



HAL
open science

La sociologie de la traduction comme révélateur des freins et des facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital public

Karine Boiteau

► To cite this version:

Karine Boiteau. La sociologie de la traduction comme révélateur des freins et des facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital public . Gestion et management. Aix Marseille Université, 2016. Français. NNT: . tel-01346599

HAL Id: tel-01346599

<https://shs.hal.science/tel-01346599v1>

Submitted on 19 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License



ANNEE 2016

Thèse pour l'obtention du grade de
Docteur en Sciences de Gestion

Préparée et soutenue publiquement par

Karine BOITEAU

Le 11 Juillet 2016.

Aix Marseille Université, Ecole Doctorale de Sciences Economiques et de Gestion 372

CNRS, LEST (Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail) UMR 7317

**LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION COMME
REVELATEUR DES FREINS ET DES FACILITATEURS DE
LA CONDUITE DU CHANGEMENT A L'HÔPITAL PUBLIC.**

**LE CAS DU PROJET DE FIDELISATION DU PERSONNEL INFIRMIER DE
PSYCHIATRIE.**

Jury :

Christophe BARET,

Professeur des universités, Université
d'Aix-Marseille,
Directeur de thèse

Martine BRASSEUR,

Professeur des universités, Université Paris
V Descartes,
Rapporteur

Thierry NOBRE,

Professeur des universités, Université de
Strasbourg,
Rapporteur

Dominique MARTIN,

Professeur des universités, Université
Rennes 1,
Suffragant

Eliane ROTHIER BAUTZER,

Maître de conférences, HDR, Université
Paris Descartes,
Suffragant

Matthieu GIRIER,

Directeur des Ressources humaines, Les
Hôpitaux de Saint-Maurice,
Invité

L'université n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Résumé.

Notre recherche répond à une volonté d'explorer une méthode d'humanisation de l'implantation des principes du NPM pour rendre le changement à l'hôpital socialement plus acceptable. On pourrait penser au vu de la multitude des réformes (la tarification, la mise en place des nouvelles gouvernances, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences...) que doit intégrer l'hôpital public, que ce dernier est coutumier du changement mais il n'en est rien. En tant qu'organisation pluraliste, il paraît plus réaliste de considérer que conduire le changement dans un tel contexte relève du défi. Compatible avec un management polyphonique propice aux changements lorsque des individus aux valeurs et aux intérêts divergents doivent coopérer autour d'une problématique, la sociologie de la traduction s'est donc imposée comme grille d'analyse d'un processus de changement que nous observons, d'une part, et que nous conduisons, d'autre part à travers deux projets visant la fidélisation du personnel : la professionnalisation des parcours d'intégration et la mise en place d'un projet de promotion de bien-être au travail.

Dans une posture transformative, notre recherche-intervention repose sur deux études de cas similaires dans des hôpitaux publics faisant face à une pénurie chronique d'infirmiers dans les services de psychiatrie. Le rapport ethnographique au terrain a été favorisé par une CIFRE et nous a permis un recueil de données riches et variées (documents, questionnaires, entretiens individuels et collectifs, observation). Nous avons ainsi contribué à l'identification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie en France grâce à la mise en place de groupes de travail multidisciplinaires. Puis dans une seconde période de mise en œuvre des projets co-construits avec les acteurs de terrain, nous avons identifié les freins et les facilitateurs du changement. Les freins principaux sont des rythmes et des temporalités de travail incompatibles entre les divers acteurs, une absence de controverse, des attitudes faussement participatives en réunion, la multiplication de projets contingents, un défaut de compétence managériale et de coordination stratégique au niveau institutionnel et enfin un manque de légitimité des projets RH favorisé par une invisibilité du travail réalisé. En revanche, nous retenons que la conduite de projet visant un changement à l'hôpital sera facilitée par la neutralité, la bienveillance et les compétences méthodologiques du traducteur, la co-construction d'un diagnostic et l'implantation du projet sur un site pilote pour favoriser son déploiement, une définition fine des rôles attendus des différents acteurs dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire inhabituelle, une communication tout au long du projet, y

compris pour des micro-changements et enfin l'intégration d'une culture de l'innovation reposant sur le partage de bonnes pratiques.

Mots clés : intention de départ, infirmier, conduite du changement à l'hôpital, sociologie de la traduction. Recherche intervention

Abstract.

We initialised this piece of research in order to explore methods that could humanise the implementation of NPM principles and make changes in hospital environments socially more acceptable. When one considers the number of reforms that public hospitals have had to face (pricing, new governing schemes, provisional management of professions and skills...), one could presume that they are used to change - but it is not the case at all. In such a context and with such pluralistic organisations as public hospitals, it is much more realistic to accept that introducing change is more than a challenge. Compatible with a polyphonic management, favourable to change when people with different values and opposing interests have to cooperate around one same issue, Actor Network sociology became an obvious assessment matrix for a change process that we have been observing on the one hand, and conducting on the other hand, via two projects that aim to retain staff: professionalising integration programmes and undertaking and promoting a 'well-being at work' scheme.

Lead in a transformative approach, our research and intervention is based on two similar case-studies undertaken in public hospitals that have to face chronic shortages in nursing staff in psychiatric wards. Our ethnographic connection with the field was possible thanks to a CIFRE. It enabled us to obtain all kinds of rich and diversified data (documents, questionnaires, individual and group interviews, observation). We thereby brought our contribution to identifying what determines the initial intentions of psychiatric nursing staff in France, thanks to the organisation of multi-disciplinary workshops. During the second part of the implementation of our projects, thought-out in total collaboration with the actors on the field, we determined the actual obstacles to change as well as change-facilitators. Main obstacles include work rhythms and timescales that are incompatible between the various actors, absence of debate, falsely participatory attitudes during meetings, the multiplication of contingent projects, insufficient management and strategic coordination skills at a corporate level and, finally, insufficiently legitimate HR projects, enforced by work that goes totally un-noticed. However, we have come to the conclusion that implementing a project in a hospital environment is made easier by a series of facilitating conditions: the actor network expert's neutrality, goodwill and methodological skills, the co-development of a diagnosis as well as the implementation of the project on a pilot-site in order to favour its deployment, the fine definition of the role that each person is expected to play in such an unusual multidisciplinary collaboration, optimal communication along the whole project, including concerning small

changes being made, and finally, good integration and comprehension of an innovative culture based on good-practice sharing.

Keywords : intention to leave, nurse, change management, Actor Network sociology, involvement.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe BARET, mon directeur de thèse

J'exprime ici ma profonde gratitude dans la confiance qu'il m'a accordée. Son accompagnement a été riche d'enseignements et d'échanges malgré l'éloignement géographique. Sa grande disponibilité, son intelligence enthousiasmante, ses conseils avisés ont, s'en nul doute, contribué à l'aboutissement de mon travail.

A Madame le professeur Martine Brasseur,

A Monsieur le professeur Thierry Nobre, les rapporteurs

J'adresse de très vifs remerciements pour l'honneur qu'ils me font en acceptant d'apporter leur regard d'expert sur mon travail.

A Madame le Maître de conférence Eliane Rothier Bautzer,

A Monsieur le professeur Dominique Martin, membres suffragants du jury

Et à M. Matthieu Girier, membre invité du jury,

Je leur suis reconnaissante d'avoir manifesté de l'intérêt pour mon travail en acceptant de siéger dans le jury et les remercie sincèrement de participer à son évaluation.

Au LEST, à l'équipe de recherche pour les conseils stimulants que j'ai eu l'honneur de recevoir. A Patrice Cacciuttolo pour son sens de la pédagogie à l'occasion de la formation sur le logiciel SAS, mais aussi aux doctorants pour la richesse de nos échanges et plus particulièrement à Sandra pour ta bonne humeur et pour les discussions éclairantes que nous avons eu le plaisir de partager.

Aux professionnels des deux hôpitaux qui m'ont accueillie dans le cadre de la CIFRE. Je souhaite souligner la qualité des interactions vécues lors de ma recherche.

A mes parents, l'ensemble de ma famille et mes proches.

Vos mots d'encouragement, votre présence affectueuse ont permis de dépasser les moments de doute.

A Claire, Nicolas, Sophie, mes enfants et à Emmanuel mon époux,

Avec pudeur, j'ose vous dire que rien n'aura été plus précieux que votre amour et votre désir de voir cette aventure se réaliser.

Table des matières

INTRODUCTION	19
PARTIE 1 : PRESENTATION DE LA RECHERCHE ET POSTURE EPISTEMOLOGIQUE.	25
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PROCESSUS DE LA RECHERCHE.	27
1.1 Une recherche fondamentalement ancrée dans le terrain. Condition d'entrée et précision de la commande ; présentation des deux établissements.	27
1.1.1 Une demande d'accompagnement issue du terrain.	27
1.1.2 Présentation des deux établissements.	29
1.2 Première période de la recherche. Identifier avec les acteurs de terrain les déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie en Ile-de-France.	32
1.3 Seconde période. Les défis de la conduite du changement dans la fonction publique hospitalière : la mobilisation de la sociologie de la traduction dans une logique normative pour une mise en œuvre de l'action collective.	34
CHAPITRE 2 : POSTURE EPISTEMOLOGIQUE CONSTRUCTIVISTE ET DESIGN DE LA RECHERCHE.	39
2.1 Posture épistémologique et paradigme constructivisme.	39
2.2 L'objet de recherche et évolution de la question de recherche.	43
2.3 Principes de la recherche-intervention : la juste place du chercheur dans les études de cas contemporaines.	49
2.3.1 Une étude de cas contemporaine sur deux terrains similaires : des données riches pour une analyse fine d'un terrain hospitalier complexe.....	49
2.3.2 La recherche-intervention (RI) : le chercheur-intervenant engagé dans une posture transformative.....	54
2.4 Une recherche principalement qualitative ethnographique aux multiples sources de données.	59
2.4.1 Une recherche qualitative.	59
2.4.2 Collecter les données par l'enquête : L'entretien individuel ou de groupe et le questionnaire.	60
2.4.3 La place prépondérante de l'observation.....	72
2.4.4 Synthèse des sources de données dans chacune des deux périodes de la recherche.	81
2.5 L'analyse des données.	83
2.6 Critères de validité et de fiabilité de la recherche.	91
2.6.1 Justification de la fiabilité : historique du cheminement de la recherche.....	91
2.6.2 Justification de la validité interne : cohérence du design de recherche, validité du construit et rigueur du processus de recherche.....	93
2.6.3 Justification de la validité externe des connaissances : mise à l'épreuve des connaissances... ..	96

PARTIE 2 : PREMIERE PERIODE DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT : IDENTIFICATION DES DETERMINANTS DE L'INTENTION DE DEPARTS DES INFIRMIERS EN FRANCE. CREER DU SENS COLLECTIF AROUND D'UNE SITUATION COMPLEXE	107
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT DE RECHERCHE. PORTRAIT GENERAL DE L'HOPITAL, DE LA SANTE MENTALE ET DU PERSONNEL INFIRMIER.....	109
3.1 Intégration des principes du New Public Management (NPM) dans la fonction publique hospitalière : défis de modernisation pour les services des ressources humaines (RH).....	109
3.1.1 Le New Public Management : contexte d'émergence et présentation des principes fondamentaux	111
3.1.2 Le New Public Management dans la fonction publique hospitalière : les difficultés d'appropriation des logiques de performance et d'évaluation.....	121
3.1.3 Conséquences de l'implantation des principes du NPM dans les services RH des hôpitaux publics.	130
3.2 Développement de la santé mentale et intégration des principes de rationalisation de NPM.	143
3.2.1 Faits marquants de l'histoire de la psychiatrie : des asiles à la santé mentale, un passage obligé par la sectorisation dans une logique humaniste.	144
3.2.2 Quelques caractéristiques de la prise en charge en santé mentale aujourd'hui.	148
3.2.3 Santé mentale et approche normée de l'activité : est-ce toujours antinomique ? Alignement de la psychiatrie aux principes du NPM : une politique qui sert l'essor des neurosciences.	152
3.3 Présentation du métier d'infirmier au regard de la sociologie des professions.	159
3.3.1 Les spécificités du travail de l'infirmière en psychiatrie : De la distinction du <i>cure</i> et du <i>care</i> dans la compréhension de la désertion des soignants des services psychiatriques.....	160
3.3.2 Hiérarchisation informelle des infirmiers dans les services psychiatriques.	165
CHAPITRE 4 : ATTRACTIVITE ET FIDELISATION DES INFIRMIERS EN FRANCE.	171
4.1 Intention de départ.....	172
4.2 Une littérature riche sur la thématique de l'intention de départ mais peu d'études concernant les infirmiers français et de surcroît en psychiatrie. Le recours aux proxys.	173
4.3 Les liens entre ces différents concepts.....	178
4.4 Des déterminants de l'intention de départ proches quel que soit le modèle utilisé.....	179
CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE MIXTE : ENTRETIENS INDIVIDUELS & COLLECTIFS, QUESTIONNAIRES ET OBSERVATION. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE A L'EPREUVE DU REEL	183
5.1 La richesse des entretiens collectifs et individuels : déroulement du projet à travers le groupe de travail (GT) transdisciplinaire.	183
5.1.1 L'arrivée sur le terrain : accès, expression de la demande et cadrage de l'étude.	184
5.1.2 Après la collecte des données, la co-construction du plan d'action impliquant tous les niveaux-hiérarchiques.	188
5.2 Le questionnaire Saphora-job : évaluation de la satisfaction du personnel au travail dans l'hôpital 2.	192
5.3 Observation in situ. Rentrer sur le terrain : le service RH de l'hôpital 1.	197

CHAPITRE 6 : RESULTATS DE LA PREMIERE PERIODE : LES DETERMINANTS DE L'INTENTION DE DEPART CHEZ LES INFIRMIERS DE PSYCHIATRIE EN FRANCE.	201
6.1 Des soignants qui souffrent largement d'une dégradation du contenu de leur travail : une recherche de la qualité de soin mise à mal et des expertises fragilisées.....	201
6.1.1 Une situation de surcharge de travail.	202
6.1.2 La perte de sens de l'activité soignante.....	205
6.1.3 Organiser la consolidation des savoirs : relever le défi de la transmission de savoirs incorporés.	208
6.2 Résultats synthétiques de l'enquête par questionnaire SAPHORA-JOB dans un des établissements.	211
PARTIE 3 : SECONDE PERIODE DU PROCESSUS DE CONDUITE DU CHANGEMENT. LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION COMME GRILLE DE LECTURE ET GUIDE NORMATIF D'UNE DEMARCHE DE CONDUITE DE CHANGEMENT CO-CONSTRUITE A L'HOPITAL.....	221
CHAPITRE 7 : CONDUIRE LA CHANGEMENT A L'HOPITAL : LE DEFI DES ORGANISATIONS PLURALISTES DANS L'APPROPRIATION DE LA CULTURE DE L'INNOVATION.....	223
7.1 Conduire le changement : valorisation des innovations et paradigmes autour d'un processus.	223
7.2 Les défis de la conduite du changement à l'hôpital.....	232
7.2.1 Un rythme effréné de réformes hospitalières : facteurs d'ordre contextuel au défi de la conduite du changement.....	233
7.2.2 Changement et inertie culturelle à l'hôpital.	234
7.2.3 Facteurs structurels et organisationnels: les conséquences d'un hôpital comme organisation pluraliste ou bureaucratie professionnelle sur sa capacité à conduire le changement.	237
7.2.4 Innovation managériale dans le secteur hospitalier : des projets de seconde zone.....	243
7.2.5 Une conduite de projet RH à priori vouée à l'échec mais l'espoir des convergences de préoccupations de « supragroupe ».	245
7.3 La sociologie de l'innovation.	246
7.3.1 Innovation et faux synonymes : création et invention, la place aux usages.	246
7.3.2 Propriétés sociologiques du processus d'innovation.	248
CHAPITRE 8 : LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION.....	251
8.1 Présentation des principes de la ST : une cohérence avec notre cadre épistémologique pour une volonté de changement dans une organisation pluraliste.	252
8.2 Présentation des textes fondateurs : récit de l'histoire originelle et étapes d'une traduction.	257
8.3 Petit lexique à l'intention de l'utilisateur de la ST.	259
8.4 Une sociologie qui révèle une capacité prédictive et normative ou prescriptive pertinente dans les recherches-interventions.	268
8.5 Les limites de notre modèle d'analyse : une dénégation peu réaliste des enjeux de pouvoir et des liens hiérarchiques forts dans une organisation professionnelle.	274

CHAPITRE 9 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE INTERVENTION.....	279
9.1 Evolution de la dynamique et du rôle des GT dans les établissements.....	279
9.2 Mise en œuvre du plan d'action.	282
9.2.1 Dans l'hôpital 1.	282
9.2.3 Dans l'Hôpital 2. Le projet de promotion du bien-être au travail dans 2 unités pilotes.	290
9.3 Savoir quitter le terrain : une reprise en main des acteurs encourageante.	298
9.4 Pertinence des entretiens et de la réunion de clôture commune.	301
CHAPITRE 10 MONOGRAPHIE DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT : LES PROJETS DECRITS ET CONDUITS SOUS LE PRISME DE LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION ET DU MANAGEMENT POLYPHONIQUE.....	305
10.1 Description et analyse de la conduite du changement : la traduction inachevée sur la première période de recherche.....	305
10.1.1 L'hôpital 1 : diagnostic, plan d'action et conception des 4 groupes projets. Des présences aux réunions de type faussement participatives qui ne permettent pas la controverse et un défaut de traduction coordonnée dans les différents centres de traduction	306
10.1.2 L'hôpital 2 : la révélation de l'importance de la participation à la phase de problématisation	330
10.2 La sociologie de la traduction à visée normative : description des projets sur la deuxième période.	340
10.2.1 Hôpital 1, professionnaliser les parcours d'intégration des infirmiers novices en psychiatrie.	341
10.2.2 Favoriser le développement d'un projet de promotion de bien-être au travail sur un site pilote dans deux unités de psychiatrie d'un même pôle.	356
CHAPITRE 11 DISCUSSION DES RESULTATS SUR LES MODALITES DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL.	371
11.1 Les freins à la conduite du changement à l'hôpital.	372
11.1.1 Des rythmes et des temporalités de travail incompatibles.....	372
11.1.2 Absence de controverse et attitude faussement participative.	374
11.1.3 Multiplication de projets contingents et sur sollicitation des acteurs ressources.	381
11.1.4 Les projets RH, des projets peu considérés.	382
11.1.5 Un défaut de compétence managériale localement (encadrement) et de coordination stratégique au niveau institutionnel pour permettre un management polyphonique.	384
11.1.6 Une invisibilité du travail en ressources humaines qui justifie un manque de légitimité des projets. Logiques de <i>care</i> dans le domaine du management.	387
11.2 Les facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital.	393
11.2.1 Neutralité, bienveillance et compétence méthodologique du traducteur.....	393
11.2.2 Le diagnostic spécifique et le recours à des sites pilotes comme éléments favorables au déploiement des projets.	395
11.2.3 Une définition précise des rôles attendus qui positionne les acteurs du réseau comme des experts pour une collaboration pluridisciplinaire inhabituelle.	396

11.2.4 Identifier, valoriser et communiquer sur les micro-changements : rendre visible le changement à l'hôpital.	398
11.2.5 Insuffler une culture de l'innovation en partant du partage des bonnes pratiques.	400
11.3 Les limites de la sociologie de la traduction	403
11.3.1 Peut-on importer un style de management polyphonique (Pichault, 2013, p.169)?.....	404
11.3.2 Chevauchement des aires de juridiction DRH/DS/Pôles suite à la mise en place des nouvelles gouvernances.	407
CONCLUSION	417
TABLE DES ILLUSTRATIONS	423
Table des tableaux.	423
Table des figures.	424
BIBLIOGRAPHIE	425
ANNEXES	441
Annexe 1 : Guide d'entretien d'identification de la cartographie des pratiques managériales utilisé en décembre 2014 dans l'unité 1 (site pilote de l'hôpital 2).	441
Annexe 2 : les chartes de bon fonctionnement du projet de promotion du bien-être au travail des unités 1&2.	448
Annexe 3 : Le livret du parcours d'intégration dans l'hôpital 1.....	449

INTRODUCTION

Ces vingt-cinq dernières années, la France a été soumise à un ensemble de réformes de santé visant d'une part la modernisation des prises en charge et d'autre part la réduction des coûts qui augmentent considérablement depuis la fin des années soixante-dix. Nous souhaitons préciser que la consommation des soins et des biens médicaux en France est légèrement inférieure à 10% du PIB. Les budgets hospitaliers représentent près de la moitié de ces dépenses soit 46,3%¹ de la consommation de soins et des biens médicaux en 2012. Le secteur de la santé compte 2710 établissements (dont un tiers sont de statut public) qui déploient 412 000 lits d'hospitalisation complète et plus de 65 000 places d'hospitalisation partielle. La fonction publique hospitalière, régie par la loi du 9 janvier 1986, employait en 2011 1,14 millions de professionnels puis 1,18 millions en 2014². Il est donc pertinent de poser notre regard sur les enjeux de gestion dans ce type d'organisation en pleine transformation. C'est pour répondre à ce besoin de contrôle du coût dans une volonté de régulation interne (incitations par diffusion publique de l'information, incitations financières, intervention réglementaire) et externe (autorégulation par les professionnels) (Minvielle, 2013, p.95³) que le paradigme du New Public Management (NPM) a été transposé dans le service public hospitalier dans une logique de modernisation de l'administration en France comme dans de nombreux autres pays européens (Oomkens, 2010⁴, Kuhlmann et al, 2009⁵). Cette importation des principes du NPM soulève pourtant la question des modalités de leur implantation dans ce secteur : les évolutions de l'hôpital public ont progressivement remis en cause les organisations du travail sans que celles-ci aient été pensées dans une vision formelle et globale (Raveyre, Ughetto, 2003). Or ce sont souvent les soignants et les médecins qui dans l'urgence et sans appui de doctrine gestionnaire, assurent en bout de chaîne, le rôle « d'organisateur officiel » (Moison, 2000). Par conséquent les services RH doivent faire face aux effets secondaires imprévus des restructurations hospitalières. Ils prennent en compte des problèmes de santé liés au travail qui en découlent partiellement et qui touchent la moitié des professionnels de santé en France

¹ Les données sont issues du site ECO-SANTE de l'IRDS (Institut de Recherche et de Documentation en Economie Médicale). www.ecosante.fr.

² <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/approfondissements/effectifs-fonction-publique.html>

³Minvielle, E., « Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades », *Quaderni* n°82, Automne 2013.

⁴ Oomkens, R.F., « Professionals under Supervision/performance-based Contracting in Hospital Care and Home Care », *IRSPM Conference*, April, Berne, Switzerland, 2010.

⁵ Kuhlmann, E., Allsop, J., Saks, M., « Professional Governance and Public Control : A comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany » *Current Sociology* 57 (4), 2009, pp.511-528.

(Estryn-Béhar, 2008). L'effet visible repose sur un absentéisme couteux et marqué dans la fonction publique hospitalière au point d'évoquer un « phénomène culturel » (Estryn-Béhar, 2008, p.246). Le lien établi entre les conditions de travail, les risques psychosociaux et l'absentéisme dans le cadre de l'adoption du paradigme du NPM nous invite donc à chercher un modèle de conduite de changement socialement plus acceptable dans la fonction publique. Ainsi nous souhaitons explorer des modalités de changement favorisant son intégration harmonieuse dans un environnement défini. Aussi la clé d'un changement socialement acceptable (Pillon, 2003)⁶ nous conduit à identifier et à comprendre les préoccupations de l'ensemble des parties prenantes impactées et à en tenir compte. C'est dans cette finalité que nous avons conduit notre recherche.

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche-intervention initiée à la demande de deux DRH d'établissements psychiatriques publics d'Ile-de-France dans le contexte que nous venons de présenter. Elle correspond à : « *une pratique de recherche inscrite dans une relation de consultation (sociale) dont les acteurs concernés ont l'initiative ou le contrôle et où ils sont parties prenantes de l'ensemble du processus.* » (Dubost, 2001, p. 16). La recherche est réalisée suivant les modalités d'une convention CIFRE⁷ pour une durée de 3 ans. La doctorante est intégrée au service RH des 2 établissements et dépend hiérarchiquement des DRH. Ces établissements sont confrontés depuis plusieurs années à une importante pénurie d'infirmières qui a pu conduire à la fermeture de services de soins. En 2012, ces postes vacants engendrent de fortes tensions sur les effectifs des services et alourdissent la charge de travail des personnels. Souhaitant s'engager dans un processus d'élaboration de solutions durables sur la question de la fidélisation, les DRH des deux établissements ont engagé une réflexion accompagnée par une équipe de chercheurs universitaires. Confrontés à l'échec des solutions mises en œuvre auparavant, ils ont souhaité adopter une autre méthode de travail, davantage participative et fondée sur une analyse « scientifique » des déterminants de l'intention de départ de la psychiatrie. Dans ce milieu fortement imprégné des sciences médicales, une approche scientifique du management paraissait aux DRH davantage légitime et crédible.

Suite à cette demande, nous avons confronté les résultats de la littérature scientifique sur les déterminants de l'intention de départ aux perceptions des personnels des deux établissements.

⁶ Pillon, V. (2003). *Normes et déviances*. Bréal.

⁷ Convention industrielle de formation par la recherche. Allocation doctorale subventionnée par l'Association nationale recherche technologie.

La mise en place de groupes de travail (GT) multidisciplinaires et multiniveaux hiérarchiques a permis la co-construction d'un diagnostic spécifique à chaque établissement et partagé par les acteurs de terrain. Pourtant, après avoir accompagné les établissements dans une démarche visant l'attractivité et la fidélisation du personnel soignant, nous avons dû appréhender dans un deuxième temps la question de la conduite du changement pour mobiliser les professionnels autour de solutions intégrées et donc durables.

Le rythme effréné des réformes qui frappe l'hôpital pourrait laisser penser qu'il se prête bien au jeu du changement mais il n'en est rien. L'hôpital croule depuis les années 1970 sous des réformes, presque toujours imposées, qui se superposent et qui confèrent au changement un caractère chronique et polymorphe. Si la nécessité de ces changements est reconnue puisqu'ils visent à la pérennité d'un système de soin universel, équitable, efficient et respectueux des libertés individuelles (Contandriopoulos, 1999), elle laisse néanmoins perplexe sur le choix d'une doctrine gestionnaire qui pourrait aider à conduire de manière rationnelle le changement dans des établissements définis « *par nature, par une organisation complexe* » (Kervasdoué, 2007, p.4). En effet, plusieurs auteurs s'accordent sur les difficultés associées au changement quand celui-ci se déroule dans une organisation professionnelle aux buts diffus et aux pouvoirs ambigus (Denis et al, 1996 ; Krief, 2012), caractéristiques de l'hôpital. Dans ce contexte pluraliste (Denis et al., 2004), la conduite du changement doit se frayer un chemin parmi les stratégies de groupes aux intérêts contradictoires et aux visions divergentes concernant le projet (Denis et al., 2004). Aussi, accompagner le changement dans le secteur hospitalier c'est avant tout faire face à l'incertitude : les processus de changement constituent un défi managérial au taux de réussite faible, de l'ordre d'un tiers (Meaney et Pung, 2008) et en cas d'échec, les causes restent souvent obscures (Audet, 2010). En effet, ces innovations dites « managériales » (Nobre, 2013) font l'objet de peu d'études dans la littérature, contrairement aux innovations médicales ou technologiques, (Nobre, 2013 ; Djellal et al. 2004), alors même que les données actuelles sur la qualité de vie au travail des agents hospitaliers sont préoccupantes et que les établissements sont à la recherche de solutions pérennes en la matière. Afin de mieux comprendre les difficultés de la conduite de projets « RH », nous avons mobilisé la sociologie de la traduction (ST) (Akrich, Callon, Latour, 2006). Ce cadre théorique permet une lecture adaptée des processus de changement dans les établissements hospitaliers (Dervaux et al. 2011 ; Denis et al. 2004) et met en évidence les raisons du succès ou de l'échec d'un projet en accordant une place explicative fondamentale aux acteurs du réseau et aux capacités d'intéressement du projet innovant (Callon, 1986 ; Latour, 2005). Par ailleurs, dans le cadre

d'un management polyphonique, la sociologie de la traduction donne les clés pour un usage normatif (Pichault, 2013) qui nous a guidés sur la seconde partie de notre recherche.

Notre recherche, dans une logique transformative, repose sur une étude de cas contemporaine dans deux terrains similaires. La méthodologie principalement ethnographique fait appel à de multiples sources de données : enquête par entretien de groupe et questionnaire, entretiens individuels (récit de vie, créatifs, d'orientations stratégiques ou de débriefing), entretiens collectifs (de créativité et groupe nominal), observation participante et documentation interne. Cette longue immersion dans les terrains s'est révélée adaptée à notre thématique de recherche et à notre paradigme constructiviste afin de déterminer *in fine* les freins et les facilitateurs du changement à l'hôpital en particulier dans le cadre de projets transversaux. Nous avons ainsi exploré les méthodes d'humanisation du New Management Public pour rendre le changement dans la fonction publique plus acceptable, moins descendant, plus participatif voire inclusif.

Notre écrit se compose de trois grandes parties qui reflètent notre volonté de rigueur méthodologique et la distinction de deux périodes de recherche :

- la recherche de pratiques d'attraction et de fidélisation des infirmiers de psychiatrie à partir de l'identification collective des déterminants de l'intention de départ de ce groupe professionnel.

- la recherche d'un modèle d'accompagnement du changement et l'identification des freins et des facilitateurs de la conduite projet RH dans la fonction publique hospitalière pour mettre en œuvre des pratiques de fidélisation des infirmiers.

La partie 1 est consacrée à la présentation de la recherche et la posture épistémologique mobilisées. Nous avons pris soin en effet de montrer comment cette recherche tend à répondre à une problématique de terrain complexe. Nous indiquons dans un premier chapitre la commande et les conditions d'entrée dans le terrain ainsi que les éléments permettant la compréhension de l'évolution des projets « attractivité et fidélisation des infirmiers » dans les deux hôpitaux. Dans le chapitre 2 nous présentons le *design* de la recherche en prenant soin d'indiquer les critères de validité et de fiabilité de notre recherche en termes de triangulation des données et de réflexivité du chercheur.

La partie 2 présente la première période du processus d'accompagnement consacrée à l'identification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers. Le chapitre 3 pose le contexte de la recherche. Il présente un hôpital instable devant intégrer les principes du New Management Public, y compris dans le secteur de la santé mentale qui peine à s'approprier les logiques de performance et d'évaluation. Enfin nous présentons, au regard de la sociologie des professions, les infirmiers qui exercent en psychiatrie. Le chapitre 4 assure la revue de littérature sur l'attractivité et la fidélisation des infirmiers en France tandis que le chapitre 5 donne les éléments méthodologiques concernant le groupe de travail, le questionnaire et les observations dans le service RH. Enfin le chapitre 6 présente les résultats : il signale une souffrance des soignants liés à une dégradation du contenu du travail et un défaut d'engagement vis-à-vis de l'institution.

La partie 3 traite de la seconde période d'accompagnement et interroge les moyens de mobiliser les acteurs de terrain autour d'un projet RH, transversal, visant la mise en œuvre de projet de fidélisation du personnel. A cette fin nous présentons le défi que constitue la conduite du changement dans une organisation pluraliste telle que l'hôpital (chapitre 7). Nous présentons ensuite la sociologie de la traduction (chapitre 8) qui constitue un modèle conceptuel parfaitement adapté à notre thématique et notre posture de recherche. Dans un double usage analytique et normatif, elle nous donne les clés favorisant un processus de changement mobilisant les diverses parties prenantes. Après quelques précisions méthodologiques (chapitre 9) concernant les GT et le départ du terrain nous présentons les projets et leurs évolutions chaotiques sous le prisme de la sociologie de la traduction et du management polyphonique. Nous exposons nos résultats concernant les modalités de la conduite du changement à l'hôpital révélant la réalisation de micro-changements. Nous présentons enfin les freins et les facilitateurs du changement dans le contexte hospitalier tout en portant un regard critique sur la sociologie de la traduction en relevant quelques limites de notre cadre conceptuel.

PARTIE 1 : PRESENTATION DE LA RECHERCHE ET POSTURE EPISTEMOLOGIQUE.

Cette première partie est consacrée à la présentation de la structure de notre recherche et de la justification de nos choix dans la structure de présentation de nos travaux.

Le premier chapitre présente le terrain et les projets associés à chaque établissement. Ce terrain prend une place tout à fait particulière puisque notre travail repose sur les principes d'une recherche-intervention. Cette relation donne une tonalité spécifique que nous souhaitons présenter d'entrée car elle se justifie par notre positionnement épistémologique que nous présentons dans le chapitre 2. Nous pensons que les apports de notre recherche ne se limitent pas seulement aux résultats concernant les modalités de fidélisation du personnel soignant dans la fonction publique ou encore sur les modalités d'accompagnement à la conduite du changement des hôpitaux (que nous présenterons respectivement dans les parties 2 et 3) mais qui concernent aussi la posture du chercheur lorsqu'il utilise les études de cas contemporaines de type ethnographique en sciences de gestion. C'est pourquoi nous consacrons une part conséquente dans la présentation de notre recherche, aux questions épistémologiques et méthodologiques.

Aussi cette première partie a pour volonté de permettre l'appropriation d'une présentation originale de travaux de recherche qui repose sur la distinction de deux périodes qui se justifie principalement par une évolution de l'objet de recherche à mi-parcours de notre présence sur le terrain et reposant sur une logique itérative. En effet, c'est de par l'interaction entre les acteurs de terrain, la revue de littérature et la prise en compte de l'évolution des éléments de contexte interne et externe aux établissements qu'il s'est révélé pertinent de traiter certes de la question de l'attractivité et de la fidélisation des infirmiers de psychiatrie mais aussi d'aller plus loin en traitant des moyens pour mettre en œuvre collectivement les solutions pérennes à travers des modalités de conduite de changement acceptables par toutes les parties prenantes et efficaces à longs termes.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PROCESSUS DE LA RECHERCHE.

Ce premier chapitre a pour vocation de s'imprégner du terrain et des projets qui y ont été menés. Il présente les deux établissements hospitaliers, leur organisation, leur activité, mais aussi les difficultés qu'ils rencontrent en termes de gestion RH de leurs personnels soignants et plus particulièrement concernant les infirmiers qui exercent en psychiatrie. Ainsi à la lecture de ce premier chapitre nous aurons pris connaissance des attentes des deux DRH lorsqu'ils décident d'avoir recours à un accompagnement académique dans une démarche innovante visant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers de psychiatrie. Ils ont ainsi désiré être accompagnés par un doctorant pendant 3 ans.

Ce premier chapitre présente donc la demande initiale, les deux établissements mais aussi l'évolution des projets en distinguant deux périodes. La première a permis de travailler avec les professionnels des établissements à l'élaboration d'un diagnostic co-construit autour de la question de l'intention de départ des infirmiers. La seconde a cherché les moyens de la mise en œuvre d'une action collective afin d'améliorer la fidélisation du personnel. Cet objectif s'est concrétisé à travers deux projets principalement : la professionnalisation des parcours d'intégration des infirmiers novices et le projet de promotion du bien-être au travail sur un site pilote.

1.1 Une recherche fondamentalement ancrée dans le terrain. Condition d'entrée et précision de la commande ; présentation des deux établissements.

1.1.1 Une demande d'accompagnement issue du terrain.

En février 2012, nous sommes interpellés par deux DRH de centres hospitaliers de la fonction publique d'Ile-de-France qui sont confrontés à une pénurie sévère d'infirmiers dans le secteur de la psychiatrie. Souhaitant engager une démarche innovante permettant la mise en œuvre de solutions pérennes pour une situation certes connue, voire chronique pour ce type de personnel,

l'intervention d'un chercheur du LEST⁸ dans un premier temps relayé par un doctorant en contrat CIFRE⁹ dans un second temps est apparue à leurs yeux comme un vecteur favorable à une conduite du changement davantage participative reposant sur les interactions de l'équipe de recherche et les différents acteurs de terrains concernés par cette problématique. En effet les essais infructueux du recours à des consultants sur des périodes plutôt circonscrites pour poser un diagnostic externe et une liste de recommandations n'avaient jusqu'alors permis ni l'appropriation de la problématique de fidélisation par les acteurs, ni le traitement en profondeur de cette délicate question.

Nous avons donc intégré notre terrain dans une logique de recherche-intervention en accompagnant les acteurs de terrain à la co-construction d'un diagnostic qui se devait d'être partagé puis dans une volonté de dégager des axes de travail. La présence du doctorant dans les deux établissements sur trois années a pu permettre d'envisager par la suite l'accompagnement de la mise en œuvre du plan d'action déterminé en collaboration avec les établissements à partir de l'analyse de la revue de littérature et des éléments collectés lors des réunions du groupe de travail mises en place à l'occasion notamment d'observations participantes et de consultations de documents internes à l'établissement. Notre présence dans ces structures repose donc au départ sur des modalités de gestion de projet assez classiques bien que participatives, sur la thématique de l'attractivité et la fidélisation des infirmiers en psychiatrie. Pourtant au fur et à mesure de notre présence et dans une logique de sciences de gestion des ressources humaines contextualisées nous avons saisi à quel point l'enjeu n'était pas seulement l'identification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie (bien que cette première étape reste un préalable dont on ne puisse pas se passer) mais bel et bien les moyens de mettre en action collectivement des acteurs de terrains issus de silos professionnels divers à l'hôpital autour d'un projet transverse qui ne concerne pourtant pas leur cœur de métier. A nos yeux, cette évolution de nos objectifs d'intervention doit transparaître dans notre travail de thèse et justifie de considérer deux périodes distinctes de notre présence sur le terrain. Elle a conduit à l'élaboration de deux types de revues de littérature afin de répondre aux attentes et aux préoccupations du terrain et afin de voir aboutir une recherche-intervention adaptée. Cette évolution explique par ailleurs l'évolution du nom du projet au fil du temps et les différentes méthodologies déployées. Enfin nous souhaiterions avant de présenter ici les deux périodes succinctement souligner que dans une logique d'adaptation aux évolutions internes et externes

⁸ Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail.

⁹ Convention Industrielle de Formation pour la recherche.

de nos terrains nous avons toujours gardé à l'esprit l'importance d'une cohérence de notre projet de recherche et en particulier nous avons porté un soin rigoureux aux questions de paradigmes épistémologiques qui ont opéré tel un fil conducteur. Notre rôle de chercheur et notre posture de recherche ont ainsi été largement questionnés.

1.1.2 Présentation des deux établissements.

La demande est faite conjointement par deux DRH d'hôpitaux publics de la région Ile-de-France qui ont eu l'habitude de travailler sur des projets communs. Ils leur semblent pertinents de travailler sur cette thématique chacun dans leur établissement tout en organisant des temps de rencontre conjoints afin de partager les éléments diagnostics exploratoires d'une part mais aussi les pratiques qui auront fonctionné d'autre part. Ils décident par ailleurs de partager la présence du doctorant en contrat CIFRE. Pourtant dans les faits les temps de partage seront assez rares et complexes à organiser de même que les temps de suivis de thèse réunissant les deux DRH n'auront pu se concrétiser qu'une seule fois. Ainsi en décembre 2012, après une année de travail réalisé en groupe de travail (GT) dans une logique diagnostique et exploratoire, une réunion conjointe est organisée sur le site de la direction de l'hôpital 1. Et en Janvier 2016, dans l'hôpital 2, une réunion de clôture visant à présenter les travaux menés dans chaque établissement est réalisée. Le renouvellement des deux DRH (en janvier 2013 dans l'hôpital 2 et en Aout 2014 dans l'hôpital 1) a peut-être concouru au ralentissement de ce partenariat dans des contextes politiques de fusion d'établissement et de mise en place de CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) et GHT (Groupement Hospitalier de Territoire).

HOPITAL 1 : UN HOPITAL GENERAL TOUT JUSTE FUSIONNE MAIS UN PRATRIMOINE HISTORIQUE FORT DE LA PSYCHIATRIE.

Lorsque le chercheur intervient dans cet établissement, la mise en place effective de la fusion de deux établissements voisins géographiquement est toute récente. En effet, dans cette commune de banlieue deux hôpitaux, l'un en soins généraux, l'autre éminente structure de la psychiatrie ayant eu un fort passé historique sont séparés par une simple allée. Pourtant si les professionnels s'y côtoient depuis longtemps, les règles et fonctionnements ont dû être

harmonisés afin de regrouper un certain nombre de services fonctionnels et en particulier le service RH. Dans les discours la distinction entre les deux établissements perdure, chacun précisant au cours de la conversation son établissement d'origine.

Cet établissement prend en charge des secteurs psychiatriques dans Paris et en proche banlieue : il assure à la fois une prise en charge dans des services d'hospitalisation qui sont regroupés sur le site de l'hôpital garantissant un regroupement géographique a priori favorable aux échanges professionnels entre pairs (intra hospitalier) et une prise en charge de proximité, voire de quartier pour un suivi des patients en dehors des murs de l'hôpital (extra hospitalier). La présence d'un IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) sur le site et la présence de services dits généraux (non psychiatriques) sont de véritables atouts pour cet établissement qui peut d'une part repérer de futurs professionnels intéressés par le secteur psychiatrique dès les études (attractivité) et qui peut d'autre part offrir des perspectives de projet de carrières variées (fidélisation). Malgré ces atouts, la forte présence syndicale et le positionnement qualifié de surplombants du directeur sont des éléments qui vont se révéler décisifs au moment de la conduite du changement. En effet nous avons pu constater de nombreux mouvements de grèves tout au long de notre présence y compris de la part des cadres supérieurs de santé. Ces caractéristiques sont bien entendues à croiser aux éléments de contextes spécifiques des évolutions récentes des nouvelles gouvernances hospitalières de la fonction publique et les transformations de la psychiatrie que nous aurons l'occasion de développer dans le chapitre 3.

Le déroulement des projets sera aussi particulièrement impacté par le turn-over de personnes clés pour le projet à savoir :

- le départ du DRH en Août 2014, remplacé en Avril 2015 (l'intérim ayant été assuré par le directeur des affaires médicales afin de régler les urgences)

- le départ à la retraite de la directrice des soins au printemps 2014, fortement impliquée dans l'établissement pour y avoir réalisé la majeure partie de sa carrière à différentes fonctions hiérarchiques. Un temps de chevauchement a permis le relais d'information avec la nouvelle directrice des soins.

Par ailleurs, au moment où nous quittons le terrain en décembre 2015, les craintes de l'intégration de l'établissement dans un GHT occupent les discours et les esprits lors de propos officieux : certains services comme celui de la formation continue sont invités à prendre en considération ce groupement pour 2016 mais aucun discours des directions n'a été fait officiellement en ce sens. Un sentiment d'incertitude pèse donc dans l'établissement.

HOPITAL 2 : UNE CONSTELLATION DE MICRO-STRUCTURES NOYEE DANS LE PROJET D'UNE PUISSANTE CHT.

