoins, capable de faire des choix et de s'adapter, en évolution de la naissance à la mort), la santé, la maladie, les soins infirmiers.
- Les valeurs humaines et professionnelles qui sous tendent le projet de soins : les valeurs humaines exprimées sont le respect de la vie et de la personne humaine, le respect de la liberté de choix des personnes, de la culture et des croyances, de l'intimité du patient et de sa famille ; les valeurs professionnelles soignantes exprimées sont le respect de la discrétion et du secret professionnel, des connaissances professionnelles actualisées, le développement de la complémentarité des acteurs de soins et de la reconnaissance de leurs compétences, l'accompagnement de la personne soignée et de son entourage.
- Les orientations. Cinq thèmes ont été prioritairement choisis par la CSSI :  
Le développement des soins palliatifs, l'accueil du malade et de sa famille, le développement des compétences professionnelles (en cours, en rapport avec les restructurations), le développement de la prévention et de l'éducation de la santé dans le but de guider vers l'autonomie, l'encadrement des stagiaires.

*Ces groupes de travail pour l'élaboration du projet de soins ont été très fédérateurs. La mise en œuvre des projets impose un travail partagé entre les différents acteurs et permet leur rapprochement autour de valeurs fédératrices.*

*Il est aussi important de consulter et impliquer les agents pour tout ce qui concerne le travail sur les projets de restructuration architecturale, le matériel et les équipements nécessaires. Les sous commissions et la CIP permettent cela.*

*Un autre élément, secondaire à la création du DARU, a consisté à fermer le bloc opératoire pour les interventions programmées, une journée, une fois par mois. Ces journées de fermeture sont consacrées à des réunions communes au personnel des blocs opératoires des deux sites. »*

### **Le cadre infirmier supérieur chargé des dossiers de restructuration :**

*« Il existe plusieurs sous commissions « groupe utilisateurs » pour chaque projet de changement décidé par le projet d'établissement et acté par le COM.*

*Dans ces sous commissions des personnes de chaque site et de toutes les catégories professionnelles travaillent sur le projet, par secteur d'activité (plateau technique ; hospitalisation chirurgie) et expliquent comment ils vont travailler.*

*L'intérêt est de faire travailler les utilisateurs sur :*

- *L'organisation à prévoir : organisation du travail et du temps de travail.*
- *La détermination des effectifs, les besoins en compétences.*
- *L'élaboration du projet architectural : participation à l'élaboration des plans, propositions sur l'aménagement et le dimensionnement des locaux.*

*L'ingénieur travaux fait partie de ces sous-commissions de même que le directeur de l'établissement et le directeur des services économiques pour les validations ou en cas de désaccord ou de conflit.*

*L'avancée des réflexions est transmise lors des réunions de cadres décentralisées. »*

### **Les cadres infirmiers du bloc opératoire :**

➤ *Au bloc opératoire, les réflexions sont déjà très avancées avec les personnels :*

*« Lors des réunions mensuelles inter-bloc, nous avons déjà fait un énorme travail concernant l'harmonisation des pratiques. Beaucoup de choses sont désormais communes : le plan de formation, les commandes de matériel et des équipements, la feuille de bloc, le cahier d'ouverture des salles, la préparation du champ-opératoire, des protocoles d'hygiène, etc. »*

*« Depuis la création du DARU, lors de nos rencontres mensuelles, nous travaillons aussi à partir des dysfonctionnements. Les échanges sont très aidant. La création du département a facilité la progression de tous les travaux en cours en favorisant le décloisonnement. »*

*Les personnels de T, vont parfois travailler sur E, et inversement, ça a permis à chacun de connaître les différentes techniques opératoires utilisées. »*

### **Les cadres infirmiers de chirurgie :**

➤ En préalable aux réflexions à mener avec les équipes, les cadres infirmiers prévoient ensemble les moyens qui faciliteront le changement.

*« Hormis les projets architecturaux, il existe encore de nombreuses inconnues, pour les services de chirurgie concernant la répartition des spécialités dans les futurs locaux. Il en est de même pour les effectifs qui nous seront alloués. Nous ne pouvons pour l'instant que faire des hypothèses d'organisation et il est trop tôt pour travailler avec les équipes. »*

*« Avec ma collègue de T, dès que ce sera plus clair, nous réunirons les personnes qui travaillent en chirurgie pour qu'elles fassent connaissance. Certaines se sont déjà rencontrées et ont réfléchi au futur dans les groupes de travail mais pas toutes.*

*Il y a un énorme travail d'harmonisation des pratiques à faire et des connaissances techniques à acquérir. »*

*«La mise en place d'échanges temporaires entre les personnes de T et E, devrait permettre un échange des compétences et rassurer les agents. »*

### **Pour l'ensemble des cadres,**

➤ La préparation et l'accompagnement au changement représentent une aide jugée indispensable pour les cadres de santé. Plusieurs d'entre eux en soulignent l'intérêt :

*« J'ai bénéficié d'une formation des cadres pour accompagner la fusion et le changement ainsi que d'un coaching. C'est une grande aide à relativiser les événements et pour exprimer nos difficultés. »*

*« La formation au changement que j'ai pu suivre me sert chaque jour pour aider les agents et pour repositionner les choses. »*

➤ Le soutien et l'aide du directeur des soins sont nécessaire :

*« J'apprécie la relation de confiance réciproque avec le DS, son aide et son soutien lorsque j'ai envie de baisser les bras. »*

### **Le personnel :**

➤ Quel que soit le site d'affectation ou la fonction, tous soulignent l'importance des différents groupes de travail qui favorisent les échanges et la connaissance mutuelle.

*« Les sous commissions pour les restructurations sont des groupes de travail mis en place pour préparer le changement. Les acteurs s'impliquent, ils sont totalement associés à la réflexion. Ces groupes constituent un lieu d'échanges et de propositions. Nous avons*

*beaucoup discuté sur les futurs locaux, sur les procédures de traçabilité au bloc opératoire. Je suis contente de faire partie de ce groupe car mon avis est pris en compte. »*

*« Ça permet de mieux se connaître entre services et entre sites. C'est rassurant car il y a des choses bien partout. »*

➤ Les formations continues, communes aux deux sites sont aussi une aide :

*« Depuis plusieurs années, il y a des formations communes aux deux sites, donc on apprend à se connaître. »*

➤ Les formations internes ouvertes à tous les agents du bloc opératoire sont source d'enrichissement mutuel et permettent un développement des connaissances et des compétences :

*« Chaque mois lors de nos réunions inter blocs, le temps de rencontre est mis à profit pour travailler sur l'harmonisation des pratiques, améliorer de façon continue les connaissances, réfléchir sur l'organisation du nouveau bloc, échanger. »*

➤ Les échanges inter bloc des deux sites aident l'acquisition des connaissances et facilitent l'appropriation de techniques communes :

*« Depuis que je vais travailler de temps en temps sur T, je suis rassurée et j'ai hâte que les travaux du nouveau bloc soient terminés. Avant, j'avais peur de ne pas savoir au niveau du travail et d'être mal accueillie. Mais c'est faux, l'équipe est très sympathique et ils m'ont formée pour les spécialités que je ne connaissais pas. »*

### **3.2.3.3 Les freins et les éléments aidant.**

#### **Les éléments aidant**

➤ L'expérience d'au moins un changement antérieur diminue les inquiétudes et facilite l'acceptation de la mobilité imposée par les restructurations :

*« J'ai déjà changé plusieurs fois de services et aussi d'établissement alors ça aide. Je n'ai pas trop d'appréhension. »*

➤ Les échanges entre établissements, les réunions et formations communes contribuent à l'évolution des mentalités, favorisent l'acquisition d'une culture commune et lèvent des appréhensions. L'existence d'une culture soignante et l'harmonisation progressive des pratiques sur les deux sites sont aussi cités comme des éléments qui aident :

*« Il y a déjà beaucoup de choses communes sur l'ensemble des deux services et des deux sites : dossier de soins, formulaires administratifs, imprimés, horaires, protocoles, surtout en hygiène. Ça limite un peu les peurs. »*

*« Depuis que je vais travailler de temps en temps sur l'autre site, je suis rassurée. Avant je me dévalorisais, j'avais peur de ne pas être à la hauteur. »*

*« Je ne suis plus inquiète car maintenant nous nous connaissons bien. »*

### **Les freins**

➤ Le manque d'information et les incertitudes entraînent de la méfiance et retardent la projection dans l'avenir :

*« Pour l'instant je ne sais pas si je peux rester en chirurgie. Je ne sais pas comment se feront les choix. J'espère que ça ne sera pas à la tête du client ou en fonction du bon vouloir du chirurgien. Ce qui est dur, c'est de ne pas savoir. »*

*« Tant que je ne sais pas si je reste ou pas en chirurgie, je n'ai pas envie de participer aux groupes de travail. J'attends de savoir et après il sera toujours temps de projeter. »*

*« Il y a tellement de choses qui se disent que je me méfie de tout. »*

➤ Le cloisonnement des services est générateur de peurs :

*« Les différences de travail, de méthodes et d'organisation d'un service à l'autre me font craindre le changement de service. Je ne sais pas comment ça se passe réellement dans les autres services alors j'ai peur de ne pas m'y plaire. »*

*« Chacun est bien dans son cocon. Je ne connais pas les autres services, alors j'angoisse. »*

*« Ça fait longtemps que je travail ici, alors j'ai peur de ne pas savoir m'adapter ailleurs. Ici je connais mon travail, on se connaît bien entre collègues, mais j'ai oublié beaucoup de choses et j'espère que je saurai faire. J'ai vraiment très peur de ne pas être à la hauteur. »*

➤ La non-reconnaissance du travail antérieur et le complexe d'infériorité souvent rencontré chez les soignants qui travaillent dans le plus petit des sites, alimentent les rancœurs et contribuent à une dégradation des relations entre les soignants des deux sites :

*« Je n'ai pas envie d'aller travailler sur T, car ils disent toujours qu'ici il n'y a rien à faire. À les entendre, ils font tout mieux que nous. »*

*« Le problème c'est qu'il est dit que les pratiques s'harmonisent, mais c'est faux. Je trouve qu'on prend tout sur le site A et que tout ce que l'on fait mieux ici n'est pas pris en compte. »*

*« J'espère qu'il n'y aura pas trop de comparaisons et que le cadre infirmier sera vigilant pour que personne ne se sente dévalorisé. »*

➤ La perte de l'existant et de ce qui est connu, constitue un réel frein au changement :

*« Ici, le travail est intéressant, les horaires me conviennent et je n'ai pas besoin de voiture pour venir au travail. J'ai du mal à envisager qu'il faut changer. Pour l'instant, je profite du moment présent et dans deux ans, il sera assez tôt pour décider ce que je ferai. »*

*« J'ai du mal à envisager que je ne travaillerai plus avec cette équipe. Nous sommes très unies, nous nous connaissons bien et même si nous sommes différentes, nous sommes complémentaires. Nous formons une famille. J'ai peur de ne jamais retrouver cette dynamique, cette unité. »*

*« Je redoute le changement car je vais être obligée de changer de site si je veux garder un travail intéressant. Le problème, c'est les trajets. Non seulement ça va me coûter plus cher mais surtout j'aurai moins de temps avec mes enfants. Ici, je pouvais, selon les horaires, les prendre à la sortie de l'école, c'était pratique. »*

*« Je ne veux pas changer de site d'abord parce qu'ici il y a un esprit de famille que je ne retrouverai pas à T, et aussi parce qu'ils ne pensent pas comme nous. Ça a toujours été la guerre entre E et T. Ici c'est familial, làbas, c'est l'usine. »*

#### **3.2.3.4 Les attentes envers les autres partenaires.**

##### Attentes des directeurs d'établissement

*« Le directeur des soins représente la sensibilité soignante dans l'équipe de direction. Elle n'a pas seulement un rôle de conseiller. C'est un directeur à part entière qui comme les autres impulse, décide, anime, écoute et recherche la négociation. Si l'on veut avancer dans les projets et faire face aux différentes pressions, le DS et le DG doivent travailler en étroite collaboration et en toute confiance. Le deuxième tandem indispensable est le couple DG et président de CME.*

*Quant aux cadres, ils sont les relais de transmission auprès des équipes et les chevilles ouvrières du changement. C'est eux qui connaissent le mieux leur service et les personnes qui y travaillent. »*

*« Le directeur des soins décide, anime et accompagne les cadres dans le processus de changement. Chacun, dans son domaine, a sa part de travail. Les restructurations nécessitent une importante collaboration et une concertation entre les différentes directions, les médecins et le service infirmier. »*

##### Attentes des directeurs des soins

*« Pour avancer sereinement dans ces phases de transition, il est impératif qu'au niveau de la direction nous soyons une véritable équipe où chacun s'écoute, se concerte, se complète. »*

*« Les cadres sont des acteurs essentiels dans ces périodes de mouvance. Situés à l'interface des différentes logiques, ils sont notre relais. C'est eux qui doivent faire remonter les informations auprès des équipes et de la direction. Ils doivent aider les agents en difficulté pour l'élaboration de leur projet professionnel. Connaissant les potentiels et les difficultés de chacune des personnes de l'équipe, ils transmettent les besoins en formation, conseillent, orientent. »*

*« J'attends des cadres qu'ils dédramatisent le changement de site, qu'ils précisent qu'on n'est pas plus compétent dans un site que dans un autre et je ne manque jamais une occasion de le rappeler au personnel. »*

### Attentes envers le directeur des soins

➤ La totalité des personnels attendent une information claire et régulière :

« J'aimerais que l'on donne une information plus régulièrement. Je sais que la direction a autre chose à faire mais ça précise les choses car on entend toute sorte d'informations, des vraies et des fausses. Parfois il est difficile de faire le tri. »

« Je voudrais être informée au fur et à mesure de l'avancée des démarches. »

Un cadre précise : « Les soignants demandent une présence régulière du DS dans les unités de soins car les agents ont toujours l'impression qu'on ne leur dit pas tout. »

➤ Une formation d'adaptation à l'emploi est attendue par l'ensemble des agents qui vont être affectés dans des services spécialisés du type réanimation, bloc opératoire, urgences :

« J'espère qu'on nous donnera le temps de se former aux spécialités qui ne se font pas ici. À T, nous ne faisons pas d'ORL et à E, ils ne font pas de viscéral alors c'est la même chose. J'appréhende un peu. »

« Si je suis affectée en réanimation comme je l'ai demandé, j'ai besoin d'être formée rapidement pour être rassurée. »

➤ Les agents attendent du DS écoute, consultation, humanité, reconnaissance et aide :  
« Le directeur des soins doit être l'assistante sociale des soignants. Elle doit expliquer le sens des changements. »

« Il faut pouvoir dire sa colère et son désarroi à quelqu'un. »

« Je ne connais pas encore ma future affectation, j'espère que mes réserves par rapport à certains postes ont été entendues. »

« J'attends que mes souhaits soient pris en compte et que je puisse rapidement recharger de service si je ne m'adapte pas à mon nouveau poste. »

« Je compte sur le directeur des soins pour défendre les soignants auprès des médecins et de la direction car elle connaît nos problèmes. »

« Je compte sur le directeur des soins pour me rassurer et prendre en compte mes appréhensions. C'est elle qui permet d'être bien dans l'hôpital et pas seulement dans le service. »

### Attentes des personnels envers le cadre du service

« Pour l'instant en chirurgie, il nous manque des informations. J'espère que le cadre nous consultera pour travailler sur la future organisation. »

« Pour me rassurer, j'aimerais avoir la possibilité de travailler quelques jours dans d'autres services, en étant doublée, pour voir le travail, l'organisation, et si ça me plaît. Je pense que ça lèverait mes appréhensions. »

*« Le cadre doit être le lien entre le directeur des soins, l'équipe et les médecins du service. C'est notre référent. »*

*« J'attends que l'on reconnaisse mon travail et que l'on ne me demande pas seulement de dire oui au changement. J'espère ne pas être un pion. »*

### **3.2.3.5 Évaluation de la démarche en cours par les décideurs.**

#### **L'établissement N°1**

##### **Le directeur :**

*« Les moyens utilisés sont conditionnés par la durée très courte dont nous disposons. Cependant, depuis la fusion des deux établissements, un travail de fond a permis une préparation progressive des personnes au changement.*

*La construction du nouvel hôpital sur site unique concrétisera l'évolution en cours et favorisera l'acquisition d'une culture commune. »*

##### **Le directeur des soins :**

*« Les formations continues et les groupes de travail, communs aux deux sites ont facilité la connaissance mutuelle des agents des deux sites.*

*Les informations régulières, concernant les doutes quant au devenir du service, données par le cadre et les entretiens individuels mis en place, depuis plusieurs mois, avaient préparé les agents à un changement.*

*Les échanges informels, entre les personnes ayant déjà vécu des changements liés aux restructurations et les agents concernés par la fermeture du service de soins continus, dédramatisent quelque peu cette mobilité imposée. En effet, la plupart se sont bien adaptés et sont satisfaits de leur nouvelle affectation. L'écoute et la prise en compte de leurs difficultés et de leurs souhaits lors des changements antérieurs rassurent les agents concernés actuellement.*

*Une évaluation des changements qui vont s'opérer sera à prévoir après six mois. »*

#### **L'établissement N°2**

##### **Le directeur :**

*« Je trouve les résultats un peu décevants compte tenu de l'effort colossal consacré. Les agents considèrent que tout ce qui a été mis en place est normal. Cependant ça se construit. Jusqu'à l'automne 2001, le projet s'est bien enchaîné. Depuis la pénurie des IDE et la mise*

en oeuvre des 35 heures, les dossiers ont pris du retard de même que la réflexion menée quant à la future organisation. Les délais devraient cependant être maintenus.

Malgré les importants moyens consacrés, l'information semble encore insuffisante. Pourtant plusieurs supports de communication et d'information sont utilisés pour transmettre une information régulière et exhaustive.

Il reste aussi à créer le département de chirurgie avant même le regroupement physique des services. La constitution de ce département avant la fin 2002 va obliger les médecins et les autres soignants à travailler ensemble pour élaborer des règles de fonctionnement. »

#### **Le directeur des soins :**

« Préparer et accompagner le changement est un travail de fourmis. Il faut informer sans cesse sur les évolutions et les projets, rencontrer les équipes avec les cadres infirmiers. Malgré tout, les personnes ont tellement besoin d'être rassurées que ce n'est jamais suffisant surtout dans le domaine de la communication et de l'information.

Le projet de soins est très important, il permet la cohésion car il concerne tous les soignants, quel que soit le site ou le service. De nombreuses personnes ont participé à son élaboration. Il permet de fédérer les soignants autour du malade par des valeurs soignantes, des valeurs humaines et les valeurs du service public. »

**Pour l'équipe de direction des sites T et E,** la culture commune aux deux établissements n'existe pas encore. Elle est en cours de construction et sera facilitée par le renouvellement des personnels.

« Le départ de certains agents, nécessite le recrutement de nouveaux personnels et désorganise l'activité hospitalière. L'adaptation des nouveaux agents est rendue difficile par les changements en cours, cependant, ces personnes vont faciliter l'appropriation d'une nouvelle culture. »

#### **3.2.3.6 Projection dans l'avenir : ressenti.**

##### **Les craintes**

➤ Bien que le principe de la restructuration soit désormais admis, dans les deux établissements, il existe incontestablement un **deuil** non achevé.

« J'ai besoin de connaître la date précise de la fermeture pour mieux me préparer car c'est un cheminement de deuil qui est à faire. »

« Quand j'ai appris la nouvelle, je me suis sentie rejetée, non reconnue ; je le ressens encore. C'est injuste qu'on nous vole notre travail ici. »

*« Depuis la fusion des deux sites, il y a beaucoup de brassage. Il y a une démotivation du personnel car on ne sait toujours pas où on ira. »*

*« Je pensais qu'on allait améliorer les choses ici. Je ne pensais pas que ça allait se terminer comme ça. Il y a des moments où je n'arrive pas à y croire, je me dis que c'est un cauchemar. »*

➤ La difficulté du personnel consiste aujourd'hui à se positionner personnellement, en fonction du nouveau contexte. Certaines personnes hésitent pour choisir leur futur service ou site d'affectation. En plus de leurs craintes à travailler dans une équipe plus importante, de ne pas retrouver une « bonne équipe », elles doutent de leurs capacités à changer d'activité, à s'adapter à la future organisation. L'avenir est source d'inquiétude et de questionnement.

*« J'ai peur de ne pas retrouver un poste où je pourrai m'épanouir. »*

*« Je ne sais pas quoi faire. Il faut que je choisisse entre l'intérêt professionnel c'est à dire changer de site et l'intérêt pour ma famille. »*

*« Ça fait 28 ans que je travaille en chirurgie. Je ne sais pas si je saurai m'adapter ailleurs. »*

*« Nous avons pris conscience que même en étant sur le site de T, un changement de service peut nous être imposé. Lors de la fusion et des premières restructurations des personnes ont été obligées de changer de service, alors ça peut nous arriver. Heureusement personne n'a été contraint de changer de site et ça me rassure. »*

*« C'est encore loin, je ne suis pas pressée d'y penser. »*

*« L'équipe sera plus importante. Il va falloir composer ensemble. J'espère que chacun arrivera à retrouver sa place. »*

*« Ici, tout le monde me connaît et je connais tout le monde. Sur l'autre site, je ne connais presque personne. »*

➤ La démarche de restructuration est teintée d'une certaine crainte de « cannibalisme »<sup>28</sup>. L'hôpital de moindre taille est meurtri ayant le sentiment d'une absorption par l'établissement le plus important. Les personnes qui travaillent dans le plus petit des sites ressentent une grande tristesse. Le plus souvent, ils ne voient pas la structure commune mais leur site qui est leur hôpital :

*« On assiste à une asphyxie progressive de notre site, un délitement. »*

*« C'est le dépouillement progressif du site. Ça continue. »*

*« J'ai l'impression que tout ce qui est intéressant ici va disparaître au profit de l'autre site. »*

*« C'est la disparition progressive de notre outil de travail. »*

*« Les travaux non urgents ne sont plus réalisés, j'ai l'impression qu'on nous laisse tomber. Ça fait mal au cœur. »*

---

<sup>28</sup> Expression utilisée entre guillemets dans : CALMES G., SEGAGE J-P., LEFRANC L. Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité. Paris : Masson, 1998, p 82.