Cet hôpital a pour particularité de recouvrir des secteurs parisiens intra-muros : contrairement à l'hôpital 1, les unités de soins intra hospitalières ne sont pas regroupées sur un seul et même site. Cette constellation de microstructures intra et extra hospitalières disséminées dans Paris explique probablement les difficultés de l'établissement à trouver une identité institutionnelle qui rassemble. Ce constat sera particulièrement visible dans l'analyse du questionnaire de satisfaction au travail qui révèle un engagement des professionnels particulièrement faible. Le phénomène est amplifié depuis janvier 2014 ; en effet l'hôpital fait partie des établissements fondateurs de la première CHT de psychiatrie d'Ile-de-France, réunissant un projet médical unique, des instances communes (Commission de Communauté, CME¹⁰, CSIRMT¹¹, CTE¹²) et une convention de Direction commune. Ces modifications ont pour conséquences un sentiment d'insécurité exprimé par le personnel et les représentants syndicaux et la peur de se voir un peu plus dilué dans une méta-structure.

L'établissement a vu lui aussi le DRH et le directeur des Soins renouvelés : à l'arrivée du doctorant en Janvier 2013, la nouvelle DRH prenait ses fonctions, la cadre supérieure de la direction des soins qui suivait le projet a quitté l'établissement. A son tour la directrice des soins particulièrement impliquée dans le projet a pris des fonctions au sein de la CHT en septembre 2014. Son remplaçant a été nommé en janvier 2015.

Bien entendu l'hôpital 2 n'échappe pas lui non plus aux éléments de contexte évoqués pour l'hôpital 1 (nouvelle gouvernance, évolution de la psychiatrie...).

¹⁰ Comité médical d'établissement

¹¹ Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médicotechnique

¹² Commission Technique d'Etablissement

Tableau 1 : Présentation des deux hôpitaux, terrain de recherche.

HOPITAL 1	HOPITAL 2
Etablissement public de santé Activité SSR adulte et enfant. Centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique Maternité type IIA Activité psychiatrique 1 IFSI	Etablissement public de santé CHS : Centre Hospitalier spécialisé.
4 pôles de psychiatrie adulte 3 pôles de psychiatrie enfant	10 secteurs de psychiatrie adulte 2 secteurs de psychiatrie enfant 1 service intersectoriel addiction, psychiatrie toxicomanie
67 lieux : structure ambulatoire et hospitalisation	60 lieux : structure ambulatoire et hospitalisation
424 lits et places ¹³	765 lits et places
File active ¹⁴ : 14 253 patients	File active : 31 500 patients
Personnel : 1 460 ETP	Personnel : 2 213 ETP

1.2 Première période de la recherche. Identifier avec les acteurs de terrain les déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie en Ile-de-France.

Au départ de notre intervention dans les centres hospitaliers nous avons eu comme priorité de nous emparer de la question d'une pénurie majeure d'infirmiers dans les services de psychiatrie. Nous avons donc cherché à comprendre ce phénomène, quelles en étaient les causes et les

¹³ Hospitalisations temps plein et hospitalisation de jour de soins en psychiatrie adulte et enfant.

¹⁴ File active : nombre de patients différents vus dans l'année dans chacune des unités.

conséquences aux niveaux des services de soins mais aussi au plan institutionnel. Nous avons aussi voulu mettre en place des solutions simples qui ne demandaient pas forcément de réorganisation de l'institution mais qui apporteraient un plus sur cette problématique (comme par exemple la réévaluation du montant d'allocation d'études des étudiants infirmiers de 3eme année dans l'hôpital 1). Afin de poser un diagnostic complet nous avons mis en place des groupes de travail pluridisciplinaires et multi-niveaux hiérarchiques afin de mettre en débat cette problématique. La compréhension du phénomène a conduit les participants du GT à donner leurs points de vue, à fournir des tableaux de bord, à présenter les résultats d'enquêtes réalisées au préalable mais qui n'avaient malheureusement jamais été partagés. En parallèle de l'animation de ces réunions nous avons identifié les déterminants de l'intention de départ des infirmiers à travers l'élaboration et la communication des éléments d'une revue de littérature : nous avons pu faire le constat d'une littérature riche sur cette thématique (satisfaction au travail, hôpitaux magnétiques, motivation et implication organisationnelle) même si peu d'études portent finalement sur les infirmiers français et de surcroit en psychiatrie. Cette première période exploratoire a permis le lancement d'une phase de co-construction d'un diagnostic affiné, propre à chaque établissement dans le cadre du projet intitulé « attractivité et fidélisation des infirmiers de psychiatrie ». L'élaboration d'une grille d'analyse a permis de mettre en avant trois thèmes dominant les discours lors des échanges :

- une situation de surcharge de travail,
- une perte de sens de l'activité soignante
- un défi concernant le mangement intergénérationnel pour assurer la transmission de savoirs incorporés malgré l'existence d'un parcours d'intégration.

Nous avons par ailleurs poursuivi notre recueil de données par une enquête quantitative à travers la diffusion dans l'hôpital 2 d'un questionnaire de satisfaction au travail. Le questionnaire et les réunions du groupe de travail se sont révélés être des outils pertinents pour affiner des axes de travail et permettre de légitimer la démarche (plan de communication des résultats).

Dans l'hôpital 1 nous avons proposé de mettre en place un comité de pilotage (Co-pil) en février 2013 afin de favoriser un positionnement institutionnel hiérarchique : constitué des certains membres clé du GT (DRH, DS, attaché du service RH, cadre supérieur du service des soins, doctorant), sa constitution repose de surcroit sur la présence des médecins chef de pôle de psychiatrie et les cadres supérieurs de pôle de psychiatrie. La mission de Co-pil est de prendre des décisions concernant le choix d'axes de travail prioritaires : ainsi son soutien devrait permettre de légitimer les démarches qui découleront du GT.

Pourtant à cette étape de notre accompagnement nous avons dû relever un nouveau défi : si nous avons pu co-construire un diagnostic précis et donc partagé, le véritable enjeu restait l'identification d'une méthode d'accompagnement du changement de politique de ressources humaines dans la fonction publique hospitalière afin de voir aboutir des actions réelles et donc des modifications visibles et durables sur le terrain.

1.3 Seconde période. Les défis de la conduite du changement dans la fonction publique hospitalière : la mobilisation de la sociologie de la traduction dans une logique normative pour une mise en œuvre de l'action collective.

C'est ainsi que nous nous sommes engagés dans une deuxième étape du projet reposant sur une compréhension fine des modalités du changement de l'hôpital en tant que bureaucratie professionnelle (Glouberman et Mintzberg, 2001). En effet, à plusieurs reprises et sur les deux établissements, nous avons été confrontés à la difficulté de dépasser le stade des constats pour évoluer vers l'étape de la construction d'un plan d'action puis la mise en action collective des acteurs afin de résoudre les difficultés identifiées. Il est alors apparu nécessaire d'explicitier les raisons de ces constats d'une part puis de les surmonter d'autre part. Nous avons donc réalisé une deuxième période de revue de littérature concernant le changement en général et à l'hôpital en particulier. Nous avons saisi que les difficultés à conduire le changement dans les organisations pluralistes (Denis et al., 2004) demandent la recherche d'un modèle adapté aux structures faisant cohabiter plusieurs mondes au sens entendu par Boltanski et Thévenot (1991)¹⁵.

Nous avons donc mobilisé la sociologie de la traduction (ST) (Akrich, Callon, Laour, 1988) qui permet d'intégrer les contraintes liées aux organisations pluralistes. Elle est compatible avec un management polyphonique (Pichault, 2013) propice aux changements lorsque des individus aux valeurs et aux intérêts divergents doivent coopérer autour d'une problématique commune. Nous distinguons cette seconde partie de notre recherche de la première partie focalisée sur la question de l'attractivité et la fidélisation. Sur la seconde période notre regard se porte sur les modalités de la conduite du changement à l'hôpital qui ont le plus de chance de voir aboutir des

¹⁵ Boltanski Luc, Thévenot Laurent, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991

modifications effectives. L'évolution de la démographie infirmière en septembre 2013 relègue au second plan la question de l'attractivité mais la fidélisation demeure une finalité : les projets se voient donc réorientés.

L'hôpital 1 fait le choix de proposer 4 groupes actions qui doivent prendre en compte 2 axes reconnus comme prioritaires par les membres du Co-pil. Deux ont été abandonnés mais deux autres ont été réalisés. Le premier a permis la réalisation d'une demi-journée de l'encadrement concernant les pratiques d'intégration d'un nouveau membre de l'équipe dans un service par le cadre de proximité. Le deuxième a permis un long projet de professionnalisation des parcours d'intégration des infirmiers novices en psychiatrie au plan institutionnel (modules théoriques mobilisant des formateurs occasionnels et le tutorat par les pairs experts).

Dans l'hôpital 2, il s'agit d'un projet de promotion du bien-être au travail sur un site pilote (deux unités des soins psychiatriques) découlant directement du groupe de travail attractivité et fidélisation des infirmiers de psychiatrie mené à un niveau institutionnel. Il répond à une volonté de mettre en œuvre un projet plus innovant d'une part et répond d'autre part aux évolutions de la démographie en Ile-de-France que nous venons de signaler. Nous décrivons comme nous avons utilisé la ST sur cette période pour mieux se saisir des enjeux du changement à l'hôpital. Rétrospectivement nous comprendrons les phases de la ST qui ont eu cours sur la première période. Mais nous l'avons utilisé aussi de manière anticipée, dans une logique normative d'aide à la décision afin d'augmenter les chances de voir aboutir des situations de changements visibles par tous.

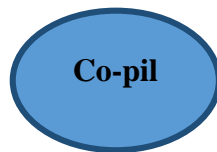
SYNTHESE DU CHAPITRE 1

A travers cette présentation succincte nous avons montré comment nous sommes entrés sur le terrain dans le cadre d'une recherche-intervention. Cette volonté de posture transformative suggère un questionnement épistémologique approfondi afin de proposer un design de recherche cohérent malgré la distinction de deux périodes de recherche et une réorientation des objectifs de notre présence dans l'institution et une redéfinition de l'intervention en fonction de l'évolution des éléments de contexte (démographie infirmière, changement de DRH, évolutions du projet en fonction de l'évolution du projet de soins, grève des cadres de santé, modification des horaires sur le site pilote...). Les deux schémas suivant présentent l'évolution du projet de recherche et de la conduite de projet dans les deux établissements.

HOPITAL 1

PERIODE 1

PROJET ATTRACTIVITE ET FIDELISATION
DES INFIRMIERS DE PSYCHIATRIE.

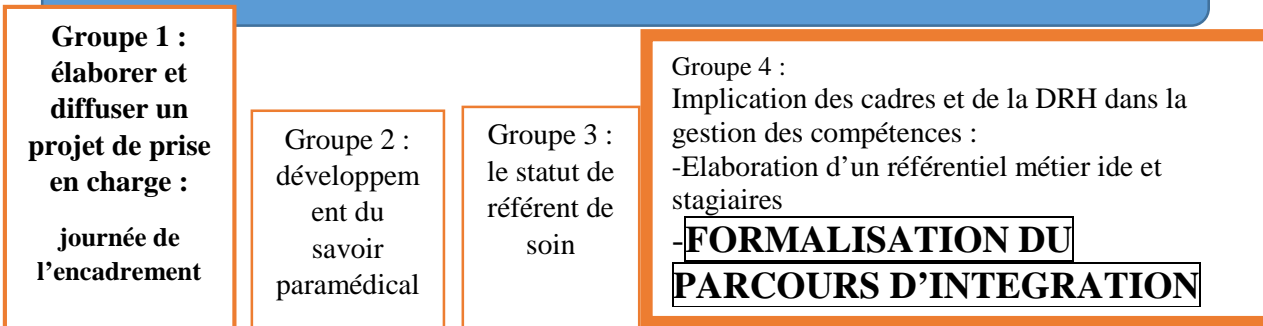


Détermine 2 axes de travail prioritaire à partir du diagnostic

GT pluridisciplinaire
Identification des déterminants de l'intention de départ

PERIODE 2

4 groupes « action ». Sociologie de la traduction



Eléments de contexte ayant une influence sur l'évolution du projet :

Evolution de la démographie infirmière

Fusion récente

Nombreux projets RH concomitants

Départ du DS

Départ de la DRH

Arrivée de la nouvelle DS (projet pratiques avancées)

Grève des cadres



HOPITAL 2

PROJET ATTRACTIVITE ET FIDELISATION
DES INFIRMIERS DE PSYCHIATRIE.

GT pluridisciplinaire

Identification des déterminants de l'intention de départ +
Diffusion du questionnaire de satisfaction au travail

Fidélisation du personnel :

Communication, procédure de recrutement, accueil des nouveaux arrivants

**PROJET DE PROMOTION DU BIEN-ETRE AU TRAVAIL
SUR UN SITE PILOTE**

Conduite du changement à l'hôpital, mobilisation de la sociologie de la traduction dans
une logique normative.

=>

Les transmissions inter équipes.
Charte qualité, les transmissions comme outil managérial.
Mise en action collective : le changement possible à l'hôpital !

**Eléments de contexte
ayant une influence
sur l'évolution du
projet :**

Evolution de la
démographie infirmière

Changement de DRH

Mise en place de la
CHT

Changement de DS

Modification des
horaires

CHAPITRE 2 : POSTURE EPISTEMOLOGIQUE CONSTRUCTIVISTE ET DESIGN DE LA RECHERCHE.

Nous avons élaboré notre recherche dans un paradigme constructiviste donnant au chercheur une posture transformative grâce aux interactions qu'il vit avec les acteurs de terrain. En effet notre présence dans les deux établissements de santé répond à une demande d'accompagnement à la conduite du changement à travers un projet RH d'attractivité et de fidélisation mené sur du long terme : aussi nous nous sommes saisis de l'opportunité qui s'offrait à nous de réaliser des études de cas contemporaines dans un rapport ethnographique au terrain permettant de recouper de multiples sources de données empiriques nous assurant la possibilité d'une triangulation indispensable.

Le modèle de la recherche-intervention décrit la relation particulière que nous avons pu vivre pendant trois ans avec le terrain conjuguant des attentes d'interventions concrètes en matière de gestion de projet à l'issue incertaine et une posture de recherche exigeante nous conduisant à une réflexivité rigoureuse. Nous allons dans ce chapitre présenter les spécificités de notre paradigme épistémologique puis nous poursuivrons avec la présentation du *design* de recherche par la distinction de deux périodes se justifiant par une évolution de la question de recherche. Cette évolution a influencé la méthodologie que nous allons détailler afin de montrer comment nous avons porté une attention aux critères de validité et de fiabilité de nos travaux.

2.1 Posture épistémologique et paradigme constructivisme.

CHOIX DU PARADIGME EPISTEMOLOGIQUE ET NATURE DE LA CONNAISSANCE PRODUITE.

Le choix du positionnement épistémologique est une étape fondamentale du processus de recherche engagé. Aussi penser un sujet de recherche c'est d'abord inscrire ce projet dans un cadre épistémologique puisque l'épistémologie est « *l'étude de la constitution des connaissances valables* ». (Piaget¹⁶, 1967, P.6). Le chercheur doit pouvoir justifier de la nature des connaissances produites et de sa position épistémologique : il s'assure de « *contrôler sa*

¹⁶ Piaget, J., (1967), *Logique et connaissance scientifique*, Paris, Gallimard.

démarche de recherche, d'accroître la validité des connaissances qui est en issue ». (Perret et Séville,¹⁷ 2007, p.13). La recherche d'une cohérence entre l'axe ontologique (la réalité de la nature observée), l'axe épistémologique (la nature et la forme du lien entre le chercheur et son terrain) et l'axe méthodologique (modes d'accès aux données empiriques et modes d'analyse) est à ce titre fondamental : « *Dans la mesure où la finalité d'une recherche est d'élaborer des connaissances, il est crucial pour un chercheur de s'interroger sur ce qu'est la connaissance, sur les hypothèses fondamentales sur lesquelles sa conception de la connaissance repose, sur ce qui fonde la valeur des connaissances qu'il développe* ». (Avenier et Gavard-Perret, 2008, p. 7).

Notre travail s'inscrivant en sciences de gestion et en particulier en ressources humaines nous entrons dans le modèle des sciences de l'artificiel aussi notre recherche va développer des connaissances relatives au fonctionnement et à l'évolution des artefacts dans leur contexte : par exemple le management des infirmiers exerçant en psychiatrie dans une structure de soin public en Ile-de-France visant la fidélisation. En travaillant en sciences sociales nous posons donc l'hypothèse que la réalité observée est celle « *d'interrelations subjectives entre les acteurs qui construisent un enchevêtrement chaotique que le chercheur tente de comprendre et sur lequel il souhaite agir* ». (Grenier, Pauget, 2007, p.13) : il s'agit donc de comprendre une situation précise dans un contexte complexe donné pour pouvoir agir. Cette hypothèse permet de s'inscrire dans un paradigme épistémologique constructiviste. Mais nous souhaitons par ailleurs que cette compréhension se fasse grâce aux interactions avec les acteurs de terrain et qu'elle permette surtout la mise en action des acteurs pour atteindre un but défini ensemble : ici la mise en place de méthodes de fidélisation des infirmiers en psychiatrie n'est qu'une illustration possible d'un modèle de conduite du changement dans le secteur public à travers la mobilisation de la sociologie de la traduction y compris dans une logique normative.

PRINCIPES EPISTEMOLOGIQUES DU PARADIGME CONSTRUCTIVISTE.

Nous souhaitons inscrire notre recherche dans un paradigme épistémologique constructiviste¹⁸ : nous pensons que le chercheur modifie la réalité du fait même de son intervention et nous

¹⁷ PERRET V., SEVILLE M. (2007), Fondements épistémologiques de la recherche, in Méthodes de recherche en management, Thietart R.A. et Al., Dunod, 2007

¹⁸ Nous avons bien conscience des confusions possibles dans l'usage du qualificatif « constructiviste » : l'épistémologie constructiviste concerne l'étude de la connaissance scientifique alors que le socio-constructivisme concerne la construction de phénomènes sociaux (d'ordre ontologique) tel que le constructivisme structuraliste de Bourdieu et la construction sociale des faits scientifiques de Callon et Latour.

mettons comme priorité une volonté de co-construction des connaissances avec les acteurs qui ont participé à la recherche. Les relations du chercheur avec les professionnels, ses échanges, ses actions pour le terrain soumettent ce dernier à une posture réflexive qui peut modifier ce qui est en cours et les perceptions de la réalité par les acteurs de terrain : « *les individus créent leur environnement par leurs pensées et leurs actions, guidés par leurs finalités* » (Perret, Séville, 2007, p.29). Dans le cadre d'un accompagnement à la conduite du changement il s'agit même d'un objectif à part entière de notre recherche. La réalité est co-construite par les acteurs et les chercheurs à travers cette posture réflexive (Le Moigne, 1990¹⁹). C'est une réalité subjective dépendant d'un contexte qu'il faut définir précisément : l'objectif de la recherche est de faire émerger le sens et le projet que le chercheur ou l'acteur donne à ce qui l'entoure et à ce qu'il produit à travers ses actes, ses discours, ses interprétations. On parle ainsi d'une nature de la réalité subjective et contextuelle. La réalité n'est plus déterminée mais téléologique et projective puisque les acteurs construisent la réalité au fur et à mesure qu'ils agissent. (Le Moigne, 1990). C'est un processus de construction de la connaissance qui se fait dans l'action : cela nous encourage comme nous l'expliquerons à mettre en place une recherche-intervention. « *La position constructiviste ou dialectique consiste au contraire, en son principe même, à considérer la connaissance comme liée à une action qui modifie l'objet et qui ne l'atteint donc qu'à travers les transformations introduites par cette action. En ce cas le sujet n'est plus face à l'objet, -et sur un autre plan-, à le regarder tel qu'il est ou à travers des lunettes structurantes : il plonge dans l'objet par son organisme, nécessaire à l'action, et réagit sur l'objet en l'enrichissant des apports de l'action* » (Piaget, 1967, cité par Dameron-Fonquernie, 1999)

Nous retrouvons ci-dessous une synthèse des principes des deux grands paradigmes qui se présentent aux chercheurs.

¹⁹ Le Moigne, JL, (1990) *La modélisation des systèmes complexes*, Afcet Systèmes, Dunod.

Tableau 2 : Synthèse des approches positivistes et constructivistes

Epistémologie positiviste	Epistémologie constructiviste
Principe d'objectivité	Principe de l'univers construit et relatif (Burrell et Morgan, 1979)²⁰
Il existe des « lois » de la nature, le réel est déterminé	La « réalité » est autant construite par l'acteur que par le chercheur (Le Moigne, 1990)
Observer le réel n'a aucun impact sur celui-ci	Le point de vue de l'acteur, chercheur ou non, est subjectif et fortement dépendant d'un contexte, d'un projet.
Toute science a pour objet de découvrir ces « lois ».	Les connaissances sont difficilement généralisables (Lincoln et Guba, 1985²¹)
Les chaînes de causalité permettent l'explication des « lois ».	Ce sont les interrelations entre le chercheur et les acteurs de terrains qui sont signifiantes.

Source : adaptée de Burrell et Morgan (1979), Le Moigne (1990) et Lincoln et Guba (1985).

La connaissance constituée dans le cadre de notre recherche repose autant sur les résultats construits que sur le cheminement qui a permis la construction, déconstruction et interprétation des processus en cours. C'est pourquoi nous prenons le temps de décrire (chapitre 1) et d'analyser le déroulement du processus de la conduite de projet que nous avons accompagné (partie 2). Il s'agit de « *construire de l'intelligibilité dans le flux de l'expérience à fin d'action intentionnelle* ». (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.25)²². Dans ce but nous nous sommes appliqués à faire des retours réguliers sur l'évolution du projet en groupe de travail, dans les unités, en instances afin que les connaissances créées soient confrontées aux avis et idées des acteurs de terrain et que l'on puisse enrichir la démarche de réflexivité qui ne nous a jamais quitté.

²⁰ Burrell G, Morgan G, (1979), *Social paradigms and organizationl analysis*, Heinemann.

²¹ Lincoln, YS, Guba, EG, (1985) *Naturalistic Inquiry*, Bervely Hills.

²² Gavard-Perret, ML, Gotteland, D, Haon, C, Jolibert, A, (2012), *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion, réussir son mémoire ou sa thèse*, Pearson, 2 eme édition, Montreuil.

On peut présenter une synthèse des principes du paradigme constructiviste reprenant les 3 critères d'ontologie, épistémologie et méthodologie :

Tableau 3 : Paradigme constructiviste.

Principes épistémologique	Paradigme constructiviste
Nature de la réalité (Ontologie)	Hypothèse relativiste Subjective et contextuelle ;
Relation du chercheur Objet de recherche (Epistémologie)	Empathie Interaction
Projet de connaissance Processus de construction des connaissances (Méthodologie)	Comprendre à travers des interprétations et Construire dans l'action
Mode de raisonnement.	Induction Abduction

Source : adaptée de Perret et Séville (2007) ; Avenier et Gavard-Perret (2008) et Guba et Lincoln (1994)

2.2 L'objet de recherche et évolution de la question de recherche.

Comme nous l'avons présenté, notre démarche est particulièrement marquée par une évolution de la question de recherche du « pourquoi » vers le « comment ». Ainsi après avoir exploré les causes de la pénurie d'infirmière (**pourquoi cet hôpital fait-il face à un défaut d'attractivité et de fidélisation de son personnel infirmier qui exerce en psychiatrie ?**), nous avons porté notre regard sur la question suivante : comment conduire le changement à l'hôpital public dans une logique participative ? **Comment faire travailler ensemble des acteurs venant de mondes différents autour d'un sujet secondaire à leurs yeux (un projet RH qui ne relève pas de leur cœur de métier) jusqu'à leur participation dans la mise en œuvre d'actions pérennes dans l'établissement ?**

SPECIFIER L'OBJET DE RECHERCHE.

Il faut distinguer le thème de recherche et la question de recherche.

Si le thème a été rapidement identifié dans un premier temps autour de l'attractivité et de la fidélisation des infirmiers travaillant dans le secteur de la santé mentale, la construction de la question de recherche nous a pris bien plus de temps et a nécessité des allers-retours entre les données exploratoires du terrain et les concepts. La construction de la question de recherche nous a même conduits à faire évoluer le thème de la recherche avec un nouveau focus sur les modalités de conduite du changement à l'hôpital public. Enfin, au moment où nous rédigeons notre travail, alors que nous souhaitons prendre un peu plus de hauteur en particulier au plan théorique, il nous apparaît que notre recherche porte plutôt **sur la recherche et la validation de nouveaux modèles d'implantation plus intégrés des principes du NPM dans la fonction publique** dans une logique participative avec les acteurs de terrain .

De plus, nous nous situons dans le cadre d'un contrat CIFRE : aussi notre thème de départ a été fortement influencé par les **attentes du terrain** comme nous l'avons explicité dans le chapitre précédent: répondre à une situation de pénurie d'infirmière en Ile-de-France, particulièrement sensible dans les unités de psychiatrie. Nous avons consacré le début de notre recherche à identifier le « **pourquoi** » de cette situation de pénurie dans une logique de co-construction d'un diagnostic précis et personnalisé à chaque établissement en 2012. Les modes de management et de politique RH (partagés avec la direction des soins et la direction des pôles) en ce qui concerne la gestion du personnel infirmier sont alors apparus comme des déterminants de l'intention de départ. Pourtant une fois le contexte de notre étude défini finement en croisant les données de terrain et la littérature académique, il est apparu que la question relevait cette fois du « **comment** » : comment accompagner les établissements de la fonction publique hospitalière d'Ile-de-France à modifier voire moderniser leur mode de management en vue de fidéliser²³ leur personnel soignant en psychiatrie. Le passage du « pourquoi » ou « comment » est à prendre en compte ; comme le souligne Yin (1984/1991)²⁴ le chercheur doit déterminer le type de questionnement choisi.

Ainsi nous questionnons les moyens de produire du changement. Ce questionnement pourrait de prime abord sembler inadapté tant on a pu parler dans la presse, écrire dans la littérature

²³ Si en février 2012 la pénurie était préoccupante, en septembre 2013 c'est le turnover qui inquiète. En effet la démographie professionnelle a évoluée grâce à l'augmentation de professionnelles diplômées d'une part mais aussi suite à la fin de la concurrence avec le « géant » de l'APHP qui considère alors qu'il a constitué un vivier suffisant de professionnel.

²⁴ Yin (1984/1991), *Case Study Research. Designs and Methods*, Newberry Park, Sage.

professionnelle et académique sur les multiples réformes absorbées (mais pas toujours digérées) par l'hôpital. **Ainsi on pourrait penser que l'hôpital est un habitué du changement : certes mais sait-il pour autant conduire le changement ? ne fait-il que le subir ? S'agit-il simplement de changement de surface qui conduit les acteurs à répondre aux exigences « légales » sans que la réflexion de fond soit menée sur et avec le terrain. Quels sont les acteurs qui conduisent le changement ? Qui en tirent parti. Ce changement se déroule-t-il au fil du temps de façon linéaire ? Le tempo de la conduite est-il programmé ? Cette programmation est-elle respectée. De nouvelles trajectoires viennent-elles réorienter le changement, ses finalités, ses outils, ses partenaires ? Mais surtout comment décider de conduire le changement, à travers l'utilisation de quel modèle normatif ?**

Puis au fil du temps, suite à nos interactions répétées avec le terrain, il nous est apparu plus pertinent de choisir pour objet **le processus** que constitue le changement. Ainsi nous pouvons dire que notre objet de recherche est d'une part empirique et d'autre part que notre recherche est dite de « processus » et non de « contenu » selon la distinction qui en est faite par Grenier et Josserand (1999, p.104)²⁵: *« les recherches sur le contenu cherchent à mettre en évidence la composition de l'objet étudié, tandis que les recherches sur le processus visent à mettre en évidence le comportement de l'objet dans le temps »*. Notre recherche repose ainsi sur une approche dynamique plutôt que statique centrée sur des processus (Allard-Poesi et Maréchal, 2003). Dans cette approche processuelle nous étudions des séquences d'évènements qui décrivent des objets au cours du temps en portant notre attention aux évènements «étapes » qui permette de relayer, réorienter le changement. Il ne s'agit pas seulement de décrire les évènements mais de comprendre la logique qui les lie (Miles et Huberman, 2003, p.263). Nous verrons que la sociologie de la traduction est à ce titre un modèle théorique complètement cohérent avec un objet de recherche du changement vu comme un processus.

UN OBJET DE RECHERCHE EN TANT QUE CONSTRUCTION SOCIALE : UN OBJET EN HARMONIE AVEC LE PARADIGME CONSTRUCTIVISME.

La nature de l'objet de recherche, ici le processus de changement constitue un phénomène, une construction sociale qui se prête parfaitement au cadre épistémologique constructiviste. Aussi

²⁵ Grenier C., Josserand, E.(1999) « Recherche sur le contenu et recherches sur le processus », dans Thietard R. A., et al, *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, p.104-136.

nous pouvons dire que dans ce cadre de « constructivisme objet », pour reprendre une terminologie de Charreire et Huault (2002)²⁶, l'objet peut être vu comme une entité en train de s'organiser en permanence en tant que processus organisant (Weick, 1979). L'étude de l'évolution des projets des deux établissements se prête particulièrement à cette nature d'objet de recherche.

LA RELATION DE CONNAISSANCE ENTRE LE CHERCHEUR ET SON « OBJET » DE RECHERCHE.

Le fait que notre objet de recherche soit une construction sociale ne justifie pas à lui seul notre cadre épistémologique bien qu'il nous rassure sur la cohérence de notre étude. Nous souhaitons ici préciser les conséquences de notre choix épistémologique croisé à notre accès de terrain nous permettant d'envisager une démarche de recherche intervention. Si à l'occasion de la phase de co-construction du diagnostic d'identification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie nous avons eu une logique compréhensive, nous optons pour les phases suivantes pour une logique transformative pour l'accompagnement à la conduite du changement. Dans ce cadre le chercheur propose des outils/artefact aux acteurs pour changer de situation ; il peut définir avec eux les voies d'actions possibles pour leur permettre de s'émanciper de la situation de départ (Allard-Poesi, Perret, 2003)²⁷. C'est bien dans cette logique que nous nous inscrivons : il y a non-séparabilité du chercheur et de son « objet » de recherche. C'est une caractéristique centrale de la relation épistémologique choisie. Dans le cadre du contrat CIFRE, le terrain attend de nous un accompagnement méthodologique qui permet la construction de solutions adaptées aux établissements et non une observation passive et distanciée.

Le chercheur doit donc prendre conscience du lien spécifique qui le relie à son objet de recherche ainsi que de l'influence qu'il peut avoir sur son terrain et sur l'orientation de sa recherche. On parle alors d'interaction ou bien de dialectique pour décrire cette relation objet de recherche-chercheur : « *L'objet et le sujet sont des entités interactives dans le développement*

²⁶ Charreire S, Huault I., (2002) « Cohérence épistémologique : les recherches constructivistes françaises en management revisités », in Mourgues N. et al., *questions de méthodes en sciences de gestion*, EMS Colombelles, p.293-314.

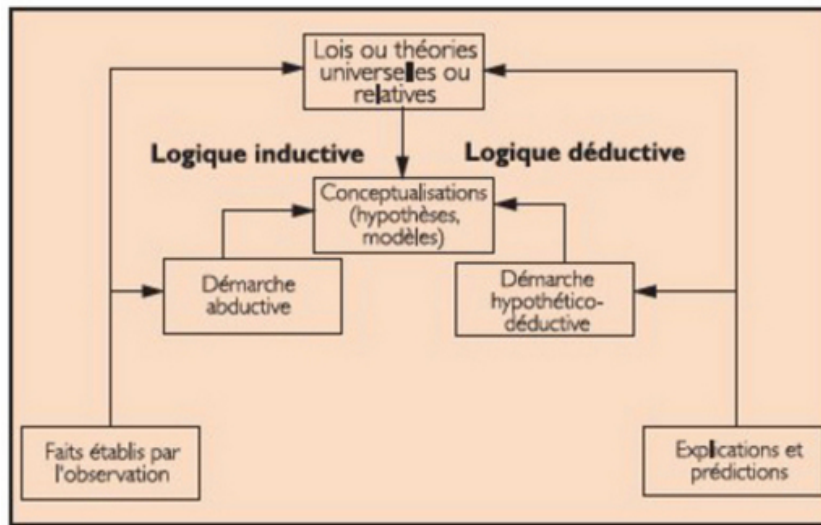
²⁷ « Les représentations du problème dans la recherche-action », XIIIème conférence de l'AIMS, Normandie, 2-4 juin 2004. p.21 : « *Nous avons distingué les approches dans lesquelles le problème est principalement le fait d'une traduction d'un problème de terrain au travers de la problématique ou de la perspective théorique du chercheur, de celles dans lesquelles le problème résulte d'une véritable construction avec les acteurs de terrain.* »

de la connaissance. [...] Les structures cognitives du sujet sont les filtres à travers lesquels la réalité est observée et interprétée » (Lapointe 1996, p. 11).

MODALITE D'EMERGENCE DE LA CONNAISSANCE : UNE DEMARCHE INDUCTIVE.

Il s'agit ici de questionner les modalités d'émergence de la connaissance. S'agit-il d'une logique inductive ou déductive. En cohérence avec notre démarche de recherche constructiviste nous sommes dans le cadre d'une **approche inductive**. Elle vise à mettre en lumière un concept issu du terrain, un outil d'analyse et d'action pour mieux se saisir de la production de connaissance par les acteurs et les organisations. Le raisonnement inductif permet d'exprimer des raisons plausibles aux similarités/disparités identifiées par **abduction**. « *L'abduction intervient généralement dans des boucles induction/abduction/ déduction mises en œuvre de manière itérative.* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.37). En revanche l'approche déductive s'attache à valider ou réfuter des hypothèses issues de lois ou théories testés sur le terrain. Dans notre cas, la méthode utilisée étant celle de la recherche-intervention, nous sommes partis des observations que nous avons faites sur le terrain. La création de nouvelles connaissances se fait au fil de l'eau et il est impossible de déterminer à l'avance ces connaissances. Les régularités qui se dégagent de nos observations dans la conduite du changement à l'hôpital en tant que structure de la fonction publique sont en revanche un support à la conceptualisation de modèle en lien avec la sociologie de la traduction mobilisée dans une dimension normative.

Figure 1 : présentation des logiques inductive et déductive.



Source : Résumé de l'émergence de la connaissance scientifique, in Charreire et Durrieux, 1999, p.62.

A l'occasion de notre recherche et de notre posture épistémologique, nous mobilisons le modèle de la boucle « abduction-déduction-induction » (David, 1999)²⁸ selon laquelle l'hypothèse explicative est construite par abduction, ses effets analysés par déduction, les théories affirmées sont mises en évidence par induction et lorsqu'elles sont infirmées on recommence sur le principe de l'abduction.

Nous avons donc pris soin de choisir une posture en harmonie avec le design de la recherche ou architecture de la recherche afin de garder une cohérence entre la problématique, la littérature, les données, l'analyse et les résultats (Royer et Zarlowski²⁹, 1999, p.139).

²⁸ David, A., (1999), *Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion*, 8eme conférence internationale de Management Stratégique, Ecole Centrale de Paris, du 26 au 29 mai 1999, 23p.

²⁹ Royer I, Zarlowski P., (1999), « Le design de la recherche » p.139-168, in Thièrtart , Raymond-Alain (sous la direction de) , *Méthodes de recherche en management*, Dunod.

2.3 Principes de la recherche-intervention : la juste place du chercheur dans les études de cas contemporaines.

Nous souhaitons présenter ici les particularités d'une recherche-intervention telle que nous l'avons mise en place. Répondant à notre volonté d'interaction avec le terrain, cette méthode soulève par ailleurs de nombreuses questions concernant la place du chercheur. Ces interrogations nous auront accompagnés tout au long de la démarche.

2.3.1 Une étude de cas contemporaine sur deux terrains similaires : des données riches pour une analyse fine d'un terrain hospitalier complexe.

Dans le cadre du paradigme constructiviste il est admis que des connaissances soient :

- co-construites avec des acteurs organisationnels, mais aussi

- élaborées par interprétation et traitement d'informations recueillies via n'importe quelle méthode de recherche, technique de modélisation, technique de collecte et de traitement de l'information.

Ce paradigme laisse donc ouvert le champ des possibles quant aux méthodes de recueil de données empiriques. En pratique, les recherches qualitatives se révèlent pertinentes lorsqu'il s'agit de généraliser les connaissances. Ainsi sont privilégiées les études de cas et les observations participantes quand l'accès au terrain est possible. Les sources de matériaux empiriques retenues sont diverses : entretiens semi-directifs, observation in-situ (réunion), courrier électronique... Dans le cadre de notre recherche, nous avons l'opportunité notable de pouvoir nous inscrire dans une **étude de cas** qui correspond à une « *stratégie de recherche à part entière* » (Yin, 2003, 1-6). Elle permet des modalités de recueil de données et d'analyse privilégiées dans les recherches qualitatives en particulier sur des terrains jugés complexes et ce dans une perspective constructiviste comme le justifie Yin (1989, I)³⁰ : c'est « *une stratégie privilégiée lorsque les questions du « comment » et du « pourquoi » se posent, lorsque le chercheur n'a que peu de contrôle sur les événements et que le centre d'intérêt porte sur un phénomène contemporain au sein d'un contexte social réel* ». Nous nous trouvons bien dans une situation qui regroupe tous ces critères. L'étude de cas nous permet effectivement à travers une technique descriptive, narrative et explicative de rendre compte avec précision des éléments

³⁰ Yin RK, (1989), 'Case study research- design and methods », in Applied Social, Research Methods Series- Volume 5, Sage Publications.

du terrain tout en donnant la possibilité d'un travail collaboratif avec ce même terrain. La pertinence de la compréhension de la situation et du contexte d'étude suppose une grande proximité avec les acteurs de terrain afin de se saisir des nuances des situations étudiées. Cela sous-entend de la part du chercheur de faire à la fois preuve d'une certaine empathie et d'une sensibilité pour se saisir de l'ensemble des facettes des phénomènes complexes étudiés. Au-delà de l'intérêt d'étudier un phénomène dans son contexte réel nous voulons aussi mettre en avant **la pluralité des sources de données** que l'on peut mobiliser dans un tel contexte d'étude. Nous aurons l'opportunité de développer cet aspect dans un volet méthodologique.

DES ETUDES DE CAS CONTEMPORAINES.

Notre étude de cas est **contemporaine** : nous menons une étude durant son cours réel de déroulement. Nous apprécions d'autant plus la qualité d'accès au terrain que nous offrent les conditions de la CIFRE ; en effet nous assistons en temps réel aux interrogations, aux réflexions que vivent les acteurs de terrains. Nous pouvons observer les conséquences des décisions prises lors des groupes de travail mais aussi constater les effets de phénomènes extérieurs aux établissements comme la célérité des fluctuations de la démographie infirmière en Ile-de-France et son impact désorganisant sur les circuits du recrutement. Aussi nous pouvons approfondir notre compréhension des situations en questionnant les acteurs de terrain sur certains éléments afin de mieux s'en saisir comme le désengagement de certains acteurs dans la participation à certains projets. Par exemple un infirmier qui quitte ces fonctions de tuteur peut avoir différentes motivations qui n'ont pas du tout le même sens : impression de ne pas être suffisamment accompagné sur la montée en compétences pédagogiques, rétribution insuffisante aux vues de ses compétences spécifiques, intention de quitter l'établissement, évolution du projet professionnel conduisant à une prise de fonction de cadre de proximité en sont quelques illustrations.

Tableau 4 Tableau des principes de l'étude de cas, d'après YIN, 1989 in Grenier, C., & Pauget, B. (2007). *Qu'est-ce que la recherche en management? Recherche en soins infirmiers*, 91(4), 12-23. P.20.

	Avantage	Inconvénient
Étude de cas rétrospective	<ul style="list-style-type: none"> • durée de l'histoire connue. • la connaissance de toute l'histoire permet de sélectionner au mieux les terrains sur lesquels mener l'étude de cas. • le chercheur peut construire des propositions théoriques sur des horizons temporels plus longs. 	<ul style="list-style-type: none"> • le chercheur est dépendant des phénomènes d'oublis volontaires ou involontaires, de la disparition d'acteurs... • double risque de post-rationalisation : dans le choix du terrain (fait en fonction de l'issue connue à un problème de gestion à étudier) ; dans le récit des acteurs interrogés.
Étude de cas contemporaine	<ul style="list-style-type: none"> • le chercheur peut suivre de très près le déroulement de l'histoire. • le chercheur peut construire des propositions sur des phénomènes appréhendés en profondeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • la durée de l'histoire n'est pas connue. • la grande disponibilité du chercheur n'est pas toujours possible. • un cas peut se révéler sans intérêt, voire un terrain peut être perdu.

ETUDE DE CAS SUR DEUX TERRAINS SIMILAIRES.

Il convient de s'interroger sur le nombre de cas adéquat pour répondre à nos objectifs de recherche. La question est délicate et répond à une dialectique très pragmatique de ce qu'il serait souhaitable de faire et de ce que nous pouvons réellement faire. Des aspects de disponibilité du chercheur, l'accessibilité réelle au terrain sont à prendre en compte. Etant donné notre volonté d'approche constructiviste, nous avons privilégié la qualité de la relation à construire avec les acteurs de terrain plutôt que la multiplication des sites.

La qualité de cette relation demande une présence régulière et constante dans les établissements. Leur participation effective et leur implication est garante de la qualité des connaissances qui pourront émerger de notre étude. L'enjeu est donc important et c'est pourquoi nous avons limité le nombre de cas. Enfin dans le cadre du contrat CIFRE, la proposition portait sur l'accompagnement de deux établissements. La demande venant des terrains eux-mêmes, nous y avons vu une opportunité de qualité possible dans les interactions. Nous pensons donc que la richesse de notre étude sera d'avantage portée par l'approfondissement que par la comparaison.

Nous sommes dans une situation intermédiaire entre les études de cas uniques qui sont les plus répandues en gestion et les études de cas multiples qui selon Eisenhardt³¹ (1989) doivent au moins comporter 4 cas pour développer une théorie et atteindre des résultats empiriques corrects. Nous devons avoir à l'esprit ces éléments puisqu' « *une des questions majeures que pose la méthode des cas est celle de la généralisation des résultats. Elle consiste à se demander si la connaissance est généralisable* » (Vernazobres, 2009, p.54³²).