*« Je trouve injuste que ce soit toujours le plus grand qui mange le petit. Ici, nous avons de meilleures conditions de travail, les locaux du bloc sont récents et mieux adaptés qu'à T, et puis l'ambiance dans l'équipe est super. J'ai peur de ne jamais retrouver cela. »*

### **Les intérêts**

Malgré une appréhension, certains agents voient dans le changement l'occasion de parfaire leurs connaissances :

*« Finalement ces changements sont une chance. Ils sont pour moi l'occasion de changer de service, de faire le bilan et de réfléchir à mon projet professionnel. »*

*« En changeant de service, on est obligé de remettre en cause notre pratique. Je vois ce changement comme une opportunité pour améliorer mes connaissances et développer des nouvelles compétences. »*

*« Le bénéfice que je vois dans cette restructuration est une évolution car elle va me permettre d'acquérir de nouveaux atouts professionnels. Au bloc, nous allons apprendre de nouvelles techniques car il y aura un développement des spécialités. Le travail devrait aussi être plus agréable car nous aurons des locaux neufs, plus fonctionnels et plus spacieux. C'est vrai qu'en étant IBODE, je suis sûre de ne pas changer de service et c'est rassurant. »*

*« Je ne suis pas IBODE alors la restructuration est l'occasion pour moi de faire un choix de carrière. »*

## **3.3 ANALYSE THEORIQUE DES DONNEES RECUEILLIES**

### **3.3.1 Notre interprétation**

Notre analyse portera sur deux niveaux, au regard des deux hypothèses formulées :

- La nécessité d'une préparation, d'une anticipation et d'un accompagnement du changement.
- Les partenaires du dispositif d'accompagnement et d'appropriation du changement.

#### **3.3.1.1 L'accompagnement de la démarche est indispensable.**

### **Le changement est vécu comme une rupture et constitue une crise.**

« Tout apprentissage requiert rupture, tout changement véritable signifie crise pour ceux qui le vivent. Si l'on veut vraiment le changement, il faut accepter l'inévitabilité des crises. Mais il

faut en même temps accepter le caractère tout aussi indispensable du choix et de l'arbitraire humains sans lesquels on peut maîtriser et surmonter ces crises. »<sup>29</sup>

Différents éléments ressortent de manière exacerbée dans ces situations de changement.

L'incertitude liée à la perte de maîtrise individuelle d'une situation n'est pas clairement annoncée mais elle est sous jacente. Les jeux de pouvoir vont se modifier et l'incertitude est réelle.

La peur de ne pas retrouver une place, une reconnaissance, un réseau d'information, est très prégnante. Cependant, pour les personnels spécialisés, l'assurance de maintenir un pouvoir lié à la qualification facilite l'acceptation du changement et permet une projection dans l'avenir plus sereine.

La mobilité est vécue comme imposée. La détermination des priorités pour la future affectation prend la forme d'une association entre choix professionnel et personnel. La difficulté majeure, régulièrement évoquée comme un deuil lors des entretiens se situe dans la perte d'appartenance à une équipe, à un site, à certaines conditions de travail telles les horaires, la proximité du domicile.

L'effort d'adaptation aux nouvelles conditions de travail et la remise à niveau des compétences sont plusieurs fois soulignés.

**Nous retiendrons** qu'identifier les pertes de chacun et lui permettre de reconstruire un réseau permettant la maîtrise d'un nouveau système d'action est important pour que la personne retrouve une position d'acteur, d'agent libre. La participation à des groupes de travail aidera cette reconstruction.

### **Les différences culturelles : éléments incontournables à prendre en compte.**

Tout au long des entretiens nous avons pu constater l'influence du phénomène culturel sur les comportements et les réactions des acteurs.

Dans les deux établissements la fusion, réalisée, il y a quelques années, a fait évoluer les sites vers une autre culture qui ne correspond à aucune des cultures antérieures. Nous observons une mutation difficile, une évolution sensible et une résistance qui ne s'amenuise que progressivement.

Si cette culture représente un frein au rapprochement, elle est aussi une richesse par le fort sentiment d'appartenance à l'établissement d'origine. Les valeurs soignantes, fondées sur le respect de l'homme, le soin, la qualité fédèrent cependant les différents acteurs quel que soit le site d'origine.

---

<sup>29</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Paris : Seuil, 1977, p 346 et 347.

Nous observons que chaque site s'identifie plus ou moins sciemment à sa situation géographique, à son histoire, à la pathologie majoritairement traitée et sur cette base se classe par rapport aux autres sites de l'institution. Cette identification génère pour le personnel qui travaille dans chacun des sites des représentations souvent erronées sur ce qu'il croit être pour les autres et sur ce qu'il pense que les autres sont.

Concernant la rivalité entre services et entre sites, certains parlent « d'ennemis. » Ces tensions historiques génèrent des craintes et des questionnements en ce qui concerne les connaissances, les compétences, l'accueil qui sera réservé dans l'autre site.

La taille de l'établissement est souvent soulignée comme ayant une influence sur l'ambiance, l'entraide qui agit sur les modes de dispensation des soins, l'esprit d'établissement où chacun se serre les coudes s'il y a un problème. Pour les personnes qui exercent dans l'établissement le plus petit nous relevons une souffrance et un énorme attachement à leur lieu de travail.

**Nous retiendrons** qu'il ne s'agit pas de nier la différence culturelle mais au contraire de l'affirmer afin que chaque structure, chaque service, soit reconnu dans sa spécificité. Pour cela, le directeur des soins doit se mettre à l'écoute de chaque acteur, veiller à la reconnaissance des compétences quel que soit le site ou le service d'origine. Le besoin d'être rassuré est en effet très prégnant.

### **L'information et la communication : réponses aux incertitudes, à l'insécurité.**

Les réponses obtenues montrent l'importance de l'information à tous les stades de l'évolution pour clarifier la situation et lever les incertitudes.

Le premier souci du personnel, lors d'une opération de restructuration, concerne leur devenir. Nous constatons auprès des personnels du service de soins continus et des services de chirurgie que l'inquiétude est d'autant plus importante que l'affectation future est inconnue. Les personnels du bloc opératoire, certains de retrouver un poste dans la même discipline, se préoccupent surtout de l'organisation et du fonctionnement à venir et investissent plus dans les groupes de travail.

Nous constatons un déficit d'information des personnels dans l'établissement 1, concernant la situation de l'hôpital, sa place dans l'environnement économique et social. L'état d'esprit dominant est une centration sur le soin au détriment d'une vision d'ensemble de l'établissement.

Les acteurs soulignent la difficulté à avoir une idée globale des changements en cours. L'accroissement, en taille de la structure complexifie la transmission des informations, bouleverse les rapports entre équipes soignantes, remet en question le pouvoir. Auparavant, les différents acteurs se connaissaient et voyaient fréquemment le directeur. La petite taille de la structure permettait une transmission orale des informations. Désormais,

l'accroissement en taille, a éloigné les personnels de la direction et exige des informations écrites.

Les cadres de proximité tiennent une place essentielle dans cette mission d'information. Ils représentent pour les équipes le relais pour l'information. Cependant, nous constatons qu'en plus d'une information régulière claire, transparente, la plus exhaustive possible, les soignants ont besoin d'une communication directe avec les membres de l'équipe de direction, car des informations contradictoires, transmises de façon informelle, sèment le doute, génèrent de l'inquiétude et de la méfiance. D'autre part, cette communication de proximité, permet à chacun de poser des questions et obtenir des réponses aux problèmes spécifiques.

Nous relevons que les réponses aux entretiens sont parfois paradoxales. En effet certaines personnes refusent de se projeter, profitent du présent et le vive pleinement mais en même temps sont demandeuses d'informations en permanence, comme si par ces informations récurrentes elles allaient s'imprégner de ce que sera le futur.

L'argument du manque d'explication et d'information, est parfois évoqué malgré des interventions de communication fréquentes et diversifiées, tout particulièrement dans l'établissement n°2. Ce manque d'information n'est-il pas utilisé par les acteurs pour justifier un désaccord, une tristesse ou un refus ?

**Nous retiendrons :**

- Que la compréhension par les différents acteurs des raisons et des enjeux qui ont motivé la décision, est indispensable pour que ceux ci se projettent dans l'avenir et investissent dans les actions à mettre en œuvre pour réaliser le changement.
- La nécessité d'apporter une information claire, complète et la place importante de la communication constante et répétée. Car la rumeur circule très vite et si l'information officielle arrive trop tard, la méfiance s'instaure.
- En plus des réunions d'information destinées à l'ensemble des personnels, des rencontres avec les membres de la direction, au sein de l'unité de soins, au plus proche des équipes doivent être instaurées.
- Que communiquer et informer ne suffisent pas pour réussir le changement.

**La concertation**

Les groupes de travail communs inter-services et inter-sites ont été des lieux d'expression individuelle signalée comme enrichissante. La prévision collective de la nouvelle organisation a mobilisé les acteurs dans le processus de changement.

Nous notons que la participation à des travaux communs, dans les unités où des rencontres de travail régulières ont lieu, comme au bloc opératoire, favorise l'acceptation du changement et l'appropriation de celui-ci. En travaillant ensemble, les différents acteurs

développent une culture commune, apprennent à se connaître, harmonisent les pratiques et se projettent dans le futur.

L'harmonisation du fonctionnement et des outils de travail est aussi annoncée comme un besoin pour les acteurs.

**Nous retiendrons** que l'adhésion au projet et la projection sont favorisées par la concertation.

### **Le besoin exprimé d'un temps d'écoute et de parole**

Plusieurs personnes ont exprimé le besoin d'une aide et d'un soutien psychologique. Certaines comptent sur le cadre du service, d'autres sur le directeur des soins pour assumer ce rôle. Cependant quelques personnes pensent que l'intervention d'un psychologue, serait plus satisfaisante. Dans l'établissement 2, où une psychologue est en poste, les agents n'ont pas exprimé ce besoin, toutefois, son intervention n'a pas été citée dans les réponses concernant les moyens et les éléments aidant.

**Nous retiendrons** qu'une évaluation du besoin d'intervention d'un psychologue est à réaliser pour mettre à disposition cette aide supplémentaire.

### **La formation**

Basée sur l'évolution des connaissances et des compétences, la formation est jugée nécessaire par de nombreux acteurs. Réalisée en inter-sites ou inter-services elle permet de rencontrer d'autres soignants, d'échanger, de rassurer.

Pour les cadres de proximité elle est toujours annoncée comme indispensable.

Les échanges inter-services et inter-sites sont demandés par certains personnels avec pour objectif de mieux connaître l'activité et le mode d'organisation des autres unités afin de pouvoir faire un choix de poste éclairé.

Ceux qui en ont déjà bénéficié expriment l'utilité d'être rassurés en ce qui concerne leurs capacités d'adaptation et soulignent l'intérêt des échanges de compétences, et des acquisitions de nouvelles connaissances.

**Nous retiendrons** que la formation est un élément facilitant l'adaptation.

### **3.3.1.2 Les partenaires du dispositif d'accompagnement et d'appropriation.**

#### **L'influence de la politique institutionnelle.**

La gestion du changement passe par la reconnaissance des différences de comportement au travail et la compréhension des identités collectives qui s'y élaborent. L'hôpital et ses dirigeants sont ainsi assujettis à veiller à la nécessaire articulation entre les préoccupations du collectif et celles des individus : « Il y a deux caps à tenir, le collectif et l'individuel : toutes

les restructurations hospitalières s'inscrivent dans un contexte global avec ses règles (les statuts, l'organisation des métiers), ses enjeux...En même temps, elles concernent des personnes avec leurs aspirations, leur tissu de relations, leur parcours toujours original. Faire se rencontrer l'un et l'autre nécessite du talent et toujours de la négociation. »<sup>30</sup>

Dans les deux établissements, nous avons constaté la présence d'une équipe de direction soudée, ayant un discours commun. Nous observons que la cohérence et la cohésion entre les dirigeants induisent une force de conviction.

Les réponses obtenues lors de nos entretiens nous confirment que le choix stratégique de mettre en place une démarche d'accompagnement et d'attribuer des moyens adaptés aux attentes et aux besoins des différents acteurs institutionnels conditionne la réussite des projets de restructuration.

Dans l'établissement 2, la stratégie institutionnelle vise à créer les occasions de rencontres, à favoriser l'expression et la participation des différents acteurs institutionnels.

- Le plan de formation privilégiant les formations au sein de l'institution, les entretiens avec la psychologue, les groupes de travail, le plan de communication très développé, outre les rencontres et les échanges entre les différentes personnes, ont permis un cheminement, une appropriation du changement, une projection dans l'avenir. Le management participatif, a introduit la concertation tout en fixant un cadre général.
- Les projets institutionnels constituent des cadres de références communes et les créations de départements ont un impact fédérateur.
- Le poste de coordonnateur, confié à un cadre infirmier supérieur, permet la coordination des travaux et constitue un lien cohérent entre les différents projets.

Dans l'établissement 1, la période très courte entre la décision et la fermeture du service, a limité la mise en œuvre des moyens. Les personnels s'adaptent mais les inquiétudes sont vives.

### **Le rôle capital du directeur des soins.**

Les personnes ont un besoin de sécurité et les laisser dans les incertitudes des situations futures ne favorise pas un climat de confiance et de sécurité pour réussir la transition. Or, le redéploiement imposé, confronte le personnel à la perte de l'équipe, de ses repères et au processus de deuil. C'est une étape difficile où les soignants ont besoin d'exprimer leur ressenti.

---

<sup>30</sup> Groupe LAËNNEC. Accompagner les restructurations. Gestions Hospitalières, avril 1999, n° 385, p. 263.

## **Les attentes des soignants à l'égard du DS sont multiples :**

Écoute, conseils, accompagnement, reconnaissance, soutien, disponibilité et humanité sont des termes qui ont été fréquemment employés, par les personnels des deux établissements, lors des entretiens.

L'équité et honnêteté sont attendues du DS, par rapport au personnel et à son regard sur les différents sites. La crainte d'une injustice est ressentie chez les agents du plus petit site. Ils ont peur que les réalisations du plus grand site soient mises en avant.

L'information et la communication par le DS sont considérées comme essentielles. L'hôpital relevant d'une organisation de type bureaucratique, le système de pouvoir repose sur la reconnaissance de compétences identifiées par les diplômes, les concours, le statut. Ceci confère au DS une place différente et officielle. Sa culture soignante, sa disponibilité, son sens de l'écoute et du respect des individualités, relevés par la plupart des personnes interrogées, autorisent la confiance et lui donne une place reconnue par tous. Elle est écoutée et les équipes attendent que ce soit elle qui explique, essaie de faire comprendre les motifs et les enjeux des changements, donne les précisions, promeut l'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité qui permettent de donner sens au changement.

La gestion des personnels est particulièrement délicate en période de restructuration. La prise en compte de l'individu et de sa singularité est signalée en terme d'espoir. De nombreux agents se disent rassurés car lors des redéploiements antérieurs cette prise en compte de l'individu et de ses contraintes a été effective. Dans les deux établissements étudiés, la situation individuelle de chaque agent a fait l'objet d'un examen particulier. Le principe du volontariat en matière de mobilité inter-sites pour tous les personnels recrutés avant la fusion, a été adopté. Cependant, ce principe ne pouvait s'exercer pour les personnels spécialisés.

- La possibilité de choisir un poste après avoir pris connaissance de tous les postes disponibles est demandée et appréciée par l'ensemble des personnes qui doivent « subir » une mobilité de site ou un changement de service. Ce choix les positionne comme acteur et non comme des pions.
- Un ou plusieurs entretiens singuliers sont organisés pour que l'agent transmette ses contraintes d'ordre individuel, familial ou matériel. L'entretien est aussi l'occasion pour la personne de s'exprimer sur son projet professionnel et ses besoins en formation. Les contraintes institutionnelles sont portées à sa connaissance. Ainsi les règles d'affectation sont transparentes.
- La négociation permettra de mettre en adéquation les souhaits de l'agent avec les besoins d'emploi de l'institution.
- Le DS réaffecte les personnels en tenant compte de leur choix et des contraintes institutionnelles et procède, en partenariat avec le DRH, aux recrutements, aux modifications

de la quotité de travail. Sa collaboration avec le DRH élargi le champ des possibilités proposées.

➤ C'est aussi avec le DRH que le DS élabore le projet de formation pour accompagner le changement et permettre l'adaptation à l'emploi.

### **La mission du DS est essentielle dans le management des cadres.**

Le soutien et l'aide apportée sont jugés comme indispensables par les cadres de proximité. La collaboration franche et la confiance réciproque entre le DS et les cadres sont des éléments de reconnaissance plusieurs fois cités par les cadres.

La considération et la place laissée à chaque acteur, constituent des éléments essentiels du management et influent sur le mode de management des cadres, la réussite et l'appropriation du changement.

Nous notons que les décideurs s'appuient sur les cadres de proximité pour initier le changement et donnent, chaque fois que c'est possible, les moyens pour sa mise en œuvre. Plusieurs cadres ont d'ailleurs signalé les moyens mis à leur disposition par le DS pour organiser des échanges inter-services ou inter-sites, libérer les agents pour qu'ils participent aux groupes de travail, répondre aux besoins en formation avant un changement d'affectation de l'agent.

Nous avons relevé que les contacts permanents du DS avec les cadres ont enrichi sa connaissance des personnels.

#### **Nous retiendrons que :**

- Le directeur des soins a une place reconnue comme primordiale.
- Le deuil de la situation antérieure et la projection dans l'avenir ne se réalisent qu'à certaines conditions : information, compréhension des enjeux, écoute, accompagnement, reconnaissance en tant que personne avec sa singularité.
- La collaboration entre le DRH et le DS s'avère indispensable.
- Le travail en partenariat avec les cadres de proximité leur confère une place essentielle.
- Les projets individuels, professionnels, de soins et collectifs sont les fondements d'une identité collective par les valeurs qu'ils véhiculent.

### **La place essentielle des cadres de proximité.**

Être cadre dans une unité de soins répond à des exigences d'ordre structurel et conjoncturel. En effet de « super infirmière » le surveillant est passé dans les années 80 à une fonction prioritairement centrée sur les organisations de soins pour se trouver aujourd'hui au cœur des confrontations et des contradictions d'un système complexe qui recherche la complémentarité des structures et des professionnels de santé, au service des

malades. L'institution attend qu'il soit acteur de changement, dans une équipe pluridisciplinaire, par des actions d'animation, de pédagogie et d'accompagnement.

Selon Françoise KOURILSKY, « Les qualités requises pour diriger une équipe de travail ont évolué. Hormis leurs compétences techniques et leurs compétences de gestionnaire, l'efficacité des cadres dépend de plus en plus de leur capacité stratégique de composer avec autrui, de gérer les désaccords et de transformer les résistances en moteur du changement, de mobiliser des personnes sur un projet pour générer les changements nécessaires. Le chef d'hier doit aujourd'hui laisser la place à la personne ressource, au stratège et au pédagogue. »<sup>31</sup>

Rouages essentiels, les cadres ont un rôle capital dans l'acceptation du changement. A toutes les étapes ils sont le relais de la direction dans la conduite du changement, tant au niveau de la sensibilisation, de l'information, de l'accompagnement des équipes, qu'au niveau de sa mise en œuvre organisationnelle.

Le mode de management qu'ils mettent en place constitue un facteur déterminant pour la réussite des changements à opérer. En effet, le rôle attendu des cadres, par les soignants est fondamental. Ils souhaitent reconnaissance, écoute, compréhension, conseils et soutien. Selon le mode de management, les acteurs se sentiront considérés comme acteurs ou comme pions. La place accordée à la personne, tout particulièrement dans ces périodes de transition, est essentielle pour la réussite des opérations de restructurations.

Pour le directeur des soins, c'est le cadre infirmier qui accompagne les agents, les aides et leur permet de s'approprier le changement.

- Il met en œuvre le changement. Il prépare l'organisation future, harmonise les pratiques et les outils de travail, recentre sur le soin et les malades, ce qui évite de vivre les transformations et contraintes sur un mode purement affectif.
- Il informe, consulte les différents acteurs, leur apporte écoute, soutien et disponibilité lors des moments difficiles.
- Il rassure sur les compétences et apporte une aide personnalisée pour faciliter l'élaboration par les acteurs eux-même de leur projet professionnel.

Ce rôle attendu des cadres est essentiel. Véritables partenaires de l'équipe de direction, par leur connaissance du terrain et des acteurs, ils anticipent avec le directeur des soins pour la répartition des effectifs, l'organisation du travail et lui fournissent les éléments nécessaires pour les entretiens individuels et l'aide à la décision d'affectation.

---

<sup>31</sup> KOURILSKY F. La Communication. Levier du changement à l'hôpital. Soins Formation Pédagogie Encadrement, juillet./septembre. 1996, n° 19, p 19.

### **Nous retiendrons que :**

- L'adhésion des cadres de santé aux orientations de l'institution est le garant de la promotion du changement et de la continuité du projet. Ils sont les mieux placés pour favoriser l'appropriation du projet et constituent un relais privilégié de la transmission des informations lors des réunions de service. Ils ont aussi un rôle clé dans la coordination entre services.
- Pour assumer les missions qui leur sont imparties, en plus du soutien du directeur des soins, les cadres de proximité ont besoin d'être formés.

### **3.3.2 Les résultats confrontés à la théorie**

Nous retiendrons

- Des éléments en lien avec la sociologie des organisations.
- Des éléments en lien avec des données culturelles.
- Des éléments en lien avec le changement.