En pratique nous avons tiré un grand bénéfice à investir deux terrains d'enquête différents: le risque de voir un hôpital abandonner le projet pour de multiples raisons contextuelles était vraiment à prendre en considération. L'incertitude était forte et nous ne pouvions donc pas faire tout reposer sur un seul hôpital. Il était préférable d'assurer une bonne qualité de recueil de données et de multiplier les sources sur deux terrains. D'ailleurs en janvier l'accès au terrain a été mis en péril dans l'hôpital 2. Une zone de flottement de presque 6 mois a été nécessaire pour redéfinir les attentes de la nouvelle DRH par rapport au projet à l'occasion de sa prise de fonction. Pendant cette période nous nous sommes félicités d'avoir un autre terrain mobilisé autour du projet. Heureusement l'hôpital 2 a pu rebondir et nous avons eu la chance d'avoir une vraie richesse dans l'accès aux deux terrains. En effet notre imprégnation dans les terrains a pris des évolutions temporelles et organisationnelles à la fois différentes et complémentaires. Dans l'hôpital 1, nous avons très rapidement été intégrés auprès du service RH : nous avons pu partager avec la DRH ses questionnements stratégiques. Le projet a avancé rapidement et régulièrement jusqu'à son départ à l'été 2014. Le projet se développant à un niveau institutionnel, nous avons pu avoir une vue d'ensemble du fonctionnement de l'hôpital et des tensions entre les différentes catégories d'acteurs y compris ceux occupant un poste à fort enjeu stratégique. Nous avons pu voir et entendre les effets de la mise en place des pôles par exemple. Nous avons participé à plusieurs instances. De plus en ayant un bureau attitré dans le service RH, nous avons eu accès à des données détaillées du vécu des acteurs, du mode de fonctionnement (observation participante). Nous avons pu coordonner au moins en partie des projets faisant travailler ensemble des acteurs issus de monde différents (administratif/soignant/cadres formateur/ service de psychiatrie et service de rééducation) et observer comment cette collaboration pouvait être possible mais tendue. A l'occasion de

³¹ Building Theories from Case Study Research, Kathleen M. Eisenhardt , *The Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4 (Oct., 1989), pp. 532-550 ,Published by: Academy of Management Article Stable URL:<http://www.jstor.org/stable/258557>

³² Vernazobres, P, (2009), « La mise en place du design de la recherche basé sur une approche ethnographique pour investiguer les pratiques confidentielles de coaching », *Revue de gestion des ressources humaines*, 2009/4, N°74, p.42-62.

l'élaboration et de la mise en place du parcours d'intégration nous avons bien vu les difficultés à faire travailler ensemble le service RH et le service de la DS sur un projet réunissant les missions qui leur sont dédiées.

Dans l'hôpital 2, nous avons eu des échanges avec la DRH qui travaillait dans un vrai souci de collaboration avec la DS. Mais l'originalité des données de ce terrain repose sans aucun doute sur l'accès privilégié de données issues des services de soin du site pilote : mode de fonctionnement et organisation d'une unité de soins, difficultés et ressenti des soignants en particulier pendant la seconde période de notre CIFRE alors que le projet sur les parcours d'intégration des IDE de l'hôpital 1 était déjà lancé. Ainsi l'intensité de la présence dans les deux établissements n'a pas été la même sur les trois ans.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de la complémentarité des deux études de cas contemporaines : périodes de présence continue et régulière d'interactions avec les acteurs.

	Année 2012	2013-Eté 2014	Eté 2014-Déc 2015
Hôpital 1	Période de co-construction du diagnostic sur	Mise en œuvre : élaboration du projet du parcours d'intégration au plan institutionnel	
Hôpital 2	la situation de pénurie d'infirmier en psychiatrie		Mise en place du projet de promotion du bien-être au travail au niveau de 2 unités de soins.

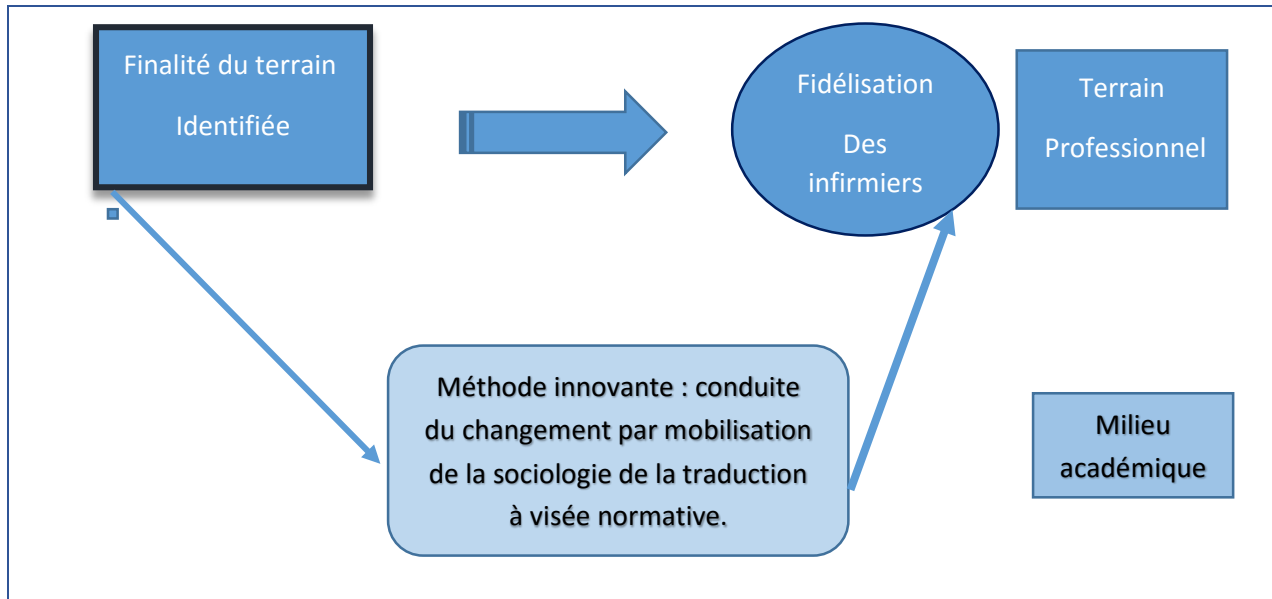
2.3.2 La recherche-intervention (RI) : le chercheur-intervenant engagé dans une posture transformative.

PRESENTATION GENERALE DE LA RI. DES CONNAISSANCES CO-CONSTRUITES GRACE A L'INTERACTION ENTRE LE CHERCHEUR ET LES ACTEURS DE TERRAIN.

A travers le paradigme constructiviste nous cherchons des connaissances gestionnaires à destination d'autres professionnels. Nous sommes à la recherche de « *connaissances pratiques destinées à transformer le monde entourant le chercheur en fonction d'une éthique* » (Grenier, Pauget, 2007, p.21). Pour cela les principes de la **recherche intervention** (RI) retiennent notre attention. Ils se prêtent plus particulièrement aux situations dans lesquelles la seule exploitation de la littérature est insuffisante : en effet nous avons trouvé les attributs des hôpitaux magnétiques, nous avons pu identifier les déterminants de l'intention de départ mais nous n'avons pas pu trouver de théorie concernant les modalités de la conduite du changement qui permette de devenir un hôpital magnétique (voir partie 2). Ces connaissances sont donc à construire avec le terrain et en fonction des observations empiriques. Ainsi la présence du chercheur sur le terrain permet de développer les connaissances sur le fonctionnement des entreprises et des organisations (Riveline, 1995)³³. Dans notre cas nous cherchons à rendre visible les modalités du changement à travers un modèle utilisé dans une logique normative. La difficulté de la RI réside dans la gestion de temporalités différentes entre la gestion de projet répondant à une commande des établissements et la gestion d'un projet de recherche aux règles académiques. Le chercheur réalise donc des phases de production de savoirs avec les acteurs qui sont concomitantes avec les phases de définition d'objectifs académiques. Cette articulation assure bien entendu toute la richesse de ce type de recherche mais elle reste délicate à réaliser et demande de la part du chercheur des postures réflexives et des présentations régulières de l'état de ces travaux aussi bien auprès des professionnels partenaires de la démarche (réunion de synthèse, réunion de clôture, co-pil) que du monde académique (séminaire doctoral, séminaire de recherche du laboratoire, congrès).

³³ Riveline, C., « *De Maurice Allais à Emile Durkheim. Itinéraire d'un chercheur en gestion* » ; Les Annales de l'Ecole de Paris, Volume 1, 1995, p. 367-378, p369.

Figure 2 : L'articulation terrain/milieu académique de la recherche intervention :



Nous sommes donc sur le terrain avec un triple objectif : répondre à des critères de scientificité, être proche de l'expérience des acteurs et de leur préoccupation et enfin viser un modèle de transformation des rapports sociaux à l'hôpital (ce en quoi la sociologie de la traduction s'attèle parfaitement en portant le regard sur les modalités du changement au plan des acteurs et des réseaux d'acteurs).

La RI pose la question de la recherche de **la bonne posture**. Cette méthodologie reste assez marginale en gestion³⁴ mais il nous est apparu qu'il était pertinent de la mobiliser dans le cadre de notre recherche. En effet elle est adaptée lorsque le chercheur intervient dans le cadre de résolution de problèmes sociaux (problèmes de management visant l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier en psychiatrie) et pas seulement des problèmes de connaissance. Elle permet d'étudier le comportement des acteurs sur le long terme et d'observer l'évolution des pratiques voire les changements. On peut définir la RI comme « *un processus d'interactions complexe et cognitif entre les acteurs d'une organisation et des intervenants-chercheurs en management, chargés de l'implantation, de l'acclimatation de méthode, d'outils ainsi que de la stimulation de transformations durables sur le mode de management et de*

³⁴ Certains laboratoires en ont pourtant fait leur « signature » et mobilise la RI comme méthodologie de recherche principale : CRG (Centre de recherche en gestion de l'école polytechnique), CGS (centre de gestion scientifique Mines Paris), LENTIC (centre de recherche et d'intervention de l'université de Liège)

fonctionnement d'une organisation » (Plane, 2000, p.23).³⁵. Elle permet d'être partie prenante des organisations, attentive à la subjectivité des acteurs et désireuse d'aider à la prise de décision après un processus de clarification des fins données à l'action (par la pratique de l'entretien de face à face, de groupe d'expression, par celle de tiers intervenants). (Boje, David, 2001)³⁶. Autrement dit, la RI à partir d'un travail collaboratif entre le chercheur et les acteurs de terrain tend à mettre en place des modèles, des outils qui permettent progressivement le décodage des enjeux de pouvoir conscients et inconscients. Dans notre cas il s'agit de mettre en œuvre une nouvelle politique de ressources humaines plus moderne permettant d'intégrer à l'hôpital de manière plus douce les impératifs liés à l'implantation des principes du NPM. Nous retiendrons que cette « *méthodologie de recherche a pour objet de co-construire avec les acteurs de terrain des compromis possibles qui ont vocation ensuite à être proposés dans une démarche visant à transformer l'organisation* » (Giordano, 2003, p.23³⁷). Dans le cadre d'une recherche-intervention le chercheur doit garantir les conditions d'une production collective d'une réponse adéquate à un problème identifié, pour notre cas celui d'une pénurie majeure d'infirmiers en psychiatrie : comme le souligne Stéphanie Gentil³⁸ dans sa thèse (p.156), « *l'intervenant agit comme un révélateur de données de terrain.* » L'enjeu reste malgré tout à mobiliser les capacités de l'intervenant-chercheur pour favoriser les conditions d'une production collective.

POSTURE TRANSFORMATIVE : EXPLIQUER ET MODIFIER, LA POSTURE DU SOCIOLOGUE-PROFESSIONNEL³⁹ ».

Si nous avons défini que la connaissance produite dans le cas de notre recherche était co-construite avec les acteurs, nous souhaitons poursuivre la description des différentes facettes de

³⁵ Plane, JM, (2000, *Méthodes de recherches-interventions en management*, Préface de R. Pérez, L'harmattan, 2000, 256 p.)

³⁶ Boje, D, « Mapping the different kind of action research practices into Transorganizational Development Gameboard », *EGOS*, 17th Colloque, Juillet 2001 ; David, A., « Intervention-Research. A General Framework for management research », *EGOS*

³⁷ Yvonne Giordano. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Editions Management et Société, pp.318, 2003

³⁸ Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire. Université de Nantes. (2012)

³⁹ Nous reprenons ici l'expression de F.Granier qui défend l'idée d'une « sociologie immergée des phénomènes émergents » qui interroge le statut de chercheur dans le prolongement des recherches ancrées menées dans les travaux de R. Sainsaulieu avec *L'identité au travail*, mais aussi Friedberg et Morel « *comment apprendre le raisonnement organisationnel aux cadres* », in les Cahiers de Cargèse, Sciences Sociales et entreprise. Histoire de partenariats, Paris, L'harmattan, 1995. Cette appellation fait complètement écho à notre situation de doctorant CIFRE qui nous demande à la fois d'endosser une posture professionnelle de chargé de mission RH mais aussi une posture de doctorant c'est-à-dire d'apprenti chercheur.

notre posture constructiviste en décrivant notre volonté de posture transformative. Il s'agit de souscrire à une « attitude constructiviste », inspirée des travaux de Roy (1995)⁴⁰ qui permet d'envisager de dépasser les constats et de concevoir des moyens d'action. Ainsi l'objectif n'est pas {seulement} « *d'expliquer mais d'aider à comprendre et à agir. {Mais} pour qu'elle puisse être utile aux praticiens, la connaissance à produire doit alors être « actionnable » au sens que donne Argyris (1995)⁴¹ » (Denis, 2000, p.81).⁴²*

Cet accompagnement s'inscrit dans la durée et le partenariat avec le terrain : le contrat CIFRE nous accorde une présence de 36 mois consécutive à la période exploratoire de 12 mois soit 48 mois. La légitimité de l'étude repose sur les capacités réflexives réellement mises en place par le chercheur rapportée dans les différentes étapes. Elle permet de mettre en valeur « *la capacité à générer du sens et à faciliter la compréhension et l'action des dirigeants* » (Argyris p.288) ou à « *favoriser une action réfléchie* » (Argyris, p.80).

Cette attitude de conseil faite par le doctorant peut interroger : jeune et parfois sans expérience professionnelle du terrain, il doit gagner la confiance des dirigeants dans une posture transformative. L'enjeu est de gagner la confiance des partenaires de la construction de connaissances et d'être légitime. Si le doctorant est détenteur d'une expertise particulière, d'un savoir surplombant, c'est dans le domaine de l'accompagnement méthodologique mais aussi dans une posture d'humilité. En effet cela sous-entend que l'on s'intéresse à une situation complexe qui ne peut être résolue par une réponse copiée à une autre situation. La pertinence de la réponse vient du fait qu'elle conjugue une méthode de recherche rigoureuse apportée par le doctorant et une connaissance fine des acteurs de terrain concernant la problématique technique de terrain. C'est cette interaction qui crée la connaissance. Nous nous trouvons bien dans le cadre de notre recherche dans une volonté proche de Denis (2000) à savoir la construction de connaissance qui permet d'expliquer et de modifier le système de l'étude. **« Pour nous la recherche n'est pas seulement une recherche sur l'action, mais une recherche dans l'action, une recherche transformative où le chercheur, participant à la vie de l'organisation, conçoit, met en œuvre, analyse, communique, diffuse les résultats obtenus,**

⁴⁰ Roy B, (1995) « Sciences de la décision ou sciences d'aides à la décision ? », *Revue internationale de systémique*, 6,5, p.494-529.

⁴¹ Argyris Ch, *Savoir pour agir*, Paris, InterEdition, 1995

⁴² Denis JP, (2000) « Conception d'un système de contrôle et de développement du groupe. Architectures et principes ingénieries », *Thèse de doctorat*, université Jean-Moulin Lyon III.

tant à l'intérieur de l'organisation auprès des praticiens, qu'à l'extérieur en direction des milieux académiques ». (Lalle, 2004, p.46⁴³).

Pour aller jusqu'au bout de l'idée de la spécificité de la posture de recherche dans le cadre d'une RI, nous insisterons sur l'importance de présenter régulièrement les résultats et surtout de les mettre en débat comme le souligne Lalle (2004) : « *Afin de garantir cette scientificité, il convient que les problèmes soient définis par l'enquête et que l'on débâte des résultats. L'enquête de produit des connaissances que pour autant que ces résultats sont communiqués et discutés* ⁴⁴ ». Cette indication méthodologique se révélera tout à fait pertinente dans notre relation au terrain à la fois pour gagner en légitimité (neutralité du chercheur, visibilité sur son travail) mais aussi dans la création d'espace de « controverse » pour reprendre une terminologie de la sociologie de la traduction, c'est-à-dire la création de mise en débat autour d'un diagnostic comme nous avons pu le faire dans la première période de la recherche au moment de l'identification co-construite des déterminants de l'intention de départ. De même, se mettre d'accord sur le problème à traiter a constitué une longue étape du projet de promotion du bien-être au travail dans l'hôpital 2.

Enfin nous notons que malgré sa pertinence avec notre objet de recherche, la RI présente aussi quelques difficultés dans son usage. Tout d'abord le chercheur doit sans cesse interroger son positionnement mixte à la fois dans l'action et dans la critique de l'action qu'il vient lui-même de conduire ou d'accompagner. Il se trouve dans une situation d'entre d'eux parfois inconfortable : dans notre cas nous nous sentions à la fois dans et hors des structures destinataires du changement. Il doit pour cela accepter de porter un regard critique sur son travail. De plus il doit veiller à ne pas créer de relation asymétrique surplombante pour laisser l'opportunité à l'action collective de se mettre en place (Hatchuel, 2001⁴⁵). L'autre difficulté réside dans une grande capacité d'adaptation. Le fait d'accompagner une démarche de changement dans l'action pensée et réajustée au fil de l'eau collectivement nécessite une écoute et une attention particulière aux propos des acteurs, à l'actualité du contexte interne (règlement et fonctionnement de l'hôpital) et externe (évolution de la démographie infirmière en Ile-de-France, nouvelle règle d'hospitalisation en psychiatrie).

⁴³ Lalle, B., (2004), « Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. Le statut expérimenté de chercheur-acteur ». *Revue Française de gestion*, Vol 30, n°148, Janvier/février 2004.

⁴⁴ Lalle, B., (2004), « Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. Le statut expérimenté de chercheur-acteur ». *Revue Française de gestion*, Vol 30, n°148, Janvier/février 2004.

⁴⁵ Hatchuel, A., (2001), « Quelles horizons pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective ? » in *Les nouvelles fondations de gestion*, Vuibert, FNEGE.

2.4 Une recherche principalement qualitative ethnographique aux multiples sources de données.

Notre recherche se caractérise nous l'avons déjà signalé par son approche ethnographique ancrée dans le terrain. Cette qualité d'accès nous a permis de multiplier les sources de données favorables à une triangulation garante d'une recherche de qualité allant plus loin que la simple exposition d'avis du chercheur. Nous allons dans cette partie présenter dans une vue d'ensemble les modalités et les sources du recueil de données et nous développerons la méthodologie de chaque période de la recherche en détaillant le déroulement de la recherche-intervention distinctement car les intentions et le processus diffèrent clairement.

2.4.1 Une recherche qualitative.

Nous avons tout au long de notre recherche mis l'accent sur une approche qualitative en harmonie avec notre objet de recherche qu'il s'agisse des déterminants de l'intention de départ ou des modalités de la conduite du changement à travers la mobilisation de la sociologie de la traduction. Notre **stratégie de collecte de données empiriques** est à la fois dirigée et émergente (Giroux, 2003, p.59⁴⁶). Elle est dirigée sur la première période de notre recherche dans une visée exploratoire, lorsque nous cherchons à recueillir des données auprès des acteurs de terrain concernant les raisons de leur intention de départ qu'il s'agisse d'entretien individuel ou collectif ou encore d'une enquête par questionnaires. Sur cette période notre stratégie est clairement influencée par la commande des deux DRH de chaque établissement. Pourtant une fois le diagnostic co-construit nous devons signaler un revirement avec une stratégie plutôt émergente comme dans le cas de la *grounded theory*⁴⁷. Ce phénomène est probablement à mettre en lien avec le thème de notre objet de recherche sur la seconde période c'est-à-dire la conduite du changement. En effet comme nous le développons dans la revue de littérature de cette partie de la recherche nous considérons que le chemin emprunté par le changement est incertain et évolue au fil des opportunités. De la même manière, le renouvellement de notre

⁴⁶ Giroux N., (2003) L'étude de cas, in Y. Giordano (Ed.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, Colombelles : EMS, 41-84.

⁴⁷ Glaser B & Strauss A (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter

question de recherche provient directement des ajustements que nous avons réalisés au fur et à mesure de la collecte de données. Très nettement c'est en tenant compte des observations et des propos recueillis que nous avons fait le choix de travailler à l'amélioration des parcours d'intégration qui semblait tenir à cœur aux différents professionnels présents dans le GT quel que soit leur « monde » d'origine (médecins, soignants, cadres de proximité ou formateurs...) dans l'hôpital 1. C'est toujours sous le phénomène de la *grounded theory* que le thème des transmissions a émergé comme axe de travail du projet de promotion de bien-être au travail : cette part de l'activité soulevait bon nombre de questionnements et de remarques aussi bien de la part de l'encadrement que des soignants et nous avons pu retrouver dans la littérature académique de quoi appuyer ce choix d'orientation d'axe de travail.

Nous avons principalement collecté les données par **enquête qualitative à l'occasion d'entretiens formels et informels, préparés ou spontanés, individuels ou collectifs**. Nous avons complété et croisé ces données par une **observation prolongée** en particulier du service RH de l'hôpital 1 et de deux unités de soin de l'hôpital 2 à l'occasion du projet de promotion du bien-être au travail. L'utilisation de l'observation dans les sciences de gestion tient en partie au fait qu'elle constitue la clé de voûte des recherches procédant par études de cas (Ragin et Becker, 1992)⁴⁸ et lorsqu'elle est accompagnée d'autres techniques comme l'entretien elle « *permet également de traquer les non-dits, certaines contradictions perçues dans le discours des acteurs, des problèmes latents et donne plus de relief aux résultats recueillis sous d'autres formes* » (Hlady Rispal, 2002, p.121⁴⁹).

2.4.2 Collecter les données par l'enquête : L'entretien individuel ou de groupe et le questionnaire.

Nous avons fait le choix de procéder à une enquête **en dévoilant notre objectif** de recherche ce qui est cohérent avec notre posture épistémologique et le cadre d'une RI aussi bien à l'occasion des entretiens que de l'observation.

⁴⁸ Ragin, C., et Becker, H., *What is a case ? Exploring the foundations of social Inquiry*, Cambridge, Cambridge university Press

⁴⁹ Rispal, M. H. (2002). *La méthode des cas: application à la recherche en gestion*. De Boeck Supérieur

L'ENTRETIEN.

L'entretien est « *une des méthodes qualitatives les plus utilisées en sciences de gestion* » (Romelaer, 2005, p.102)⁵⁰. Il repose sur l'interaction entre le chercheur et l'enquêté pour apporter des informations sur le vécu et les interprétations des acteurs concernant un phénomène étudié : « *Cette technique correspond à un projet de connaissance des comportements humains et des interactions sociales à partir du discours des acteurs* ». (Wacheux, 1996, p. 203)⁵¹. Nous avons utilisé les techniques de l'entretien individuel et de l'entretien collectif. Ils se sont révélés complémentaires et ont permis des sources de données différentes.

L'ENTRETIEN INDIVIDUEL est propice à la confiance et permet aux acteurs de révéler des informations encore tenues secrètes ou des avis sur un phénomène considéré comme tabou (comme la mise en place d'un regroupement d'établissements, l'évocation d'un évènement indésirable dans une unité de soin concernant une erreur médicamenteuse). Nous avons conduit des entretiens **semi-directifs** : nous avons en effet un **guide** (parfois une grille précise mais souvent un simple canevas des thèmes que nous voulions aborder). Nous avons accepté que l'ordre de discussion ne soit pas imposé puisqu'il est rare qu'un entretien se déroule comme prévu. Aussi nous avons veillé à faire preuve de flexibilité ce qui reste un « *élément clé du succès de la collecte de données par entretien* ». (Baumard et al, 2007, p. 242)⁵². Plus précisément nous avons à la fois fait preuve de directivité pour traiter les points prévus et de souplesse pour permettre une liberté de parole favorable aux échanges. Même si elle ne s'avère pas toujours indispensable dans le cas des entretiens semi-directifs, ils nous semblent que notre empathie a permis une meilleure relation de confiance auprès d'acteurs que nous avons été amenés à rencontrer plusieurs fois. Le chercheur empathique est apte à se mettre à la place de l'autre, à « *percevoir avec justesse son cadre de référence sans projection ni identifications parasites* » (Freyssinet-Dominjon, 1997, p.149)⁵³.

⁵⁰ Romelaer P., « L'entretien de recherche », dans Roussel P. et Wacheux F. (Ed), *Management et Ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences sociales*, De Boeck Université, 2005, p.102.

⁵¹ Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Economica.

⁵² P. Baumard, C. Donada, J. Ibert, J.M. Xuereb. (2007) La collecte de données et la gestion de leurs sources. Thiétart R.A. *Méthodes de recherche en management*, Dunod - 3ème édition, pp.228-262.

⁵³ Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Montchrestien.

Exemple d'entretiens semi-directifs menés avec une grille préalablement construite.

Nous pouvons citer comme exemple de l'utilisation d'une grille relativement détaillée les entretiens réalisés sur la cartographie des pratiques managériales favorables ou défavorables au bien-être au travail dans l'unité 1 sur l'hôpital 2 (voir ANNEXE 1). Nous avons conduit 8 entretiens sur 2 jours séparés d'une semaine. Le choix de l'entretien individuel vient du refus de participation aux entretiens collectifs proposés par l'intervenant-chercheur ; il a pu ainsi identifier des discours contradictoires invisibles en réunion et amener progressivement les équipes à débattre sur ces points dans un second temps lors d'entretiens collectifs. Le fait de recourir à une grille suffisamment détaillée a permis la comparaison des propos et des points de vue des différents enquêtés. Les soignants étant déjà « frileux » nous n'avons pas enregistré les entretiens mais nous avons fait une prise de notes retranscrivant des verbatims « forts » c'est-à-dire les formules chocs.

Nous avons eu un certain nombre **d'entretiens créatifs** qui se sont déroulés sur le mode de la conversation sans que l'objet de recherche soit vraiment abordé pour favoriser la connaissance d'acteurs clé ou partenaires potentiels dans les projets que nous accompagnions. Au-delà de l'intérêt des informations recueillies sur le fonctionnement de l'établissement à cette occasion, ils ont aussi servi à la construction d'une relation de confiance. Ces entretiens ont en effet permis de présenter le rôle des professionnels dans l'établissement ainsi que le rôle de l'intervenant-chercheur, sa posture d'accompagnement dans la co-construction de solutions pérennes, sa neutralité...

Tableau 6 : Liste des entretiens créatifs au fil des périodes de la recherche-intervention dans chaque hôpital.

	Hôpital 1	Hôpital 2
Période 1 : identification des déterminants de l'intention de départ	<ul style="list-style-type: none"> -L'attaché du service RH en charge du GT -La DS -1 cadre supérieur de la DS en charge du projet de soin -1 cadre sup en charge des compétences et de la formation continue. -La cadre sup de la DS chargée du tutorat -Le psychiatre président de CME⁵⁴ -Le représentant du syndicat Sud. 	<ul style="list-style-type: none"> -La nouvelle DRH -La DS et le cadre supérieur de la DS participants au GT -Les deux chercheurs responsables de l'équipe de recherche en sciences sociales rattachée à l'établissement. -Un psychiatre pour favoriser la participation du secteur médical dans le projet.
Période 2 : conduite du changement à l'hôpital au regard de la sociologie de la traduction	<p>Projet : parcours d'intégration des IDE de psychiatrie.</p> <ul style="list-style-type: none"> -La responsable de la formation continue -La DS de l'IFSI. -La cadre supérieur de l'IFSI, coordinatrice des stages, -La psychologue intervenant comme formateur interne occasionnel -Le chargé des affaires juridiques -La nouvelle DS -Le nouveau DRH 	<p>Projet : promotion du bien-être au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> -La cadre sup des deux unités. -Chaque cadre de proximité de chaque unité de soins.

⁵⁴ Commission médicale d'établissement

Nous avons mené et fait mener dans la première phase exploratoire des entretiens de type **récits de vie** « professionnels » qui sont particulièrement adaptés lorsque l'on cherche à appréhender des changements organisationnels qui pourraient expliquer dans notre cas un accroissement du déficit d'attractivité de l'établissement (Gavard-Perret, 2012, p.113). Ainsi nous avons invité des infirmiers certains débutants, d'autres expérimentés, mais aussi des cadres de santé à évoquer les évolutions des pratiques constatées ou leur vécu professionnel, leur quotidien de travail, ce qu'ils aimaient de leur activité de soin et au contraire ce qui faisait défaut.

Dans l'hôpital 2 nous avons même proposé une grille d'entretien aux cadres participants du GT pour qu'ils se chargent de collecter des données auprès des infirmiers de leurs équipes. Cette grille a été établie à partir des premiers éléments de notre revue de littérature sur la satisfaction au travail et la motivation⁵⁵. Ce type d'entretien permet « *une analyse d'un récit par un acteur sur des événements qu'il a vécus. Le discours est provoqué par le chercheur. L'acteur reste libre de la formulation des faits et des interprétations qu'il donne. La subjectivité est donc inévitable, mais elle est connue, le chercheur la gère* »⁵⁶ (Wacheux, 1996). D'ailleurs une partie de ces récits a été faite en groupe de travail par des infirmiers qui ont accepté de venir partager leur vécu. Cette mise en partage s'est révélée d'un apport considérable pour créer une dynamique particulière au sein du GT appelée processus d'enrôlement dans la sociologie de la traduction : elle a permis une forme de controverse⁵⁷. Nous avons aussi procédé à des **d'entretiens de débriefing** des séances menées dans les unités de soin de l'hôpital 2 avec les cadres des unités. Nous avons alors plutôt interrogé leurs pratiques managériales.

Nous avons aussi conduit de nombreux **entretiens** ayant pour objectif de déterminer une **orientation stratégique** : en effet nous avons plusieurs fois rencontré les DRH, seuls ou accompagnés du DS pour exposer les situations complexes, les points de tensions, les enjeux concernant le choix d'axe de travail par exemple. Ces entretiens ont eu pour objectif de garder une cohérence dans l'évolution du projet pour qu'il s'adapte certes aux acteurs des unités de soins (hôpital 2) ou du service de formation continue (hôpital 1) mais qu'il reste aussi en

⁵⁵ 8 infirmiers ont été enquêtés. Ils étaient représentatifs des différents secteurs de la psychiatrie. Concernant la satisfaction, le contexte de travail a été interrogé (situation géographique, situation familiale, la variété des sites d'affectation et donc de poste, la rémunération, les conditions de travail, la gestion du temps et la sécurité de l'emploi. Concernant la motivation et donc le contenu du travail, les points suivants ont été abordés : l'accomplissement de soi, les relations sociales, le soutien, le secteur d'activité, la reconnaissance, l'autonomie, le développement personnel

⁵⁶ Wacheux, F., (1996) Méthodes qualitative et Recherche en gestion, Paris Economica.

⁵⁷ Le vocabulaire spécifique de la sociologie de la traduction est présenté dans la partie relatant la phase 2 et présentant la sociologie de la traduction dans la revue de littérature.

adéquation avec les positionnements stratégiques des politiques d'établissement. Ces entretiens étaient préparés soigneusement, avec un certains nombres d'objectifs ou de points à traiter, des propositions de solutions appuyées par la littérature académique. Ils ont permis de présenter des éléments pour une aide à la décision.

De nombreux **entretiens flottants** et informels ont été favorisés par notre présence dans le cadre d'une **observation participante au long cours** : ils ont souvent eu lieu en aparté dans le prolongement d'un temps de réunion : nous avons toujours pris le temps avant de quitter une salle de réunion pour laisser l'opportunité à certains acteurs de venir compléter, nuancer les échanges collectifs. Certains plus timides n'osent pas prendre la parole en public, c'est donc pour eux l'occasion de faire entendre leur voix. D'autres ont aussi pu aborder des thèmes « sensibles » et nous signaler la pression syndicale subie suite à leur participation au GT et donc par conséquent leur choix de ne plus y participer. De la même manière dans l'autre établissement une cadre a révélé comment deux représentants syndicaux lui avaient demandé en venant la voir dans son bureau de ne pas utiliser les documents proposés par la DRH comme support à l'évaluation des agents. Ce genre de confidences sont typiques des entretiens flottants que ces derniers soient provoqués par le chercheurs ou par les acteurs de terrain. Ils ont été rendus possibles par la relation de confiance établie avec l'ensemble des niveaux hiérarchiques des acteurs. Ces entretiens ont été d'autant plus simples qu'une relation privilégiée s'est créée favorable à la confiance, aux partages de données « secrètes » divulguées en off. Le respect du caractère confidentiel et l'anonymat sont des garants de ce type de révélations. A titre d'exemple nous avons pu connaître les réelles motivations d'un cadre supérieur et d'un infirmier à ne plus participer au GT de l'hôpital 1 (manque de reconnaissance) ; une infirmière a pu nous indiquer pourquoi les infirmiers de l'établissement avaient du mal à s'inscrire comme candidat à la mission de tuteur tant que le cadre de proximité en guise de reconnaissance ne l'y invitait pas. Dans ce même hôpital, les bonnes relations avec les préventeurs nous ont permis de mieux nous saisir des enjeux et d'avoir accès à des informations concernant des déclarations d'évènements indésirables. La responsable de la mise en place de la GPMC a pu nous faire part de son expérience en conduite du projet et les difficultés qu'elle a pu rencontrer et qui faisaient écho à notre démarche.

Chronologiquement, les derniers entretiens que nous avons menés ont été des **entretiens de débriefing** : nous avons en effet contacté les participants pour recueillir leurs impressions concernant leur participation aux projets, ce que leur participation a pu modifier dans leur

quotidien de travail, leur vision de leur propre rôle au cours de l'évolution du projet...Les acteurs de terrain ont été plutôt enclins à participer à ces entretiens mais la tâche a été rendue complexe du fait d'un renouvellement conséquent des acteurs en 4 ans. Partis à la retraite, dans d'autres établissements ou sur d'autres missions, les demandes de rendez-vous sont souvent restées sans réponse surtout lorsqu'il s'agissait d'acteurs ayant contribué à la première période du processus de recherche.

Tableau 7 : Les entretiens de débriefing.

	Personnes contactées	Entretiens de débriefing effectivement réalisés.
Hôpital 1	Responsable de la formation continue	X
	DRH n°1	X
	DRH n°2	X
	DS n°2	X
	L'ide participant au GT et favorable à la prise de fonction de tuteur (entrée à l'école des cadres au moment du départ du doctorant).	X ⁵⁸
	La cadre de proximité participant au GT	X
Hôpital 2	Cadre supérieure occupant les fonctions de référent des tuteurs (n'occupant plus ces fonctions au moment de l'entretien).	X
	DRH n°2	X
	DS n°1 même si elle n'occupe plus de fonction dans l'établissement	X
	Cadre supérieur de l'unité du site pilote.	X

⁵⁸ Il s'agit d'un entretien informel réalisé après la réunion de clôture conjointe au deux établissements.

	Cadre de proximité de l'unité 1	X
	Cadre de proximité de l'unité 2	X

Enfin pour conclure sur la présentation des différents types d'entretiens que nous avons pu mener lors de notre recherche nous souhaitons souligner que selon les périodes et les rendez-vous nous avons pu conduire auprès d'un seul acteur des entretiens mobilisant des techniques différentes selon la finalité. Par exemple, avec le DRH de l'hôpital 1, nous avons fait des entretiens créatifs, d'orientation stratégique et de débriefing.

DE FREQUENTS ENTRETIENS DE GROUPE SUR LESQUELS REPOSENT LE PRINCIPE DE LA RI ET LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION.

Nous avons utilisé la méthode de recueil de données par entretiens collectifs à de nombreuses reprises. L'objectif de ces groupes ne se limite pas au recueil d'informations basées sur les propos divulgués par les participants, il se complète par une volonté de mettre en débat les opinions de chacun, surtout si elles sont opposées pour favoriser ainsi de nouvelles interactions entre les acteurs. L'observation des processus d'interrelation en action se révèle tout aussi riche. « *Le jeu des interactions et des influences réciproques élargit la réflexion et accroît la production d'information* » (Pellemans, 1999, p. 92⁵⁹). Cet apprentissage des temps de discussions par les acteurs seront la vraie richesse des GT dans la phase de co-construction d'identification des déterminants de l'intention de départ, mais aussi à l'occasion de la collaboration infirmiers/ cadres-formateurs sur la pédagogie du module 4 du parcours d'intégration de l'hôpital 1 ou lors des interventions concernant le projet de promotion du bien-être au travail (et en particulier sur la partie concernant les transmissions) dans l'hôpital 2.

La technique de l'entretien collectif repose sur le principe de réunir un ensemble de personnes pour interagir autour d'un animateur (le doctorant) selon la théorie de la dynamique des groupes restreints de Lewin (1952)⁶⁰. Mobilisé dans les recherches en gestion ce type d'entretien collectif est utile « *pour susciter des idées ou des hypothèses, affiner un diagnostic ou la définition d'un problème, explorer des opinions, attitudes, perceptions ou représentations.* » (Gavard-Perret, 2012, p.119). Cette technique permet un bonne dynamique d'échanges en

⁵⁹ Pellemans, P. (1999). *Recherche qualitative en marketing: perspective psychoscopique*. De Boeck Supérieur.

⁶⁰ Lewin K., (1952) «Group Decisions and Social change », Dans SwansonE, Newcom T, et Hartley E, *Reading in social psychology*, Hot Rinehart ans Winston (ed), New York.

général mais le risque de discours conformistes est grand si le sujet abordé est trop intime (nous avons déjà évoqué l'exemple du refus de participation dans l'unité 1 au début du projet de promotion du bien-être au travail). Il peut être bienvenu d'établir des règles de fonctionnement du groupe dans lequel la nature des échanges peut différer des relations professionnelles et hiérarchisées habituelles. Ce besoin s'est fait sentir à l'occasion du projet de promotion du bien-être au travail qui réunissait des personnes qui continuent à travailler ensemble en dehors des temps d'entretien collectif dans leur quotidien professionnel. Les propos traitant de l'organisation du travail, des relations dans l'équipe mais aussi avec la hiérarchie directe nous ont conduits à traiter de points « tabous » ou des points de tension. Il fallait donc établir les règles sur les modalités des échanges autorisés à l'intérieur du groupe tout en permettant une liberté de parole. L'élaboration d'une **charte de fonctionnement** (écoute, respect des temps de parole, absence de jugement) (ANNEXES 2) dans chaque unité a été une bonne entrée en matière dans le projet en créant progressivement les conditions favorables aux échanges sous le regard bienveillant du chercheur qui occupe alors un rôle de régulateur. Ce rôle de régulateur est parfois délicat : il faut savoir doser le niveau d'intervention au milieu **d'échanges souvent désordonnés** et qui peuvent conduire à des sujets finalement bien éloignés de l'ordre du jour prévu. De plus nous avons prêté attention à ne pas tomber dans le biais d'une **dépendance envers l'animateur** qui conduit les participants à attendre les questions de l'animateur plutôt que d'interagir directement aux propos des autres (Gavard-Perret, 2012, p.120). Nous avons constaté qu'il fallait plusieurs réunions aussi bien en GT que dans le groupe bien-être pour estomper ce phénomène.

Déroulement et étapes d'un entretien collectif en réunion de GT, à l'occasion des projets parcours d'intégration ou promotion du bien-être au travail :

Nous avons aussi porté soin à toujours prendre le temps d'une **introduction** avant chaque séance d'entretien de groupe ou réunion : à cette occasion nous avons indiqué qui nous étions (à la fois chargé de mission RH et à la fois doctorant en sciences de gestion), les objectifs de l'entretien (les thèmes qui seraient abordés), les règles de comportement attendues. Quand cela s'avérait nécessaire un tour de table était réalisé. Pendant **les phases de centrage et d'approfondissement** la parole circulait. Il fallait dans les premiers temps stimuler l'implication de chacun et la prise de parole de tous pour que les plus timides ou les plus réticents s'expriment malgré tout. Nous avons veillé à ce que les plus prolixes ne dominent pas les échanges afin de nuancer les données recueillies dans un souci de représentativité. Nous prenions des notes pour rédiger ensuite une synthèse sous forme de compte-rendu officiel qui

restait accessible à tous les participants. La reformulation régulière des propos et des synthèses intermédiaires permettaient de valider la compréhension des propos recueillis. Enfin **la conclusion** était essentielle pour une dernière synthèse et situer l'atteinte des objectifs.

Il existe plusieurs formes d'entretiens de groupe mais leur distinction ne fait pas forcément consensus.

Nous retiendrons la distinction faite en fonction des considérations stratégiques : on peut ainsi différencier le groupe de discussion, de la table ronde ou *focus group*, le groupe de créativité, le groupe nominal ou TGN (technique de groupe nominal) et enfin le groupe Delphi.

Nous présentons une synthèse des objectifs et des modalités de ces différents groupes en insistant plus particulièrement sur le **groupe Table ronde** qui correspond plus spécifiquement aux caractéristiques des GT sur la première période de notre recherche, le **groupe créativité** qui correspond aux groupes projet de l'hôpital 1 et aux projets parcours d'intégration des IDE (hôpital 1) et au projet de promotion du bien-être (hôpital 2). Enfin on retrouve les principes du **groupe nominal** concernant le fonctionnement du Copil de l'hôpital 1.

Tableau 8 : Tableau de synthèse des différents types de groupes (Gavard-Perret, 2012, p. 121-122):

Types de groupe	Objectifs majeurs	Modalités	Considérations opérationnelles
Groupe de discussion	Sur un thème pour lequel le chercheur n'a pas de cadre de référence, examiner un sujet anxigène pour les répondants, le groupe opérant comme un facteur de réassurance.	Forte interaction animateur répondant. Non directivité au sens de Rogers (1959, p.210-211) ⁶¹	Profil homogène de participant. Lieu neutre et confortable. Besoin d'un observateur derrière une glace sans tain

⁶¹ Rogers, C. R. (1959). « A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: as developed in the client-centered framework. », dans Kroch S. (ed), Psychology : A study of science, III, « *Formulation of the Person and Social Context* », New York, MacGraw-Hill.