#### **3.3.2.1 Les éléments en lien avec la sociologie des organisations**

Comme décrit dans le modèle de la bureaucratie professionnelle par H. MINTZBERG, nous constatons la spécialisation des services et leur indépendance les uns par rapport aux autres dans la réalisation de leurs missions.

L'insuffisance des mécanismes de coordination dans l'établissement 1, où il existe peu de groupes de travail et peu d'échanges entre sites, accroît la difficulté de mobilisation des personnes autour d'un projet commun.

Il est souvent question à l'hôpital de logiques, de cultures différentes, favorisant les cloisonnements. Nous avons pu repérer trois grandes logiques : administrative, médicale, soignante et observer une forte différenciation interne. Cette différenciation est exacerbée dans ces périodes de restructurations où sont en jeu les incertitudes majeures de l'hôpital. Ceci rend difficile l'inscription des personnes dans une action collective.

**Nous retiendrons** que favoriser la reconnaissance de la spécificité et la complémentarité de chacun des acteurs peut permettre d'avancer vers un décloisonnement et faciliter la mise en œuvre de projets communs.

Les modifications de structures entraînent des résistances au changement chez les acteurs qui ne veulent pas perdre les sources de pouvoirs qu'ils tiraient de l'ancienne organisation. L'objectif et le projet de chaque acteur ne sont pas toujours clairs, mais, en référence aux concepts développés par M. CROZIER et E. FRIEDBERG, il veille à garder un minimum de liberté et de pouvoir sur les autres, agit en fonction des opportunités qui se

présentent et des atouts dont il dispose et cherche toujours la solution optimale avant de prendre sa décision.

Le comportement de l'acteur a un aspect offensif qui a pour but d'améliorer sa situation et un aspect défensif qui a pour but de maintenir ou d'élargir sa marge de liberté.

Plutôt que de résistance au changement, nous devrions parler de la non-acceptation par la personne qui ne perçoit pas l'intérêt de celui-ci. Pour le dirigeant, chercher à comprendre l'intérêt du changement pour l'acteur, s'interroger et accepter ses approches, ses représentations en reconnaissant son individualité et ses valeurs, sera gage de réussite.

Il s'agit de donner envie de changer et d'obtenir la coopération de l'acteur en écoutant ses motivations, en levant les oppositions liées au manque d'information, aux incertitudes, en identifiant et en valorisant les bonnes raisons de changer, pour donner du sens au changement et en négociant un équilibre entre les différents intérêts.

Les intérêts pour l'individu se rapportent souvent à une notion de reconnaissance dans laquelle les zones d'incertitudes, les pouvoirs, la culture de l'établissement, du site, du service ont une large place.

Ainsi le changement, dont les sources sont autant internes qu'externes, est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose ou en tout cas qu'il ne perde pas.

Qui dit « acteur », implique la reconnaissance de l'homme en tant que sujet, responsable, capable de décider et de faire des choix. Pour choisir, des explications et des informations régulières sont attendues. Il s'agit d'accorder, à la personne, des compétences, une expérience, une zone d'autonomie pour les mettre au service et au profit de l'institution.

Repérer les éléments relatifs à la perte de maîtrise d'une situation, à la perte de pouvoir et les prendre en compte lors de la mise en œuvre du changement, conduira à prévoir un dispositif permettant à chaque acteur d'en faire le deuil et de se recréer des sources de pouvoir.

**Nous retiendrons** que la démarche stratégique des dirigeants sera une intervention visant à aider les agents à se servir de leur liberté et à se transformer eux-mêmes. Ceci suppose une attitude ouverte de la part de tout l'encadrement, en particulier de proximité. Ce dernier est le moyen d'intégration des petits systèmes humains que constituent les services hospitaliers.

Dans ces périodes de bouleversements liés à la mise en place de nouvelles règles d'organisation, il apparaît donc essentiel de repérer les sources de pouvoir telles que l'ancienneté dans un service ou dans l'institution, les acquisitions et connaissances spécifiques, le réseau de relation et de communication dans et entre les services pour pouvoir comprendre, orienter notre stratégie et accompagner les changements.

### 3.3.2.2 Les éléments en lien avec des données culturelles

Tous les acteurs n'ont pas manqué de mettre en relief les difficultés engendrées par la confrontation de deux univers hospitaliers distincts. Ces affrontements culturels ne sont pas d'une compréhension aisée. L'analyse des cultures d'entreprises proposée par Renaud SAINSAULIEU permet de mieux appréhender ce thème.

Les établissements étudiés s'inscrivent essentiellement dans deux des cinq catégories d'entreprises type, à savoir, l'entreprise bureaucratique. Cependant, les sites B et E, présentent une particularité supplémentaire du fait de leur taille et de l'esprit de famille qui les animent. Ils se rapprochent de l'entreprise communauté. Pour le site E, nous pouvons rajouter son histoire et le prestige de la ville.

L'hôpital occupe une place centrale dans la vie de la cité, voire contribue à son prestige, du fait de son histoire, de sa renommée ou de ses spécialités. La spécificité du projet de tel établissement confère une identité forte aux praticiens et au personnel. Dans ce contexte, il leur est difficile de renoncer à ce projet pour investir dans un autre qu'ils n'ont pas souhaité.

Historiquement il y a toujours eu une rivalité entre les villes où sont situés les sites T et E. La ville T, est considérée comme ville industrielle alors qu'à E, il y avait dans l'hôpital une culture familiale où s'observait une grande solidarité. L'hôpital, entreprise constituée de l'héritage des potentiels et des faiblesses de la vie collective du passé, doit préparer l'avenir pour continuer à prospérer. Pour une réelle cohérence organisationnelle, il est nécessaire de connaître, de comprendre chaque période de la vie de cette entreprise. En effet, les changements doivent se nourrir de l'histoire locale et prendre en considération ces particularités pour inscrire l'accompagnement du changement dans l'environnement.

Dans le cadre de ces changements, nous avons observé une difficile mutation des modes de relations au travail. L'identité au travail évolue. Le modèle de la négociation remplace progressivement, le modèle de la fusion.

D'autre part, l'entreprise est bien un lieu de vie qui élabore peu à peu ses usages, ses règles et sa culture. « Les acteurs d'un même groupe tendent à partager, avec le temps, les mêmes normes et les mêmes modes de relation avec les autres définis à travers les cultures reçues et construites. »<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> COQUAZ C. Les fusions Hospitalières. Contribution de l'Infirmier Général au changement. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2001. p 16.

### 3.3.2.3 Les éléments en lien avec le changement

Les restructurations internes des établissements provoquent bien un changement de type 2, \_déstabilisant, qui implique la définition de nouvelles règles de fonctionnement, une modification des connaissances et des représentations car il a la forme d'un changement de logique.

Comme le précise le groupe Laënnec, la fermeture d'un ou plusieurs services engendre une dimension émotionnelle non négligeable : « L'attachement fort d'un groupe à un lieu, comme espace de relations sociales établies entre les gens, d'une histoire partagée, complexifie les choses, suscite des réflexes collectifs. Voir tomber ce que l'on a construit, ce dans quoi on a vécu, touche au tréfonds de l'être. »<sup>33</sup>

Dans le cadre des restructurations, les groupes renforcent leur identité dans une attitude d'opposition à l'environnement. « Le groupe crée son identité à travers et à l'occasion de la défense de ses intérêts. »<sup>34</sup> Cette notion d'identité collective, renvoie aux jeux d'alliances, aux représentations et aux valeurs du groupe.

L'accompagnement des personnes est nécessaire pour que le « deuil » se réalise.

**Pour nous, accompagner, c'est** être à l'écoute de l'autre, de ses désirs, de ses souhaits, de ses potentialités, ce qui l'aidera à faire ses propres choix au bon moment. Le but, la fin n'est pas choisie par l'accompagnateur, il accompagne seulement sur le chemin. C'est une relation adaptée et personnalisée.

Moins que de guider, conduire, c'est se mettre à l'écoute de celui qu'on accompagne, sachant qu'il est seul capable de choisir où il veut aller et comment il entend s'y prendre.

Dans le cadre du changement, il s'agit d'inciter, d'appeler la personne à élaborer elle-même les représentations, les systèmes de valeurs, les modes opératoires, qui s'avèreront nécessaires à son action.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction et possédant, par expérience une connaissance des logiques médicale et soignante, est un élément incontournable dans cette démarche. Partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres, elle peut jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires.

---

<sup>33</sup> Groupe LAËNNEC. Accompagner les restructurations. Gestions Hospitalières, avril 1999, n° 385, p 261 à 265.

<sup>34</sup> AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F. Les Nouvelles approches sociologiques des organisations. Paris : Seuil, 1996, p 51.

Le directeur des soins est un acteur hospitalier fédérateur qui assure l'encadrement des professionnels de soins paramédicaux, par un contact permanent avec les usagers, en interaction avec le corps médical et les membres de l'équipe de direction.

### **3.3.3 Vérification des hypothèses**

L'approche théorique et l'enquête menée sur le terrain ont fait apparaître la complexité des situations de changements.

#### **3.3.3.1 La nécessité d'un accompagnement du changement**

Le changement nécessite un processus participatif et un apprentissage collectif. Le changement étant l'apprentissage de nouvelles formes d'action collective, suppose la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités. Ce processus nécessite du temps, des propositions de moyens qui seront mis à disposition au fur et à mesure de la démarche.

Au regard des éléments précédents, nous confirmons que :

**« Le changement ne se décrète pas ; il s'anticipe, se prépare, s'accompagne. »**

#### **3.3.3.2 La place capitale du directeur des soins et des cadres de proximité**

Dans la mesure où l'action de changement implique une intervention sur la structuration d'un système organisé d'acteurs dont elle cherche à modifier les comportements et les modes d'ajustements, elle ne peut se concevoir en dehors des intéressés eux-mêmes. Leur participation est nécessaire tant dans l'élaboration que dans la mise en œuvre. Cette participation des acteurs concernés n'est pas spontanée. Elle nécessite information, reconnaissance, accompagnement et concertation, missions réalisées par le directeur des soins et les cadres de proximité et sera le fruit d'un processus de mobilisation qui permettra l'appropriation.

Comme nous l'avons démontré, au cours de notre étude, nous confirmons que :

**« Le directeur des soins et les cadres de proximité sont les éléments moteurs du nécessaire processus d'appropriation du changement imposé aux agents lors des restructurations internes. »**

## 4 - PLAN D' ACTIONS

**L'objectif de cette étude est** de dégager des axes de travail pour notre futur exercice professionnel, où nous serons confrontée à des problématiques similaires.

S'il est impossible et irréaliste de calquer un modèle d'action, chaque établissement ayant sa spécificité, les réflexions menées nous permettent de retenir un certain nombre de constantes. Nous retenons l'importance de la pluralité de l'approche, qui prend en compte le collectif et l'individuel, l'interdépendance vie au travail et vie personnelle, la réponse aux missions institutionnelles.

**La stratégie mise en œuvre pour accompagner le changement lors des restructurations est déterminante** pour la bonne marche des équipes et a forcément des répercussions sur le soigné. Nous avons peu évoqué le bénéficiaire des soins tout au long de ce travail, cependant le changement doit être pensé pour lui. Le but à atteindre est le sentiment d'appartenance des différents acteurs non pas seulement à un service mais à une même institution ayant une finalité commune « le soin au service du soigné. »

**Notre plan d'actions devra s'inscrire dans la politique institutionnelle** et l'ensemble du dispositif fera l'objet d'une concertation et d'une collaboration avec l'équipe de direction. Comme pour tout projet collectif, la coopération est indispensable. L'objectif est de travailler ensemble, de partager des regards différents, pour une réelle complémentarité.

### **Les principes qui fondent notre action.**

- Être crédible pour permettre la confiance. Ceci suppose une cohésion de l'équipe de direction, une réelle collaboration, une cohérence entre les actes et les discours, le respect des engagements pris.
- Concilier les intérêts individuels et collectifs.
- Respecter et considérer chaque personne comme responsable et acteur.
- Prendre du temps et laisser le temps.

**Nos propositions porteront sur quatre niveaux d'actions complémentaires les uns des autres :**

- Les actions d'ordre général.
- Les actions destinées aux acteurs de soins.
- Les actions destinées plus particulièrement aux cadres de proximité.
- Les actions d'évaluation.

## **4.1 LES ACTIONS D'ORDRE GENERAL.**

### **4.1.1 Donner du sens au changement**

Mobiliser les soignants autour d'une valeur partagée des soins et de l'être humain, fait partie de notre mission. Dans ce climat de mouvance et d'inquiétude, recentrer les énergies sur le fondement des soins, sur l'amélioration de la sécurité et de la qualité de prise en charge des personnes soignées, permet de donner du sens aux actions entreprises. Si le projet d'établissement donne le cadre de l'action générale, le projet de soins constitue une ressource importante sur laquelle nous nous appuyerons, car il est construit dans une logique soignante pluridisciplinaire.

Nous pensons, aussi, que c'est en restant à l'écoute et proche du terrain que nous pourrions maintenir notre connaissance de l'hôpital, des services et des hommes qui y travaillent. Cette connaissance de la réalité quotidienne nous permettra de faire des choix adaptés, avec les autres membres de l'équipe de direction.

Il nous semble indispensable d'aller à la rencontre des personnels dans les services pour être dans la réalité du terrain. Il ne s'agit pas d'usurper le rôle du CI ou du CIS, mais au contraire de les soutenir dans leurs missions. Notre position hiérarchique nous confère une place différente. En allant à la rencontre des personnes, au sein même de leur service, nous invitons les différents acteurs à s'exprimer, à questionner. Cette attitude ouverte peut permettre de lever des barrières et limiter les incompréhensions mutuelles.

### **4.1.2 Mettre en place un plan de communication et d'information**

L'information touchera les équipes concernées ou l'ensemble des équipes. Elle portera sur les enjeux et les finalités des restructurations, la présentation des principes et des règles mises en place, les problèmes ou difficultés spécifiques. Ces actions seront réalisées, selon leur contenu ou le public, par les cadres de proximité ou le directeur des soins ou par l'ensemble de l'équipe de direction.

L'équipe de direction se doit de présenter une vision claire de l'organisation vers laquelle elle souhaite tendre pour associer l'ensemble des personnels à sa mise en oeuvre. Comme le soulignent Georges Arbus et Denis Debrosse, c'est à elle qu'incombe la mission de conduire le changement : « La réussite du changement demande que l'équipe de direction en fasse une priorité et s'organise en conséquence. Elle seule est à même de favoriser la mise en place d'une dynamique d'innovation, de se positionner en interface entre le monde extérieur et l'hôpital. Elle seule peut veiller à la bonne lisibilité par tous des attentes de l'environnement, des potentialités internes et à leur traduction en objectifs de

changement. C'est elle qui peut initier et conduire les principales étapes d'évolution des pratiques et des organisations. »<sup>35</sup>

Il est important que chacun ait une idée précise de la situation de l'hôpital dans son environnement, des enjeux de sa modernisation, de ses atouts et ses opportunités. Comme le souligne Michel CREMADEZ « Un professionnel dans ce genre d'organisation peut opposer, à tout changement dont il ne verrait pas la nécessité, une force d'inertie pratiquement incontournable. »<sup>36</sup>

.Cependant, il ne s'agit pas de distribuer de l'information, il est nécessaire que le message soit compris. Comme le souligne M. THEVENET : « Adapter les systèmes d'information à une stratégie, c'est s'interroger sur le sens et la valeur de l'information, sur le mode de décodage et la valeur relative de chaque type d'information. »<sup>37</sup>

Une communication de proximité complétera l'information pour répondre le plus précisément possible aux interrogations, inquiétudes des personnes et pour écouter leurs remarques. Comme nous l'avons observé lors de notre enquête, il est nécessaire de communiquer sur l'avancée des projets et nécessaire que chacun sache comment seront pris en compte les intérêts des professionnels et quel sera leur mode de participation car leur devenir reste leur préoccupation première.

Les moyens de communication seront diversifiés : réunions de service ou institutionnelle, journal interne, affichage, compte rendu de réunion transmis au cadre de chaque service afin qu'il soit commenté et expliqué aux équipes, entretiens et rencontres individuelles. L'utilisation simultanée des différentes formes de communication sera à privilégier, chacune présentant un intérêt particulier pour les différents acteurs.

#### **4.1.3 Reconnaître chacun comme acteur et lui laisser une place.**

Les regroupements d'activités nécessitent une mise à plat de l'organisation du travail et du fonctionnement antérieur de chaque service. Il faut inventer l'organisation future et non pas transposer l'existant. Pour cela l'institution a besoin de tous les acteurs hospitaliers.

Ceci suppose la reconnaissance des compétences de chacun et une confiance mutuelle, afin que chacun ose, puisse s'exprimer et que les ressources acquises par les hommes au travail, à travers leurs expériences enrichissent l'institution par le partage des potentiels en présence.

---

<sup>35</sup> ARBUZ G., DEBROSSE D. Réussir le changement à l'hôpital. Paris : Inter Éditions, 1996, p 103.

<sup>36</sup> CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. Cahiers de Gestions Hospitalières, mai 1987, n° 59, Gestions Hospitalières n° 266, p 286.

<sup>37</sup> THEVENET M. La culture d'entreprise. Paris : Presses Universitaires de France, 1993. p 94.

Il va s'agir de mettre en œuvre un management apte à favoriser l'appropriation de ces changements en laissant assez de place, de responsabilités et d'autonomie aux différents partenaires pour permettre la créativité et l'innovation.

La mise en place d'organes de pilotage et de gestion du changement, adaptés au contexte de l'établissement sera à réaliser. Nous avons peu évoqué, au cours de ce travail, l'encadrement supérieur. Ce n'est pas pour nier leur place dans l'institution mais dans notre futur établissement, les cadres supérieurs de santé sont chargés de mission et ne sont pas positionnés au niveau d'un secteur d'activité. Ainsi, ce rôle de coordonnateur permettant d'assurer les liens et la cohérence entre les divers travaux, leur sera confié.

#### **4.1.4 Créer des occasions de rencontre**

Nous souhaitons favoriser et maintenir toutes les formes d'échanges et de collaboration au sein de l'institution. L'organisation annuelle de journées « inter-sites et inter-services », déjà en place dans notre futur établissement, est l'occasion de faire découvrir les réalisations, de reconnaître la performance de chacun et de valoriser le travail entrepris.

En favorisant les rencontres et la construction d'une culture commune, ces journées provoquent une volonté de progrès, donnent envie de s'impliquer dans les actions collectives. Certaines réalisations au départ localisées ont ainsi fait « tâche d'huile » au sein de l'institution.

#### **4.1.5 Instaurer une politique institutionnelle incitant et favorisant la mobilité**

Car la mobilité du personnel, favorise l'ouverture, la connaissance d'autres services, d'autres modes d'organisation, et développe les capacités d'adaptation. Nous pensons élaborer un tableau de suivi des postes de travail et faire connaître les opportunités de changements par l'affichage systématique des postes qui sont ou seront vacants.

La généralisation des contrats de progrès, réalisés lors des entretiens annuels, déjà en place dans certains services de notre futur établissement, sera un atout.

Afin de définir globalement les besoins et être en mesure d'apprécier les implications, les complémentarités, les similitudes, les différences, nous serons vigilante à ne pas nous limiter au secteur concerné par les restructurations mais à considérer l'ensemble de l'institution. La transformation de certains postes pour les adapter aux évolutions est à envisager. La mise en place d'une GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences), permettra d'anticiper les évolutions des métiers et prévoir les compétences nécessaires. Ce domaine appartient à la direction des ressources humaines. Il conviendra donc de définir, en partenariat, la politique et les moyens à mettre en œuvre pour adapter les compétences aux nouveaux besoins.

#### **4.1.6 Proposer et argumenter un plan de formation**

Le plan de formation sera élaboré en regard des demandes, des besoins en personnels pour les années à venir, des connaissances et compétences nécessaires pour accéder à ces postes, des ressources existantes dans l'institution.

Nous donnerons la priorité aux cadres « chevilles ouvrières » du changement, pour des formations relatives à la conduite et à l'accompagnement du changement, la gestion des conflits, l'écoute,

### **4.2 LES ACTIONS DESTINEES AUX ACTEURS DE SOINS.**

Pour manager les équipes et conduire le changement le directeur des soins ne devra pas négliger les freins qui sont l'inquiétude face à l'inconnu, l'attachement à une identité de service, l'appartenance forte à une équipe, la mobilité réduite. Cependant, la volonté des soignants d'améliorer la qualité des soins, de réduire les dysfonctionnements, de développer leurs connaissances et compétences à l'aide de formations sont des éléments aidant.

#### **4.2.1 Les actions à mener au sein du service d'origine**

La qualité de l'encadrement dans le domaine des relations humaines sera déterminante. L'aptitude à la communication permettra aux cadres des unités, comme au directeur des soins de négocier les objectifs personnels de chaque agent et d'adapter les ressources humaines aux besoins des services.

Il s'agit, grâce à l'écoute et l'observation de repérer les ressources et les potentiels des différents acteurs et les mettre en valeur, de détecter chez les personnes les « leviers » sur lesquels ils peuvent agir afin de leur permettre d'atteindre des objectifs plus satisfaisants et de mieux répondre aux exigences de leur vie. Cela va consister à focaliser son regard et son écoute sur les ressources de l'autre plutôt que sur ses limites.

Favoriser les échanges inter services pour que la personne vive le changement comme une source possible d'enrichissement et l'appréhende en ayant confiance en ses propres capacités tant au niveau des connaissances qu'au niveau de l'adaptation. Ces échanges apporteront à la personne des critères facilitant le choix d'affectation future.

#### **4.2.2 Les actions à mener au sein de l'institution.**

Écouter, faire participer et susciter l'adhésion des personnels par la mise en place de groupes de travail aux missions définies. Le personnel sera sollicité pour faire des propositions concernant l'organisation du travail, l'élaboration des fiches de poste, les besoins en effectifs, les compétences requises.