<p>Table ronde (focus groupe)</p> <p><i>GT hôpital 1 & 2</i></p>	<p>Explorer un sujet ciblé (<i>attractivité et fidélisation des IDE dans la structure</i>) en portant attention aux perceptions, attitudes et comportements du groupe.</p> <p>Identifier les processus collectifs/sociaux en jeu à travers des contradictions ou tensions.</p> <p>Faire émerger des connaissances, des compréhensions ou hypothèses à partir des interrelations dans le groupe.</p>	<p>Importance des interactions entre les répondants.</p> <p>Utilisation d'un guide de discussion (<i>préparation des thèmes qui seront abordés</i>)</p>	<p>Hétérogénéité des profils. (<i>constitution progressive de GT pluridisciplinaire et multi-niveaux hiérarchiques</i>).</p> <p>Installation autour d'une table pour que tout le monde puisse se voir, y compris l'animateur.⁶²</p> <p>Attention portée au contenu des échanges mais aussi observation et prises de notes en direct.</p>
<p>Groupe de créativité.</p> <p><i>Hôpital 2 : Groupe de promotion du bien-être au travail puis transmissions</i></p>	<p>Proposer des idées nouvelles, des améliorations, des solutions (<i>comme les moyens de promouvoir le bien-être au travail, améliorer les transmissions, améliorer les parcours</i>)</p>	<p>Alternance entre ouverture et recentrage</p> <p>Importance de la dynamique de groupe</p> <p>Ni censure ni autocensure (ce</p>	<p>Grande diversité des profils : professions, fonctions, postures, formations. (<i>en particulier dans l'hôpital 1 ou nous avons cherché à faire travailler ensemble des personnes de secteurs différents</i>⁶³).</p>

⁶² Il a été parfois complexe d'être animateur de la réunion, secrétaire (nous étions chargés de faire le compte-rendu) et observateur. Car il ne s'agit pas seulement de retranscrire ce qui se déroule sous nos yeux. Nous avons pris soin de noter l'ambiance, l'atmosphère, certains malaise ou jeux de pouvoir qui se mettaient en place. Il faut donc voir, comprendre et simultanément donner du sens à ce qui se déroule. Nous prenions aussi des notes sur ce dernier point. Bien entendu elles n'apparaissent pas dans les comptes rendus officiels mais nous les avons retranscrites dans nos journaux de bord (un pour chaque établissement). Elles ont parfois relaté notre étonnement, notre surprise ou encore nos interrogations.

⁶³ Sur le projet 1 la diversité était hiérarchique : nous avons un médecin, une cadre de santé, et une infirmière ce qui est représentatif des différents professionnels qui travaillent pour la prise en charge du patient. La simplicité

<p><i>Hôpital 1 :</i> <i>Groupe 1 :</i> <i>élaborer et diffuser un projet de prise en charge</i> <i>Groupe 4 :</i> <i>formalisation du parcours d'intégration</i></p>	<p><i>d'intégration tant au niveau des contenus de formation que de la procédure du tutorat).</i></p>	<p>qui est favorable à l'innovation)</p>	<p>Lieu calme, sans parasite dans l'idéal propice à une certaine relaxation (<i>nous avons vu un bénéfice à nous réunir dans la salle de repos de l'équipe soignante de l'hôpital 2 sur le projet bien-être).</i></p>
<p>Groupe nominal <i>Hôpital 1</i> <i>Co-pil</i> <i>Hôpital 2</i> <i>GT sur la 2nd période de la recherche.</i></p>	<p>Proposer et classer des idées, des opinions, des solutions. Faire émerger un consensus sur un sujet qui fait débat pour choisir des axes de travail et orienter les solutions.</p>	<p>Utilisation du tour de table et du vote.</p>	<p>Groupe d'experts ou de personnes concernées par la situation (<i>personnes à un niveau stratégique clé: DS, DRH, DS du centre de formation, Médecins chefs de pôle et cadres coordonnateurs de pôle responsables du recrutement de leurs équipes).</i></p>
<p>Groupe Delphi</p>	<p>Sert à obtenir l'avis d'expert sur un sujet donné, mais sans mettre en relation direct les participants.</p>	<p>Elaboration d'un questionnaire. Anonymat préservé des participants</p>	<p>Communication par correspondance</p>

Cette distinction des différents types d'entretien de groupe révèle bien les différentes étapes de notre processus de recherche et montre en quoi les nuances de techniques permettent des effets complémentaires dans la relation et l'interaction que nous développons avec divers acteurs de

dans les échanges et les rapports ont été un vrai succès de ce groupe, ce qui explique probablement que l'on n'ait pu aboutir à des actions concrètes à travers l'organisation de cette demi-journée de l'encadrement.

Sur le projet 4, nous avons pu réunir des soignants de la psychiatrie mais aussi d'un autre secteur de soin la rééducation, du personnel du service RH qui n'avaient pas l'habitude de collaborer ni même d'échanger autour d'un problème. Dans la continuité sur le projet du parcours d'intégration, des personnes issues du centre de formation initiale et du terrain ont préparé ensemble un support pédagogique puis ont co-animé un module de formation à destination des infirmiers débutant en psychiatrie. Enfin dans sa globalité, le projet de parcours d'intégration a nécessité la coordination des représentants des services DRH et DS.

terrain. Il aura fallu tout au long de notre présence maintenir une vigilance réflexive en nous interrogeant sur la bonne attitude adoptée, le choix de la bonne technique d'entretien, reconnaître par exemple les limites des apports du GT dans l'hôpital 1 une fois le projet de parcours d'intégration validé. Il faut dire que de moins en moins d'acteurs se déplaçaient : la pluridisciplinarité n'étant plus représentative, les interactions n'avaient plus les mêmes valeurs. Il a fallu réinvestir d'autres modèles de groupes et en particulier celui de la créativité.

Si notre travail d'enquête repose principalement sur des entretiens individuels et collectifs nous avons par ailleurs complété notre recherche par la soumission d'un questionnaire de mesure de la satisfaction au travail.

UNE BREVE PARTIE DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRES.

Si nous inscrivons clairement notre recherche dans une méthodologie qualitative nous avons toutefois eu recours à l'utilisation d'un questionnaire de satisfaction au travail dans l'hôpital 2 dans la première période de recherche dans la phase d'identification des déterminants de l'intention de départ. En effet nous avons complété les éléments recueillis dans le GT par entretiens à l'aide d'un questionnaire qui a permis de corroborer nos premiers résultats et de légitimer la démarche tout en offrant des compléments de pistes d'action. (décembre 2013-Janvier 2014). En effet un questionnaire est utilisé pour mesurer des phénomènes non directement observables comme c'est le cas pour la satisfaction au travail (Gavard-Perret, 2012, p.132). Après l'analyse de ces données nous avons pris soins de communiquer sur ces résultats dans le GT, en instances et dans les différents secteurs de l'hôpital répartis dans Paris. Nous présenterons plus d'éléments concernant les spécificités méthodologiques du questionnaire, sa composition et les conditions de sa soumission dans le chapitre méthodologie consacré à la première période de notre recherche.

2.4.3 La place prépondérante de l'observation.

Nous avons accordé une place importante à l'observation à la fois comme technique de **recueil de données** mais aussi, une fois de plus, comme **stratégie d'interaction** avec le terrain. L'observation présente de nombreux avantages : « *Elle se démarque de l'entretien par la*

possibilité qu'elle offre de saisir sur le vif l'expérience d'individu quotidien. Les sujets éprouvent souvent beaucoup de difficultés à relater des événements qui s'inscrivent dans la routine » (Groleau, 2003, p. 213⁶⁴). Nous avons pu faire ces constats lors du travail mené auprès des équipes soignantes sur le temps des transmissions dans l'hôpital 2. En apparence aisée et intuitive l'observation se révèle finalement regrouper des activités complexes et variées. Elle réclame un engagement particulier à travers l'utilisation de « *méthode d'investigation très exigeante, tant du point de vue de la pratique du chercheur que de l'architecture globale de la recherche* » (Gavard-Perret, 2012, p.166). Le fait de pouvoir observer *in situ* permet l'étude de phénomènes dans leur contexte naturel, c'est-à-dire spontané, non construit artificiellement par le chercheur (Gavard-Perret, 2012, p. 204). L'observation peut présenter un biais reposant sur la nature de la relation entre l'observateur et l'observé c'est pourquoi nous prendrons soin dans la partie consacré à la méthodologie des deux parties de la recherche d'indiquer comment s'est négocié l'accès au terrain. La **réflexivité** du chercheur est une fois plus le garant de la qualité des données collectées.

Malgré une qualité d'accès au terrain nous gardons à l'esprit que ce mode de collecte de données doit être complété par la consultation des documents internes ou des entretiens car comme le souligne Giroux (2003, p .62)⁶⁵ « *le chercheur ne peut observer tout le réel dans sa grande complexité[...] il doit également être conscient que, malgré son souci d'obtenir les données importantes, certains facteurs indépendants de sa volonté en limitent l'accès* » et ce même dans le cadre d'une étude de cas contemporaine avec une présence régulière hebdomadaire .

QU'EST-CE QU'OBSERVER ? COMMENT PROCEDER A UNE OBSERVATION PARTICIPANTE

L'observation est une technique qui **permet de voir et d'entendre** ce qui se passe autour d'un phénomène. L'œil et le regard du chercheur sont ses meilleurs outils. Mais « voir » ne suffit pas. L'intérêt repose aussi sur **le recueil de la parole des acteurs observés**. Il s'agit d'un exercice d'attention vigilante à l'environnement de travail (dans le cadre d'une observation participante telle que nous l'avons vécue) : l'observation demande une concentration soutenue

⁶⁴ Groleau, C. (2003). L'observation. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*. Editions EMS. Colombelles, 211-244.

⁶⁵ Giroux, N. (2003). L'étude de cas. *Conduire un projet de*.

(Groleau, 2003⁶⁶). Le chercheur évolue au milieu des personnes observées et échange avec elles sur les événements qui viennent de se dérouler et sur leur ressenti. Cette double casquette de professionnel et d'observateur permet un recueil de qualité même si elle n'est pas toujours aisée à porter. En tant que « *participant observateur* » nous avons apprécié de pouvoir disposer « *d'un plus grand degré de liberté pour mener nos investigations* » (Baumard et al, 2007, p.245⁶⁷) Ainsi nous pouvions observer de l'intérieur (point de vue interne ou *insider*) et nous saisir des événements grâce à une connaissance intime de l'organisation puisque que nous y occupions un poste (et un bureau) en particulier dans l'hôpital 1. Notons que l'observation participante est tout à fait compatible avec une RI (Moisdon, 1984) puisque « *c'est une forme d'observation qui vise à provoquer les interactions les plus profondes avec les personnes observées, allant jusqu'à modifier intentionnellement leur activités afin d'en instruire la question de recherche* » (Gavard-Perret, 2012, p.172).

Observer demande de s'interroger à différents niveaux. Tout d'abord sur quoi (au plan de l'institution, d'un groupe professionnel, d'une unité de service...) devons-nous porter notre regard, sur qui, à quel moment. Nous avons au cours de notre recherche porté notre regard sur l'institution et ses régulations internes autour du développement et de la mise en œuvre d'un projet transversal. Ces observations de l'institution ont été particulièrement riches dans l'hôpital 1 sur la première période du fait de notre « installation » au cœur du service RH où nous étions présents deux à trois jours par semaine (janvier 2013-Aout 2014) puis en moyenne une fois par semaine (septembre 2014 –décembre 2015). Nous avons pu échanger régulièrement avec la DRH lors d'entrevues au moins mensuelles en plus des temps de réunions partagées. Les trajets à pieds jusqu'aux salles de réunion dans des bâtiments assez éloignés ont été l'occasion d'échanges informels sources d'informations sur les évolutions à venir de l'hôpital, les ressentis sincères de la DRH sur des points traités en réunion (la gestion des postes vacants par les chefs de pôle) et donc des propos spontanés qui ne pourraient être tenus en réunion ou devant d'autres acteurs stratégiques. Dans l'hôpital 2, nous avons pu dans une vision toujours institutionnelle constater la différence de propos tenus en réunion et lors de temps d'échanges bien plus francs entre la DRH et la DS de l'hôpital 2 : leur discours « sans filtre » révélaient un agacement de demandes incessantes de reconnaissance des agents, un étonnement devant l'incapacité des soignants à faire face à des situations de travail relevant pourtant de leur compétence selon la

⁶⁶ Groleau, C. (2003). L'observation. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative. Editions EMS. Colombelles*, 211-244.

⁶⁷ Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J. M. (2007). La collecte de données et la gestion de leurs sources. *Méthodes de recherche en management*, 228-262.

DS. Ces temps ont été indispensables à une meilleure compréhension des enjeux des hôpitaux que nous accompagnions : ils reposent sur une légitimité du chercheur (reconnu compétent et opérationnel sur sa mission) et une relation de confiance basée sur des liens authentiques. « *Plusieurs facteurs vont influencer le potentiel de l'observateur à tisser des liens authentiques avec les membres de l'organisation* » (Groleau, 2003, p. 225). Dans l'hôpital 2 nous avons surtout observé les équipes de soins sur leurs lieux de travail, en réunion mais aussi lors des transmissions. Nous avons été vigilants à garder un esprit critique tout au long de ces observations en recueillant les avis et les points de vue de différents acteurs. Les relations de confiance créées avec des personnes occupant des fonctions à différents niveaux hiérarchiques ont permis des sources de données variées (DRH, DS, préventeurs, cadres de santé, représentants de syndicat, infirmiers...) pour une vision plus proche de la réalité.

POURQUOI OBSERVER ?

Nous avons utilisé les démarches empiriques qui utilise **l'observation in situ** (pour nous à l'hôpital public) pour décrire des faits (la conduite d'un projet RH) et produire de nouvelles théories (sur les modalités de la conduite du changement à travers la mobilisation de la sociologie de la traduction dans une perspective normative).

Dans un premier temps, nous avons observé **pour enrichir la collecte de données primaires** en complément des éléments recueillis par entretiens collectifs. L'observation des activités permet de repérer des éléments tacites ou des éléments de la routine du travail et que l'enquêté ne pense pas à signaler (comme un logiciel inadapté à la réalisation de tableau de bord dans le service RH de l'hôpital 1). (Gavard-Perret, 2012, p.178). Observer permet aussi de voir le décalage entre un discours managérial et les pratiques effectivement appliquées : ainsi même si les bienfaits du management participatif dans la conduite du changement à l'hôpital est intégré aux discours des deux DRH, dans les faits il s'avère plus complexe pour ces dernières de le mobiliser et de le mettre en place car c'est une démarche chronophage et elles ont un emploi du temps très serré.

Mais nous avons aussi observé **pour produire de nouvelles théories**. Pour cela l'observation intervient **en parallèle du travail théorique par immersion ethnographique** comme nous l'avons déjà évoqué avec le *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967). Observer c'est aussi éviter le biais de la reconstruction a posteriori autant chez les enquêtés.

COMMENT OBSERVER ?

Notre dispositif d'observation se réalisant sur une longue période, il a pris une forme assez souple reposant principalement sur l'interaction avec les acteurs de terrain en particulier lors des tables rondes. Nous avons déjà précisé les modalités leur fonctionnement en tant que support d'observation d'un travail de réflexion collective visant une stratégie d'amélioration du bien-être au travail.

Nous avons aussi pris en compte la question de la **délimitation du périmètre de de l'observation**, mais comme le souligne Becker (2002, p.131)⁶⁸ elle est difficile à résoudre en contexte naturel *a priori* : « *Lorsque j'enseigne le travail de terrain, j'insiste toujours auprès des étudiants pour qu'ils commencent leurs observations et leurs entretiens en notant « tout » dans leurs carnets* ». C'est ainsi que nous sommes arrivés sur le terrain dans l'hôpital 1, dans une logique peu restrictive, pour recueillir des éléments de compréhension du contexte hospitalier et les particularités liées à l'établissement (niveaux d'autonomie de la gestion des pôles, historique de la fusion). Le périmètre était en revanche bien plus délimité à notre arrivée sur le site pilote : nous venions observer l'état de bien-être au travail puis nous avons encore resserré notre champ de vision sur le point précis des transmissions professionnelles.

Le tableau ci-dessous reprend les différentes positions possibles dans un système d'observation dynamique : comme le souligne Latour (repris par Becker) c'est la combinaison de ces 4 stratégies qui permet un recueil complet et donner sens aux observations. Elles permettent une forme d'objectivation des données subjectives (Girin, 1986)⁶⁹. Nous avons mobilisé durant notre recherche ces différentes formes d'observation en fonction des lieux et de nos objectifs comme nous le précisons dans le tableau suivant.

⁶⁸ Becker, HS, (2002), *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La découverte.

⁶⁹ Girin, J. (1986). L'objectivation des données subjectives. Eléments pour une théorie du dispositif dans la recherche interactive. *Qualité des informations scientifiques en gestion, Méthodologies fondamentales en gestion*, 170-186.

Tableau 9 : Système d'observation dynamique ⁷⁰:

Position	Périmètre d'observation fixe (position fixe)	Périmètre d'observation variable (position mobile)
Période d'observation Longue	<p>Stratégie 1 : Le lampadaire <i>Service RH hôpital 1</i></p> <p><u>Objectif</u> : Saisir la structure temporelle et la diversité des activités (exhaustivité)</p> <p><u>Modalités</u> : Vie avec l'équipe par une observation continue avec imprégnation ethnographique et discussions spontanées avec les acteurs</p>	<p>Stratégie 3 : La lampe frontale <i>Relation avec l'équipe managériale du site pilote.</i></p> <p><u>Objectif</u> : Saisir le rôle de chaque catégorie d'acteurs. (exhaustivité)</p> <p><u>Modalités</u> : Observation en continue d'un acteur après avoir obtenu son accord.</p>
Période d'observation Longue	<p>Stratégie 2 : Le coup de projecteur. <i>Coopération autour du projet de parcours d'intégration.</i></p> <p><u>Objectif</u> : Saisir les interactions entre des ressources hétérogènes (précision).</p> <p><u>Modalités</u> : Prises de notes par séquences de 30 minutes et observations discontinues.</p>	<p>Stratégie 4 : les lampes de poches. <i>Les équipes de soins pendant les transmissions sur le site pilote.</i></p> <p><u>Objectif</u> : saisir une situation « normalement perturbée » (pertinence)</p> <p><u>Modalités</u> : séries d'observations discontinues.</p>

⁷⁰ Adapté de Journé, B. (2005). Etudier le management de l'imprévu: méthode dynamique d'observation in situ. *Finance, Contrôle, Stratégie*, 8(4), 63-91.

COMMENT OUTILLER L'OBSERVATION : LE RECOURS AU JOURNAL DE BORD ?

Nous avons décrit la richesse de l'observation : elle permet de recueillir une somme considérable de données qui devront se révéler utiles au moment de l'analyse. Nous n'avons pas eu l'occasion d'utiliser l'enregistrement audio ou vidéo qui aurait pu s'avérer utile lors des entretiens collectifs. En revanche nous avons utilisé de façon rigoureuse le principe de **prise de notes** selon trois catégories (Groleau, 2003, p. 230) : **les notes de terrain, les notes méthodologiques et les notes d'analyse**. Les notes de terrain correspondent aux retranscriptions des comportements observés chez les acteurs, leurs propos et la description d'évènements. Les notes méthodologiques servent à retranscrire le travail de réflexivité permanente du chercheur (Allard-Poesi, 2005⁷¹). Enfin les notes d'analyse correspondent aux premières interprétations émergentes chez le chercheur et qu'il peut éventuellement soumettre aux acteurs de terrain.

De façon très concrète nous avons inscrits ces notes dans des journaux de bord que nous avons suivis tout au long de notre recherche CIFRE. Ce type de support « *enregistre chronologiquement les investigations réalisées, sous la plume du chercheur* » (Wacheux, 1996, p.232). Nous avons tenu un journal « numérique » pour chaque établissement plus un journal spécifique au site pilote à l'occasion du projet de promotion du bien-être (toujours en format numérique). Nous l'avons complété systématiquement après avoir rédigé les comptes rendus de réunions (pour tous les entretiens collectifs quelle que soit leur visée stratégique). Ainsi en plus des éléments objectifs rapportés dans ces comptes rendus (décisions prises, avis donnés par les participants, chiffres des tableaux de bord sur le taux de turn-over...) nous avons retranscrit des données élargies puisqu'un journal de bord : « *est constitué de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'évènements (au sens large ; les évènements peuvent concernés des idées, des émotions, des pensées, des décisions, des faits, des citations ou des extraits de lecture, des descriptions de choses vues ou des paroles entendues) contextualisés (le temps, les personnes, les lieux, l'argumentation) dont le but est de se souvenir des évènements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste, de se regarder soi-même comme un autre* » (Baribeau, 2005⁷²). En effet nous avons plusieurs fois fait le constat que la rédaction des comptes rendus ou de synthèses nous amenait à faire des analyses simultanées alimentant la réflexion voire la comparaison entre les établissements ou les unités. Ces **journaux de bord** sont complétés par

⁷¹ Allard-Poesi, F. (2005). The paradox of sensemaking in organizational analysis. *Organization*, 12(2), 169-196.

⁷² Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, 98-114.

nos « **cahiers** » de **travail** de chaque établissement (3 pour l'hôpital 1 et 2 pour l'hôpital 2) qui retracent plutôt notre activité de professionnel que de chercheur mais qui permet toutefois de retracer les étapes de nos questionnements avec les différents acteurs de terrain. Nous avons aussi conservé nos agendas. Ils ont été utiles pour redéfinir les grandes étapes chronologiques des projets.

En complément des **journaux de bord** « établissements », nous avons un journal de bord papier, chronologique lui aussi, dans lequel nous avons inscrit des éléments d'ordre **méthodologique** : des auteurs et des références d'ouvrages, des phrases clés de la revue de littérature, des formulations de question de recherche. A la lecture de ce journal de bord nous retrouvons très nettement la distinction entre les deux périodes de recherche avec une première partie qui questionne l'intention de départ des infirmiers alors que la deuxième traite du changement puis de la sociologie de la traduction. Enfin les dernières pages sont couvertes de questions concernant les **pistes d'analyses** (entre un parallèle entre les services de soins et les services RH et la distinction cure/care par exemple).

Nous avons aussi considéré les **mails** comme une source de données. Dans les deux établissements nous avons une adresse professionnelle. La consultation de ces mails révèle le temps nécessaire avant d'obtenir une réponse à une demande de participation à un groupe projet ou pour un entretien. Certains contiennent aussi des propos qui révèlent l'agacement : la DS de l'hôpital 2 a exprimé sa colère en voyant que certains axes de travail du GT manquaient d'innovation à ses yeux. Un cadre de santé de l'hôpital 1 a exprimé sa déception de ne pas voir le projet 2 débiter alors qu'il avait fait la démarche de s'inscrire volontairement.

LA CONSULTATION DE DOCUMENTS INTERNES COMME COMPLEMENT DE SOURCES DE DONNEES: UN ACCES FACILITE DANS LE CADRE DES OBSERVATIONS PARTICIPANTES.

Bien entendu le recours à la documentation en particulier la documentation interne n'est pas en soi un outil de l'observation participante. En revanche on peut préciser que l'accès à la documentation interne de documents officiels ou non est largement facilité par la présence au long cours du chercheur et la relation de confiance qui en découle. Il faut néanmoins garder une vigilance par rapport au risque de contamination pour ce type de collecte de données. « *Lorsqu'il s'agit de documents internes, le chercheurs doit veiller à clairement identifier les*

émetteurs et les auteurs des sources secondaires utilisées » (Baumard et al, 2007, p.251⁷³) Une fois de plus la triangulation permet de limiter ce biais.

Toutefois, les données recueillis par cette méthodes ont permis de mieux se saisir des éléments de contexte, y compris dans l’appréhension des modes de communication propres à chaque hôpital. Voici la liste des documents recueillis et consultés :

Tableau 10 : Liste des documents recueillis et consultés.

	Hôpital 1	Hôpital 2
Le journal de l'établissement	X	X
Mails et Tracts des syndicats distribués au restaurant de l'établissement	X X	X
Les mails échangés avec les différents acteurs de terrain à l'occasion des différents projets.	X	X
Projet de soins Projet médical Bilan social	X X X	X
Consultation du site internet Inscription à la page facebook. Inscription au mailing d'information et de communication de l'établissement (liée à l'existence d'une adresse mail dans chaque hôpital)	X X X	X X

⁷³ Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J. M. (2007). La collecte de données et la gestion de leurs sources. *Méthodes de recherche en management*, 228-262.

Programme parcours d'intégration.	Tutorat/	X	X
Les évaluations des formations précédentes.		X	
Les règles du tutorat.		X	
Procédure de recrutement		X	X
Tableaux de bord		X	
Le dossier de soin informatisé et autres supports de transmissions			X

Ces documents nous ont servis comme outil de travail sur les projets que nous accompagnions tel que les procédures de recrutement ou les parcours d'intégration tels qu'ils existaient avant de tomber en désuétude dans l'hôpital 1.

2.4.4 Synthèse des sources de données dans chacune des deux périodes de la recherche.

Nous avons dans ce chapitre 2 eu l'occasion de montrer la richesse et la variété des sources de données à l'occasion de notre recherche. Ces données ont été recueillies et analysées par une alternance de phase d'observation, de conception et de travail en groupe. Nous en présentons une synthèse ici avant de traiter la question de la validité et de la fiabilité de notre recherche.

Tableau 11 : Récapitulatif des sources de données dans le cadre de notre recherche.

	Hôpital 1	Hôpital 2
Période 1 : Identifier avec les acteurs de terrain les déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie.	Entretiens individuels (semi-directifs, créatifs, récit de vie et d'orientations stratégiques)	Entretiens individuels (semi-directifs, créatifs, récit de vie et d'orientations stratégiques)
	Entretiens collectifs type table ronde (GT)	Entretiens collectif type table ronde (GT)
	Questionnaires de satisfaction au travail	
	Observation participante selon la stratégie du lampadaire (service RH)	
	Documentation interne (projet de soins et médical, bilan social)	Documentation interne (projet de soins)
Période 2 : les défis de la conduite du changement dans la fonction publique hospitalière.	Entretiens individuels, créatifs, d'orientations stratégiques, de débriefing.	Entretiens individuels créatifs (encadrement site pilote), récit de vie (soignants site pilote), d'orientations stratégiques et de débriefing.
	Entretiens collectifs de créativité (projet parcours d'intégration et projet 1&4) et groupe nominal (Co-pil)	Entretiens collectifs de créativité (projet promotion bien-être/transmissions) et groupe nominal (GT)
	Observation participante type « coup de projecteur ».	Observation participante type lampe frontale (équipe managériale du site) et type lampe de poche (transmissions).
	Documentation interne (ancien parcours d'intégration et tutorat)	Documentation interne (les dossiers de soins informatisés)

Ce tableau de synthèse permet de poser un regard complet sur les sources de données, riches et variées, elles garantissent la possibilité d'une analyse de qualité. Par ailleurs, l'évolution des techniques employées pour collecter ces données en particulier en fonction des périodes de recherche mais aussi en fonction des liens créés dans les établissements révèlent la volonté du chercheur d'interagir avec le terrain.

2.5 L'analyse des données.

Cet ensemble de données qualitatives recueillies a fait l'objet d'une analyse afin de les faire parler au fil de notre recherche et de notre présence sur le terrain. Elle s'est déroulée dans une dynamique itérative telle que Miles et Huberman (2005⁷⁴) ou Paillé et Muchielli (2003⁷⁵) le sous-entendent. Ainsi dans la lignée des travaux de Galser et Strauss (1967⁷⁶) défendant les principes déjà évoqués de la *grounded theory* notre analyse repose sur le fait de « *faire alterner les séances de collectes et les séances d'analyse de données de manière à orienter les séjours sur le terrain en fonction de l'analyse en émergence et, en retour, de procéder à l'analyse progressivement, en prise continue avec le terrain* » (Paillé, Muchielli, 2003, p.26).

UNE RECCURENCE DE THEME QUI CONDUIT A APPROFONDIR LES LECTURES ET ORIENTE LES AXES DE TRAVAIL.

Ainsi les premières données recueillies lors des premiers groupes de travail ont orienté nos lectures afin de nous saisir des questions d'attractivité et de fidélisation et les échanges lors d'observations participantes et d'entretiens informels nous ont poussés à lire des articles académiques sur les réformes (dans le cadre de la mise en place du NPM) et l'organisation en pôles pour mieux se saisir du contexte des hôpitaux psychiatriques. Dans l'hôpital 1, durant la première période de construction de diagnostic, frappés par la récurrence du thème du tutorat nous avons procédé à une recherche d'articles mais cette fois à visée opérationnelle puisque le

⁷⁴ Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2005). Analyse des données qualitatives (MH Rispal, Trans.)(deuxième ed.): De Boeck.

⁷⁵ Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*

⁷⁶ Glaser, B., & Strauss, A. (2010). La découverte de la théorie ancrée. *Stratégies pour la recherche qualitative*.

parcours d'intégration avait été retenu comme axe de travail (nous avons d'ailleurs poursuivi avec les questions de partage de pratiques et de communauté de pratiques). Dans l'hôpital 2 il a fallu faire des recherches sur le bien-être au travail afin de penser un projet de promotion. A chaque constitution de revue de littérature en lien avec des thématiques issues du terrain nous avons constitué des synthèses pour partager avec les acteurs les connaissances en notre possession et donc aider à la prise de décision et d'orientation. Il a fallu aussi prendre un peu de hauteur et inscrire notre recherche dans paradigme épistémologique et dans un modèle conceptuel plus général : c'est ainsi que nous avons exploré le champ du constructivisme, de l'innovation et de la conduite du changement.

On comprend que notre recherche a été faite de phases de lectures, recueil de données multi sources, analyses croisées qui se succèdent, se chevauchent de façon non linéaire.

L'ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVE : UNE DEMARCHE COMPLEXE.

De ce fait l'analyse qualitative est caractérisée par sa complexité et la non-standardisation de la démarche pour laquelle « *il n'y a jamais de bonne manière simple de faire une analyse de contenu* ». (Weber, 1990, p.13)⁷⁷ On considère toutefois que cette analyse s'organise autour de 3 grandes étapes :

- 1 : la condensation des données qui passe par leur réduction et leur codage
- 2 : la présentation des données
- 3 : l'élaboration et la vérification des conclusions.

Notre **analyse de contenu** s'est faite de façon **manuelle** et par une analyse **thématique** qui a deux fonctions : pour la première « *la tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau de l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc de relever des récurrences, des regroupements* » (Paillé, Muchielli, 2005, p. 162)⁷⁸.

⁷⁷ Weber, RP., (1990) *Basic Content analysis*, Newbury Park, Sage Publications.

⁷⁸ Mucchielli, A., & Paillé, P. (2005). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. *Armand Collin*.

PREPARATION DU CORPUS.

L'analyse qualitative demande une manipulation et une réorganisation des données. A cette fin la préparation du corpus est une première phase qui comporte potentiellement deux étapes : l'intervention sur le corpus et l'indexation.

Nous avons décidé de renoncer à l'intervention sur le corpus qui consiste à modifier les données par correction, réduction ou organisation puisque nous avons procédé à une analyse manuelle. Nous avons au contraire considéré que « *le style propre des sujets interrogés et le vocabulaire qu'ils emploient (même argotique ou incorrecte linguistiquement parlant) ont leur importance* » (Gavard-Perret, 2012, p.282) dans le cadre de notre recherche. En revanche nous avons procédé à l'indexation de nos données (prises de notes, compte-rendu de réunions, journaux de bord). Il s'agit d'étiqueter les documents, numéroter les pages et les paragraphes.

PREANALYSE ET CODAGE

Après une lecture dit « flottante » nous avons dégagé des **catégories de thème d'analyse**. Dans la première période de notre recherche ces catégories concernées des déterminants de l'intention de départ des infirmiers en psychiatrie et sur la seconde période il s'agissait d'étape de la sociologie de la traduction en lien avec les projets menés et visant le changement dans les établissements. Pour se faire nous avons eu recours à **la rubrique** qui « *renvoie à ce dont il est question dans l'extrait du corpus faisant l'objet d'analyse mais ne renseigne en aucune façon sur ce qui est dit à ce propos* » (Paillé, Mucchielli, 2003, p.52). Cette étiquette permet une lecture rapide, elle permet de distinguer et d'ordonner facilement (Gavard-Perret, 2012, p.285). Ainsi dans la phase de co-construction du diagnostic, nous avons distingué les propos se rapportant aux contenus du travail (transversalité, appel à renfort, travail en collaboration médecin-soignants...) de ceux se rapportant au contexte (lieu d'habitation et donc temps de trajet, facilité de mode de garde pour les enfants, vétusté de certains locaux...). Mais la rubrique n'est pas suffisante, elle doit être complétée par **un travail de catégorisation ou codage** qui permet d'attribuer du sens à l'extrait du corpus : une **catégorie** se situe « *bien au-delà de la simple annotation descriptive ou de la rubrique dénomminative. Elle est l'analyse, la conceptualisation mise en forme, la théorisation en progression* » (Paillé, Mucchielli, 2003, p.147). On peut dire que « *la catégorie est un condensé de significations* » (Paillé, Mucchielli, 2003, p.149). Ainsi à la lecture de la catégorie, nous sommes informés sur l'idée du contenu.

La question de la **taille d'unité d'analyse** retenue se pose donc : « *L'unité d'analyse est l'élément (le critère, la dimension) en fonction duquel le chercheur va procéder au découpage des données et à l'extraction d'unités qui seront ensuite classées dans les catégories retenues* » (Allard-Poesi & al., 2003, p.254). Il s'agit donc de choisir « *comme unité d'analyse une portion d'analyse, une phrase entière ou un groupe de phrase se rapportant à un thème* » (Allard-Poesi et al., 2007, p.503). Lincoln et Cuba (1985, p.345) nous précise que cette unité d'analyse se caractérise par sa possibilité à aider le chercheur à faire sens. Par ailleurs ce dernier doit toujours rechercher la plus petite unité d'information qui fait sens elle-même en l'absence d'information additionnelle.

MODE DE CONSTRUCTION DU CODAGE ET ANALYSE DES DONNEES PAR INFERENCE.

L'analyse thématique repose sur la construction de catégories qui nécessite un codage. Ainsi dans une catégorie on retrouve « *un ensemble d'unités d'analyse disposant de significations proches, de caractéristiques formelles ou de propriétés similaires* » (Allard-Poesi, 2003, p.262).

On considère qu'il existe deux modes de codage : un codage émergent, ouvert ou a posteriori et un codage a priori. Dans le cadre d'un **codage a priori** ; le chercheur a recours dans la littérature à des modèles qui lui permettent de constituer une grille de codage pour chercher des indices, des indicateurs au sein du corpus. C'est le type de codage que nous avons mobilisé dans l'analyse des déterminants de l'intention de départ. Cette méthode repose sur la construction de catégories à partir du cadre conceptuel (dans notre cas ceux relatant de la satisfaction au travail et des hôpitaux magnétiques en particulier). Au contraire le **codage a posteriori** ou émergent aussi appelé codage ouvert permet à partir de la lecture d'un extrait du corpus d'établir des récurrences de thème et d'en dégager ainsi une liste de catégories et leurs codages : dans ce cas il est préférable de porter attention à la récurrence des mots et de leurs synonymes, mais aussi de constituer des catégories à partir de regroupement d'unité d'une même idée (thème, proximité sémantique) ou encore d'une certaine complémentarité (par assemblage d'une tout cohérent) (Paillé, Muchielli, 2003, p.56.). Il nous paraît pourtant plus juste de dire que nous avons eu recours à un codage mixte car il paraît délicat d'établir des distinctions franche entre les deux méthodes : il nous semble plus réaliste d'avoir à l'esprit que « *dans toutes ces approches, guidés par un plan général ou établi après coup, les codes (pour*

nos catégories) vont évoluer tout au long de l'expérience de terrain. Les chercheurs avec des listes de départ, savent que les codes vont être modifiés. Il se passe beaucoup plus de choses qu'on ne l'avait envisagé initialement, et peu de chercheurs de terrain sont assez imprévoyants pour négliger ces éléments » (Miles et Huberman, 2003, p.120). Nous avons donc mobilisé une **méthode de codage « a prio-steriori »** (Allard-Poesi, 2003, p.280) au moment de l'analyse des données concernant la conduite du changement à l'hôpital. Ainsi si nous avons eu recours à un codage a priori sur les étapes de la sociologie de la traduction nous avons eu recours à un codage émergent autour de l'étape clé de la controverse qui était absente dans le secteur hospitalier. De la même manière nous avons dû étendre à de nouvelles catégories le codage sur la phase de la contextualisation préalable au processus de traduction. Nous avons donc du corriger ou plutôt faire évoluer nos codages.

L'élaboration des catégories repose sur le degré d'inférence ou degré de similarité entre description et interprétation des observations codées (Allard-Poesi, 2003, p.262). L'auteur propose une schématisation des différents niveaux d'inférence proposée ci-dessous.

Tableau 12: Les différents niveaux d'inférence pour la formation des catégories (Allard-Poesi, 2003, p.263).

Description		→			Interprétation
Mots	Concepts	Caractérisation	Thèmes	Méta-catégorie Explicative	
	Mots ou expressions de signification proche	Des comportements verbaux et non verbaux	Unités renvoyant au même phénomène	Regroupement de catégories rendant compte des récurrences.	

Nous avons eu recours à la formation de **catégorie par thème** qui permet de regrouper des unités de sens similaires en se référant à un même phénomène (Allard-Poesi, 2003, p. 265) et en particulier un processus de changement dans le cadre de nos travaux de recherche. Nous avons mobilisé des degrés d'inférence variables. On peut parler de **codage de premier niveau** pour décrire les déterminants de l'intention de départ des infirmiers qui travaillent en psychiatrie. Mais nous avons aussi eu recours à **un codage dit de second niveau** en construisant des « **méta-catégories** » qui « *regroupent et classent les catégories descriptives initialement développées en catégories supérieures* » (Allard-Poesi, 2003, p.266). Ce deuxième type de codage nous a permis d'identifier des phénomènes de récurrences, des causes/explications ou des relations interpersonnelles (Allard-Poesi, 2003) dans les modalités de conduites du changement à l'hôpital comme la fréquence des présences faussement participative des acteurs de terrain aux réunions du projet par exemple.

ILLUSTRATION PAR VERBATIM.

Nous pensons que la richesse de notre analyse repose sur le recours régulier au verbatim que nous avons pu recueillir aussi bien lors des entretiens individuels et collectifs que lors de nos observations. En effet nous avons porté une attention particulière à noter des phrases « choc » en lien avec nos thématiques de recherche qu'il s'agisse de la fidélisation du personnel mais aussi du bien-être au travail, de l'accueil d'un infirmier novice ou encore des modalités de changement à l'hôpital à travers la conduite d'un projet. La justification de notre analyse et de l'interprétation que nous pouvons faire des données est largement soutenue par les citations extraites du corpus « *qui reflètent non seulement les idées/contenus des catégories issues mais aussi leur formulation* » (Gavard-Perret, 2012, p.288). Le lecteur peut alors s'imprégner de l'atmosphère de confiance lorsque la cadre supérieure du site pilote nous révélait sans aucune retenue son malaise vis-à-vis des équipes : « *ils sont ingérables...ils prennent tout de travers. J'ai perdu toute spontanéité dans mes attitudes avec eux. Ils interprètent tout ce que je dis, tout ce que je fais c'est épuisant* ». Le recours au verbatim retranscrit bien ici la lassitude du cadre qui est démuné mais aussi le ton de la confiance reposant sur une relation de confiance avec le doctorant.

ANALYSE THEMATIQUE ET CONTEXTUALISANTE.

Le principe de l'analyse thématique est de trouver les thèmes récurrents entre les différentes sources de données du corpus. Dans ce cas « *l'analyste peut se contenter de prendre en considération les seules informations pertinentes au regard des thèmes retenus* » (Gavard-Perret, 2012, p.290). En procédant ainsi, à partir d'une **grille de thèmes**, on identifie des thèmes majeurs et des sous-thèmes auxquels ils donnent naissance afin de construire un « *arbre thématique retraçant schématiquement l'arborescence de ces éléments* ». (Gavard-Perret, 2012, p.290)

Nous illustrons ce principe d'arbre thématique à travers l'exemple de l'identification d'un déterminant de l'intention de départ issu des données de la première période de notre recherche :

Tableau 13 : constitution de l'arbre thématique.

Méta-catégorie	Thèmes/catégorie	Sous thèmes/sous catégories.
Surcharge de travail : Moins de temps à consacrer au patient	Turn-over et absentéismes des collègues. Densification de l'activité	Non remplacement des collègues Assumer la même charge de travail en personnel réduit Recours aux intérimaires Accueillir et former les nouveaux arrivants ... Diminution des durées moyennes de séjours Augmentation des entrées des patients Augmentations du rythme des soins Défaut de formation à l'outil informatique

	<p>Augmentation quantitative et qualitative des tâches administratives.</p> <p>Appels à renfort de plus en plus fréquents</p>	<p>Dossiers patients demandant de plus en plus de données systématisées (poids, évaluation de la douleur ...)</p> <p>Nouvelle organisation des soins. Appels à renfort uniquement assurés par le personnel masculin qui se trouve sur sollicité.</p> <p>Désorganisation du travail dans les unités qui se défont de leur personnel pour des appels à renfort...</p>
--	---	---

Etant donné notre thématique de recherche aussi bien sur l'identification des déterminants de départ des infirmiers de psychiatrie que sur les modalités les plus favorables à la conduite du changement à l'hôpital nous avons pris le parti de conduire une analyse contextualisante c'est-à-dire que nous avons cherché à inscrire les données recueillies dans leur contexte micro (l'historique des établissements) mais aussi macro (en prenant en considération l'impact des principes du NPM à l'hôpital et en particulier en psychiatrie en tant que spécialité médicale « à part »). L'objectif est de « faire parler le corpus » en le mettant en rapport avec différents contextes susceptibles de l'éclairer et de lui donner du sens (Gavard-Perret, 2012, p.291).

Nous avons indiqué comment nous avons procédé à une analyse thématique et contextualisée de nos données en utilisant une technique de codage pour une construction de catégories ou de thèmes. Nous allons désormais décrire les critères de validité et de fiabilité de notre recherche.

2.6 Critères de validité et de fiabilité de la recherche.

Les questions de validité et de fiabilité du processus de recherche sont les garantes du caractère scientifique du travail mené. Elles sont directement liées au choix du paradigme épistémologique. La validité d'une recherche est définie par Wacheux (1996) comme « *la capacité des instruments à apprécier effectivement et réellement l'objet de la recherche pour lequel ils ont été créés* » (ibidem, p. 266). Elle se décompose en différents types de validité préconisés par Yin (1989) : la validité du construit, la validité interne et externe des résultats. Aussi nous allons présenter les critères de fiabilité, la justification de la validité interne de recherche puis les critères de validité externe de connaissance. Ces justifications sont fondamentales dans le cadre d'un paradigme constructiviste mais elles se révèlent aussi bien délicates. Elles demandent une posture d'humilité et nous mettent en garde contre le risque d'expression de simples opinions. Nous gardons à l'esprit malgré tout que « *l'activité de connaître ne mène jamais à une image du monde qui soit certaine et vraie, mais seulement à une interprétation conjecturale.* » (Von Glaserfeld, 1998, p.34)

2.6.1 Justification de la fiabilité : historique du cheminement de la recherche.

La fiabilité de la recherche repose sur la capacité du chercheur à retranscrire le cheminement intellectuel qui l'a menée de la phase exploratoire à l'analyse des données selon un cadre conceptuel identifié vers la présentation de résultats développant des connaissances valides dans un cadre épistémologique identifié et défini. « *Cette justification doit rendre accessible au lecteur l'ensemble des données et expliciter de manière détaillée l'ensemble des opérations effectuées pour la constitution et pour le traitement de ces données avec une attention particulière portée à décrire la manière dont le codage et les inférences ont été effectuées en relation avec le matériau empirique.* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.41).