La participation de nombreux acteurs à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de changement introduit la concertation tout en fixant les axes et le cadre général. Les objectifs, le cadre du projet, les moyens alloués devront être clairement formalisés. Un chef de projet sera nommé.

En mettant l'accent sur les aspects humains et organisationnels, ce travail participatif oriente l'énergie des acteurs vers un but, encourage l'écoute, le dialogue et permet de structurer méthodiquement la réalité à venir.

Ce développement d'activités communes entre les personnels venant de différents services permet un travail en coopération, implique d'apprendre à s'enrichir de l'autre et à exploiter les différences pour en faire une valeur ajoutée. Il amène les acteurs à se transformer eux-mêmes. Ils mettent en action un ensemble de professionnels et permettent de se fédérer autour d'une action commune. Ainsi se constitue une référence commune.

L'harmonisation des modes de prises en charge des soins et des outils de travail facilitera l'adaptation et diminuera l'appréhension. Chaque site ou service a produit des réalisations. Il ne s'agit pas de comparer mais bien de mutualiser les moyens pour que chacun s'enrichisse des biens de l'autre. Nous serons donc attentive à ne pas mettre en avant les réalisations de l'établissement le plus important, ce qui générerait un sentiment d'injustice pour les personnes de l'autre site. Harmoniser ne signifiant pas uniformiser. Il s'agit d'additionner en veillant à garder les spécificités et les richesses de chacun.

Un plan d'accueil et de formation des nouveaux agents et l'élaboration d'une charte de fonctionnement du service apporteront les informations et les références indispensables qui faciliteront l'intégration et l'efficacité.

#### **4.2.3 Les actions qui prennent en compte les intérêts individuels et collectifs**

Nous avons pu constater au cours de cette étude que derrière ce que l'on nomme la résistance au changement, se cache en réalité un nécessaire processus de deuil. Les émotions sont fortes. Nous serons attentive à ne pas les nier ou les minimiser ce qui amplifierait certainement leurs manifestations et risquerait de provoquer un blocage chez la personne. Au contraire, elles seront écoutées et reconnues.

Comme nous l'avons relevé lors de notre enquête, l'aide d'un psychologue, nous paraît intéressante pour préparer les équipes et leur permettre d'exprimer leur ressenti. Nous répondrons en fonction du besoin exprimé.

Notre organisation du travail devra prévoir des temps réservés à l'écoute et l'échange avec les acteurs de soins. Ceci suppose une disponibilité.

Nous prévoyons de rencontrer les personnes concernées par les redéploiements lors d'un ou plusieurs entretiens.

Avant le premier entretien, des préalables sont nécessaires, à savoir :

- Déterminer les critères prioritaires d'affectation : parcours professionnel, ancienneté, compétences, quotité de travail.
- Connaître l'évolution des effectifs et anticiper en bloquant les postes vacants ou susceptibles de le devenir et en répertoriant les postes occupés par des contractuels à titre temporaire. L'objectif est de proposer des postes correspondant aux souhaits pour que chacun trouve satisfaction.
- Rencontrer le cadre infirmier pour lui transmettre toutes les informations sur l'évolution, les décisions, les postes libres et échanger sur les projets professionnels des agents concernés pour fournir les éléments d'aide à la décision d'affectation. Ceci suppose que le cadre de proximité ait déjà accompagné la personne dans son cheminement, en l'aidant à formuler son projet au regard de ses capacités et aptitudes potentielles. Car la mobilité devra prendre en compte les compétences jugées indispensables et spécifiques dans chacun des services, surtout les spécialités.

Lors de la rencontre l'objectif est de définir la situation administrative et personnelle de l'agent avec ses différentes contraintes, ses souhaits en terme de projet professionnel, ses capacités d'adaptation aux changements, ses besoins en formation, les possibilités de redéploiement qui peuvent lui être offertes. Les règles préalablement définies par l'équipe de direction et après consultation des représentants du personnel, telles le respect du volontariat pour un changement de site, la priorité du choix d'affectation, seront rappelées.

Un travail en collaboration avec le DRH et les différentes instances (CA, CTE, CME), permettra d'informer l'agent sur le dispositif d'aides financières dans le cadre de l'accompagnement social des opérations de modernisation. L'opportunité de mettre en place une CASMO ou d'avoir recours à un organisme conseil extérieur sera étudiée.

Après un temps de réflexion et de négociation pour mettre en adéquation les intérêts individuels et collectifs, la future affectation sera déterminée.

### **4.3 LES ACTIONS DESTINEES PLUS PARTICULIEREMENT AUX CADRES DE PROXIMITE.**

Les observations réalisées nous amènent à retenir que c'est avec les cadres de proximité que nous devons engager notre action. Maillons indispensables, c'est eux qui vivent quotidiennement au contact des réalités et au plus près des soignants et des soignés. Situés à l'interface des logiques administratives et soignantes, ils sont particulièrement exposés aux pressions, questionnements, inquiétudes des différents acteurs.

### **4.3.1 Soutenir l'encadrement**

Pour éviter l'épuisement des cadres de proximité, nous serons attentive à assurer une écoute quasi permanente, afin que ceux-ci restent disponibles pour les collaborateurs dont ils ont la responsabilité. Ainsi, pour leur permettre d'assumer-leur missions, en tant que directeur des soins, nous veillerons à être disponible pour leur apporter écoute, conseils, soutien méthodologique. Le partage de l'information et la communication sont aussi essentiels. Les informations transmises seront commentées.

La formation pour le développement de nouvelles compétences d'animation, permettra à l'encadrement d'être porteur de sens, de valoriser les initiatives et de mettre en place des actions collectives.

### **4.3.2 Le mode de management**

C'est par un management participatif, apte à favoriser les initiatives et l'intégration des changements que nous baserons l'ensemble de nos actions. Nous serons vigilante à laisser une place à chacun pour éviter le désinvestissement des cadres de proximité. Les travaux confiés aux cadres se réaliseront sur la base d'une confiance réciproque. Leur autonomie et marge de manoeuvre doivent être suffisantes pour permettre initiatives et innovation. Il ne s'agit pas de leur dire ce qu'il faut faire, mais permettre aux idées, aux questions, aux réponses d'émerger. Les objectifs seront clairement définis.

Nous avons déjà évoqué l'importance de donner du sens aux actions en mettant le malade au centre des projets. C'est par l'intermédiaire des cadres de proximité que nous pourrions y parvenir.

Il existe déjà dans notre future institution de nombreux groupes de travail « groupes projet de soins » pour partager, réfléchir, et proposer des actions. L'implication et la participation active de quelques cadres de proximité et des cadres infirmiers supérieurs dans ces différents groupes de travail pluridisciplinaires fédèrent les équipes, participent au décloisonnement, permettent de faire les liens et de maintenir une cohérence entre les différentes actions.

### **4.3.3 Donner les moyens d'action**

Cependant, le fonctionnement des cadres n'est pas unifié, leur positionnement au sein de l'institution est variable selon leur personnalité, leur ancienneté dans l'établissement, leur formation. Il nous importera de réduire ces écarts par une réflexion commune visant à définir les missions, le management et l'accompagnement du changement.

Le partage au sein de l'équipe de cadres, lors de réunions hebdomadaires, des informations, questionnements, expériences et réalisations, sera stimulant, permettra une

régulation et favorisera la création d'une réelle équipe soudée acceptant les différences et la complémentarité.

Selon les difficultés rencontrées des formations seront proposées. Nous retiendrons plus spécifiquement les thèmes concernant l'ensemble des cadres. Ainsi, cette formation commune et les échanges qu'elle provoquera faciliteront l'émergence d'une culture commune pour l'instauration d'un travail d'équipe en partenariat.

Une proposition de coaching sera aussi envisagée afin d'aider individuellement chaque cadre pour qu'à leur tour ils soient à même d'aider les équipes.

La reconnaissance et la valorisation de leurs réalisations et de leur implication au sein des différents groupes de travail stimulera le dynamisme de l'équipe.

#### **4.4 LES ACTIONS D'ÉVALUATION**

Dans un premier temps, établir un bilan de l'opération et le diffuser. Cette synthèse de la situation précisera combien de personnes ont obtenu satisfaction à leurs souhaits d'affectation en fonction de leur premier, deuxième ou troisième choix, les formations mises en œuvre et les différentes mesures d'accompagnement proposées.

Les actions d'évaluation porteront sur les aspects collectifs et individuels. Les indicateurs de mesure seront la satisfaction, le degré d'adaptation individuelle et le niveau d'atteinte des objectifs institutionnels. La mission d'évaluation du cadre est à ce niveau fondamentale. Plusieurs moyens de mesure sont à prévoir à périodicité définie ; deux, six, douze mois.

- Organiser une concertation avec les cadres de proximité pour évaluer les degrés d'adaptation individuelle et l'appréciation de l'encadrement concernant les agents réaffectés.
- Prévoir un entretien d'évaluation personnalisé des agents redéployés sur le plan de leur satisfaction et de leur adaptation dans leur nouveau poste.
- Recueillir les éléments pour mesurer la réalisation des objectifs institutionnels préalablement déterminés, l'implication des soignants dans les projets, les actions menées dans les services de soins auprès et en faveur des hospitalisés, la volonté de mise en œuvre d'actions améliorant la qualité et la sécurité des soins.
- Mesurer la satisfaction des usagers sur le fonctionnement général du service.

Après analyse des données recueillies, les réajustements nécessaires seront identifiés et des mesures correctives seront mises en œuvre. Elles pourront se concrétiser par un ajustement de l'organisation, une réaffectation, des actions d'accompagnement complémentaires.

La valorisation des expériences positives permettra la reconnaissance du travail fourni et facilitera l'adhésion et la participation des personnels pour les opérations futures.

## CONCLUSION

Les restructurations sont le moyen d'adaptation de l'hôpital à son environnement en perpétuelle évolution. Il s'agit d'optimiser les moyens humains et matériels pour améliorer les services offerts aux usagers. À l'image des autres entreprises, l'hôpital se recentre sur son vrai métier : SOIGNER.

Véritables ruptures et crises institutionnelles, ces restructurations internes entraînent une mobilité des hommes et une remise en cause des organisations. L'adaptation des hommes à ces divers changements imposés n'est que progressive et la création d'une nouvelle culture et organisation nécessite du temps et un accompagnement.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que la réussite d'un projet de restructuration dépend de la stratégie mise en œuvre par l'équipe de direction.

Le directeur des soins, par sa position, participe à l'élaboration des décisions au sein de l'équipe de direction, veille à leur application et fait intervenir son expertise dans l'organisation des services de soins. Son rôle de manager est d'agir comme moteur de changement pour aider le système à se modifier. Sa stratégie repose sur sa connaissance de l'établissement, des services et des hommes qui y travaillent. L'analyse des potentiels et des ressources lui permet de faire des choix adaptés.

Le sens donné au changement, la politique de communication et d'information, la mobilisation des personnes autour de projets institutionnels, la valorisation des réalisations, sont autant de facteurs qui accélèrent le processus d'appropriation du changement et facilitent l'adaptation et la projection dans l'avenir.

Pour manager les équipes soignantes, le directeur des soins travaille en étroite collaboration avec les cadres de proximité. Véritables relais au sein des équipes, situés à l'interface des logiques administratives et soignantes, c'est eux qui vivent quotidiennement au contact des réalités et au plus près des soignants et des soignés. Leur mode de management a une influence considérable sur la participation des acteurs autour des différents projets. La qualité des relations humaines est déterminante car la prise en compte de l'individu et de sa singularité permet de concilier les intérêts individuels et les intérêts collectifs.

Notre étude nous a permis de repérer les éléments incontournables à prendre en compte et à mettre en œuvre lors des changements institutionnels. Ces propositions d'actions ne sont pas figées. Au contraire, le travail réalisé nous aidera dans la compréhension et l'analyse des situations sans cesse évolutives. Ainsi une évaluation et une adaptation des actions seront à réaliser régulièrement pour que nous puissions réussir les changements d'aujourd'hui et préparer ceux de demain

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

**AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F.** *Les Nouvelles approches sociologiques des organisations.* Paris : Seuil, 1996. 245 p.

**ARBUZ G., DEBROSSE D.** *Réussir le changement à l'hôpital.* Paris : Inter Éditions, 1996. 248 p.

**BARTHÈS R., BOUTLY-SALOU M., COUNY S., DONIUS B., LAMY Y., SACCO M-T.** *Le développement des ressources humaines.* Rennes : Éditions ENSP, 2002. 294 p.

**BERNOUX P.** *La sociologie des organisations.* Paris : Seuil, 1985. 382 p.

**CALMES G., SEGADE J-P., LEFRANC L.** *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité.* Paris : Masson, 1998. 170 p.

**CROZIER M., FRIEDBERG E.** *L'acteur et le système.* Paris : Seuil, 1977. 437 p.

**GONNET F.** *L'Hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail.* Paris : Lamarre, 1992. 359 p.

**IAZYKOFF W.** *Organisations et Mobilités. Pour une sociologie de l'entreprise en mouvements.* Paris : L'Harmattan, 1993. 170 p.

**LAMY Y.** *Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux.* Rennes : Éditions ENSP, 1995. 70 p.

**MORIN E., LE MOIGNE J-L.** *Comprendre la complexité des organisations de soins.* ASPEPS, 1997. 85 p.

**MORIN J-M.** *Précis de Sociologie.* Nathan, 1998. 160 p.

**SAINSAULIEU R.** *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation Nationale Des Sciences Politiques, 1988. 477 p.

**THEVENET M.** *La culture d'entreprise*. Paris : Presses Universitaires de France, 1993.127 p.

## **PÉRIODIQUES**

**BÉDIER P.** Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel. *Revue Hospitalière de France*, nov./déc. 1999, n°6, pp. 62 à65.

**BERNADOU A.** Pédagogie du changement. *Revue Hospitalière de France*, nov./déc. 1999, n°6, pp. 59 à61.

**BERNOUX P.** A quoi sert la sociologie des organisations ? *Sciences Humaines*, Hors Série, mars. / avril. 1998, n° 20, pp. 12 à15.

**BROUDIC P.** Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne – Ardenne. *Revue Française des Affaires Sociales*, avril. / juin. 2001, n° 2, pp. 45 à57.

**CALMES G., LEFRANC L.** Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, n° 399, pp. 584 à589.

**CREMADEZ M.** Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Cahiers de Gestions Hospitalières*, mai 1987, n° 59, Gestions Hospitalières n° 266, pp. 285 à306.

**CRÉPU M., HOUDY.** L'hôpital à vif- L'état des lieux. *Autrement*, septembre 1989, série mutations, n° 109, 229 pages.

**CROUZILLES C., JOUBERT A.** Restructuration hospitalière. Une expérience d'accompagnement par la formation. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, n° 399, pp. 590 à 593.

**DOGUÉ M., BÉDIER P., VITTOT P.** Fusion d'établissements et formation. *Revue Hospitalière de France*, nov. / déc. 1999, n°6, pp. 69 à72.

**FORCIOLI P.** Fusion hospitalière, mode d'emploi. *Revue Hospitalière de France*, nov. / déc. 1999, n°6, pp. 22 à35.

**FORCIOLI P.** Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, avril 1999, n° 385, pp. 256 à260.

**GABORIT M.** Accompagner le personnel à l'ouverture d'un nouvel établissement. *Revue Hospitalière de France*, nov. / déc. 1999, n°6, pp. 73 à74.

**GONNET F.** Les soignants et le changement. *Recherche en soins infirmiers*, juin 1990, n° 21, pp. 16 à25.

**GROUPE LAËNNEC.** Accompagner les restructurations. *Gestions Hospitalières*, avril 1999, n° 385, pp. 261 à265.

**HÉRIAUD A.** La Formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité. *Revue Hospitalière de France*, nov. / déc. 1999, n°6, pp. 57-58.

**KOURILSKY F.** Comment ne pas bloquer le changement ? *Gestions Hospitalières*, avril 1999, n° 385, pp. 266 à267.

**KOURILSKY F.** La Communication. Levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, juillet./septembre. 1996, n° 19, pp. 16 à20.

**MOSSÉ P.** Les restructurations : modèle ou succédané de politique hospitalière ? *Revue Française des Affaires Sociales*, avril. / juin. 2001, n° 2, pp. 11 à25.

**MOSSÉ P.** Une brève histoire du temps hospitalier – anthologie commentée des étapes de la construction du cadre formel des restructurations hospitalières en France. *Revue Française des Affaires Sociales*, avril. / juin. 2001, n° 2, pp. 7 à10.

**PHILIBERT A.** L'expérience de mort approchée (EMA) d'un centre hospitalier de proximité. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, n° 399, pp. 594 à596.

## **MÉMOIRES**

**BOUDET P.** *Fédérer les énergies à l'hôpital. Culture et histoire d'entreprise.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 1996. 65 p.

**COQUAZ C.** *Les fusions Hospitalières. Contribution de l'Infirmier Général au changement.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2001. 76 p.

**GOURIER-SCHALL D.** *Réussir les restructurations hospitalières internes. Participation du service infirmier.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 1999. 60 p.

**LEPRETRE F.** *Anticiper le changement et accompagner les équipes dans la restructuration d'un centre hospitalier.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 1995. 100 p.

**PADELLEC M-R.** *Conduire des restructurations internes, un management stratégique au service de la cohérence et de la pertinence des actions.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2001. 63 p.

**PEROYS C.** *Restructuration médicale et fusion d'établissements publics de santé. L'exemple des Hôpitaux du LÉMAN.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2001. 73 p.

**THIRIAT M-F.** *Restructuration hospitalière : quels enjeux pour les hommes et les équipes.* Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 1997. 85 p.

## **TEXTES RÉGLEMENTAIRES**

**Loi 97-1164** du 19 décembre 1997, relative au financement de la sécurité sociale.

**Décret 2001-353** du 20 avril 2001, (JO du 24 avril 2001), relatif à l'indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1** : Guide initial d'entretien mémoire.

**ANNEXE 2** : Guide d'entretien.

# **ANNEXE 1**

## **Guide initial d'entretien mémoire**

### **Identification**

1. Site :
2. Grade :
3. Ancienneté dans le grade :
4. Ancienneté dans l'établissement :
5. À quel titre êtes vous concerné par les changements qui doivent intervenir ?  
Changement de site ? Changement de service en restant sur le même site ?

### **Information, communication**

6. Quand avez-vous entendu parler des changements en cours ?
7. Par qui ?
8. Vous souvenez-vous de ce qui a été dit ?
9. Quel était le contexte de cette information ?
10. Comment avez-vous réagi (ressenti) ?
11. Estimez-vous que vous avez eu assez d'informations ?
12. Sinon qu'auriez-vous aimé savoir ?

### **Moyens mis en œuvre**

13. Quels ont été les moyens mis en œuvre pour réaliser ces changements ?
14. En quoi voyez-vous que le changement est commencé ?
15. Pensez-vous que d'autres moyens peuvent être utilisés ? Si oui, lesquels ?
16. Connaissez-vous les futurs plans (pour l'établissement N°2) ?
17. Connaissez-vous la future organisation des unités de soins (pour l'établissement N°2) ?
18. Qu'est ce qui aujourd'hui est commun entre les 2 sites et qui devrait faciliter les changements à venir ?

### **Attentes envers les autres partenaires**

19. Qu'attendez-vous du directeur des soins ?

20. Qu'attendez-vous de l'équipe de direction ?
21. Qu'attendez-vous des cadres soignants ?

### **Projection dans l'avenir**

22. Quels sont les éléments qui facilitent le changement ?
23. Quels sont les freins ?
24. Comment envisagez-vous l'avenir ?
25. Qu'est ce qui vous fait peur ?
26. Qu'est ce que vous voyez comme une perte ?
27. Qu'est ce que vous voyez comme un gain ?

### **Par rapport à la fusion des établissements déjà réalisée**

28. Étiez-vous présent lors de la fusion des établissements ?
29. Si oui, à quel poste, sur quel site ?
30. Pour vous quels indicateurs ont montré que la fusion d'établissement était réalisée :  
(Le changement de nom de l'institution, la mobilité, les réunions communes, les groupes de travail communs, les projets communs, autres) ?
31. Pensez-vous qu'aujourd'hui il existe une culture d'établissement commune ? Si oui, précisez ce qui vous fait dire cela.
32. Quels sont les principaux obstacles ?
33. Quel rôle a joué le directeur des soins lors de la fusion des 2 établissements ?
34. Pensez-vous qu'elle aurait pu avoir d'autres actions ? Si oui, lesquelles ?
35. A-t-elle été une aide ? Si oui, en quoi ?

## **ANNEXE 2**

### **Guide d'entretien**

#### **Identification**

1. Site :
2. Grade :
3. Ancienneté dans le grade :
4. Ancienneté dans l'établissement :
5. À quel titre êtes vous concerné par les changements qui doivent intervenir ?  
Changement de site ? Changement de service en restant sur le même site ?
6. Avez-vous déjà changé d'établissement, de site, de services ? (préciser).

#### **L'information et la communication**

7. L'information concernant les changements à venir a été donnée dans quel contexte ?  
(quand, par qui, comment)
8. Que pensez-vous de l'information donnée ? A t'elle été adaptée, suffisante, donnée au bon moment ? (Si réponse négative faire préciser)

#### **Les moyens**

9. Quels sont les moyens mis en œuvre pour réaliser ces changements ?
10. Pensez-vous que d'autres moyens peuvent être utilisés pour vous accompagner dans ce processus ? Si oui, lesquels ?

#### **Les freins et les éléments aidant**

11. Quels sont les éléments qui vous aident ou vous freinent dans l'appropriation du changement ?

#### **Les attentes**

12. Qu'attendez-vous des autres partenaires ?

#### **La projection dans l'avenir**

13. Quel est votre ressenti et comment voyez-vous l'avenir ? ( Peur, perte, gain, opportunité ...)