ENSEIGNABILITE, REPRODUCTIBILITE ET INTELLIGIBILITE.

C'est avec ce souci permanent de rendre visible le cheminement chronologique de notre recherche que nous rédigeons notre thèse afin de répondre au critère d'enseignabilité qui s'énonce en termes de reproductivité et d'intelligibilité : « *Toute épistémologie constructiviste*

[se doit] d'expliciter les axiomes sur lesquels elle fonde hic et nunc ses méthodes de raisonnement et d'argumentation. » (Le Moigne, 1990, p.113⁷⁹). Nous essayons de conduire le lecteur à travers les différentes étapes que nous avons suivies, les choix que nous avons faits en indiquant à chaque fois les raisons de notre positionnement de recherche : par exemple l'impasse de la phase exploratoire dans l'identification d'un modèle type « guide de l'attractivité et de la fidélisation des infirmiers en France » et donc l'évolution de notre question de recherche, les raisons qui nous ont conduit à mobiliser la sociologie de la traduction puisque nous étions dans le cadre d'une recherche intervention rendue possible par un accès privilégié au terrain couplé à la résonance de ce modèle pour une application à l'hôpital qui remplit les critères d'une organisation pluraliste... Nous prenons garde avec succès, nous l'espérons, à indiquer les étapes décisives de notre réflexion qui nous ont permis de réaliser notre travail afin de donner au lecteur les moyens d'élaborer son propre regard critique (Piaget, 1967). Pour cela nous avons insisté sur le caractère itératif de la démarche composée d'allers-retours entre le terrain et la théorie avec un cheminement parfois complexe semé de phases de grande incertitude en particulier au moment du choix du modèle conceptuel d'analyse.

REFLEXIVITE DU CHERCHEUR.

Le constructivisme met en avant le rôle du chercheur dans la construction de connaissances scientifiques. La réalité étant subjective, la validité des connaissances dépendra des capacités du chercheur à prendre conscience des risques de projection et d'interprétations hasardeuses. La rigueur réflexive et critique du processus de recherche est garante de la validité des résultats et des connaissances élaborées. Nous devons donc montrer tout au long de notre recherche en quoi « *ces nouvelles connaissances sont fonctionnellement adaptées à notre expérience de la situation étudiée, et constituent pour les acteurs des repères viables pour intervenir intentionnellement au sein de cette situation.* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.43). Charreire et Huault (2008) insistent elles aussi sur l'effort que doit mener le chercheur à poser un regard critique sur chacune des étapes de sa recherche. Cette réflexivité appliquée pour soi ne peut être complètement efficace sans la complémentarité d'un contrôle par validité externe. La réflexivité du chercheur est d'autant plus importante dans les situations de recherche intervention quand l'objet de recherche est amené à évoluer au fur et à mesure des interactions

⁷⁹ Le Moigne, JL., (1990), « Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », Das Martinet AC, (coord) *Epistémologie et Sciences de gestion*, Paris Economica, p.81-140.

qu'il établit avec la réalité à l'étude (Le Moigne, 1990). Cette réflexivité lui permet dans un travail mêlant obstination et humilité d'accepter de prendre le temps de construire son objet de recherche, de le voir évoluer car il ne se construit « qu'en marchant » comme aime à le noter Le Moigne (1990). L'évolution de l'objet de recherche peut apparaître bien inconfortable donnant l'impression au chercheur de construire les fondations de son *design* de recherche sur un terrain mouvant. Pourtant ce temps s'est révélé nécessaire pour construire un objet de recherche optimisant la richesse de l'accès aux données empiriques.

Nous devons par ailleurs construire une interprétation consensuelle du sens que les différents acteurs d'une situation problématique étudiée donnent à cette situation. Croiser les regards du milieu médical, soignant, syndical et gestionnaire dans le cadre d'un projet de fidélisation des infirmiers en psychiatrie permettra de confirmer et d'affiner la connaissance de la situation et de son évolution. Il faudra « *montrer que les points de vue de toutes les parties prenantes de la situation étudiée ont été effectivement pris en compte ; examiner si la recherche a conduit à un degré de conscience accru* » (Le Moigne, 1990, p.44) à propos de la fidélisation des infirmiers en psychiatrie.

2.6.2 Justification de la validité interne : cohérence du design de recherche, validité du construit et rigueur du processus de recherche.

La validité interne repose avant tout sur la cohérence du processus de recherche et tend à montrer comment le cadre épistémologique s'accorde avec l'objet de recherche : c'est le critère d'adéquation ou de **convenance** qui souligne qu'une connaissance est valide si elle convient à une situation donnée (Von Glasserfeld, 1988). Le but de la recherche est l'élaboration de connaissances nouvelles en mobilisant des références théoriques majeures adaptées au contexte. Bien entendu la tactique de collecte de données doit répondre aux principes de stratégies de traitement pour produire des connaissances valides. (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.41).

LE CARACTERE UTILE DE LA RECHERCHE.

Le critère de convenance soulève la question du caractère utile de la recherche qui est menée. (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.96). Dans le cadre d'une recherche intervention le questionnement se poursuit dans une volonté de la rendre utile à la fois pour le

chercheur lui-même (et donc les sciences de gestion) mais aussi pour les acteurs qui en sont l'objet, autrement dit les participants aux groupes de travail issus aussi bien du secteur du soin et que celui des ressources humaines. Nous avons pris soin de montrer combien les connaissances en matière d'accompagnement efficace à la conduite du changement peuvent faire défaut dans les organisations hospitalières. Les connaissances à produire sont donc utiles à la fois dans le champ académique et sur le terrain qui se voit proposer au fil des trois ans des propositions d'actions co-construites et mises aussitôt à l'épreuve.

COHERENCE INTERNE DE LA RECHERCHE.

Nous avons porté une attention particulière à la cohérence du design ou canevas de notre recherche afin de faire concorder les différents éléments de notre recherche. Nous proposons d'en faire une synthèse dans le tableau ci-dessous afin de montrer à quel point la relation avec les acteurs de terrain dans une volonté de co-construction de connaissances domine largement notre travail et se révèle être un véritable fil conducteur dans les choix de la posture de recherche, de cadre conceptuel mais aussi dans les modalités de recueil de données.

Tableau 14 : Synthèse de notre processus de recherche (épistémologie, méthodologie et cohérence conceptuelle).

Cadre épistémologique	Constructiviste : La réalité observée est subjective et co-construite pour et avec les acteurs de terrain
Cadre conceptuel	Conduite du changement : Le changement est vu comme porteur d'innovation. Volonté d'une intervention qui produit le changement Le changement vu comme un processus incertain qui demande un accompagnement sur le terrain au long cours.

	<p>Sociologie de la traduction</p> <p>Cadre qui permet à la fois d’analyser et de comprendre un processus de changement en cours, conduit de manière volontaire et non subi mais aussi de donner des indices de guidage de l’action de changement pour des étapes clé.</p> <p>Accepte l’incertitude d’une démarche de changement</p> <p>Valorise et recherche la participation effective des acteurs de terrain aux valeurs parfois contradictoires mais surtout leur implication dans la durée même après le départ du traducteur.</p> <p>Cette sociologie est adaptée aux situations d’un déficit de connaissance identifié avec précision et lorsque l’on accepte que la solution passe par la mobilisation de porte-paroles.</p> <p>La problématisation est possible puisque les connaissances sur le comportement de <i>Pecten Maximus</i>, cette coquille sont insuffisantes pour savoir si l’expérience est transposable en France. Il faut donc identifier clairement les acteurs qui vont concourir à l’élaboration d’une réponse qui sera validée par tous. (Callon, Latour, Akrich)</p> <p>Elle défend la posture d’un management polyphonique du changement selon des principes qui lui donne une capacité normative.</p>
<p>Caractéristiques du contexte</p>	<p>Besoin de conduire le changement dans une organisation pluraliste regroupant de multiples métiers que l’on peut regrouper en 4 mondes (Thévenot) aux valeurs contradictoires autour d’un projet RH transversal de fidélisation des infirmiers en psychiatrie.</p> <p>Milieu hospitalier « en crise » sous le feu d’une rafale de changements multiples, se succédant de manière désorganisée et aux effets parfois opposés. Impression pourtant que rien ne change. Fort impact sur les identités professionnelles.</p>

	<p>Pas de modèle conceptuel « en l'état » sur la question de l'intention de départ des infirmiers en psychiatrie en France.</p> <p>Besoin d'un modèle permettant dans une logique de modernisation RH de conduire un projet visant un changement pour et avec les acteurs.</p>
Modalité de recherche	<p>Recherche-intervention :</p> <p>La présence du chercheur a pour objectif de produire une interaction favorable à des modifications et des changements.</p> <p>Logique transformative.</p> <p>Approche micro.</p> <p>Rapport ethnographique au terrain sur une longue période (1 an de phase d'enquête exploratoire et 3 ans de CIFRE): collecte de données basée essentiellement sur l'observation participante (chargée de mission RH dans les établissements/ fonction de traducteur)</p>

2.6.3 Justification de la validité externe des connaissances : mise à l'épreuve des connaissances.

Toute recherche doit pouvoir justifier de sa validité externe, c'est-à-dire qu'elle doit montrer que la généralisation de ses résultats est possible (Yin, 2003). David (2004) explique à ce titre que, si certaines faiblesses (rigueur scientifique, temps et quantité d'informations mobilisées) sont faciles à lever, la question de la transférabilité des résultats, associée à la validité externe, demeure plus problématique lorsque la généralisation n'est pas de type statistique ou analytique comme dans les études de cas à type de recherche-intervention. Comment alors pouvons-nous justifier de la validité externe des connaissances ?

DES DONNEES SPECIFIQUES DES TERRAINS ETUDIES

Les connaissances apportées par notre travail de recherches sont-elles transposables à d'autres situations sur d'autres terrains, c'est-à-dire d'autres établissements publics mais aussi privés ou encore pour d'autres spécialités médicales que la psychiatrie ? La question est d'autant plus

délicate que notre recueil de données empirique d'origine ethnographique est par définition limité à un contexte spécifique (deux hôpitaux très précisément) et que nous avons pris soin de prendre en compte leur histoire propre (fusion, mise en place de CHT⁸⁰, grève de l'encadrement de proximité, mutation des directeurs fonctionnels...). Nous sommes dans le cas où le chercheur se « réfère à l'étude d'un contexte particulier » (Ayerbe et Missonnier, 2007, p.41⁸¹). En prenant le parti d'une présence longitudinale dans ces deux établissements nous avons renoncé à multiplier les études de cas pour confirmer que la conduite du changement RH se déroule systématiquement de la même manière. Nous n'avons pas abouti à l'élaboration d'un guide infaillible pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers en psychiatrie. Nous n'avons pas créé un outil de fidélisation qui fonctionnerait dans tous les hôpitaux de psychiatrie d'Ile de France voire de France et d'ailleurs nous avons très vite renoncé à ce projet lorsque nous avons compris que ce type de méthode descendante d'imposition d'outil fonctionnait mal. Alors à quel type de connaissance avons-nous contribué et comment avons-nous pu au cours de notre recherche valider ces nouvelles connaissances ?

REPRESENTATIVITE ET TRANSFERABILITE : LA QUESTION DE L'ENRICHISSEMENT THEORIQUE.

Nous avons indiqué que nous n'avons pas les matériaux de recherche pour prétendre à une généralisation statistique mais en cohérence avec notre cadre épistémologique constructiviste notre objectif est d'utiliser l'étude de cas dans une logique de généralisation analytique : la recherche vise à tirer de cette expérimentation spécifique vécue sur le terrain un enrichissement théorique. « *La recherche peut se limiter à peu, voire à un seul cas... Le cas permet la mise à jour de phénomènes, de processus dont la compréhension enrichit la théorie.* » (Ayerbe et Missonnier, 2007, p.42).

Autrement dit la validité externe dans les études de cas est directement dépendante de la qualité interne de la recherche. La cohérence dans le *design* de recherche est un prérequis à la réussite de l'enrichissement théorique recherché (mobilisation de modèles théoriques en lien avec l'étude spécifique ce qui revient dans notre situation à mobiliser un modèle de conduite du

⁸⁰ Communauté hospitalière de territoire.

⁸¹ Ayerbe, C., Missonnier, A., (2007), « Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en Œuvre pour un renforcement mutuel, *Finance Contrôle Stratégie* – Volume 10, n° 2, juin 2007, p. 37 – 62. »

changement adapté à l'hôpital reconnu alors comme une organisation pluraliste : la sociologie de la traduction). Nous recherchons donc la réplique théorique.

La validité externe tient aussi à la capacité du chercheur à rendre compte à travers une description fine qualitative et précise du contexte qui permettra d'identifier ce qui est « typique » de cette étude, c'est-à-dire ce qui permet de répondre à la capacité de généralisation.

Ainsi les connaissances produites autour de la question de la gestion de projets RH à l'hôpital public renseigne plus généralement sur les possibilités d'implanter de manière plus socialement acceptable les principes du NPM dans la fonction publique en mobilisant des méthodes participatives voire inclusives.

La validité externe tient donc d'un équilibre entre des concepts mobilisés avec pertinence par rapport aux spécificités du terrain et à la description profonde du cas permettant de fournir « *les données nécessaires pour juger de la possible transférabilité des résultats à d'autres niveaux* » (Guba et Lincoln, 1994, Ayerbe et Missonier, 2007, p.45). Nous allons donc désormais justifier de ces deux aspects.

LA TRANSFERABILITE ET LA GENERALISATION DES CONNAISSANCES EN QUESTION : REPRESENTATIVITE DES CONCEPTS ET REGULARITES ENCOURAGEANTE.

Nous avons plutôt cherché à valider une méthode de co-construction d'outil : ce qui compte ce n'est pas le type d'outil créé et ses qualités intrinsèques (un référentiel de formation de parcours d'intégration innovant, une charte de bonnes pratiques de transmissions soignantes), c'est plutôt les conditions d'échanges entre acteurs qui ont permis la construction de cet outil, comment l'on peut réunir des acteurs de terrain qui n'ont pas l'habitude de collaborer autour d'un projet transversal pour identifier une problématique commune et trouver ensemble des solutions pour finalement aboutir à leur mise en œuvre effective. A travers l'évolution de notre question de recherche, le type de connaissances produites a lui aussi évolué dans sa valeur de transférabilité. La connaissance porte donc sur une méthodologie de conduite du changement et non sur les méthodes de fidélisation (type concept magnet hospital). Ce type de concept autour du changement est d'avantage répliquable par sa nature même.

Toutefois aborder notre cheminement autour du processus de la conceptualisation des données demande quelques précisions de notre part. Nous devons répondre aux besoins du terrain en

termes d'accompagnement à l'attractivité et à la fidélisation du personnel. Nous avons donc procédé à une première revue de littérature en ce sens mais nous avons constaté l'impasse dans laquelle nous nous trouvions dans la recherche de connaissances actionnables pour résoudre cette problématique. Ce constat nous a conduits à faire évoluer notre objet et notre question de recherche du pourquoi au comment comme nous l'avons mentionné dans ce chapitre dédié à la méthodologie. Cette évolution nous a conduits plutôt à envisager notre présence sur le terrain dans le cadre CIFRE comme une véritable opportunité pour l'accès à des données empiriques très riches. Alors il nous est apparu cohérent de focaliser sur notre rôle d'accompagnement à une évolution de pratiques RH dans le cadre d'une recherche-intervention. La sociologie du changement est à ce titre une théorie qui répond à cette attente tout en étant plus générale. Elle nous a aidés à élaborer un panorama des différents regards que l'on peut porter sur le changement pour ensuite trouver un modèle en adéquation avec les premiers mois d'observations du terrain et en parallèle un modèle qui nous permettait une aide à la décision dans une logique normative. C'est ainsi que nous avons poursuivi l'élaboration de notre cadre conceptuel grâce à la mobilisation de la sociologie de la traduction qui permet à nos yeux de proposer des principes actionnables qui contribuent à la compréhension de l'action collective (Hatchuel, 2005) tout en proposant des modalités favorables à sa mise en œuvre.

Notre choix s'est porté sur la Sociologie de la traduction à mi-parcours de notre temps de présence sur le terrain : il a donc fallu plusieurs mois pour nous décider parmi les nombreux modèles de sociologies abordant la question du changement et de l'innovation. En effet nous avons besoin de nous imprégner suffisamment des données empiriques pour nous saisir des spécificités organisationnelles de l'hôpital et nous saisir plus finement du défi spécifique de la conduite du changement dans une organisation professionnelle organisée en silo. Nous avons besoin que le cadre théorique et les données du terrain se répondent en écho. Ainsi nous avons trouvé dans la sociologie de la traduction les outils à visée analytique qui permettaient de construire du sens sur les situations vécues jusqu'alors et de surcroit des outils à visée normative afin d'aborder la suite de la recherche intervention avec des principes favorisant la mise en action des acteurs de terrain (enrôlement). Cette situation de va-et-vient entre travail empirique et théories disponibles s'est révélée parfois chaotique et laborieuse. Il est d'ailleurs assez difficile de délimiter les périodes de revue de littérature et de choix conceptuels avec précisions. A la lecture de nos journaux de bord méthodologiques il ne fait pas l'ombre d'un doute que les premières lectures concernant l'innovation et le changement ont imprégné notre attitude auprès des acteurs de terrain, très rapidement, avant même d'avoir saisi toutes les implications et les

principes en jeu dans la sociologie de la traduction (recherche de la participation d'acteurs issus de « mondes différents », tentative d'impliquer un nombre toujours croissant d'acteurs autour du projet (rallongement du réseau), prendre le temps d'expliquer à chaque nouveau participant le projet depuis sa création afin de l'aider à situer sa place et son rôle (enrôlement), faire des présentations et des synthèses à chaque étape (PPT, affiche comme processus d'intéressement)...

Par souci de transparence nous n'avons pas cherché à masquer cette situation de va-et-vient lors de la rédaction de notre thèse. Au contraire, il nous paraît important de retracer ce cheminement. La structure même de la thèse cherche à rendre compte de ces allers-retours entre théorie et terrain tout en révélant le cheminement du chercheur et des acteurs. La confrontation de nos démarches au milieu académique nous a à ce titre permis à plusieurs reprises de prendre du recul. Elle a permis l'éclairage à la fois sur le chemin parcouru mais elle a permis aussi de nous orienter dans la multitude des voies qui s'offraient à nous à chaque carrefour des étapes de la recherche.

Enfin nous espérons que notre travail de recherche aura permis de nourrir la sociologie du changement dans le cadre de sa mobilisation dans le domaine de la santé et en particulier dans les organisations spécifiques des hôpitaux. La volonté de trouver un cadre théorique adapté nous a donc conduits à chercher la description et la compréhension la plus fine des processus en cours sur nos terrains d'enquête en vue de la généralisation des résultats. **Ainsi la mobilisation de la sociologie de la traduction (à visée normative) et en particulier la mise en place de centre de traduction a permis des apprentissages collectifs de la controverse favorables à la conduite du changement autour de projet RH en lien avec les principes du NPM dans un établissement de la fonction publique quel qu'il soit.**

GENERALISATION DES RESULTATS : IDENTIFICATION DE QUELQUES REGULARITES ENCOURAGEANTES.

La capacité de généralisation des résultats réside dans les méthodes qualitatives à identifier les aspects typiques de l'étude. Pour cela le chercheur doit être en mesure de donner « *une description profonde du cas* » (Geertz, 1973, cité par Ayerbe et Missonier, 2007, p.45). Il s'agit donc de fournir une monographie détaillée précisant le contexte dans lequel les données ont été recueillies (nous accorderons un chapitre méthodologie à cette fin dans notre thèse pour

chacune des deux périodes de la recherche). C'est pourquoi nous avons pris le temps de détailler longuement nos différentes sources de données au cours de ce chapitre 2.

Enfin la comparaison possible de certaines données répétées dans le déroulement des cycles de traduction entre les deux terrains nous a conduits à identifier des régularités qui nous ont confortés dans l'idée d'aspect typique de modalités de changement à l'hôpital à l'occasion de notre recherche (rôle clé des groupes de travail comme centre de traduction, la relation particulière de l'hôpital avec la controverse, les bénéficiaires à travailler sur des sites pilotes...)

Enfin la généralisation des connaissances porte sur les conditions favorables au changement dans la fonction publique : elle concerne plus précisément le changement conduit à travers des projets RH, donc transversaux et qui intègrent les principes NPM de manière plus acceptable.

DES CONNAISSANCES MISES A L'EPREUVE AU QUOTIDIEN AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN: UN PRINCIPE EN LIEN AVEC UNE DEMARCHE INNOVANTE ET INCERTAINE.

Notre cadre épistémologique nous invite à mettre à l'épreuve les connaissances découvertes pour les valider et notre méthode de recherche par recherche-intervention et rapport ethnographique au terrain nous le permet largement : « *Cette mise à l'épreuve est pragmatique, c'est-à-dire qu'elle est réalisée dans et par l'action, plutôt qu'à travers des tests d'hypothèses quantitatifs.* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.46). Dans notre cas il s'agit d'une nouvelle méthode de conduite du changement à l'hôpital qui valorise l'innovation non pas comme une déviance mais plutôt comme un moyen d'adaptation nécessaire. Cette méthode de conduite du changement repose sur la mobilisation de la sociologie de la traduction à la fois comme soutien de l'analyse du changement en cours comme moteur de production de sens partagé mais surtout comme guide dans l'action (savoir accepter une longue phase de problématisation sans la confondre avec un refus du projet par les acteurs par exemple). Dans le cadre d'une recherche intervention comme nous l'avons menée la mise à l'épreuve pragmatique de ce choix de méthode d'accompagnement au changement s'est réalisé quasiment au quotidien par la mise en place de groupes de travail, de rencontres régulières avec les DRH, de réunions de suivi de thèse, d'accompagnement sur le terrain d'une unité de soin autour du projet de promotion du bien-être au travail, en travaillant en collaboration avec le service de formation continue et la direction des soins autour de l'élaboration d'un nouveau parcours d'intégration des infirmiers novices en psychiatrie. Ces temps de travail réguliers avec les

professionnels de terrain ont permis « *un travail de reconstruction de sens de ces connaissances par les acteurs de la situation concernée. Dans ce cas, la mise à l'épreuve consiste à examiner si les connaissances considérées offrent des repères adaptés pour comprendre la situation considérée et viable pour intervenir intentionnellement dans cette situation... Cette mise à l'épreuve est pragmatique, c'est-à-dire qu'elle est réalisée dans et par l'action, plutôt qu'à travers des tests d'hypothèses quantitatifs.* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert, 2012, p.46). Autrement dit, les acteurs de terrain, co-constructeurs de connaissances se sont aussi vus attribuer le rôle d'évaluateur de la recherche comme destinataire ou comme utilisateur de la méthode de changement. A ce titre les temps de « suivi de thèse » réunissant les DRH, le directeur de thèse et le doctorant se sont toujours révélés d'une grande richesse en complétant un peu plus le principe de triangulation des données venant de sources multiples. Enfin nous souhaitons évoquer la richesse de la réunion de clôture commune aux deux établissements afin de faire une synthèse des démarches réalisées. Ce temps de partage a permis une fois de plus de laisser la parole aux professionnels qui ont été parties prenantes sur une partie ou la totalité du projet. Ils ont alors validé les avancées permises par la conduite du projet en soulignant plus particulièrement l'intérêt de la méthode utilisée.

DES CONNAISSANCES SOUMISES REGULIEREMENT AU REGARD DU MONDE ACADEMIQUE TANT AU PLAN DE LA REPRESENTATIVITE QUE DE LA TRANSFERABILITE.

Nous avons eu à cœur tout au long de notre travail de recherche de garantir au mieux la validité des connaissances. Si les articles et ouvrages à visées méthodologiques consultés à cette fin ont été d'un grand soutien en particulier dans la recherche d'un respect des principes du paradigme constructivistes nous voulons ici souligner l'importance de soumettre régulièrement l'état de la recherche en cours à d'autres doctorants, chercheurs, lors de séminaires de notre laboratoire mais aussi à l'extérieur, lors de colloques ou encore lors de la co-rédaction d'article. Bien sur l'exercice est parfois malaisé tant la réflexion est « en chantier », les premiers constats incertains, la posture de recherche en cours d'élaboration. Mais à chaque rencontre, échange, présentation, un nouveau souffle nous a permis d'avancer dans notre recherche de manière un peu plus assurée en nous offrant parfois l'éclairage sur des zones encore mal explorées. Confronter nos premiers résultats à d'autres chercheurs évoluant sur des thématiques proches en termes de fidélisation, de conduite du changement ou dans le secteur de la santé dans le cadre

de recherche action, s'est révélé aussi primordial pour valider la possible généralisation des connaissances produites.

SYNTHESE DU CHAPITRE 2

Nous avons à l'occasion de ce chapitre pris le temps d'une longue présentation du choix de notre cadre épistémologique. Répondant aux logiques constructivistes, en lien avec notre thème de recherche visant la conduite du changement, mais aussi en considérant la possibilité d'accès au terrain en répondant à une démarche émanant des professionnels, nous avons mis en place une recherche-intervention basée sur une volonté de posture transformative. La richesse et la variété de la collecte des données sont un gage pour la qualité des résultats produits. L'analyse des données, fondamentalement qualitative s'est déroulée dans une dynamique itérative reposant une fois de plus sur les interactions entre le terrain et la théorie, entre période d'analyse et période de recueil de données alimentant continuellement la réflexion et la production de connaissances valides. Cette abondance de données ne doit pas faire oublier la rigueur méthodologique de mise dans les recherches mobilisant les études de cas : la recherche de critères de validité et de fiabilité nous a accompagnés tout au long de la démarche.

Des précisions méthodologiques seront faites dans un chapitre consacré à cette intention pour chacune des deux périodes de recherches : elles préciseront le dispositif de recherche intervention (accès au terrain, cadrage de l'étude, la co-construction de connaissance et du plan d'action, et les évaluations post-ex), mais aussi les méthodes d'analyse de données utilisées.

Enfin en guise de synthèse nous proposons le tableau récapitulatif suivant :

Tableau 15 : Synthèse du design de recherche.

Cadre épistémologique	Constructiviste
Objet de recherche	Construit à partir d'un problème concret issu du terrain comme construit social. 1-Les déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie 2-Modalités de la conduite du changement à l'hôpital (grille d'analyse) 3-Modèle normatif de la conduite du changement dans la fonction publique permettant l'implantation acceptable des principes du NPM ⁸²
Modalités d'enquête	Etude de cas contemporaine dans une logique compréhensive (période 1) puis transformative (période 2). Recherche-intervention basée sur un rapport ethnographique au terrain.
Sources de données	Entretiens individuels et collectifs Questionnaire Observation participante (journal de bord) Documentation interne
Analyse des données	Qualitative dans une dynamique itérative et par analyse thématique de contenu manuelle.
Validité et Ethique	Triangulation des données Réflexivité du chercheur Volonté d'une neutralité bienveillante.

⁸² New Management Public

SYNTHESE DE LA PARTIE 1.

Nous avons consacré une première partie conséquente de notre thèse à décrire le processus spécifique de notre recherche. Pour cela nous avons dans un premier chapitre présenté rapidement les attentes du terrain en termes de recherche de solutions pérennes favorisant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers exerçant la psychiatrie. Nous avons alors défini le projet initial et ses dérivés dans deux établissements d'Ile-de-France qui ont accueilli le doctorant dans le cadre d'un contrat CIFRE pendant 3 ans. La présentation du projet, de son évolution en fonction d'éléments de contexte interne et externe donnent d'emblée les cartes en mains pour se distinguer les enjeux de notre recherche sur deux périodes distinctes. Nous avons présenté ces deux périodes et précisé comment les établissements avaient conduit dans un premier temps une démarche visant l'attractivité et la fidélisation puis dans un deuxième temps comment ils ont dû appréhender la question de la conduite du changement pour mobiliser les professionnels autour de solutions durables.

Ensuite dans un deuxième chapitre nous avons méticuleusement détaillé notre posture de recherche avec pour intention de démontrer la cohérence du *design* de la recherche dans un cadre constructiviste. Nous avons ainsi présenté l'évolution de notre question de recherche en parallèle de l'évolution des projets et des besoins du terrain. Nous avons justifié de notre posture transformative dans le cadre d'une recherche-intervention basée sur les interactions avec les acteurs de terrains. Elle repose sur un rapport ethnographique favorable à un recueil de données riches (entretiens individuels et collectifs, questionnaires, observation participante, consultations de la documentation interne y compris les mails) permettant une triangulation des données. L'analyse de l'ensemble de ces éléments répond à une logique itérative et qualitative. C'est d'ailleurs ce processus dynamique qui nous a permis de focaliser dans un deuxième temps sur la recherche de modèle actionnable et donc la mobilisation de la sociologie de la traduction à visée normative.

Puisque nous avons affirmé notre posture de recherche et nos intentions lors de notre arrivée sur le terrain nous allons pouvoir désormais présenter chacune des deux périodes de notre recherche de façon chronologique. La partie 2 présentera la partie de notre recherche qui a permis d'identifier le contexte de notre objet de recherche en termes d'identification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers de psychiatrie dans la fonction publique hospitalière. La partie 3 repose sur les connaissances en matière de capacité à conduire le

changement à l'hôpital public, une organisation pluraliste recherchant la participation des acteurs dans l'intégration des principes acceptables du Nouveau Management Public dans sa politique modernisée de la fonction RH.

PARTIE 2 : PREMIERE PERIODE DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT : IDENTIFICATION DES DETERMINANTS DE L'INTENTION DE DEPARTS DES INFIRMIERS EN FRANCE. CREER DU SENS COLLECTIF AUTOUR D'UNE SITUATION COMPLEXE.

Après avoir présenté les deux structures et les projets qui s'y sont déroulés dans la continuité des 3 années, après avoir précisé les spécificités de notre posture de recherche-intervention, nous allons dans cette partie plus spécifiquement aborder la période de notre étude traitant de la question de l'attractivité et de la fidélisation du personnel infirmier qui travaille en psychiatrie.

Il s'agit de la première période de notre recherche qui nous a conduits tout d'abord à découvrir puis analyser les particularités de notre sujet d'étude à savoir le monde de la fonction publique hospitalière, son actualité, ses modes d'organisation et de fonctionnement face aux impératifs auxquels elle est soumise pour répondre aux exigences d'une régulation du coût de la santé. Nous avons aussi porté un regard affûté sur cette spécialité qu'est la psychiatrie et qui dispose d'une particularité notable de se présenter elle-même comme « à part » du secteur de la santé. Nous verrons que dans un contexte hospitalier se définissant par la multiplication des réformes, la psychiatrie connaît de surcroît un certain nombre d'évolutions qui laissent perplexes quelques professionnels qui se voient contraints paradoxalement de s'approprier les logiques gestionnaires attendues pour l'ensemble du secteur de la santé. Enfin nous expliciterons les enjeux autour du métier d'infirmier ainsi que son rôle dans la prise en charge de patients de psychiatrie au profil redéfini. Nous verrons que ce rôle évolue lui aussi. Enfin nous étudierons la cohabitation de professionnels au cursus différents mais occupant pourtant le même poste.

Tous ces éléments de contexte seront un prérequis indispensables : croisés aux éléments de la revue de littérature concernant les déterminants de l'intention de départ et de ses proxys, ils permettront de constituer une grille d'analyse fine des données recueillies dans les deux établissements. Nous prendrons le temps bien entendu de détailler notre méthodologie à l'occasion de cette première période d'enquête alliant des entretiens individuels et collectifs mais aussi un questionnaire de satisfaction au travail couplé à des observations participantes en particulier dans le service RH de l'hôpital 1.

Enfin nous terminerons cette partie 2 en indiquant nos résultats concernant les déterminants de l'intention de départ des infirmiers français travaillant en psychiatrie.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT DE RECHERCHE. PORTRAIT GENERAL DE L'HOPITAL, DE LA SANTE MENTALE ET DU PERSONNEL INFIRMIER.

Nous allons consacrer ce chapitre à la présentation de l'environnement de la recherche que nous avons menée pendant plus de trois ans dans des hôpitaux de la région parisienne ayant une activité principale ou totale en psychiatrie. Ce chapitre a donc pour intention d'identifier les enjeux qui s'observent actuellement sous l'influence de la mise en place des principes du New Public Management (NPM) dans les hôpitaux publics français et les effets particuliers sur certaines spécialités médicales comme la psychiatrie. Aussi afin de se saisir de ce qui sera observé à l'occasion de nos travaux de recherche d'une part et afin de rendre pertinente notre intervention dans les établissements, il s'est avéré indispensable de réaliser une première revue de littérature concernant trois éléments du contexte :

- l'évolution des politiques de gestions hospitalières et en particulier concernant l'évolution de la gestion des ressources humaines dans un contexte de réformes,

- l'évolution des politiques de prise en charge en psychiatrie face à l'essor de la santé mentale et des thérapies cognitives (neurosciences),

- les caractéristiques du métier d'infirmier en France dans un contexte de professionnalisation des paramédicaux.

3.1 Intégration des principes du New Public Management (NPM) dans la fonction publique hospitalière : défis de modernisation pour les services des ressources humaines (RH).

Depuis ces 25 dernières années la France est soumise à un ensemble de réformes en matière de santé visant d'une part l'amélioration des prises en charge derrière une volonté affichée de modernisation des soins et d'autres part visant la réduction des coûts car si la santé n'a pas de prix, elle a malheureusement un coût qui augmente considérablement depuis le milieu des années soixante-dix. Les raisons conjuguent un ralentissement de la croissance, le

vieillesse de la population et l'accélération des innovations médicales pour soigner mieux mais pour des montants plus élevés. Ainsi nous pouvons préciser que la consommation des soins et des biens médicaux en France est légèrement inférieure à 10% du PIB. Les budgets hospitaliers représentent près de la moitié de ces dépenses (44% en 2007,⁸³ la moitié des dépenses de santé sont actuellement consacrées au secteur hospitalier, soit 46,3%⁸⁴ de la consommation de soins et des biens médicaux en 2012). Le secteur de la santé compte 2710 établissements (dont un tiers sont de statut public) qui déploient 412 000 lits d'hospitalisation complète et plus de 65 000 places d'hospitalisation partielle. Il est donc pertinent de poser notre regard sur les enjeux de gestion dans ce type d'organisation.

C'est pour répondre principalement à ce besoin de contrôle du coût dans une volonté de régulation interne (incitations par diffusion publique de l'information, incitations financières, intervention réglementaire) et externe (autorégulation par les professionnels) (Minvielle, 2013, p.95⁸⁵) que le paradigme du NPM a été transposé dans le service public hospitalier comme dans d'autres secteurs de la fonction publique dans une logique de modernisation de l'administration. Remplacer les organisations bureaucratiques pour maîtriser les dépenses de santé et obtenir une meilleure efficacité du secteur public est devenu une priorité en France comme dans de nombreux autres pays européens (Oomkens, 2010⁸⁶, Kuhlmann et al, 2009⁸⁷) sans que les conséquences de ce changement de paradigme aient pu être tout à fait anticipées. Nous verrons en effet que les principes du NPM ont trouvé de nombreux partisans mais qu'ils ont pu décevoir au moment de leur application, leur mise en œuvre ayant pu conduire à des effets secondaires inattendus sur la santé au travail.

Nous allons tout d'abord présenter les principes du NPM et ses logiques d'implantation dans le secteur de la fonction publique en général puis nous présenterons l'application de ces principes dans le secteur de la santé et plus précisément à l'hôpital public. Enfin nous identifierons les enjeux que constituent ces principes pour les services RH souvent maîtres d'œuvre de ces réformes au plan des organisations de travail : la nécessité d'une réorganisation interne des

⁸³ Belorgey, N, (2010), *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, ed La découverte, Paris.

⁸⁴ Les données sont issues du site ECO-SANTE de l'IRDS (Institut de Recherche et de Documentation en Economie Médicale). www.ecosante.fr.

⁸⁵ Minvielle, E., « Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades », *Quaderni* n°82, Automne 2013.

⁸⁶ Oomkens, R.F., « Professionals under Supervision/performance-based Contracting in Hospital Care and Home Care », *IRSPM Conference*, April, Berne, Switzerland, 2010.

⁸⁷ Kuhlmann, E., Allsop, J., Saks, M., « Professional Governance and Public Control : A comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany » *Current Sociology* 57 (4), 2009, pp.511-528.

services RH couplée aux réorganisations institutionnelles des établissements constituent à ce titre un véritable défi.

3.1.1 Le New Public Management : contexte d'émergence et présentation des principes fondamentaux.

DEFINITION MULTIFACETTE DU NPM.

La littérature abondante sur le NPM révèle l'ampleur des champs d'implantation de ses principes, la richesse des modèles qui le composent et les difficultés à tirer un bilan sur la pertinence de son importation dans le secteur public. Aussi définir le NPM est bien délicat car son champ est vaste entre « méthode de l'action administrative », « langage à résoudre » (Laufer, 2008⁸⁸), « management orienté business » (Gilbert, 2008⁸⁹) ou encore « *puzzle doctrinal à vocation générique* » pouvant « être appliqué à tous les services administratifs quels qu'ils soient » (Bezes, 2005⁹⁰). Il se définit comme « un construit hybride, processuel et évolutif » (Eymery-Douzans, 2008, p. 80⁹¹) ou comme un *slippery label* (Manning, 2000, in Dunleavy et al., 2006⁹²), au point que toute innovation dans la gestion du secteur public a pu s'en réclamer ces dernières années. On comprend aussi que c'est cet aspect polymorphe qui justifie son application dans de nombreux domaines.

PRESENTATION DU SOCLE THEORIQUE DU NPM

Fondé sur des théories et des principes d'origines diverses (sciences économiques et management), nous considérons le NPM comme une méthode de gestion de l'ensemble des établissements publics reposant « *sur un ensemble de doctrines, développé par accumulation, qui promeut de nouvelles manières de penser l'organisation administrative à partir d'un ensemble hétérogène de représentations tirées des théories économiques, de prescriptions* »

⁸⁸ Laufer, R., (2008), « Où est passé le management public ? » *Politiques et management publics*, Volume 26.

⁸⁹ Gilbert, P., (2008), « Un ou quatre managements publics ? », *Politiques et Management Publics*, volume 26.

⁹⁰ Bezes, P., (2005), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management, *Informations sociales*, 1005/6, N°126, p.26-37.

⁹¹ EYMERI-DOUZANS, J.-M. (2008), « Les réformes administratives en Europe : logiques managériales globales, acclimations locales », *Pyramides*, n°15.

⁹² DUNLEAVY, P., MARGETTS, H., BASTOW, S., TINKLER, J. (2006), "New Public Management Is Dead - Long Live Digital -Era Governance", *Journal of Public administration Research and Theory*, 16 (3), pp. 467-494.

issues de savoirs de management, de prescriptions de pratiques expérimentées dans des réformes en particulier dans les pays anglo-saxons et de rationalisation doctrinale réalisée par des organisations transnationales» (Bezes, 2011). Nous pouvons toutefois noter un socle épistémologique du NPM basé sur les principes du néo-libéralisme de Friedrich Von Meyer et Milton Friedman qui condamnent le rôle de l'Etat dans la vie économique : pour sa part il doit être régi par la régulation du marché (Merrien, 1999, p.98). Quant à la sociologie des organisations, le NPM en retient essentiellement la notion de « cercle vicieux bureaucratique » (Merton, Gouldner, Crozier) comme principe fondateur.

Nathalie Halgand nous suggère de classer les modèles théoriques du NPM selon 4 grands ensembles ou idéaux-type qui permettent de relier un modèle à ses outils de contrôle de manière cohérente. Le premier modèle met l'accent sur l'efficacité et propose de rationaliser le fonctionnement des organisations dans une vision mécaniste du contrôle. Le deuxième critique le fordisme et prône la décentralisation des décisions. Le contrôle est basé sur le principe du quasi-marché (mise en concurrence des services). Le troisième repose sur l'Ecole des relations humaines en valorisant les dimensions culturelles et comportementales du changement organisationnel. La performance repose sur l'observation des résultats couplés d'un contrôle par la culture. Le principe « top down » valorise le charisme des leaderships. Enfin le dernier modèle tient compte des spécificités liées à une mission de service public : il se penche sur les problèmes organisationnels grâce au management par la qualité totale (MQT) afin d'accomplir des missions d'excellence⁹³.

Nous retiendrons donc que le NPM s'établit sur la conjugaison de trois approches :

- l'approche du *public choice* qui valorise l'idée d'une plus grande liberté de choix pour les citoyens qui sont désormais considérés comme des clients potentiels de la fonction publique.
- l'approche des « coûts de transaction » qui repose sur le contrat comme forme d'organisation
- les approches managériales tirées des sciences de l'organisation.

Ce socle commun théorique solide permet la construction des grands principes du NPM que l'on retrouve appliqués dans plusieurs administrations publiques aujourd'hui en France mais

⁹³ Ce modèle correspond davantage à des modèles plus récents type *magnet hospital* comme nous le développerons dans cette partie.

aussi dans divers pays de l'OCDE⁹⁴ (Canada, Nouvelle Zélande, Etats-Unis, Australie, Danemark, Suède) même si c'est au Royaume uni qu'est né le NPM.

NAISSANCE ET DEPLOIEMENT DU NPM : UN CONTEXTE FAVORABLE MAIS DES DIFFUSIONS VARIABLES DANS LES PAYS DE L'OCDE

La doctrine du NPM apparaît à la fois cohérente dans ces objectifs et composites dans ces applications. La variété des influences constituant le NPM et le contexte de sa naissance et de son développement justifient de la multiplicité des formes prises. Forgé au Royaume Uni (et en Nouvelle Zélande) dans les années 80 sous les administrations de Margaret Tacher puis Tony Blair, dans un contexte de crise de l'Etat-providence, le NPM est reconnu par sa forme de néotaylorisme⁹⁵ puisque dans un premier temps l'objectif est d'accroître la productivité des acteurs en fixant des objectifs quantifiés et récompensés financièrement. La finalité est de répondre à moindre coûts aux attentes des citoyens devenus des clients (Amar & Berthier, 2007⁹⁶).

L'écho qu'a trouvé le NPM aux Etats-Unis n'est pas sans conséquence sur le succès de cette doctrine. Ainsi Luc Rouban (1989) confirme la généalogie du NPM en signalant que « *la réforme administrative tient une place importante dans le reaganisme. « Le gouvernement est le problème » disait Ronald Reagan en 1980. Réduire les coûts de l'appareil fédéral, en augmenter l'efficacité, limiter l'activité administrative en la déléguant à des co-contractants privés, tels sont les articles de foi du raeganisme qui seront maintenus tout au long des deux mandats successifs.*⁹⁷ » Toutefois le déploiement du NPM dans la plupart des pays de l'OCDE « *ne s'est pas imposé partout avec la même intensité mais a imprégné, à des degrés différents, la culture des administrations publiques de ces pays* » (Amar et Berthier, 2007, Eymeri-Douzan, 2008). Selon les contextes historiques et les urgences de chaque pays, le rythme d'implantation a été très variable : la mise en place a été particulièrement rapide au Royaume-Uni alors qu'elle s'étire sur plus de 20 ans en France (certaines réformes sont en cours actuellement).

⁹⁴ Organisation de coopération et de développement économiques.

⁹⁵ Pollit, C., (1993), *Managérialism and the Public Services* (2e ed.), Blackwell, Oxford.

⁹⁶ AMAR, A. et BERTHIER, L. (2007), « Le nouveau management public : avantages et limites », *Revue Gestion et management publics*, vol. 5, pp. 1-14

⁹⁷ Rouban, L., (1989), « La fin du Welfare State aux Etats-Unis : le reaganisme et l'appareil de l'Etat ». *RFSP*, Vol 39, N°4, p.495.

La naissance du NPM est reliée à une conjoncture et des évolutions sociales qui conduisent l'Etat à repenser son positionnement. Selon François-Xavier Merrien (1999, p. 95), la vague du NPM résulte de la conjoncture de quatre phénomènes de nature différentes : des problèmes vécus sous un mode « dramatique » (dette publique, déficit commercial, délocalisation de la production), l'hégémonie progressive du corpus d'idées néo-libérales et managériales, des réseaux d'experts offrant des solutions prêtes à vendre (Saint Martin, 1998⁹⁸) et enfin des responsables politiques qui trouvent une opportunité à exploiter la remise en cause du principe d'Etat-providence. Autrement dit la crise financière ne peut à elle seule être retenue comme facteur aussi nous retiendrons qu'« aucune de ces raisons n'explique à elle seule la mise en place du NPM même si les crises financières sont souvent apparues comme les principaux facteurs déclenchant » (Amar & Berthier, 2007).

SUR UN PLAN STRATEGIQUE ET NATIONAL LE NPM REPOSE SUR UNE VOLONTE DE DECONCENTRATION MAJEURE : PRESENTATION DES OBJECTIFS DU NPM EN FRANCE.

« Le NPM pousse l'État à s'interroger sur son rôle et ses missions, celles qu'il doit assurer, celles qu'il peut déléguer ou confier à des agences ou des entreprises privées et celles qu'il peut organiser en partenariat avec le secteur privé » (Amar et Berthier, 2007, p. 3). Dans le contexte d'émergence du NPM nous souhaitons insister sur les conséquences induite par « la crise de légitimité » de l'Etat (Laufer, 2008). Ce dernier connaît un revirement de posture qui le conduit désormais à se justifier de ses actes auprès de l'opinion publique. Cette volonté de transparence et de communication se retrouvera dans les logiques de régulation et d'incitation à la performance. L'Etat considère l'efficacité comme un impératif, la finalité étant de rétablir l'équilibre budgétaire et d'assurer la qualité des services à travers un nouveau système de gouvernance. Aussi nous dirons que vu sous l'angle des fonctions de l'Etat, le NPM est transdisciplinaire (Van Haeperen, 2012⁹⁹) : il touche à la fois les fonctions stratégiques, la finance, le marketing et les ressources humaines (Amar & Berthier, 2007).

⁹⁸ Saint-Martin, D, (1998), « The new managerialism and the policy influence of consultants in government », *Gouvernance* 3, 319-356.

⁹⁹ Béatrice Van Haeperen, « Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne », *Reflets et perspectives de la vie économique* 2012/2 (Tome LI), p. 83-99

LES 8 PRINCIPES DU NPM.

On peut retenir un ensemble de principes communs au NPM quel que soit son site d'application : nous retenons la typologie proposée par Enrique Saravia¹⁰⁰ et Jean-Jacques Legrand¹⁰¹ qui recoupe les 8 principes présentés par François-Xavier Merrien (1999) :

- 1-La nécessité de créer des marchés dans les secteurs publics
- 2-Le rôle des pouvoirs publics doit se limiter à fixer des objectifs et laisser une plus grande autonomie aux institutions pour les réaliser.
- 3-Décentralisation de l'administration réorganisée en agences fonctionnelles autonomes.
- 4- Développement des procédures contractuelles.
- 5-Mise en concurrence des agences publiques ou privées pour répondre au marché de l'administration centrale.
- 6-Application du principe de l'*accountability* en passant du principe de régulation a priori à la régulation a posteriori.
- 7-Fin du statut de fonctionnaire : la rémunération n'est plus calculée en fonction de l'ancienneté mais en fonction de la performance. Les organisations doivent avoir à leur tête des « managers » efficaces.
- 8-Les usagers sont des clients.

¹⁰⁰ Enrique J. Savaria, « La réforme de l'État au Brésil : l'influence du New Public Management », *RFAP*, n°105-106, 2003, p. 55

¹⁰¹ Jean-Jacques Legrand, « Nouvelle gestion publique et changement radical dans la fonction publique fédérale belge », in Louise Lemire, Denis Proulx, Luc Cooremans (dirs.), *Modernisation de l'État et gestion des ressources humaines. Bilan et perspectives : Québec-Belgique*, Outremont (Québec), Athéna ed., 2005, p. 21-22

Tableau 16 : Principes généraux du NPM selon Enrique Saravia et Jean-Jacques Legrand.

Principes généraux du NPM selon deux auteurs	
Enrique Saravia	Jean-Jacques Legrand
Décentralisation au profit d'unités gouvernementales et dévolution de responsabilités à des niveaux inférieurs du gouvernement (aux municipalités, par exemple)	Séparation des rôles entre le politique et l'administration
Réexamen de ce que le gouvernement doit payer et faire, payer et ne pas faire, ni payer ni faire	Décentralisation et délégation au niveau pertinent
Réduction du secteur public et privatisation d'activités ou création d'organes autonomes pour les réaliser	Administration et hiérarchies réduites
Prise en compte de manières moins coûteuses de rendre des services, telles que la sous-traitance, les mécanismes du marché et le paiement par l'utilisateur	Orientation vers le marché
Information du client, incluant des normes explicites de qualité pour le service public	Transparence et mesure des coûts
<i>Benchmarking</i> et évaluation des résultats	Orientation vers les résultats
Réformes destinées à simplifier la réglementation et à réduire ses coûts	Orientation vers le client et gestion orientée vers la qualité
	Orientation vers le citoyen et vers les communautés

(Principes énoncés dans l'ordre utilisé par ces auteurs)

LES MESURES D'APPLICATION DES PRINCIPES DU NPM DANS LA FONCTION PUBLIQUE.

Nous venons de présenter les 8 grands principes du NPM issus de différents courants. Ces idées maitresses du NPM ont pris formes à travers diverses applications que l'on peut résumer en 3 mots : désagrégation, concurrence et incitation. Le foisonnement idéologique autour du NPM favorise une logique d'innovation dans l'application de ces principes en fonction des problématiques propres au secteur public d'une part et selon une logique d'acclimatation soulignée par J.-M Eymeri-Douzans (2008) d'autre part. Le tableau ci-dessous relate cette richesse d'application.

Tableau 17 : Principes et applications du NPM dans le secteur public selon Béatrice Van Heperen (2012, p 85, 86).

Idées maitresses du NPM	Applications dans le secteur public
<p>Désagrégation : Eclatement des hiérarchies monolithiques spécifiques des grosses administrations publiques en structures moins autonomes et moins hiérarchisées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Redéfinition des systèmes de management et d'information. -agencification -découplage des systèmes politiques -amélioration de la mesure des performances
<p>Concurrence : Ce principe doit diminuer les coûts tout en garantissant une amélioration de la qualité des services offerts</p>	<ul style="list-style-type: none"> -la sous-traitance, la dérégulation, -les quasi-marchés -la libération du marché des produits -plus grande transparence de la comptabilité
<p>Incitation : Elle repose sur la reconnaissance de performances spécifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> -privatisation du capital ou d'entreprise publique, -les partenariats publics/privés -les rémunérations liées aux performances

La mise en place de ces nouveaux instruments a des conséquences notables sur les politiques des ressources humaines qui remettent fondamentalement en cause le fonctionnement du secteur public tel qu'il était appliqué jusqu'alors. Ainsi se développe graduellement le recrutement par contrat, la rémunération liée à la performance, l'avancement non plus à l'ancienneté mais en fonction des compétences de l'agent, une réduction des effectifs, une responsabilisation des fonctionnaires portée par l'essor du management participatif (Amar&Berthier, 2007). Nous comprenons à travers l'énumération de ces modifications de nature RH que l'impact de la mise en place du NPM est grand. Parfois mal perçu, il est nécessaire de dresser un bilan de la mise en œuvre de ces principes.

AVANTAGES ET LIMITES DU NPM.

Les principes du NPM apportent une vague de modernité dans les organisations où ils sont appliqués. Ces évolutions « dans l'air du temps » répondent aux attentes de contrôle du coût de certains services en particulier dans les situations de sous-traitance de services précis faisant appel à des techniques simples (entretien des bâtiments, buanderie ou enlèvement des ordures) (Merrien, 1999, p.100). L'idée d'un fonctionnement plus rapide et plus efficace permettant d'offrir une meilleure qualité de service a séduit les parties prenantes de ce nouveau mode de gestion dans un contexte qui y était propice comme nous avons pu le présenter.

On peut donc distinguer trois catégories d'avantages à la mise en place du NPM :

-les avantages en termes de finances publiques. Les principes du NPM ont permis malgré quelques craintes une sensibilisation progressive à la question de la rationalisation des dépenses publiques avec par exemple l'introduction du contrôle de gestion dans l'administration à l'origine d'une meilleure affectation des recettes publiques. Les illustrations portent sur le recours accru à l'intérim dans une logique de flexibilité ou encore la mise en concurrence qui a permis de réduire les coûts avec un accroissement de la rentabilité.

-les avantages en termes de ressources humaines. Les conséquences de l'application du NPM sont une plus grande autonomie des agents qui se révèlent être un facteur de motivation si elle est bien apprivoisée (Amar & Berthier, 2007). Ainsi une communication plus claire est portée aux agents qui ont une meilleure visibilité sur leurs missions et les attentes qui en découlent. Cet atout est plébiscité par les fonctionnaires qui en 2005 sont « *59% des salariés du secteur public (a estimé) urgente une réforme de fonctionnement de l'Etat et du service public* » (Amar & Berthier, 2007), en particulier en termes d'intérêt au travail et d'évolutions technologiques.

-les avantages en termes de qualité de services pour les citoyens comme le soulignent Anne Amar et Ludovic Berthier (2007). L'amélioration du service public est à mettre en lien avec les économies de coût qui ont permis l'affectation de recettes publiques pour la mise en place de nouveaux services. De plus l'idée d'un service de proximité permis par la décentralisation du pouvoir des administrations publiques rend plus simple les démarches.

-les avantages en termes de communication. Sans permettre un management participatif, le NPM a permis de prendre en considération l'importance de la communication. Cette dernière a transmis à l'opinion publique l'idée d'une modernisation séduisante mais aussi une logique

de transparence quant aux actions de l'Etat nous l'avons signalée. Cet aspect est particulièrement apprécié.

Si les principes sont louables, quelques limites apparaissent pourtant dans l'application des principes du NPM et les critiques portent à différents niveaux.

Elles sont d'ordres idéologiques en particulier en France où l'attachement aux valeurs du service public et à son caractère intouchable sont particulièrement ancrées historiquement : la notion d'intérêt général (Worms, 2006¹⁰²) ou encore de continuité, d'égalité et de mutabilité (Chevalier, 1997¹⁰³) semblent peu compatibles avec l'introduction des logiques de marché et le recours à la privatisation qui apparaissent du coup comme dangereux. Le recours croissant à des agents contractuels, s'il permet une adaptation plus flexible aux besoins peut par ailleurs faire craindre une déstabilisation des organisations publiques.

De manière globale les fonctionnaires redoutent les modifications de leur statut, de leur système de rémunération et de leur évolution de carrière en créant un sentiment fort d'incertitude. Aussi les idées du NPM ont suscité des mouvements de résistances internes marqués (Amar & Berthier, 2007). Il en résulte « *un scepticisme généralisé sur la possibilité de conduire le changement au sein de l'administration* ». (Merrien, 1999, p. 100). Pour les opposants du NPM, l'hôpital ne peut pas et ne doit pas se soustraire à ce revirement idéologique.

Pour d'autres, les critiques reposent sur une certaine déception au moment de l'application des principes avec un bilan en demi-teinte. Ainsi le rapport de l'OCDE relatif aux mutations du secteur public met en avant une tendance à l'exagération des capacités de ces mécanismes comme outil d'amélioration de l'efficacité (Lacasse, 1995¹⁰⁴). D'autre part la fonction publique s'est montrée assez peu réceptive aux logiques de motivations financières : la reconnaissance du travail reste plus importante que la reconnaissance financière¹⁰⁵. Autrement dit même les défenseurs des principes du NPM se sont finalement souvent trouvés déçus par leur application à la fonction publique.

De plus un certains nombres de critiques structurelles ont pu être avancées. Elles sont à mettre en lien avec la décentralisation, la déconcentration et la multiplication de « petites unités

¹⁰² Worms, JP., (2006), « Le management sauvera-t-il le service public ? », in *Empan*, n°61, pp. 12-19.

¹⁰³ Chevallier, J. (1997), *Le service public*, 4^eEd, Paris, PUF, « Que sais-je »

¹⁰⁴ Lacasse, F. (1995). *La Gestion publique en mutation. Les réformes dans les pays de l'OCDE*.

¹⁰⁵ Ce discours transparait aussi dans les résultats du questionnaire de satisfaction diffusé dans l'hôpital 2.

autonomes » permettant un traitement plus rapide et pour un moindre coût des besoins publics. Cette décentralisation du pouvoir entraîne involontairement une perte de cohérence d'ensemble de l'action publique sous l'effet du cloisonnement des services : cela entraîne une multiplication des méthodes de travail parfois divergentes : le sens collectif des actions menées et des finalités de travail sont perdus. De plus la mise en place du NPM ne s'est pas faite de manière suffisamment participative : les acteurs qui allaient subir les modifications dues au NPM n'ont **pas été consultés (Amar et Berthier, 2007). Ainsi les principes et les outils du NPM n'ont pas été suffisamment expliqués.** Nous retenons avec attention ce point car il nous semble que c'est un levier qui peut être actionné aujourd'hui dans une démarche d'accompagnement au changement dans un hôpital.

Enfin les nombreuses critiques portent sur la capacité des administrations à pouvoir justifier de leurs performances. Si la volonté d'une plus grande transparence semble sincère, il est plus délicat de créer les outils permettant l'évaluation de la performance dans une vision globale : les méthodes utilisées sont principalement quantitative et peinent à donner un sens global au management public qui se retrouve qualifié alors de réducteur. Car dans les faits tout n'est pas quantifiable et limiter le management à des chiffres et à des outils constitue une régression par rapport à la tradition sociologique (Trosa, 2007¹⁰⁶). C'est probablement cet aspect qui reste le plus délicat dans l'application des principes du NPM à l'hôpital. Il semblerait en effet que dans ce secteur, les valeurs de la fonction publique prennent tout leur sens et que ce changement de paradigme soit parmi les plus complexes à mettre en œuvre. C'est pourquoi nous allons désormais porter notre attention à la mise en place des principes du NPM dans le secteur de la santé et les conséquences sur sa réorganisation en particulier à l'hôpital. Nous verrons comment les réformes successives ont impacté les ressources humaines à la fois au plan des gouvernances mais aussi dans l'accompagnement aux logiques d'évaluation et de régulation à la performance.

¹⁰⁶ Trosa, S, (2007), *Vers un management post bureaucratique, La réforme de l'Etat, la réforme de la société.* Etude (broché). L'Harmattan.

3.1.2 Le New Public Management dans la fonction publique hospitalière : les difficultés d'appropriation des logiques de performance et d'évaluation.

L'hôpital en tant que secteur public n'échappe pas à la mise à l'épreuve des principes du NPM et en particulier celui de la performance économique (Routelous, 2013¹⁰⁷). Pour cela il doit assimiler un ensemble de réformes et d'outils de gestion avec lesquels il se sent peu familier sous l'effet d'une « evidence-based policy ». En effet, il s'agit pour les pouvoirs publics de mettre en place les principes d'une nouvelle gouvernance applicable à toutes les organisations. Il s'ensuit une réorganisation du paysage et des structures de la santé en France entre régulation des établissements de santé et responsabilisation des professionnels de santé et des usagers : « *L'hôpital se doit de devenir une organisation « performante où l'ensemble des acteurs sont responsabilisés.* » » (Routelous, 2013, p.9). Si nous avons pu justifier en quoi cette nouvelle autonomie pouvait se révéler motivante et attrayante elle nécessite pourtant de s'acclimater à un nouveau paradigme ce qui ne va pas de soi.

LE PARADIGME DU NPM : EFFICIENCE ECONOMIE EFFICACITE A L'HOPITAL.

Cette méthode de gestion promettant une meilleure utilisation des ressources disponibles se voit transposer dans différents secteurs de la fonction publique (armée, éducation nationale, recherche, acheminement du courrier...) y compris dans le secteur de la santé. Elle apparaît comme le remède aux maux de la fonction publique hospitalière française souffrant d'un manque d'organisation interne, ce qui augmenterait considérablement les coûts de fonctionnement : « *On soupçonne en général que la diminution des dysfonctionnements [liée aux réformes] s'est appuyée sur un slack important, c'est-à-dire sur des ressources surabondantes par rapport à ce qu'elles pourraient être dans le cadre d'une gestion efficace. C'est d'ailleurs sur cette hypothèse que repose l'accentuation de la pression gestionnaire, qui consiste essentiellement à inciter le management hospitalier à repérer et utiliser les réserves de productivité interne de l'établissement, que l'on pense importantes* » (Belorgey, 2010)¹⁰⁸.

La volonté d'efficience est ainsi largement mise à l'honneur. C'est un objectif qui en théorie fait consensus puisqu'il s'agit de fournir à moindre coût (en diminuant les moyens le plus souvent) des soins qualité supérieure. A cette fin, comme dans le privé, il doit y avoir une

¹⁰⁷ Routelous, C., « L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrine, instruments et hybridations des valeurs », Quaderni n°82, Automne 2013, pp. 5-15.

¹⁰⁸ Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression: Enquête sur le nouveau management public*. La Découverte.

volonté d'ouverture et d'accessibilité à des données permettant de comparer des établissements ou des services : cette comparaison est toute autant destinée aux instances qu'aux usagers. Ce droit de regard, cette volonté de transparence sont souvent mal perçus par les hôpitaux plutôt habitués à une gestion interne. Faire face à la pression de la mise en compétitions avec les établissements voisins soit géographiquement soit par la nature même des services hospitaliers présents est un nouveau challenge difficile à relever.

LA NECESSITE DE CREER DES CRITERES DE COMPARAISON.

De plus cette comparaison demande de développer toute une démarche d'identification de critères de comparaison puis la réalisation de campagnes d'évaluation de ces critères. L'hôpital a bien conscience de cette nécessité mais il la redoute aussi puisqu'il y est peu familiarisé et que ce principe de compétitivité voire de *benchmarking* issu du marketing s'oppose aux traditions et aux valeurs de la fonction publique. En effet, en France il a longtemps prévalu le postulat selon lequel la gestion publique, placée sous le sceau de l'intérêt général, ne pouvait être mesurée en termes d'efficacité¹⁰⁹ de manière globale : la question est d'autant plus délicate que l'on traite de la santé de nos citoyens. C'est un revirement de culture.

Puisqu'il faut mesurer la performance des établissements il convient d'en fixer les indicateurs mais aussi de penser la construction d'un système de pilotage (contrôle de gestion) qui pourra analyser les données recueillies: ainsi il sera possible de mesurer l'écart entre les résultats attendus et les résultats constatés et de réajuster les dispositifs en place afin d'atteindre les objectifs. Ce mode de fonctionnement remet en cause fondamentalement l'organisation d'un hôpital reposant en haut de l'édifice sur le médecin qui fort de sa science, ses connaissances et sa formation, incarne celui qui sait, qui soigne et qui sauve (Herreros, 2007, p .25¹¹⁰). L'ancien modèle où le personnel soignant se plie à l'autorité médicale et s'applique à le servir et où l'administration octroie les moyens pour que les missions du médecin soient menées à bien est révolu. Il faut donc en créer un nouveau et nous verrons dans la partie suivante que cette tâche incombe principalement au service RH. Les administrations n'acceptent plus que soit occultée la dimension économique de la gestion des projets.

¹⁰⁹ Chevallier, J., & Loschak, D. (1982). Rationalité juridique et rationalité managériale dans l'administration française. *Revue française d'administration publique*, 24, 679-720.

¹¹⁰ Herreros, G. (2007). L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation. *Socio-anthropologie*, (21), 23-36.

MODALITE DE MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPES ET DES OUTILS DU NPM DANS LE DOMAINE DE LA SANTE : UNE SUCCESSION DE REFORMES QUI REMET EN CAUSE LA CULTURE DU SERVICE PUBLIC.

Au-delà des réformes hospitalières, une politique de réforme administrative s'illustre par le lancement en 2001 de la réforme budgétaire (LOLF) et en 2007 par la révision générale des politiques publiques (RGPP). Ce revirement de paradigme ne peut s'opérer sur un délai court et une succession de réformes¹¹¹ tend à répondre au défi soumis au système hospitalier : celui de rationaliser son activité en créant des conditions favorables à la privatisation de l'ensemble du système de soin.

En mobilisant de nouveaux instruments et des programmes ambitieux, le secteur de la santé répond sous l'influence du modèle du NPM à une volonté ancienne de maîtriser l'offre hospitalière (Routelous, 2013, p.7). Ainsi la loi du 31 juillet 91 annonce déjà des objectifs de réduction des lits : sous le contrôle du SROS (schéma régional d'organisation des soins) on assiste à la fermeture, restructuration et fusion de certains services. Puis les réformes se sont succédées à un rythme soutenu pour permettre progressivement aux établissements de « *moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier, de suivre et de maîtriser leurs performances* » (Routelous, 2013, p.8). On constate alors que « *l'amplitude et la profondeur des réformes qui affectent l'hôpital depuis notamment les lois de 1996 (Agences régionales d'hospitalisation - ARS, schémas régionaux d'organisation des soins -SROS), 2002 (droit des malades), 2005 (nouvelle gouvernance), 2007 (tarification à l'activité - T2A) et 2009 (loi Hôpital patients santé territoire – HPST, avec la création des Agences régionales de santé - ARS) suffisent à illustrer l'idée que la fonction publique hospitalière connaît des changements profonds dans toutes les dimensions de son fonctionnement : gouvernance, process, organisation interne, relations aux patients, partenariats externes. Ces fortes réorganisations plutôt sous forme d'adjonctions que de refontes, induisent aussi des mouvements de mutualisation, de partenariats, de recherches d'économies, de rapprochement vers les usagers qui réclament de la part des agents une capacité d'adaptation à un schéma fonctionnel de plus en plus complexe (le « mille-feuille territorial français »).* »¹¹²

¹¹¹ Au vu de l'ampleur des réformes qui ont marqué l'histoire récente de l'Hôpital en France, nous vous conseillons la lecture du rapport du Conseil économique et social de 2005 sur « L'hôpital public en France : bilan et perspectives ». 259p.

¹¹² Pour une prévention durable des risques psychosociaux dans les fonctions publiques territoriales et hospitalières. Rapport issu du groupe de travail réuni à l'initiative du fonds national de prévention de la CNRACL et animé par Sciences Po Bordeaux 4 mars 2013. p.18

Ce changement se déroule par une superposition de réformes probablement pour ménager les acteurs de santé frileux. Comme le souligne Philippe Mossé « *la plupart des changements consiste à rajouter à l'existant, un dispositif, une ligne hiérarchique, souvent une instance, sans toucher au cœur du système que serait le pouvoir (discrétionnaire) des médecins* »¹¹³. Les conditions favorables d'appropriation et d'adhésion à des finalités dont les contours restent flous ne sont donc pas réunies. Une méfiance s'installe progressivement en particulier dans le milieu médical et soignant qui redoute une perte de contrôle. De la même manière l'implantation de logiques consuméristes et financières du soin crée une crispation des professionnels de santé et plus particulièrement des soignants qui craignent de perdre à ce jeu une part de leur activité certes moins visibles mais garantissant une haute qualité de soins.

Ces réorganisations ont eu des conséquences visibles sur les quotidiens de travail du secteur hospitalier. Le développement de la démarche qualité dès 1986 puis les démarches de certification¹¹⁴ en 1996 (par ordonnances dites Juppé) annoncent la recherche d'un renouveau tout comme la tarification à l'activité¹¹⁵ (T2A) en 2004 ou encore la privatisation d'une partie de l'activité hôtelière jugée non rentable (lingerie, restauration).

La T2A est un dispositif de financement des établissements de santé qui permet de calculer le coût des soins dans une logique quasi-marchande et qui repose sur un principe fort d'incitatif à l'efficience (Moison, 2013, p.52). Il s'agit de rémunérer les hôpitaux non plus sur la base d'un budget reconduit périodiquement qui peut entériner les inégalités mais sur la base de ce qu'il fond vraiment (Juven¹¹⁶, 2015). Ainsi le principe de la T2A a recours à un système d'informations de l'activité hospitalière organisée en GHM ou groupe homogène de malades. Les séjours hospitaliers sont classés dans des catégories qui regroupent des pathologies ou des gestes invasifs qui mobilisent des niveaux de ressources voisins (Moison 2013). A cette nomenclature est associé un coût moyen de prise en charge étalonné à partir d'un échantillon d'une cinquantaine d'hôpitaux (Juven, 2015). Ce calcul est réalisé tous les ans dans le cadre de

¹¹³ Intervention lors de la journée du LEST juillet 2013 sur la thématique de la norme.

¹¹⁴ Il s'agit d'un instrument de régulation qualitative. Tous les 4 ans les établissements ont obligation de procéder à la certification de la qualité de leurs prestations par la Haute Autorité de Santé (HAS) et de poursuivre des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins.

¹¹⁵ Les réformes de financement des hôpitaux se jouent à trois niveaux. Au plan national les dépenses de santé sont encadrées par une enveloppe fermée (ONDAM). Au plan régional, les Agences Régionales de Santé (ARS) répartissent entre les établissements l'enveloppe régionale au moyen de négociation pluriannuelle contrats d'Objectifs et de Moyen (CPOM). Enfin au plan des établissements, ces derniers doivent contenir leur budget par un mécanisme de marché artificiel, la T2A. C'est un mécanisme de paiement à posteriori qui pénalise financièrement les prestataires de soin dépassant les durées moyennes de séjours.

¹¹⁶ Juven, P. A. (2015). Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes. L'hôpital public aux prises avec la Tarification à l'activité. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, (17).

l'étude national de coût (ENC) (Engel, Kletz, Moisdon, Tonneau, 2000¹¹⁷). Cette modalité de financement est un exemple d'appropriation des logiques du NPM et en particulier de la comparaison à l'hôpital sur un projet de grande ampleur et qui mixe une grande variété de savoirs médicaux, statistiques, informatiques, comptables, juridiques et économiques (Moisdon, 2013, p.41)

A titre d'illustration de la privatisation de certaines prestations et du principe d'efficience on peut rappeler la mise en concurrence des maternités de proximité qui a alimenté les interrogations des professionnels de santé, de la population locale et des élus tout en étant fortement relayée par les médias. Le côté « familial » des maternités de proximité n'a pas pu faire le poids face aux exigences concernant règles de sécurité dont font preuve les maternités plus importantes : avec un nombre d'accouchements suffisant elles garantissent une haute qualité des soins et en diminuent le risque d'incident par manque de pratique des professionnels.

Plus récemment et dans le domaine de la santé mentale nous avons assisté à la mise en place de CHT ou communauté hospitalière de territoire pour favoriser la mutualisation des moyens et ainsi réduire les coûts de fonctionnement des établissements. C'est une innovation de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Sa finalité est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements, la complémentarité entre les acteurs pour une offre de soin équilibrée. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions. La démarche vient compléter l'activation de réseaux de santé qui soulignent le lien entre territoire et établissement. Pour autant tous les acteurs ne sont pas à l'aise avec leur implantation. Certains médecins expriment leur crainte de voir leurs projets médicaux dilués dans une méta-structure. La lisibilité de l'identité des établissements en serait d'avantage menacée.

Nous terminerons avec un troisième exemple en évoquant la mise en place des pôles¹¹⁸ dans les hôpitaux qui invitent aussi à la comparaison même si ce n'est pas la seule finalité de cette

¹¹⁷ Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (2000). La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2. La régulation du système hospitalier. *Seli Arslan*.

¹¹⁸ En 2005, le Plan Hôpital 2007 entreprend une première réforme de la gouvernance hospitalière et cherche à mettre en place une coordination entre les médecins et les responsables administratifs. L'ordonnance du 2 mai 2005 constitue le volet "Gouvernance" du Plan hôpital 2007. Elle entend lever les freins qui pèsent sur les hôpitaux et mettre fin au dangereux désenchantement des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant et administratif. L'ordonnance recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée un conseil exécutif composé de médecins et d'administratifs. Elle met également en place une organisation médicale interne simplifiée avec les "**pôles d'activités**" ou "**pôles de soins**" qui doivent permettre le décroisement de l'hôpital. Les pôles sont dirigés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un responsable

Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH). Elle symbolise la modernisation dans les restructurations organisationnelles en particulier dans le domaine du management : la mise en œuvre des principes du NPM repose sur le développement du marketing public, la gestion par projet, le mérite, la performance et donc la compétence en mettant l'accent sur la formation. Les multiples discours sur la qualité, les tableaux de bords et les audits de modernisation ne sont que quelques outils avec un fort pouvoir symbolique. Nous traiterons des pôles en détaillant les conséquences de sa mise en place pour l'hôpital en général et pour les services RH en particulier dans la partie suivante.

APPRENDRE A GOUVERNER PAR LA COMPARAISON.

Puisque les principes du NPM conduisent à une logique de marché, progressivement le secteur de la santé s'impose une réflexion autour de la comparaison. Aussi les décisions stratégiques doivent reposer sur des données objectivées pour permettre une décision et une orientation éclairée. L'ampleur du phénomène conduit Sébastien Guigner (2013, P. 27) à préciser que *« peut-être plus que dans tout autre domaine toutefois, dans la santé la comparaison s'est érigée en totem de l'action publique. La frénésie comparative touche tous les organismes (HCCAM, IRDES, DREES, etc), prétendant éclairer les choix des pouvoirs publics. »*¹¹⁹

La comparaison devient donc un outil pratique d'aide à la décision, un outil d'identification et de propagation de bonnes pratiques souvent à travers le *benchmarking*¹²⁰ dans les organisations de santé. Instrument d'apprentissage du changement, la comparaison s'impose comme une arme politique pour soutenir des décisions visant l'amélioration de l'offre de soin *« La comparaison est censée dépolitiser et rationaliser l'action publique en alimentant un double apprentissage : l'apprentissage des gouvernants et celui des opposants. Or la comparaison impose souvent une solution plutôt qu'elle ne convainc de sa pertinence »*. (Guigner, 2013, p.32) La situation est d'autant plus marquée dans le domaine de la santé *« où les faits sont*

administratif. Le médecin chef de pôle reçoit une délégation de décision et de gestion qu'il exerce dans le cadre d'un contrat d'objectifs. <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/gouvernance-hospitaliere>

¹¹⁹ Guigner, S., (2013), « Gouverner par la comparaison : usages et mésusages des comparaisons internationales des systèmes de santé », *Quaderni* n°82, automne 2013, p.27-37.

¹²⁰ S'ils ont de nombreux points communs, comparaison et *benchmarking* ne se confondent pas totalement puisque ce dernier consiste à comparer en rapport avec un étalon. Bruno, I., Didier, E., *Benchmarking, L'Etat sous pression statistique*, Paris La découverte, 2013.

contestés, les valeurs sont complexes et les différences partisans sont nettes » (Robertson, 1991, p55)¹²¹.

Par exemple, les services sont comparés en fonction de la durée moyenne de séjour (DMS) des patients pris en charge dans une spécialité. Plus elle est courte plus l'unité est reconnue pour l'efficacité de sa prise en charge. En effet une pathologie soignée dans une durée limitée est logiquement la preuve d'un traitement adapté, appliqué dans des conditions optimum (soins) et sans effets secondaires indésirables qui auraient retardé la sortie du patient (par exemple une infection liée aux soins) afin de contenir la DMS. Certains professionnels de santé regrettent que cette information ne soit pas couplée de celle recensant la répétition des hospitalisations de certains patients prouvant que si la durée de l'hospitalisation a bien été maîtrisée l'efficacité du traitement à long terme est discutable.

Pour convaincre la comparaison mobilise un langage qui laisse peu de place a priori à l'interprétation et à la subjectivité : c'est un langage de rationalité scientifique basé sur des tableaux, des pourcentages des courbes, des cartes et autres schémas (histogrammes, barres, bulles...). (Guigner, 2011¹²²). Il permet de légitimer les choix politiques. Pourtant c'est un outil qui demande de se familiariser au principe symbolique des représentations. Comme nous le verrons dans la partie réservée à la psychiatrie, une partie des professionnels sait utiliser cet instrument de pouvoir qu'est la comparaison pour favoriser le développement de modes de prises en charge spécifiques. Mais il s'agit d'un apprentissage qui doit être collectif pour que les bénéfices soient partagés.

QUEL BILAN GENERAL PEUT-ON FAIRE DE L'UTILISATION DES OUTILS DU NPM DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ?

Si les promesses des qualités du paradigme du NPM étaient fortes et adaptées a priori aux besoins du secteur de la santé, le bilan des réformes qui en ont découlé pour favoriser son implantation conduit à un bilan en demi-teinte. Le résultat concret des réformes inspirées par le NPM s'avère pour le moins nuancé.¹²³ Jacques Chevalier dresse un bilan mitigé, que ce soit

¹²¹ Robertson, DB, (1991), « political conflict and lesson drawing », *Journal of Public Policy*, 11(1), 1991.

¹²² Guigner, S., (2011), « L'influence de l'union européenne sur les politiques et pratiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences Sociales et Santé*, 29 (1), 2011, pp. 81-106.

¹²³ « La réforme de l'Etat et la nouvelle gestion publique : mythes et réalités », *Revue française d'administration publique*, n°105-106, 2003 ; C. POLLIT, G. BOUCKAERT, *Public management reform : a comparative analysis*, Oxford, Oxford university press, 2em ed, 2006 ; « Moderniser l'Etat », *Revue internationale des Sciences administratives*, 3/2006.

en termes de finalités, de stratégies mises en œuvre pour promouvoir ces réformes et leur donner vie, que ce soit en termes de contenus ou de réception par ceux auxquelles elles s'adressent (au premier rang desquels, les *fonctionnaires* eux-mêmes et les usagers des services publics). « *L'auteur a ainsi pu démontrer le décalage entre une vue par le haut donnant à voir une dynamique de réformes spectaculaire et une vue par le bas, marquée par une mise en application différenciée, des réticences, de fortes défiances se muant parfois en résistance active* »¹²⁴. Le décalage notable entre les ambitions des réformateurs et la réalité de terrain est fort : si ces réformes sont nécessaires, leurs mises en place « imposées » parfois de manière désorganisée n'a pas toujours permis au personnel de se saisir de leur finalité. Les méthodes participatives favorables à une appropriation par les agents de terrains a probablement fait défaut.

Faut-il regretter cette succession de réformes et leurs effets créant un sentiment d'incertitude voire de fatalisme sur la capacité d'efficience même de ces réformes ou peut-on y voir un moyen de maintien de vigilance des acteurs de santé dans la fonction publique hospitalière, favorisant la création ou l'innovation dans un secteur évoluant à flux tendu entre restriction budgétaire, pénurie de soignants et mise en place de nouvelle gouvernance ? La question reste malheureusement sans réponse mais nous constatons qu'une évolution est en marche : les principes du NPM ont imprégné l'hôpital et ont modifié les modes de financement, les organisations et les modes de régulation.

Sans remettre en cause la pertinence même de ces réformes, c'est la manière dont elles se sont inscrites, par superpositions pour un effet mille-feuille qui a des conséquences délétères dans le secteur de la santé. La mise en avant du « visible » et donc « mesurable » favorise la logique du « comme si » : un établissement va donc consacrer une part importante de son énergie pour donner à voir des pratiques de qualité quitte à utiliser des stratégies « Potemkine » (faire briller le pont du navire au moment de la visite, même si les soutes laissent passablement à désirer). Bien sûr personne n'est dupe mais cette stratégie décrédibilise tout le processus d'évaluation en général. Aussi la capacité de l'hôpital à répondre à ces nouvelles logiques est remise en cause par les professionnels tout comme les principes du NPM y compris dans la littérature qui ne se prive pas de dénoncer les effets des logiques gestionnaires à travers des titres particulièrement accrocheurs : « L'hôpital malade de l'efficience », « Marchandiser les soins nuit gravement à

¹²⁴ Wilkin L., Bernard B, « Introduction. Les réformes de l'administration vues d'en bas-volume III », Pyramides N° 19, 2010, 9-14. p.9.

la santé »¹²⁵, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin. »¹²⁶, « Un organisme de santé ... malade de « gestionnisme »¹²⁷...Le caractère chronophage de la mise en place de ces réformes est souligné : il éloigne les managers de leurs équipes et de la réalité du terrain (Detchessahar, Grévin, 2009).

Le brouillage identitaire des fonctionnaires est conséquent, les chefs d'équipe doivent intégrer rapidement des techniques d'animation différentes et des compétences gestionnaires élargies sans y avoir été formés ou du moins accompagnés. Souvent les acteurs ayant subis ce changement de politique ont eu du mal à conjuguer la compatibilité entre deux mondes tant le paradoxe des valeurs est éminent en particulier dans le domaine de la santé. Crise identitaire, conflit de rôle, précarité sont de nouveaux maux qui découlent en partie de ce changement de paradigme et qui demandent à être pris en considération en particulier par les services RH et l'encadrement.

Si l'ensemble du secteur de la santé a subi les effets de cette succession de réformes, les services des ressources humaines (RH) ont la particularité à la fois d'en subir les effets en tant que personnel hospitalier tout en étant contraint de prendre la posture de maître d'œuvre de ses réformes en tant que direction fonctionnelle. Finalement pour eux la question n'est plus de savoir si les outils du NPM sont « bons ou mauvais ». Ils se sont fondus dans un tout qui se veut cohérent avec les attentes d'aujourd'hui et qui doit donc être mis en application. Et puisque le processus de changement de paradigme gestionnaire est en route, il convient alors de se demander comment introduire ces outils et comment favoriser leur appropriation afin qu'ils puissent servir au mieux les intérêts de chacun. Les RH doivent donc relever le défi de ces nouvelles missions par une restructuration interne de ses services et un accompagnement de l'hôpital dans sa nouvelle organisation afin de rendre plus acceptable les applications du principe du NPM à l'hôpital et en limiter les effets indésirables. Il conviendra alors de substituer progressivement au management par objectifs un management par les valeurs (Chanut, Rojot, 2012¹²⁸) même si sa mise en œuvre reste incertaine.

¹²⁵ Titres de la *Revue du Mauss*, 2013/1, n°41.

¹²⁶ Philippe Chaniel, in *Revue du Mauss semestrielle*, n°35, 2010.

¹²⁷ Detchessahar, M., & Grévin, A. (2009, December). Un organisme de santé... malade de «gestionnisme». In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA.

¹²⁸ Chanut, V., & Rojot, J. (2012). Réinventer l'évaluation. Les nouvelles règles du jeu RH dans une administration publique. *Management & Avenir*, (9), 195-222.

3.1.3 Conséquences de l'implantation des principes du NPM dans les services RH des hôpitaux publics.

Pour répondre aux attentes d'une meilleure gestion du coût de la santé, l'hôpital a du ingérer une quantité notable de réformes. Bon élève, il a tout mis en œuvre pour répondre, du moins en surface aux attentes qui lui ont été soumises. Aujourd'hui l'appropriation de cette nouvelle culture de rationalisation n'est que partielle et elle nécessite une adaptation des fonctions en ressources humaines dans les établissements afin de tenir les nouveaux rôles qui lui incombent en matière de soutien des pôles aux côtés des autres directions fonctionnelles. Afin de mieux contrôler les coûts liés à la gestion du personnel, les services RH doivent soutenir les pôles dans les démarches professionnalisées de recrutements (fiche de poste), d'identification des compétences cibles en fonction des spécificités de leur activité, accompagner les agents dans la gestion de leur compétence et de leur évolution de carrière. C'est pourquoi la GPMC qui « *doit permettre de faire coïncider les besoins en compétences des établissements et les projets personnels des agents* » (Baret et al., 2011, p.7¹²⁹) constitue une réponse phare aux nouvelles fonctions attendues dans les services RH. Ainsi le service RH offre un nouveau visage et doit chercher lui aussi à se faire reconnaître.

UN NECESSAIRE CHANGEMENT DE POSTURE POUR LES SERVICES RH.

Les services RH doivent gérer de nouveaux enjeux. Au cœur des réformes qui les enclavent dans une double posture où ils produisent des normes autant qu'ils les subissent, il s'agit de penser la réorganisation des services, l'apprivoisement des outils de gestion et d'accompagner la montée en compétences du personnel des services RH eux-mêmes comme de l'ensemble des agents de l'hôpital : « *Au-delà des besoins essentiels d'acquisition et de développement des compétences..., elle (la direction des ressources humaines) doit faciliter la compréhension et l'appropriation d'un mode de gestion plus moderne dans l'ensemble de l'organisation et optimiser son soutien auprès des cadres au regard du changement en renouvelant ses propres modes de fonctionnement et son offre de service* » (Côté, 2014, p.95¹³⁰). On notera qu'à cette intention les Directeurs des Ressources Humaines ont cherché l'appui de nouveaux profils de

¹²⁹ Baret, C., Codello-Guijarro, P., Koffi, P., & Oiry, E. (2011). Surmonter les difficultés de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public: les apports d'une approche en termes d'effectivité. *Vers un management des ressources humaines durables et bienveillant.*

¹³⁰ Côté, M., Harvey, J. F., & Picard, A. (2014). Vers un accompagnement des cadres dans l'adoption d'une vision moderne de la gestion: le rôle de la direction des ressources humaines. *Gestion*, 39(3), 85-96.

professionnels (préventeur des risques psychosociaux, juristes, doctorants en sciences de gestion) mais aussi de cabinets de conseil spécialisés dans le changement et dans le secteur de la santé.

Les services RH doivent sortir d'une posture passive, très administrative, d'application des règles (élaboration d'un contrat) typique d'une organisation bureaucratique pour adopter une posture plus active avec une expertise dans le contrôle de gestion : il se retrouve gardien du temple « financier », accompagnant les professionnels dans le contrôle des dépenses des pôles par exemple en particulier dans le domaine du recrutement des agents (il impose des plafonds de salaire) car la rémunération du personnel représente une part considérable du budget de l'hôpital. De plus ils doivent innover pour demain en adoptant une politique plus offensive pour évoluer vers « l'hôpital stratège » (Souteyrand & Contandriopoulos, 1996) : « *la stratégie devient essentielle pour définir, mettre en œuvre des principes de gestion censés permettre aux hôpitaux de répondre aux besoins et aux attentes des patients* » (Baelen, 1997).

Il est à noter que cette démarche doit de surcroît faire face à l'imprévisibilité croissante des ressources :

-financière d'une part avec les effets pervers du système de cotation des actes (T2A) qui entraîne une baisse de la rémunération en cas d'augmentation notable du nombre d'actes : « *La pression s'accroît chaque année car les tarifs sont revus à la baisse régulièrement, ce qui engage les établissements à accroître leur activité pour obtenir des ressources identiques à l'année précédente.* »(Routelous, 2013, p.8, 9)

-humaine d'autre part. On parle en effet de crise des ressources humaines dans le secteur de la santé qui doit faire face à des pénuries de personnels : absentéisme¹³¹ (Brami et al., 2013), déserts médicaux, pénurie d'infirmières (Haroche, 2010) dans certaines spécialités mais aussi des pénuries de compétences.

¹³¹ Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, (3), 168-189.

Tableau 18: Evolution de la posture RH à l'hôpital.

Autrefois	Hier	Aujourd'hui
RH passive	RH active	RH stratégique et offensive
Exemple : élaboration de contrats	Exemple : contrôle de gestion des pôles	Exemple : développement des compétences

Dans cette perspective de modernisation des fonctions RH, les méthodes managériales tout comme les outils de gestion empruntés au secteur privé s'imposent dans une logique de recherche d'efficacité. La contractualisation « (...) constitue potentiellement un des leviers de la modernisation » (Bartoli, 2005, p. 388¹³²), ayant pour objectif la responsabilisation des acteurs. Les services RH se voient dans l'obligation de faire adopter ces nouvelles méthodes de travail auprès de leurs agents ce qui relève déjà d'un premier défi mais aussi auprès d'agents avec lesquels ils n'ont aucune relation hiérarchique : la démarche n'en est que plus périlleuse.

NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE ET MISE EN PLACE DES POLES : DIFFUSION DES MISSIONS MANAGERIALES ET CONFLIT DE ROLE.

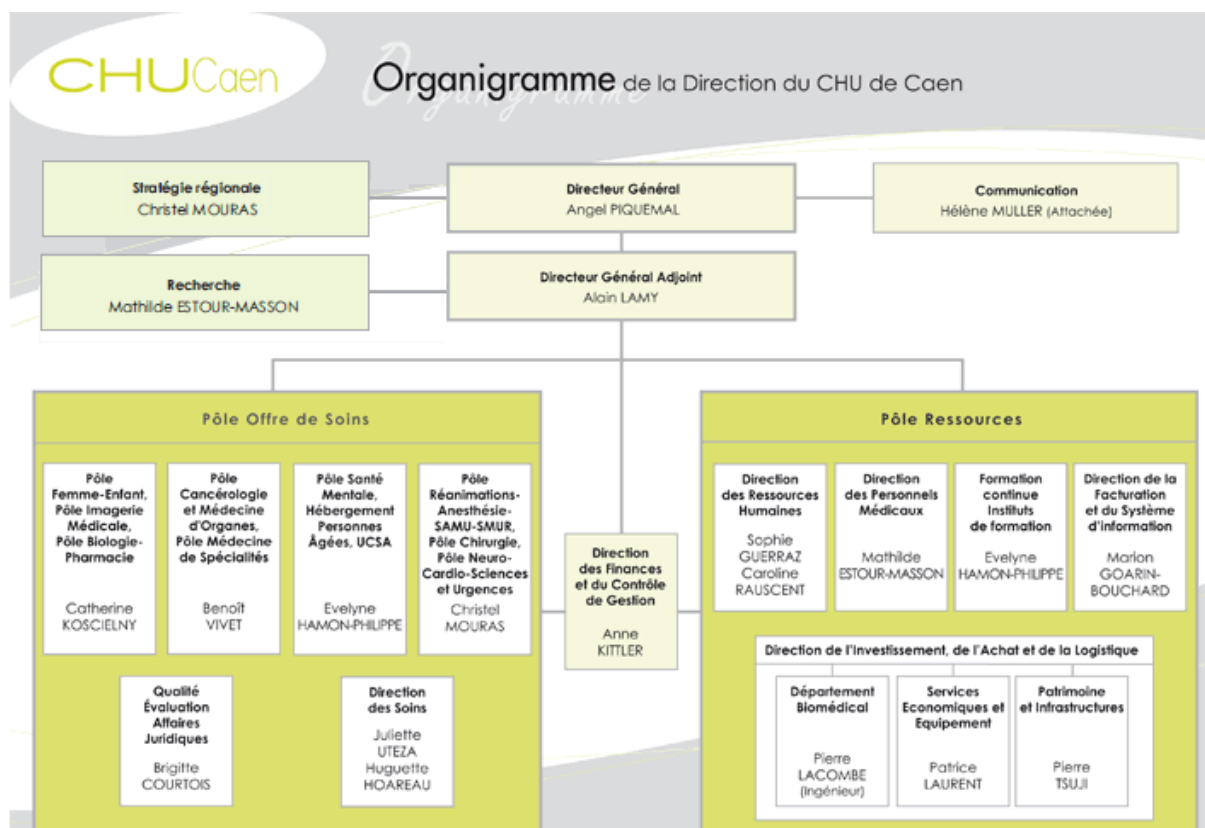
En préambule de la présentation de l'impact de la mise en place de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et ses conséquences sur la DRH, nous allons brièvement présenter l'organisation d'un hôpital public en France. En effet, si les DRH doivent penser autrement leur mission et impulser d'autres politiques managériales, il faut bien se saisir de la particularité du monde hospitalier qui conjugue avec le pouvoir de plusieurs directions fonctionnelles (direction des soins (DS), direction des affaires médicales (DAM), direction des affaires logistiques (DAL), direction du système d'information..) qui jouent un rôle de support pour les pôles d'activité médicaux-techniques qui regroupent des unités de soins. Ces directions sont elles-mêmes sous l'autorité d'un Directeur Général (DG) nommé par le Ministre de la Santé. Le DG est le représentant légal de l'établissement, dont il assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon

¹³² Bartoli, A. (2005). *Le Management dans les organisations publiques*. Dunod.

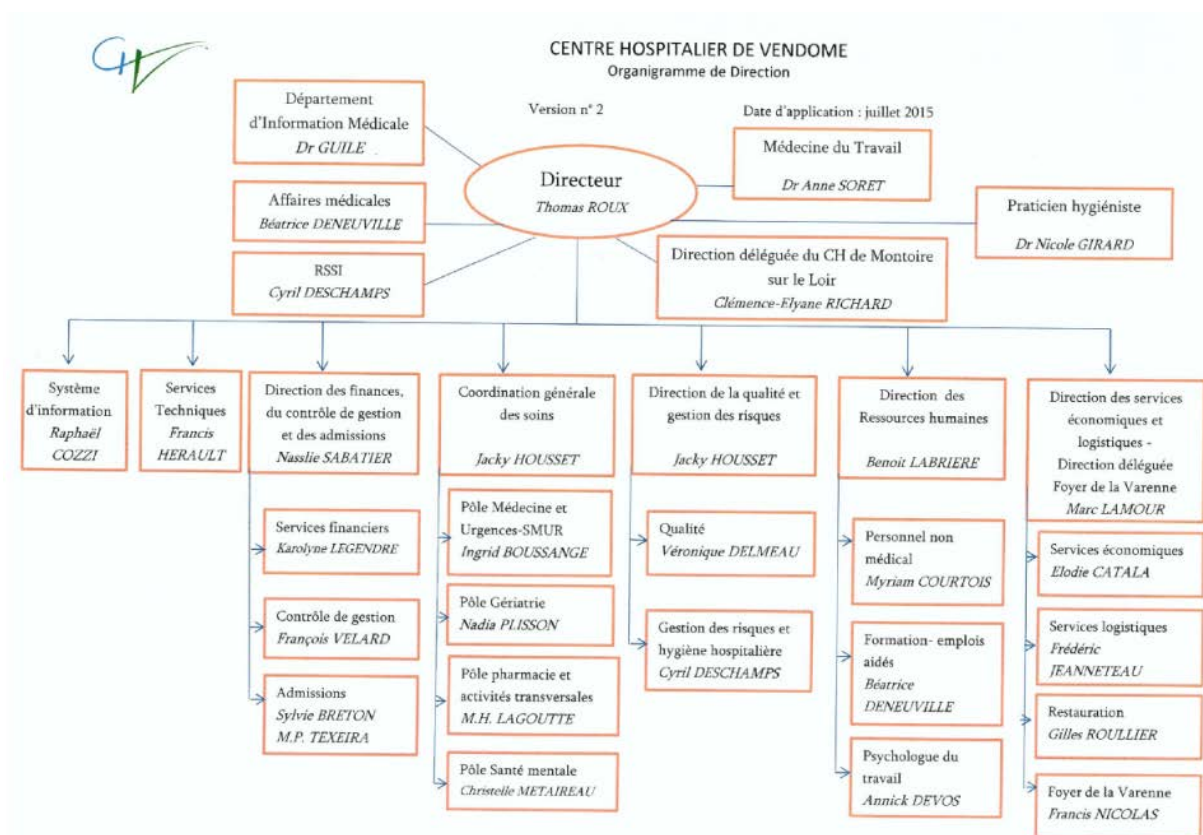
fonctionnement de tous les services¹³³. Il préside avec le Président de CME (commission médicale d'établissement) le directoire, organe collégial qui définit le projet médical et le projet d'établissement. En complément du directoire, un certain nombre d'instances consultatives permettent d'ajuster la gestion de l'hôpital : la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE), la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUCQ-PC). Enfin, précisons que les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques sont sous la responsabilité d'un praticien titulaire, qui dispose d'une autorité sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement et d'une délégation de gestion du DG. Ce descriptif semble préciser l'organisation de l'hôpital mais il ne répond pas précisément aux logiques d'un organigramme qui préciserait le lien hiérarchique de chacun. Nous avons pourtant consulté des données spécialisées mais la conclusion suivante s'impose : il n'y a pas d'organigramme type aujourd'hui de l'organisation d'un hôpital public en France mais DES organigrammes, chaque établissement disposant d'ajustements qui lui sont propres. Ainsi d'un établissement à l'autre la direction des soins n'occupe pas la même place par exemple. Nous proposons d'illustrer notre propos avec deux exemples d'organigramme accessibles en ligne, publiés récemment sans être ceux de nos terrains d'enquête.

¹³³ <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/L-organisation-interne-de-l-hopital#sthash.1p6CBBrth.dpuf>

Figure 3 : Illustrations d'organigrammes hospitaliers.



http://www.chu-caen.fr/images/organigramme_11-2013.gif



Dans ce deuxième exemple, l'organigramme est différent : les directions semblent se développer en parallèle les unes des autres sans jamais se recouper.

Il est primordial de se saisir des délimitations des territoires entre direction des soins, directions des pôles et direction des ressources humaines, en particulier ces dernières années dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Elles sont absolument à prendre en compte lorsqu'il s'agit de se saisir de la diffusion d'une réforme et de l'appropriation d'un changement. Le cheminement des lignes hiérarchiques qui se superposent, s'entrecroisent entre milieu médical (CME/direction des pôles médicotéchniques), soignant (direction des soins et direction des pôles) et administratif (gestion logistiques, des finances ou des ressources humaines) est à démêler dans l'analyse spécifique de chaque situation¹³⁴. Ainsi le recrutement d'un infirmier qui était autrefois géré par la direction des soins (choix du candidat), simplement formalisé administrativement par la direction des ressources humaines (rédaction du contrat, simulation de paye) trouve aujourd'hui un troisième acteur avec la direction du pôle de soins concerné par l'affectation du candidat. C'est aujourd'hui sur cette direction que pèse la responsabilité du recrutement quand les délégations de pôles ont été mises en place dans la structure. Cette

¹³⁴ Nous tiendrons compte de cette spécificité au moment du choix de notre modèle d'analyse en mobilisant le concept d'organisation pluraliste et ses caractéristiques dans les démarches de conduite du changement.

coexistence de directions aux territoires plus ou moins bien délimités explique par ailleurs les situations d'injonctions contradictoires auprès du personnel en ligne directe avec les patients et les difficultés potentielles de mise en œuvre des réformes d'autre part.

Si la situation était déjà complexe, la mise en place de la nouvelle gouvernance a sérieusement compliqué les lignes hiérarchiques à l'hôpital. Ces principes sont à mettre en lien avec le plan Hôpital 2007 et la loi HPST 2009 qui tendent à mieux répartir les rôles en donnant une place à différentes instances dans les établissements pour remettre en cause nous l'avons signalé l'hégémonie médicale. Les nouvelles instances de pilotage créées (conseil de surveillance¹³⁵, directoire, pôles d'activités médicales) permettent en théorie de renforcer les prérogatives du directeur d'établissement. La Nouvelle Gouvernance a pour intention de répondre au besoin de décloisonnement entre les directions fonctionnelles et les logiques médicales, administratives et soignantes : les pôles devraient être le lieu d'interaction des différentes directions pour lesquels les finalités de chacun se recourent¹³⁶. La nouvelle gouvernance a été pensée pour développer la responsabilisation des acteurs hospitaliers, elle permet de les sensibiliser à une culture médico-économique¹³⁷ en lien avec les principes du NPM tels que nous les avons longuement présentés. Dans les faits un temps d'adaptation se révèle nécessaire afin de digérer cette nouvelle organisation en particulier avec la mise en place des pôles et les effets observés ne correspondent pas encore aux intentions annoncées.

Dans cette confusion des rôles et des territoires, les services RH ont pour mission d'accompagner l'essor de compétences managériales fortes. En effet, les nouvelles gouvernances sont des organisations favorables au management par le projet : elles nécessitent de nouvelles techniques d'animation et d'appropriation des réformes basées sur les méthodes « participatives ». Les services RH doivent donc trouver les ressources en « management » pour

¹³⁵ Le conseil de surveillance comprend trois catégories de membres : des représentants des collectivités territoriales, des représentants du corps médical et des personnels hospitaliers, des personnes qualifiées et des représentants des usagers. Le conseil de surveillance se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement. Il délibère sur l'organisation des pôles d'activité et des structures internes. Il dispose de compétences élargies en matière de coopération entre établissements. Il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins. <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/L-organisation-interne-de-l-hopital#sthash.1p6CBrth.dpuf>

¹³⁶ Dans les faits cette redistribution des cartes est sources de tension et nous en verrons des illustrations dans les deux établissements que nous accompagnons à l'occasion de la conduite de projets transversaux Leurs expertises respectives sont autant de ressources au projet des pôles

¹³⁷ Source : <http://www.sante.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere>

accompagner les pôles dans leurs diverses missions de soin dans un contexte organisationnel de pouvoir partagé.

On observe alors le comportement parfois maladroit de professionnels de santé en passe de devenir des managers (médecin chef de pôle et cadre supérieur de pôle) sans avoir suivi de formation adéquate. Ils doivent assurer la mise en œuvre de politiques de gestion financière et de ressources humaines qui les dépassent, les désintéressent voire qui mettent en péril leur liberté de décision puisqu'il faut désormais rendre des comptes à travers les tableaux de bord chiffrés de l'activité. On retrouve des attitudes types en fonction de métiers d'origine dans le rôle de direction de pôles. Ainsi on distingue « *les cadres supérieures et administratives de pôle [qui] adoptent des stratégies favorables au pôle alors que les directeurs fonctionnels et les chefs de services adoptent des stratégies de déstabilisation. Ces stratégies opposées rendent incertain l'aboutissement du processus d'institutionnalisation des pôles* »¹³⁸. (Gavault, Laude, Baret, 2015, p.463)

D'ailleurs les tableaux de bord font l'objet de forts enjeux autour de la construction de rôles (Lemaire, Nobre, p.431)¹³⁹ dans cette logique de nouvelles gouvernances. Les directeurs de pôle doivent assumer par exemple la décision de fermeture de postes infirmiers déclarés longtemps comme non pourvus. Ces actions sont d'autant plus mal vécues qu'elles sont fondées sur des exigences d'efficacité économique auxquelles ils ont du mal à se soumettre par principe : « *Ainsi en édifiant sur les questions de santé un discours qui vient concurrencer celui des médecins dans l'espace public, ces économistes leur portent objectivement ombre dans la production de la définition légitime de leur activité* » (Belorgey. Op cité p.24). Le rejet des arguments économiques de la part des médecins se cristallise aussi à l'occasion de discours mettant en cause la légitimité des cabinets conseil. De son côté une DRH « débarquée de la métallurgie » constate que les changements de gestion ont été « *assez bien accueillis dans l'ensemble, mais il y a toujours quelques résistances. Les médecins sont très indépendants et ont du mal avec la hiérarchie* ». Ainsi conjuguer avec les différents professionnels de la santé s'avère complexe autour de projets visant l'application des principes du NPM et en particulier lorsqu'il s'agit de répondre au contrôle des coûts. Cette adaptation aux logiques médico-

¹³⁸ Gavault, S., Laude, L., & Baret, C. (2015). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale: entre agir stratégique et agir projectif. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 463-480.

¹³⁹ Lemaire, C., & Nobre, T. (2015). Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 431-461.

économiques est d'autant plus inconfortable pour les médecins que l'organisation du fonctionnement de l'hôpital est en pleine mouvance sous l'effet des réformes accompagnant la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Au-delà de ces constats tirés du terrain le bilan de la mise en place de la nouvelle gouvernance fait l'objet d'enquêtes¹⁴⁰ et de rapports¹⁴¹ qui révèlent une appropriation là aussi partielle de cette nouvelle culture. A titre d'exemple en 2011, les trois quarts des établissements ont mis en place les nouvelles instances y compris les pôles mais seuls 21% d'entre eux ont déployé le processus jusqu'à la contractualisation et l'intéressement. Autrement dit dans les faits, la délégation de gestion souhaitée est rare. Les moyens dont disposent les pôles pour le suivi de leur gestion restent hétérogènes.

ILLUSTRATION PRATIQUE DES NOUVELLES MISSIONS RH : LA MISE EN PLACE DE LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES (GPMC).

Puisqu'il faut contrôler les dépenses de l'hôpital et faire face à une pénurie de certains agents, la gestion des effectifs est un enjeu majeur pour les services RH. Cette question doit être traitée pour aujourd'hui mais aussi en anticipant les besoins des pôles demain. Cette logique d'anticipation représente bien la nouvelle posture stratégique attendue en RH dans le secteur de la santé.

L'outil phare d'une volonté de modernisation RH est sans doute la GPMC¹⁴². A cette fin le Ministère de la santé a créé en 2001 l'Observatoire National des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière qui a proposé un référentiel des métiers pour inciter les établissements à sortir de cette gestion trop « administrative ». Pour autant l'introduction de cette nouvelle pratique ne va pas de soi : il a fallu penser l'appropriation une fois de plus de nouveaux concepts tel que métier, modalité d'évaluation, projet professionnel en laissant de côté les anciens principes en vigueur dans la fonction publique hospitalière tels que les statuts,

¹⁴⁰ Voir l'enquête nationale diligentée par le comité de suivi de la réforme de la gouvernance. <http://www.sante.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere>.

¹⁴¹ Voir le rapport des conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé : Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé de 2013.

¹⁴² Aussi appelé GEPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Elle peut être définie comme « une démarche d'ingénierie des ressources humaines qui consiste à concevoir, mettre en œuvre et à contrôler des politiques et des pratiques visant à réduire de manière anticipées les écarts entre les besoins et les ressources de l'entreprise tant sur le plan quantitatif que qualitatif. ». Thévenet, M., Dejoux, C., Marbot, E., (2012), *Fonction RH : Politique, Métiers et outils des Ressources humaines*. Paris : Pearson Education France.

la qualification, les notations, la carrière¹⁴³. Certains établissements « pilotes » sont ainsi accompagnés par un cabinet de consultants mandatés et financés par les ARS¹⁴⁴ afin de les accompagner dans cette démarche. Les établissements ont ainsi élaboré des fiches métiers, décrivant les compétences attendues à partir des fiches de postes par exemple (Baret, 2011¹⁴⁵) mais aussi des référentiels métiers afin de pouvoir proposer à chaque professionnel des passerelles pour un accompagnement tout au long de sa carrière. Ces outils sont aussi des supports pour l'évaluation des agents. Ils permettent la professionnalisation de tout le système d'évaluation des agents. En effet pour répondre aux principes du NPM, il n'est plus question de « notations » mais « d'évaluations¹⁴⁶ » par le supérieur hiérarchique qui doit lors d'entretien annuel évaluer la présence des compétences requises sur le poste en fonction de la fiche métier selon des critères balisés et homogénéisés pour l'ensemble de l'établissement. Cet entretien doit se poursuivre en abordant les projections de carrières de l'agent ainsi que les projets du pôle afin de faire coïncider au mieux la montée en compétences individuelles (pour l'agent) mais aussi collectives (dans une perspective managériales). Cette harmonisation de la procédure d'évaluation favorise ainsi la mobilité interne en mettant en valeurs la cartographie individuelle des compétences des agents mais aussi par unité, par pôles, par métiers....

Une fois parfaitement implantée, la GPMC révélera les besoins en compétences : on pourra ainsi réajuster les formations continues mais aussi redéfinir des profils au niveau du recrutement. Les objectifs tiendront compte bien évidemment des projets d'établissement, de pôle et d'unité, croisés aux projets professionnels des agents, l'accompagnement des parcours d'intégration et des parcours qualifiant sont des éléments déterminants de la fidélisation du personnel à l'hôpital même si sa mise en œuvre reste délicate.

Les cadres administratifs et de santé sont sollicités dans l'appropriation de ce type d'outil au sein de leur établissement mais les interrogations sont nombreuses : quelles sont les vraies intentions de cette politique d'implantation d'outil. Les craintes se font sentir : et si l'objectif

¹⁴³ Baret, C., Oiry, E., Codello-Guijarro, P., Koffi, P., (2011), « Regards sur « l'effectivité » de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences (GPMC) à l'hôpital public. », *Journal d'Economie Médicale*, volume 29, n°6-7, p.3.

¹⁴⁴ Agence Régionale de Santé. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, crée, dans son article 118, les Agences régionales de santé. Elles sont le pilier de la réforme du système de santé. Elles permettent un pilotage unifié de la santé et de l'offre de soin à l'échelle de la région. Elles fonctionnent sur décrets d'application et sur ordonnances.

¹⁴⁵ Baret, C., Codello-Guijarro, P., Koffi, P., & Oiry, E. (2011). Surmonter les difficultés de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public: les apports d'une approche en termes d'effectivité. *Vers un management des ressources humaines durables et bienveillant*.

¹⁴⁶ Voir le Décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 fixant les modalités de l'expérimentation relative à l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière.

final était de favoriser la mobilité interne en mutant dans n'importe quelle unité n'importe quel agent rattaché à une fiche métier en invoquant le champ des compétences communes et en occultant ainsi les spécificités et les expertises nécessaires sur le poste. Le risque est grand alors de niveler les compétences par le bas selon les soignants en étant trop généraliste dans le descriptif laissant de côté un autre objectif : la valorisation du capital humain et la valorisation des compétences individuelles. La collaboration entre les différentes catégories professionnelles rend l'issue de cette démarche encore un peu plus hasardeuse.

FAIRE FACE AUX EFFETS SECONDAIRES DES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIÈRES : PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET AUTRES MAUX.

Nous avons précisé que l'hôpital vivait un changement de culture fort et que les services RH étaient chargés d'accompagner les conséquences de cette réorganisation des établissements à travers une autre gestion du personnel, une recherche de développement de compétences managériales autrement partagées en interne et dans les services de soins. Leur mission se poursuit par la prise en compte des effets secondaires involontaires produits (du moins en partie) par l'assimilation de cette multitude de réformes visant la modernisation du fonctionnement hospitalier.

A l'agenda des services RH, la vaste question de la prévention des risques psycho-sociaux prend une place grandissante ces dernières années. Il s'agit d'intégrer les risques pour la santé en lien avec le travail. Au-delà de l'usure physique liée aux ports de charges lourdes dans le cas de manutention, il faut se sensibiliser à la prévention de la santé mentale des agents : prise en compte du stress, des risques psychosociaux (RPS), promotion du bien-être du personnel sont autant de concepts à apprivoiser laissant la place aux innovations managériales dans un champ d'intervention encore inexploré. Selon le Ministère du travail français les RPS « *sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés)*¹⁴⁷ ». Si une littérature académique abondante dans le cadre de recherche-intervention relate des RPS, dans les faits la prise en compte de ces risques est complexe à intégrer dans les actions des services RH : « *le caractère étendu et mal circonscrit du champ*

¹⁴⁷ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/>

des RPS, caractérisé par un ensemble de facteurs (organisationnels, sociaux, individuels) avec des conséquences plurielles et évolutives, ne permet pas d'identifier précisément les coûts humains, financiers et sociaux »¹⁴⁸ ce qui rend la mobilisation des professionnels difficile lors du déploiement de ce type de projet¹⁴⁹. Cet aspect fera partie intégrante de notre propre recherche et nous y consacrerons un chapitre spécifique autour des notions de satisfaction au travail et d'engagement à travers une revue de littérature sur la première période.

Si la question des RPS est à l'ordre du jour c'est que l'on parle aujourd'hui d'une « crise » des ressources humaines dans le secteur hospitalier. Les problèmes de santé liés au travail (fatigue psychique et/ou physique) touchent la moitié des professionnels de santé en France (59,7% des infirmiers): 15% déclarent souffrir de troubles de santé mentale, mais ils souffrent aussi de troubles musculo-squelettiques (55% des infirmiers et 24,4 % des médecins) et de problèmes cutanés¹⁵⁰ (44,8 %). (Estryn-Béhar, 2008, p.46-48). L'intérêt porté à la santé au travail des salariés se fonde sur le coût que représentent les conséquences des maux signalés. L'effet visible repose sur un absentéisme marqué dans le secteur public hospitalier au point d'évoquer « un phénomène culturel » (Estryn-Béhar, 2008, p.246). Selon l'étude PRESST-NEXT, les jours d'arrêt-maladie sont de 1,5 à 3 fois plus nombreux en cas de dégradation des conditions de travail (charge physique, pression temporelle, faible travail en équipe (Estryn-Béhar, 2008, p.271) ce qui corrobore les études menées sur le stress et le moral des équipes de Trinkoff et Lipscomb¹⁵¹ (2001) ou Weir et al¹⁵². (1997). Le lien est donc établi entre les conditions de travail, les RPS et l'absentéisme.

Comment peut-on expliquer le lien entre l'implantation des principes du NPM et l'émergence de maux au travail mettant en péril la santé d'un nombre croissant d'agents ? Nous souhaitons

¹⁴⁸ Valléry, G., & Leduc, S. (2014). *Les risques psychosociaux: «Que sais-je?» n° 3958*. Presses universitaires de France, p.11.

¹⁴⁹ Notons toutefois l'existence d'un protocole d'accord-cadre sur la prévention des RPS est signé dans la fonction publique fin 2013 qui incite la fonction hospitalière à prendre en considération ces risques sans pour autant préciser la conduite à tenir.

¹⁵⁰ Ces problèmes cutanés révèlent une désorganisation du travail des soignants qui se voient contraints de se laver plus souvent les mains (50 fois au lieu de 25) à cause d'interruptions par manque d'information. Les soignants présentent des crevasses au niveau des mains alors qu'il s'agit de leur premier outil de travail. C'est donc un indicateur pertinent de la qualité de l'organisation de soin, du matériel et des informations nécessaires pour limiter les interruptions et les déplacements inutiles (Estryn-béhar, 2008, p.48)

¹⁵¹ Trinkoff, AM, Storr CL, Lipscomb, JA (2001), physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses, *Journal of occupational and environmental medicine/american college of occupational and environmental medicine*, 43 (4), 355-363.

¹⁵² Weir R et al, (1997) The efficacy and effectiveness of process consultation in improving staff morale and absenteeism. *Medical care*, 35(4) : 334-353.

rapporter ici le regard de Gérard Vincent¹⁵³. La mise œuvre des réformes s'est heurtée à l'inapplication d'un grand nombre des mesures adoptées. Des concepts importants tels que la liberté d'organisation des services médicaux et soignants, la contractualisation interne, l'intéressement, le projet d'établissement, la comptabilité analytique ou l'évaluation n'ont été que très partiellement développés et de façon anachronique. Ainsi, « *la réalité vécue s'éloigne de plus en plus des dispositions législatives et réglementaires* »¹⁵⁴, alors même que les enjeux auxquels sont confrontés aujourd'hui les hôpitaux sont lourds de conséquences pour leur avenir. Cette pression ressentie, cette injonction à la modernisation dans la gestion financière et en ressources humaines couplés à l'écart entre les prescriptions et la réalité sont sources de tensions et de stress à tous les niveaux hiérarchiques de l'hôpital. Pascal Ughetto et Marie Raveyre (2003, p.104¹⁵⁵) précisent que ces évolutions de l'hôpital public ont remis en cause les organisations de travail sans que celles-ci aient été véritablement repensées de façon formelle dans une vision globale. Il s'agit plutôt d'un florilège d'adaptations très localisées. Sur le terrain les agents ont dû sans cesse « bricoler » pour continuer à assurer leur activité en questionnant les valeurs rattachées à l'hôpital public. On constate des « *évolutions majeures du contenu du travail et de la nature des tâches sans que, à un quelconque moment, la question ait été posée de la manière dont l'organisation du travail s'en trouvait interrogée* ». (Ughetto, Raveyre, 2003, p.105).

Il semblerait que l'hôpital ait ingéré cette série de changements sans avoir pensé la modification de son organisation intérieure : les personnels sont donc d'avantage mis à l'épreuve, c'est eux qui doivent faire la jonction entre les différents impératifs. On peut donc lier le « malaise hospitalier » aux difficultés de penser l'organisation du travail. Il y a peu de professionnels disposant de fonction « d'organisateur officiel » : ce sont souvent les soignants et les médecins qui assurent ce rôle en bout de chaîne, dans l'urgence au lit du malade presque sans en avoir conscience, mais du coup sans doctrine ni instrument gestionnaire (Moisdon 2000). Nous garderons à l'esprit ces conclusions sur les effets secondaires de l'implantation des réformes dans le contexte hospitalier public tout au long de notre recherche et de notre accompagnement sur le terrain.

¹⁵³ Vincent Gérard, « Les réformes hospitalières », Revue française d'administration publique, 2005/1 no113, p.49-63. DOI : 10.3917/rfap.113.0049. p.54

¹⁵⁴ Rapport de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, Assemblée nationale, mars 2003.

¹⁵⁵ Raveyre, M., & Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, 3(3), 95-119.

Après avoir signifié la multitude de réformes subies par l'hôpital public en France, justifiant d'un contexte de « crise » en ressources humaines, il convient maintenant de définir le contexte propre à la psychiatrie en tenant compte des particularités de cette spécialité à part mais qui se voit contrainte elle aussi de rallier les règles générales de gestion des hôpitaux publics.

3.2 Développement de la santé mentale et intégration des principes de rationalisation de NPM.

Puisque notre travail de recherche se déroule dans des hôpitaux publics ayant une activité dominante ou totale en psychiatrie, il nous paraît pertinent de prendre en compte les spécificités de cette spécialité prenant en charge médicalement l'âme et l'esprit au sens étymologique du terme. La psychiatrie française par son histoire et son évolution récente vers la santé mentale couplée à l'essor des neurosciences mérite une présentation de son organisation caractérisée par le secteur. Plutôt avant-gardiste dans cette volonté d'offrir une qualité de prestation élargie en termes « d'offre de soin » et de « parcours patient » elle doit aussi intégrer de nouvelles logiques économiques et gestionnaires qui lui sont peu familières. Aussi une autre facette de la psychiatrie doit être ici présentée : c'est celle d'un vécu récurrent de situation de crise. S'il est possible d'évoquer la présence d'un rituel de changement et de transformation de l'hôpital public en général, il faut bien comprendre que poser notre regard sur la spécialité psychiatrique c'est sans aucun doute s'approprier une rhétorique déjà ancienne de « malaise ». Cette crise multiforme trouve ses sources dans les évolutions historiques récentes de cette discipline : crise de moyens, crise de légitimité et de fonction sociale sont ainsi rapportées par les professionnels et les politiques. Cet état est largement relayé par les médias qui s'appliquent à mettre en lumière les dysfonctionnements les plus criants, illustrant des situations non maîtrisées d'extrême violence sous les chapeaux de « Naufrage de la psychiatrie », « psychiatrie en péril », « misère d'une psychiatrie en péril ». Ils contribuent ainsi à présenter un visage de la folie bien inquiétant et d'une prise en charge mal gérée faute de moyens humains et financiers. L'image de la psychiatrie en pâtie. Nous devons pourtant aller au-delà de cette vitrine de la psychiatrie pour se saisir plus finement des événements qui y ont cours actuellement.

3.2.1 Faits marquants de l'histoire de la psychiatrie : des asiles à la santé mentale, un passage obligé par la sectorisation dans une logique humaniste.

Sans prétendre à un rappel exhaustif de l'histoire de l'évolution de la psychiatrie en France nous souhaitons cependant présenter quelques faits symboliques qui retracent l'appropriation de valeurs fortes dans cette spécialité à travers une volonté d'insertion du malade mentale dans la société tout en reconnaissant sa vulnérabilité.

CREATION DES ASILES : SORTIR D'UNE LOGIQUE REPRESSIVE POUR APPRIVOISER UNE LOGIQUE CURATIVE.

Avant la création des asiles en 1838 par Jean-Etienne Esquirol les « fous » étaient enfermés dans des prisons dans une approche répressive, sécuritaire et sans visée curative. Progressivement des Asiles d'aliénés voient le jour en dehors des villes afin d'accueillir des personnes considérées comme dangereuses. La vie dans les grands hôpitaux psychiatriques est rythmée de façon immuable, les traitements curatifs sont peu nombreux. Les malades, le personnel, les médecins vivent ensemble à l'intérieur des murs, en autarcie. Les sorties sont rares et les malades sont souvent internés à vie faute de guérison. Cette organisation très rigide symbolisée par le poids de l'institution est définie comme totalitaire par Goffman¹⁵⁶ : « *On peut définir une institution totalitaire (total institution) comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.* » (p. 41). En 1937, en France, le terme d'« asile » disparaît de la terminologie officielle pour être remplacé par celui d'« hôpital psychiatrique ». Le terme d'« aliéné » restera lui en vigueur jusqu'en 1958. Un regard critique est donc posé sur les conséquences de cette vie asilaire dans les années 40. François Tosquelle considère qu'il faut « *commencer par soigner l'hôpital avant de prétendre soigner les malades, et ne pas laisser sombrer les malades dans leur inactivité morbide* » (Delion, 2013, p. 31)¹⁵⁷. Les courants psychanalytiques prennent alors une place prépondérante et des nouvelles thérapies sont proposées : on parle de club thérapeutique en s'appuyant sur les travaux de Sigmund Freud puis de Mélanie Klein. Considérant que tout patient possède une partie saine

¹⁵⁶Goffman, Erving, *Asile, étude sur la condition sociale des malades mentaux* (1961), Paris, Minituit 2002.

¹⁵⁷ Delion, P., (2013), *Ecouter, soigner. La souffrance psychique de l'enfant*. Paris. Albin Michel.

sur laquelle peut s'appuyer l'aide thérapeutique, il se met en place des réunions soignants-soignés ou des groupes de supervisions inspirés des travaux de Balint¹⁵⁸. Vient ensuite l'aire de la thérapie institutionnelle qui remet en cause l'hégémonie des directeurs et des médecins : la prise en charge s'en trouve radicalement transformée en mobilisant les patients autour de pratique d'activités.

CONTRIBUTION MOLECULAIRE, THERAPIE INSITUIONNELLE ET SECTORISATION.

A partir des années 50 un élément nouveau vient bouleverser les modes de prises en charge en psychiatrie : il s'agit de la contribution moléculaire avec la découverte des neuroleptiques en 1952 et les antidépresseurs en 1957. Sans permettre la guérison totale, les traitements médicamenteux masquent les symptômes parfois spectaculaires et effrayants de ce type de pathologies. Ils ont donc permis d'envisager une prise en charge complémentaire des patients en dehors des murs de l'hôpital. Cette idée est soutenue par les principes de la sectorisation¹⁵⁹ propre à la France qui envisage toute l'organisation de la santé mentale. En effet la circulaire du 15 mars 1960 du Ministère de la Santé Publique et de la population entérine « la psychiatrie de secteur » qui vise le suivi de la santé mentale des patients sur un territoire « géo-démographique déterminé ». Toute la profession est imprégnée de cette idéologie qui pose l'hôpital au cœur de la prise en charge « comme merveilleux instrument de soins »¹⁶⁰ accompagné de structures satellites permettant la continuité des soins. Une des conséquences majeure de la sectorisation est la baisse du nombre de lits observée depuis plusieurs années. En luttant contre l'hospitalo-centrisme et en luttant contre l'exclusion voire la désinstitutionnalisation des malades mentaux, les psychiatres doivent de nouveau questionner la place de l'hôpital dans le cadre de la réforme de la santé mentale.

Enfin au-delà de la question de la place de l'hôpital dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, il faut prendre en considération le fort impact des divers courants idéologiques

¹⁵⁸ Balint (1893-1970) est un psychiatre et psychanalyste hongrois dont les travaux ont permis de mettre en valeur l'intérêt de séminaire et de groupe de supervision adressé aux médecins généralistes puis au professionnels du soins afin de mener une réflexion sur la relation d'aide qu'ils élaborent avec les patients. Les groupes Balint sont à l'origine des groupes d'analyse de pratiques professionnelles.

¹⁵⁹ Précisons que pour la création d'un secteur, il faut atteindre dans une zone géographique plus de 70 000 habitants. L'adresse d'une personne malade la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge si elle l'accepte et selon les modalités du service public. Les principes français de libre choix de son médecin et de possibilité de refus de traitement restent valables sauf pour les hospitalisations sous contrainte (S.D.T et S.D.R.E) qui sont minoritaires.

¹⁶⁰ Expression due à JED Esquirol, un des promoteurs de la médecine mentale et de la loi de 1838 sur les aliénés.

de pratiques de santé mentale chez les psychiatres qui cohabitent actuellement à l'hôpital. Toute l'organisation des soins, la répartition des structures y compris à l'extérieur des murs de l'hôpital s'en retrouve profondément impactés. Aussi les psychiatres défenseurs de ces courants institutionnels, psychanalytiques, désaliénistes, phénoménologiques, comportementalistes, cognitivistes, biologiques, socio-culturels envisagent le rôle des autres professionnels, leurs collaborations transdisciplinaires et les modalités thérapeutiques dans des visions différentes voire contradictoires. Comme nous le verrons dans le cadre de la mise en chiffre de la santé mentale, ces différents courants sont plus ou moins compatibles avec les logiques gestionnaires: certaines tirent clairement leur épingle du jeu et prennent de l'ampleur actuellement mais ils alimentent aussi des tensions ressenties par le personnel des hôpitaux psychiatriques. L'interrelation entre ces courants et leur pertinence dans une logique chiffrée entraîne des enjeux de pouvoir et de valorisation de certains courants reconnus pour leur modernité. L'autre critère déterminant est la portée internationale des courants : en effet l'une des caractéristiques de la multiplicité des courants c'est qu'un malade souffrant de troubles psychiatriques ne sera pas pris en charge de la même façon en Chine, aux Etats-Unis, en Arabie Saoudite ou en France. Malgré tout on observe ces dernières années une uniformisation du courant critériologique basé sur le DSM IV¹⁶¹ américain et qui propose aux praticiens des critères détaillés pour poser un diagnostic qui apparaît alors comme une évidence. Il a l'avantage de surcroît de répondre aux logiques de normalisation et de mise en chiffre de l'activité ce qui concourt largement à son essor international et donc en France.

SUR LE CHEMIN DE LA SANTE MENTALE.

La prise en charge des pathologies mentales évolue au fil des lois et des réformes qui tentent de la rendre plus juste et plus humaine. L'intégration des patients dans la ville devient alors une priorité pour répondre à une politique d'ouverture de la psychiatrie et un élargissement de son champ avec la volonté d'y intégrer le secteur du handicap mental dans un développement médico-social de la psychiatrie. Elle repose sur un panel de structures reliées entre elles (sur un

¹⁶¹ Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publié par la Société américaine de psychiatrie (APA), est un manuel de référence qui classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques sur des troubles mentaux spécifiques. Il répond parfaitement à la logique de cotation de l'activité.

La quatrième version est la dernière à avoir été publiée. Le succès international de ce manuel réside aussi dans les apports qu'il procure aux praticiens qui s'inscrivent dans une logique *Evidence Based Medicine* (la médecine basée sur les preuves) largement valorisée.

même secteur géographique, avec du personnel médical et soignant commun), ouverte sur la société et répondant à différentes temporalités dans la prise en charge (hébergement, prévention, dépistage, diagnostic, accueil, lieu de vie, foyer, lieu de soin à la journée, soins ambulatoire obligatoire...) en complément des structures hospitalières ou « intrahospitalier¹⁶²». L'hôpital de jour (HJ), le centre médico-psychologique (CMP), le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) voulues par les médecins et les politiques est le fruit de plusieurs éléments qui se conjuguent : émergences de nouvelles pathologies rattachées à la psychiatrie à la croisée du social et du clinique (troubles des conduites alimentaires, nouvelles conduites addictives au sexe, aux jeux d'argent, aux objets connectés...), inclusions d'autres profils de patients (gérontopsychiatrie, prise en charge des SDF...), développement des neurosciences et amélioration des thérapeutiques médicamenteuses qui permettent de mieux réguler les temps de crises du patient et donc les durées moyennes de séjour. Cette démarche s'accompagne d'une réduction du nombre de lits d'hospitalisation comme nous l'avons signalée, basée sur l'idéologie de la libéralisation des services de santé. La part de l'hospitalisation ne cesse de diminuer et le phénomène s'accélère encore dans les années 1990 : le nombre de lits en hospitalisation à temps plein s'est réduit de moitié, passant de 120 000 avant la sectorisation à 55 000 en 2010 (Coldefy, 2011)¹⁶³.

Mais dans les faits le constat est bien plus mitigé et la baisse des capacités d'accueil en milieu hospitalier est rendue pour responsable des dysfonctionnements majeurs de la psychiatrie contemporaine. Finalement aujourd'hui les professionnels reconnaissent le rôle de soupape de l'hôpital en rassurant et en légitimant le champ d'intervention de la psychiatrie. Cette contradiction entre succès d'ouverture de la psychiatrie hors des murs de l'hôpital et le revers de la médaille rappelant la nécessité d'un accueil intrahospitalier alimente le sentiment de vivre une nouvelle situation de crise de la psychiatrie qui appelle à un revirement de positionnement pour un « sauvetage de l'hôpital psychiatrique. ». Il faut en effet trouver les moyens de répondre

¹⁶² La distinction entre « l'intra » et « l'extra » c'est-à-dire entre les structures intra-hospitalières, unités de soins souvent éloignées du lieu de résidence des patients et les structures extrahospitalières implantées çà et là dans la ville est très présente à l'esprit des professionnels de la santé mentale. La nature de la prise en charge y est différente. Cette organisation de l'offre de soin sur un secteur géographique anticipe complètement les logiques actuelles d'un parcours de soins à différentes étapes de l'évolution de la maladie afin de répondre à des besoins à la fois d'ordre thérapeutiques (administration de traitement injectable) mais aussi d'ordre social (proposé un lieu d'hébergement thérapeutique avec la présence de soignant uniquement la nuit).

¹⁶³ Coldefy M. (2011). « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée », *La Santé de l'Homme*, Inpes, n°413, 05/06.

aux nouvelles attentes du paradigme de la santé mentale en contradiction avec les logiques gestionnaires du NPM.

3.2.2 Quelques caractéristiques de la prise en charge en santé mentale aujourd'hui.

Depuis 1990, la psychiatrie doit répondre aux attentes de promotion de la santé mentale des citoyens (vulnérabilité, situations de souffrance psychologique) ce qui explique l'explosion de la demande psychiatrique devant l'augmentation des troubles mentaux ainsi redéfinis : on constate en 2001 une augmentation de 25% des consultations dans cette spécialité (Demailly, 2012). L'émergence de cette nouvelle population de patients semblent d'avantage relever de difficultés sociales que médicales ou bien d'une combinaison de ces dernières depuis les urgences médicosociales aux pathologies neurodégénératives : *« parallèlement à l'extension de la demande de soins, l'image de l'étrangeté d'âme se fragmente : à l'image du fou, bête dangereuse irresponsable et coupable, se superpose l'image du handicapé psychique ; à l'individu hypermoderne responsable de son état de santé mentale se superpose la figure de la victime. »* (Demailly, 2012, p.32). Un nouveau profil du patient vient donner progressivement un nouveau visage à la psychiatrie.

LA PARADIGME DE LA SANTE MENTALE.

Nous avons présenté les évolutions de la psychiatrie vers un volet davantage médico-social dans un souci d'adaptation à l'offre de soins et sous l'emprise de nouveaux courants médicaux. Ce paradigme repose sur un modèle normatif qui se substitue progressivement à la psychiatrie en tant que simple spécialité médicale : la santé mentale devient l'affaire de tous et requiert une implication plus large de professionnels diversifiés : assistante sociale, kinésithérapeute, psychologue, thérapeute. Il repose sur un certain nombre de caractéristiques:

-la structuration de la pensée à partir de la « bonne santé mentale» plutôt qu'une psychiatrie à visée curative : les objectifs sont une fois de plus élargis. On parle alors de bien être mental au sein de l'OMS : les ambitions sont revues à la hausse pour aligner les exigences en santé mentale. En 2008, les logiques de prévention et d'éducation sont inscrites dans le Pacte Européen pour la Santé Mentale. Elles occuperont progressivement le devant de la scène sur tous les lieux d'emploi avec la prise en compte des risques psychosociaux.

-un essor de la prise en compte non plus seulement de pathologies psychiatriques dont la prévalence est stable mais aussi des troubles, syndromes, « problèmes » de santé mentale. Ainsi autrefois les dépressions, les troubles anxieux ou alimentaires et les addictions n'étaient pas étudiées et de fait non pris en charge. Progressivement un nouveau regard est posé sur les comportements révélant des situations de souffrance au travail, le *burn-out*, la maltraitance, le harcèlement, la souffrance psychologique liée à une pathologie somatique (cancer, situation de handicap). C'est dans ce contexte que se développe par exemple la psychodynamique du travail porté par Dejours¹⁶⁴ en France qui vient expliquer les mécanismes qui conduisent à la souffrance au travail. Le vocabulaire qui découle de l'étude de la souffrance psychique devient un nouveau langage social : il traduit la souffrance des aidés puis celle des aidants et enfin celle des professionnels. Ce déplacement renforce un peu plus le sentiment que la santé mentale est l'affaire de tous car nous nous sentons tous potentiellement concernés par l'une ou l'autre des vulnérabilités mises en lumière.

-l'impact de ses troubles ayant un retentissement sur l'intégration sociale, les conséquences des troubles mentaux sont alors perçues à travers la série d'incapacités (à prendre soin de soi ; à trouver un logement, à suivre une formation) et de pertes sociales qui en découlent.

-la recherche du coût le plus juste et de l'efficacité de la prise en charge devant l'augmentation des troubles et donc du nombre de prises en charge. La psychiatrie occupant entre 10 et 11% des dépenses de santé, elle est devenue un champ à investir et à travailler. Elle doit réguler son activité et pouvoir justifier de son efficacité en proposant des thérapeutiques efficaces, sur des temps d'hospitalisation bref ou mieux encore en dehors de l'hôpital, sans récurrences, c'est-à-dire pour un coût maîtrisé. On comprend aisément que les logiques de *evidence based medicine* font écho.

-la volonté de mobiliser les bons acteurs au cours du parcours de soin et en particulier les professionnels dits de première ligne comme les travailleurs sociaux et les médecins généralistes qui sont au contact de la population et qui sont donc amenés à repérer les premiers

¹⁶⁴ Dejours, C. (1998), *La souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. Ed seuil.

troubles : c'est l'inclusion du social dans le médical basé sur des modèles préventifs permettant de limiter les hospitalisations.

-l'évolution de la relation praticien-patient duelle vers une relation groupale dans une problématique de santé publique. La sensibilisation des psychiatres à l'épidémiologie s'est révélée nécessaire pour soutenir les besoins de la mise en chiffre de l'activité et dans la définition des politiques publiques.

Ce nouveau paradigme invite à développer le social plutôt que le médical en valorisant les soins en ville plutôt que les soins à l'hôpital (plan santé mentale 2005/2008¹⁶⁵). Pour les professionnels de la santé le brouillage identitaire est plus fort que jamais. L'impression d'une crise sans précédent de la psychiatrie s'inscrit donc progressivement dans l'esprit des professionnels médicaux et du soin, des directeurs d'établissement et des autorités sanitaires. Les frontières entre le médical et le social entre la ville et l'hôpital sont déplacées. Car en parallèle de cet essor d'une psychiatrie « moins dure », les professionnels sont alertés par les événements dramatiques, rares mais largement relayés par les médias et qui révèlent un autre visage de la psychiatrie moins bon enfant, dangereux et violent. Des faits divers comme le drame de Pau en 2004 et de Grenoble le 12 novembre 2008 (ou un étudiant, Luc Meunier a été tué par un schizophrène) et plus récemment à Cadillac en Gironde (2013) relancent régulièrement les débats sur la prise en charge des malades mentaux et « *la sécurité, l'absence de lits dans les hôpitaux, sur l'insuffisante prévention de la récurrence, sur le manque d'accès au soin, les dérives technocratiques...* »¹⁶⁶.

UNE VISION NOSTALGIQUE ALIMENTANT UN SENTIMENT DE CRISE.

Si nous nous attachons à démontrer en quoi l'actualité de ce secteur de la santé est particulièrement mouvementée sous l'impact des réformes et des plans de santé, la littérature elle nous invite à prendre en compte de surcroît une culture de la crise entretenue voire historique en psychiatrie. Aussi une partie conséquente des psychiatres français ayant débuté

¹⁶⁵ Pour avoir accès au contenu de ce plan : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Il se construit autour de 5 axes qui correspondent parfaitement au nouveau paradigme de la santé mentale : 1- Une prise en charge décloisonnée (prévention, accueil, accompagnement), 2- Patients, familles et professionnels (droits des malades et formations des professionnels), 3- Développer la qualité et la recherche, 4- Mettre en œuvre des programmes spécifiques (dépression et suicide - périnatalité, enfants et adolescents - populations vulnérables) et 5- Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan.

¹⁶⁶ Demailly, Lise, Autès, Michel, *La politique de santé mentale en France, acteurs, instruments, controverses*, ed Armand Colin Recherche, 2012. p.7.

leur carrière dans les années soixante-dix expriment une forme de nostalgie. Jean Christophe Coffin¹⁶⁷ nous invite à considérer les psychiatres comme des portes paroles de la crise. Ce sentiment d'une époque meilleure mais révolue occupe une part considérable des discours. Cette nostalgie est par ailleurs relayée par certains soignants issus de la formation uniquement en psychiatrie¹⁶⁸. Sur quoi repose cette nostalgie chez les psychiatres et comment peut-elle se justifier ? Elle révèle certainement une difficulté d'appropriation des attentes de l'hôpital à leur encontre en termes de rôle de manager, de gestionnaire de pôle, de contrôle des dépenses de soin, mais aussi un regret d'une époque « *où il aurait suffi de se rendre au Ministère de la santé pour obtenir des moyens* » (JC Coffin, 2009, p.752). Autrement dit si la psychiatrie peut être considérée comme le parent pauvre de la santé, caractérisée par le manque de moyens, elle est aussi paradoxalement le lieu où les règles habituelles de fonctionnement n'ont pas cours. La reconnaissance des particularités de la psychiatrie comme une spécialité « à part » trouve ses fondements dans l'histoire et a permis quelques privilèges apportés par une grande autonomie: la psychiatrie relevait jusque dans les années 1920 du Ministère de l'intérieur. De manière spontanée, le milieu de la santé a toujours distingué le malade mental du cancéreux ou du cardiaque : c'est un constat. La psychiatrie a jusque très récemment eu sa propre voie d'évolution et de gestion. C'est donc un lieu atypique d'exercice de pouvoir : « *Sont-ils alors nostalgiques d'une époque où l'hôpital psychiatrique trônait encore dans le paysage et à la tête duquel le pouvoir psychiatrique s'affirmait tranquillement.* » (JC Coffin, 2009, p.752). Ainsi, en attirant le regard sur le manque de moyens, les règles de gestion de l'hôpital public appellent aujourd'hui à porter un regard critique sur la gestion même de ses services sous l'effet de la comparaison cher aux principes du NPM. Il ne suffit plus de faire jouer des relations privilégiées : il s'agit désormais de rendre des comptes sur sa légitimité et le travail engagé. Utiliser ce langage de la crise s'il est ancien, n'a pourtant plus le même coût lorsqu'il focalise les attentions aujourd'hui. Il souligne d'avantage la variété de situations professionnelles et institutionnelles dans un contexte hospitalier plutôt caractérisé par la normalisation puis l'évaluation de l'activité. Cette diversité de la communauté professionnelle psychiatrique est le fruit d'une augmentation sans précédent du nombre de psychiatres dans les années 70 et d'une histoire spécifique mais elles soulignent un peu plus les difficultés rencontrées par la psychiatrie à devenir santé mentale sous l'influence généralisée des principes du NPM.

¹⁶⁷ Historien, maître de conférences à l'université de Paris Descartes et chercheur associé au centre Alexandre Koyré.

¹⁶⁸ Nous précisons cette distinction de formation du personnel infirmier et ses conséquences dans la partie suivante.

3.2.3 Santé mentale et approche normée de l'activité : est-ce toujours antinomique ? Alignement de la psychiatrie aux principes du NPM : une politique qui sert l'essor des neurosciences.

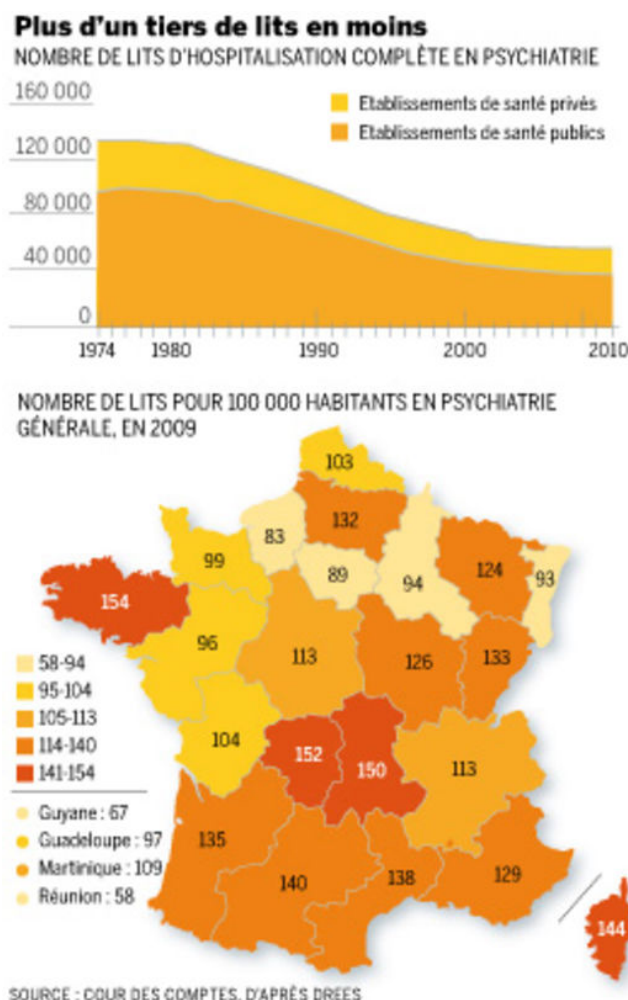
La psychiatrie a longtemps eu sa propre voie en parallèle des autres spécialités médicales, disposant d'un fonctionnement différent, de thérapeutiques spécifiques, de personnel formé autrement. Son évolution conduit aujourd'hui à repenser les organisations du travail pour répondre à de nouvelles politiques de santé mentale permettant de s'aligner sur les autres disciplines. Elle n'échappe plus à l'institutionnalisation d'une nouvelle expertise gestionnaire dans le domaine de la santé. Elle se voit ainsi contrainte à faire un tri parmi les différents courants de pensées idéologiques pour retenir celui des sciences cognitives qui semblent répondre aux attentes d'objectivation des critères diagnostics, de normalisation et donc d'évaluation de la qualité de la prise en charge.

LA MISE EN CHIFFRE DE L'ACTIVITE EN SANTE MENTALE : UN ALIGNEMENT NESCESSAIRE AVEC LES AUTRES SPECIALITES MEDICALES.

La psychiatrie se voit contrainte à son tour de relever le défi de la mise en chiffre de son activité à des fins de contrôle budgétaire. Elle n'échappe pas à la culture du résultat pourtant souvent dénoncée (Brient, 2007¹⁶⁹) pour son lien avec l'évaluation. Il est reproché à cette dernière de ne pas être en mesure de prendre en compte le processus réel et la complexité du travail : elle néglige la subjectivité et la compréhension de l'autre, deux dimensions pourtant indispensables dans la prise en charge des patients de psychiatrie. Progressivement la psychiatrie se sensibilise aux logiques de *benchmarking* : elle apprend à communiquer sur la diminution du nombre de lits d'hospitalisation et la diminution des durées moyennes de séjours qui témoignent de l'efficacité de la sectorisation par exemple. Pourtant si l'on creuse d'avantage dans l'analyse de ces chiffres il convient de nuancer le propos : s'il y a bien une diminution des durées d'hospitalisation, leur fréquence augmente aussi. Il ne faut pas omettre de relater les hospitalisations à répétition c'est-à-dire l'inefficacité de l'accompagnement de certaines pathologies qui ne bénéficient pas de traitement en profondeur de façon longitudinale. Autrement il y a un raccourci malheureux à penser une amélioration de la qualité de la prise en charge sur le seul critère d'un temps d'hospitalisation raccourci.

¹⁶⁹ Brient, P. (2007). Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités de psychiatrie générale: bilan d'une expérience. *Pratiques psychologiques*, 13(4), 459-464.

Figure 4 : Evolution du nombre de lits d'hospitalisation de psychiatrie et inégale répartition du nombre de lit de psychiatrie pour 100 000 habitants en France. Résultats communiqués par la Cours des comptes en 2010.



Selon Olivier Dembinski¹⁷⁰ « la France est le seul pays à avoir mis en place un outil de description de l'activité soignante en psychiatrie » avec la VAP (Valorisation de l'activité en psychiatrie) afin de pouvoir honorer les attentes chères au NPM. Quels sont les acteurs qui ont à tirer profit de cette démarche malaisée ? Les défenseurs du secteur public y voient le moyen de montrer son efficacité, les promoteurs du contrôle des dépenses publiques pensent eux à la réduction des déficits publics et les scientifiques (économistes de la santé, épidémiologistes,

¹⁷⁰ Dembinski, O., « L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ? », *La nouvelle revue du travail* (en ligne), 2/ 2013, mis en ligne le 30 mars 2013, consulté le 4 avril 2013, URL : <http://nrt.revues.org/886>.

ingénieurs en informatique ou gestionnaires) souhaitent investir un champ académique à construire. Les intérêts sont bien multiples.

INTERROGER LA NATURE DES SAVOIRS ET DES CONNAISSANCES DE LA PSYCHIATRIE : UNE NECESSAIRE TRADUCTION POUR UNE MISE EN CHIFFRE DE L'ACTIVITE.

Pour répondre aux principes du NPM, il a fallu interroger la nature des savoirs et des connaissances en psychiatrie. Ainsi la connaissance valorisée a été celle correspondant aux exigences de robustesse, de comparabilité et de fiabilité des données. Dans cette perspective l'activité soignante en psychiatrie comme dans les autres spécialités, est guidée par l'idée d'un *one best way*¹⁷¹ à partir d'un diagnostic fiable dont découle une prise en charge médicale et paramédicale standardisées. Cette vision d'un soin standardisé provoque des débats alors que différents courants de pensée sont affichés par des psychiatres de formation et de génération différentes¹⁷². Cette uniformisation des connaissances doit permettre une comparaison de l'efficacité des prises en charge (médicament, prises en charge complémentaires de certains paramédicaux...) mais aussi des services puis des établissements pouvant aboutir à un classement national par exemple. Le magazine *Le point* par exemple donne un classement annuel précisant souvent les critères retenus, mettant sur un même plan les structures privées ou publiques pour la prise en charge d'un problème de santé spécifique : myopie, hernie de l'abdomen, chirurgie du genou...

Alors que nous déplorions l'absence de comparatif concernant les pathologies psychiatriques nous nous sommes interrogés sur les raisons de cette absence de palmarès ? Probablement parce que la question de la mesure de la folie peinait à trouver une réponse satisfaisante pour trois raisons selon Olivier Dembinski :

¹⁷¹ Ce terme de *one best way* est directement en lien avec les principes de *evidence based medicine* tels que nous avons pu l'évoquer auparavant. Il répond aux exigences d'une évaluation de la qualité de la prise en charge en garantissant la meilleure thérapeutique une fois le diagnostic posé avec certitude.

¹⁷² Nous rappelons qu'il faut ici tenir compte des courants successifs évoqués dans l'histoire de la psychiatrie, psychanalytique, institutionnelle, et plus récemment les sciences cognitives.

-l'absence de théorie des pratiques dans cette spécialité médicale.

Les autres disciplines médicales ont établi des théories de pratiques à partir des acquis thérapeutiques. En psychiatrie les manuels se contentent d'indiquer les règles de bon usage des médicaments sans fournir de modèle de référence ou de guide de bonnes pratiques sur lesquels les experts pourraient bâtir des modèles statistiques de l'activité psychiatrique.

-les enjeux du mandat social de la psychiatrie.

Il s'agit de remettre en cause ici la légitimité même de la psychiatrie comme champ d'expertise¹⁷³. « *La mise en chiffre par les psychiatres a en grande partie échoué car l'expertise des psychiatres est en quelque sorte « trop faible » dans la mesure où elle ne peut s'en tenir à des faits (diagnostic, protocole, consommation, traitement, résultats, etc.)* » (Dembbinski, 2013, p.6). Selon cette logique on peut dire que la psychiatrie a du mal à remplir le cahier des charges des principes de l'EBM¹⁷⁴ ou la médecine basée sur les preuves qui doit être chiffrée. De plus l'expertise est couramment remise en cause par d'autres experts des champs médical, social, judiciaire ou politique. Nous avons même pu expliquer comment les profanes, patients ou familles de patients ont pu remettre en cause l'expertise médicale pour certaines pathologies mal connues ou ne disposant pas de traitement validé unanimement. La loi de 5 juillet 2011 (révisée au 27 septembre 2013) sur les modes d'hospitalisation sous contrainte est une illustration frappante de la nouvelle place laissée au pouvoir judiciaire qui empiète considérablement sur le médical qui n'a plus le monopole dans l'exercice de son pouvoir.

-la vive réaction des psychiatres face aux dispositifs de gestion, aux premières mises en chiffre à la traçabilité des parcours, des prescriptions et des diagnostics. La mise en chiffre a au départ dérouté ces professionnels peu sensibilisés aux logiques économiques de part leur formation initiale mais la participation des psychiatres a été effective finalement dans les groupes de travail sur PMSI-PSY¹⁷⁵. C'est ce travail précurseur qui a contribué à la mise en place de la VAP.

¹⁷³ Nous avons abordé cet élément en expliquant avec quelle facilité les usagers ou leur famille, pourtant profanes c'étaient emparer des questions thérapeutiques.

¹⁷⁴L'EBM a pour but premier de fournir au praticien (par une recherche rapide sur le net) les moyens de trouver la thérapeutique la plus adaptée pour le patient qui le consulte. Autrement dit, il s'agit de rechercher la littérature internationale scientifique la plus pointue et la plus appropriée à la spécificité du problème de santé du patient. Cette littérature repose sur des données comparées d'études comparées et internationales.

¹⁷⁵ Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en PSYchiatrie. Ce programme a réuni des psychiatres afin de travailler à la mise en chiffre de leur activité (prescription, diagnostic, parcours de soins). Cette démarche a suscité de nombreux débats car le PMSI se base sur une nomenclature médicale influencée par l'industrie pharmaceutique, le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) qui propose pour chaque pathologie une

C'est pour toutes ces raisons que nous avons donc été surpris de constater que ces difficultés avaient été en partie surmontées et que pour la première fois en 2014¹⁷⁶ le palmarès des hôpitaux et cliniques de France incluait un volet sur la psychiatrie. Symboliquement on peut y voir « *l'hybridation entre description gestionnaire et médicale de l'activité en psychiatrie qui se met en place* » (Dembinski, 2013, p.7). Si au départ le personnel de la santé mentale y était peu enclin, il a su répondre à de nouvelles logiques lui permettant de valoriser sa discipline médicale au même titre que d'autres spécialités plus reconnues.

QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DE CETTE MISE EN CHIFFRES DE LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE ?

Nous en avons donné les premiers signes d'un apprivoisement des logiques gestionnaires par la psychiatrie en évoquant la mise en place de la VAP : le bilan des conséquences de la mise en chiffres de l'activité en psychiatrie est positif puisqu'il permet d'atteindre des objectifs forts tels que la diminution du nombre de lits et des dépenses d'investissement, l'adaptation des comportements des professionnels en fonction des tarifs de remboursement, la multiplication des protocoles de recherche pour diminuer les coûts de pharmacie et le transfert d'une partie de l'activité vers le secteur privé. Il s'agit de critères visibles et multiformes cohérents avec les principes du NPM. Malgré tout il faut noter que les psychiatres formés aux neurosciences sont plus à même de s'approprier cette nomenclature de leur activité pour répondre aux logiques de la VAP : interdisciplinaires les neurosciences savent répondre aux exigences de l'EBM pour d'autres spécialités que la psychiatrie (neuropathologies prenant en charge les démences, la neurologie traitant les traumatismes crâniens et les traumatismes médullaires). Cette nouvelle place des neurosciences dans le domaine de la psychiatrie est une véritable opportunité de légitimer les savoirs médicaux qui faisaient jusque-là défaut dans une logique internationale de classification et de normalisation: la jeune génération de psychiatres a su se saisir de cette conjoncture même si le prix à payer est un rejet du reste de la communauté psychiatrique « à la française » qui continue de promouvoir les postures psychanalytiques.

Aussi d'autres conséquences restent moins bien perçues en particulier par les professionnels de la santé mentale qui redoutent que l'utilisation des catégories diagnostiques du PMSI entraîne

thérapeutique médicamenteuse. Il laisse donc peu de place aux prises en charge psychanalytique ou institutionnelle et sert plutôt les défenseurs des neurosciences.

¹⁷⁶ Le point, hebdomadaire d'information du jeudi 21 Août 2014, n°2188. L'exercice a d'ailleurs été renouvelé pour l'édition de 2015.

un appauvrissement de la nosographie¹⁷⁷. Cette inquiétude concerne d'avantage la psychiatrie communautaire en plein essor certes mais qui doit aussi inventer des modalités de prise en charge innovantes peu visibles au regard du PMSI-PSY.¹⁷⁸ La peur de voir disparaître les prises en charge ne « rentrant dans aucune case » pourrait en effet menacer d'extinction certaines pratiques innovantes. Enfin le coût indirect de l'implantation de ces logiques gestionnaires est l'explosion des tâches administratives, des fonctions de contrôle (RH et financières), du travail de communication à partir de données chiffrées et des coûts de mise en œuvre de ces dispositifs¹⁷⁹. Ces arguments sont régulièrement mis en avant par les professionnels de la santé mentale qui demeurent septiques devant les processus de transformation de leur discipline.

POUR CONCLURE

Une série de réformes comme le plan santé mentale 2005/2008, la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire », sont venues remettre en cause les organisations de travail préexistantes. L'objectif ces dernières années en psychiatrie est de développer la prise en charge extrahospitalière et de désengorger les hôpitaux psychiatriques dans une volonté d'humanisation de la prise en charge des patients souffrants de pathologie ou de handicap mental tout en répondant aux exigences de normalisation, de quantification et d'évaluation de la qualité et du coût des soins. Finalement, il s'agit pour les services de santé mentale de s'aligner sur les exigences de gestion auxquelles sont soumis tous les autres services en s'appuyant sur les « logos gestionnaires¹⁸⁰ ». Ces modifications de gestion sont souvent mal comprises par les acteurs qui se démobilisent peu à peu. Précisons que ces nouveaux critères d'évaluation de l'efficacité de l'activité de soin appliqués dans tous les services déstabilisent probablement d'avantage les services dits relationnels comme la psychiatrie dans une volonté d'évaluation d'une activité mesurable et

¹⁷⁷ La nosographie recoupe la description et la classification des pathologies, dans notre sujet celles relevant de la santé mentale. Certains professionnels pensent que l'utilisation du DSM IV tend à ne plus distinguer certaines nuances diagnostiques. Il engloberait sous la même terminologie un ensemble de pathologies différentes en France. En arrière fond ce que les psychiatres français redoutent c'est un appauvrissement des savoirs dans leurs disciplines. Le risque est perçu comme particulièrement élevé étant donné le nombre croissant de jeunes psychiatres qui utilisent le DSM IV en particulier dans le but de coder leur activité et répondre aux attentes gestionnaires de la VAP.

¹⁷⁸ Demailly, L., Dembinski, O., (2011), « Réinventer le secteur sur ses marges ? Rendre le secteur disponible et mobile ? », *Sociologie de la santé*, n°34.

¹⁷⁹ Leclercq, E., Scheydeker, J.L., Cauvin, J.C., *Combien coûtent les codeurs du PMSI en MCO ?* Département d'Information Médicale, CHU de Brest.

¹⁸⁰ Boussard, V. (2008), *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin.

donc quantifiable¹⁸¹. Le caractère « profane » d'une partie des savoirs en jeu dessert aussi probablement la psychiatrie qui rencontre des difficultés à harmoniser son discours pour faire reconnaître ses expertises : l'opposition de différents courants de pensées pourrait alimenter l'idée d'une spécialité riche sur le plan des modèles mais dans une logique EBM elle dénonce surtout le déficit scientifique de certaines approches. Cette discipline médicale rencontre donc peut-être plus d'obstacles pour s'adapter aux impératifs gestionnaires voués à la rigueur du contrôle budgétaire. Ainsi les services assurant une prise en charge en santé mentale sont particulièrement fragilisés par ces réformes. Les interrogations sur le devenir de la psychiatrie, l'évolution des pratiques et des compétences des professionnels sont présentes et alimentent un sentiment d'insécurité fort ce qui n'est pas sans conséquence sur la gestion des ressources humaines. Quels types de professionnels de santé seront présents demain pour prendre en charge quel type de patients, dans quelles structures dans et/ou hors de l'hôpital, selon quel courant de pensées théoriques et pour quel coût maîtrisé ? Autant de questions qui restent sans réponse définitive. Si des tendances se dégagent et valorisent comme nous avons pu le préciser des soins hors de l'hôpital supportés par les neurosciences, toutes ces transformations demandent un accompagnement en termes de ressources humaines pour que chaque professionnel retrouve une place et un sens à son activité : c'est un argument de légitimité de notre thématique de recherche.

Dans le cadre de notre recherche, à la demande des deux DRH nous avons plus spécifiquement porté notre attention sur le personnel infirmier qui est largement majoritaire numériquement dans les services intrahospitaliers mais aussi extrahospitaliers alors même qu'une situation de pénurie laisse les établissements dans une situation particulièrement critique en termes de ressources humaines. Nous allons donc dans la partie suivante 3.3 nous attacher à présenter le métier d'infirmier au regard de la sociologie des professions afin de définir quelles sont les logiques de valorisation de leur activité et au contraire ce qui est laissé pour compte. Nous comprendrons mieux ainsi comment une hiérarchie existe parmi des professionnels occupant les mêmes postes mais pourtant issus de formations différentes. Comme dans le milieu médical, la psychiatrie voit se côtoyer des infirmiers de générations différentes avec des attentes différentes. Aussi nous pensons que mieux comprendre les logiques de pensées dans ce groupe professionnel c'est se donner les moyens de mieux appréhender la question de leur fidélisation dans cette spécialité et dans chaque établissement.

¹⁸¹ Le nombre de consultations est valorisé financièrement mais pas leur durée qui peut (doit) être longue en psychiatrie.

3.3 Présentation du métier d'infirmier au regard de la sociologie des professions.

Acteurs de soins en première ligne dans les services de psychiatrie à l'hôpital public, les infirmiers exerçant dans cette spécialité ont comme les psychiatres un historique spécifique pesant encore sur les pratiques et leurs attentes. Aujourd'hui ils sont en bout de chaîne, les premiers concernés par les conséquences de l'application des réformes et les évolutions des courants de pensée des thérapeutiques en psychiatrie. De plus, le personnel infirmier se définit par un ensemble de caractéristiques qui nous alertent. Il est connu pour sa situation préoccupante de carrière courte¹⁸² ou plus précisément par une fréquence de l'intention d'abandonner définitivement la profession élevée de 16,3 % (Estryn-Béhar, 2008, p.48). Il se caractérise par un manque de reconnaissance de l'augmentation de la charge du travail mais aussi de ses compétences (les infirmiers insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences ont deux fois plus envie de changer d'établissement selon l'étude PRESST-NEXT¹⁸³). Cette population est connue pour vivre des situations professionnelles à hauts risques psychosociaux en Europe et spécifiquement en France où 69,5 % des infirmiers se plaignent du manque de soutien psychologique face à la lourde charge émotionnelle, aux questions éthiques et aux violences¹⁸⁴. Pourtant avant de traiter de la question de son absentéisme ou de sa non satisfaction au travail dans le chapitre suivant, il nous est apparu dans un souci de compréhension fine du contexte de nous attarder sur la sociologie des professions de cette spécialité qui voit cohabiter 3 profils d'infirmiers issus de formations différentes et pourtant tous impactés par la logique de distinction *cure/care*¹⁸⁵ nous conduisant à identifier la part de « sale boulot » au sens de Hughes.

¹⁸² Cette déclaration est à l'esprit de tous les professionnels de santé et pourtant il est bien difficile de la recouper avec des données objectives et chiffrées. Nous retenons le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de 2010 qui fournit un état des lieux sur la situation démographique de la profession infirmière. Il précise que les infirmiers salariés hospitaliers du public cessent leur activité en moyenne à 56 ans, contre 59 dans le privé. L'âge moyen d'entrée dans la profession étant de 26 ans, la durée de carrière des salariés du public peut s'estimer à 30 ans. Pourtant ces chiffres sont à prendre avec précaution car ils sont issus du répertoire ADELI qui malheureusement est mal tenu à jour. De plus ces données ne tiennent pas compte des personnes qui abandonnent précocement la profession. Il paraît plus juste de dire que l'intention de départ est élevée.

<http://www.actusoins.com/5576/rapport-de-la-drees-la-profession-infirmiere-en-chiffres.html>

¹⁸³ L'étude européenne PRESST-NEXT (promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail-Nurses'Early Exit Study) s'est déroulée de 2004 à 2006 au sein de 10 pays européens avec un double objectif : identifier les causes de l'abandon prématuré de leur profession par les soignants paramédicaux hospitaliers, proposer des pistes de réflexion pour prévenir ce phénomène.

¹⁸⁴ Estryn-Béhar, M, (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP, Rennes, p.33.

¹⁸⁵ Nous prendrons le temps de définir ces deux termes dans la partie 3.3.1. De manière très synthétique on peut traduire *cure* par « guérison » et *care* par « prendre soin ».

3.3.1 Les spécificités du travail de l'infirmière en psychiatrie : De la distinction du *cure* et du *care* dans la compréhension de la désertion des soignants des services psychiatriques.

La sociologie des professions permet à travers des éléments situés historiquement et géographiquement, de mieux comprendre le malaise ressenti par les professionnels de la santé. En effet, pris entre les nouvelles politiques de management appliquées aux relations de service dans les hôpitaux et un idéal type d'un personnel soignant dévoué à son patient (désiré par les soignants et attendu par les usagers), les soignants sont en souffrance et peinent à trouver leur place en particulier dans les unités psychiatriques. Le manque de reconnaissance sociale de ce type d'activité semble peser lourd et il est à craindre que l'universitarisation de la formation des infirmières ne soit pas suffisante pour diminuer les tensions *cure/care* qui animent le quotidien de ces professionnels. De plus sur le terrain trois types d'infirmières se côtoient dans la prise en charge de la santé mentale, issues de générations et de formations différentes, elles occupent les mêmes postes mais on peut s'attendre à ce que leurs compétences et/ou leurs valeurs diffèrent. Dans le discours de ces professionnelles¹⁸⁶ la distinction est toujours présente entre « l'infirmière psy », « l'infirmière DE » et les « nouvelles diplômées » souvent issues de la génération Y et ayant suivi une formation « universitaire » les éloignant un peu plus de la réalité du terrain aux yeux des professionnels aguerris. Une autre différenciation semble peser, celle du type de lieu d'activité entre l'intra et l'extra hospitalier qui mobilise des capacités d'organisation et d'autonomie différentes. Nous verrons que ces distinctions seront utiles au moment de l'analyse de nos données.

LES APPORTS DE LA THEORIE DU *CARE/CURE*. LA PLACE DES SAVOIRS DISCRETS.

Cure signifie originellement sauver l'âme, rappelant que les premières soignantes étaient des religieuses. Aujourd'hui on y associe plutôt l'idée de guérison en tant que résolution d'un problème de santé bien identifié, c'est-à-dire diagnostiqué et pour lequel il existe un traitement efficace basé sur des thérapeutiques qui ont fait leurs preuves de façon scientifique, mobilisant des connaissances relevant des sciences dures.

Le *Care* relève plutôt de la sollicitude que l'on porte à quelqu'un de son entourage. Il est peu reconnu car considéré comme un métier féminin donc profane, relevant de la sphère

¹⁸⁶ Nous en avons fait le constat régulièrement à l'occasion d'échanges informels et de réunions avec des soignants, des médecins mais aussi l'encadrement (cadres de santé, directeur de soins).

domestique¹⁸⁷. Au premier regard il semble peu professionnalisant car il pourrait être réalisé par toutes les femmes dans leur propre foyer. Pourtant de nombreux articles sont publiés sur le *care* montrant l'intérêt des relations d'altérité et l'utilité de ces savoirs discrets acquis par des professionnels du soin au cours de leur expérience de travail venant contredire ainsi l'apparente facilité du travail de *care*. « *Compris comme travail, c'est la tâche consistant à prendre soin de soi et des autres quand nous sommes en situation de besoin. On se rend surtout compte de son importance en son absence et on en a particulièrement besoin quand on ne peut pas l'offrir en retour. Comme attitude le caring dénote un lien positif, affectif, et un investissement dans le bien-être de l'autre.* » (Laugier et Paperman, 2006).

Notons que seul celui qui reçoit le geste de sollicitude est en mesure de l'évaluer. Ce constat explique les difficultés de valorisation du *care* : le prendre soin est difficilement quantifiable à travers une grille de lecture car le prendre soin demande de s'adapter aux besoins de chaque personne aidée. Quant à la qualité du soin, elle est clairement subjective. Jean-Guilhem Xerri (2011) annonce : « *un rééquilibrage de la reconnaissance par la société des fonctions de soin par rapport aux activités considérées comme économiquement rentables est une nécessité. L'enjeu n'est pas de promouvoir une « société du soin » mais de réhabiliter le soin comme activité créatrice d'humanité plus que réparatrice* ». Suivant cette logique on comprend que les infirmiers exerçant en psychiatrie rencontrent des difficultés à décrire et faire valoir leur activité. Olivier Guillou, infirmier en secteur psychiatrique témoigne ainsi : « *en psychiatrie le savoir être est souvent bien plus important ; mais cela effectivement est beaucoup plus difficile à noter au cours d'une évaluation. La dimension relationnelle étant considérée bien souvent comme un simple « supplément d'âme » pour pouvoir exercer.* »¹⁸⁸ Pour conclure, notons qu'il serait réducteur d'opposer systématiquement le travail du *cure* et du *care*. Il est plus pertinent de considérer là des nuances, des facettes dans le travail du soin. Il reste alors aux soignants à conjuguer ces différents aspects pour garantir une qualité de soin et vivre mieux leur activité professionnelle. Pourtant dans les discours, la description de leur activité ne se fait que par la mise en valeur de clivages : soins technique vs soins relationnels, rôle propre vs rôle sur prescription.

¹⁸⁷ Pour une présentation des notions de *care* dans les activités soignantes : Anne-Marie Arborio, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Économica, coll. « sociologiques », 2012, 334 p., Ed. augmentée d'une préface de l'auteur, ISBN : 978-2-7178-6533- Et Pascale Molinier, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013, 222 p

¹⁸⁸ <http://www.infirmiers.com/votrecarriere/votre-carriere/une-journee-type-dun-infirmier-en-psychiatrie>, consulté le 4/11/2013

LES INFIRMIERES PRISES DANS LE DILEMME DE DEUX POSTURES S'OPPOSANT :
L'INFIRMIERE BRAS DU MEDECIN (*LE CURE*) ET L'INFIRMIERE JAMBE DE
L'AMPUTE (*LE CARE*). UN DEFAUT DE MODELE CONCEPTUEL A LA FRANCAISE.

Historiquement en France les infirmières ou les jeunes filles remplissant les fonctions d'infirmières avaient pour mission d'être les petites mains des médecins : à ce titre elles exécutaient les soins qui avaient été demandés par ces derniers. Elles étaient donc portées sur la pratique en priorité. Aujourd'hui on désigne par « rôle sur prescription » cette partie du travail de l'infirmière. Elle englobe dans la majorité des cas des actions à visé thérapeutique (traitement par voie veineuse, injection intramusculaire, préparation pour le bloc opératoire) ou à visé diagnostique (prélèvement sanguin) : nous sommes donc bien dans une idée de prise en charge qui relève du *Cure*. Cette majeure part de l'activité de soin répond au besoin d'un système de santé hospitalo-centré valorisant les connaissances cliniques : la santé communautaire reste à développer en France même si elle occupe une part de plus en plus importante dans les discours de politique de santé. Dans cette perspective, l'héroïsme du soignant est lié à l'efficacité visible de son travail : un pansement parfaitement réalisé et propre, un patient qui sort guéri du service...

Cette description du travail de l'infirmière dénote pourtant des modèles conceptuels qui sont enseignés depuis des décennies dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers français. En effet, les théories de soins enseignées en France sont d'origines anglo-saxonnes et datent des années 50 : elles ne font pas écho à la réalité de terrain que nous venons de décrire. Ces modèles de soins sont tirés des travaux de Virginia Henderson¹⁸⁹ qui valorisent le travail autonome, réalisé par une infirmière en dehors de ce que prescrit le médecin, tous les soins d'hygiène et de confort, autrement dit ce qui relève du *care* ou encore le « rôle propre » comme on le nomme aujourd'hui en France. Virginia Henderson met en avant la notion des 14 besoins du patient qu'elle a créés après avoir étudié la pyramide de Maslow. Il est à noter que ce modèle conceptuel a été adapté et repris largement en France depuis les années soixante-dix. Il valorise des soignantes tournées vers le patient, la jambe de l'amputé, les yeux de l'aveugle, la conscience de l'inconscient autour d'un soin angélique éloigné des attentes de soin à l'hôpital.

¹⁸⁹Virginia Henderson (1897-1996) obtient son diplôme d'infirmière en 1921. Elle a contribué par ses enseignements et son travail de référencement de tous les écrits infirmiers à développer un modèle conceptuel de soins. Docteur *Honoris Causa* de l'université Yale, Virginia Henderson publia en 1960 une théorie relative aux besoins fondamentaux de l'Homme et aux soins infirmiers qui en découlent.

Son application à la psychiatrie est largement critiquée par les professionnels sans pour autant que ces derniers soient en mesure de proposer ou d'adapter d'autres modèles.

Malheureusement ce modèle de « l'infirmière jambe de l'amputé » ne reste qu'un idéal type jamais atteint. En effet ce nouveau concept ne correspondant pas à la réalité des attentes du travail du terrain, et il n'aura pas d'autre conséquence que de créer un clivage important avec un double discours : celui des centres de formation qui encouragent les stagiaires dans une posture de *care* (jambe de l'amputé) et les attentes sur les terrains de stage et dans les milieux de professionnels qui valorisent fortement les connaissances scientifiques et la recherche médicale recoupant les logiques de *Evidence based medicine*¹⁹⁰. Les soignants sont donc depuis les années soixante-dix tiraillés entre la technique des soins qui favorise la reconnaissance des médecins et le relationnel qui les conforte dans l'atteinte d'un idéal type. Cette situation est d'autant plus marquée en France que le système de santé reste éloigné de la santé communautaire et des politiques de santé publique et que l'affirmation institutionnelle de « la personne au centre » et des « partenariats soignants/soignés » apparait dans ces conditions presque incantatoires ! Dans l'enquête press-next réalisée sur 40 000 paramédicaux européens en 2003 et 2004 respectivement 39,6% puis 46,8% se déclarent insatisfaits des possibilités de prodiguer des soins de qualité. Ainsi la dernière enquête de 2013 TNS Sofres de l'Observatoire des Infirmiers confirme cette scission : spontanément, c'est la dimension relationnelle du métier qui ressort en premier (71% des réponses citées : relationnel, contact, partage, empathie, écoute, disponibilité) mais juste derrière les aspects techniques qui sont ensuite mentionnés (à 55% selon le vocable soin, efficacité et compétence). Les soignants sont donc partagés, ils peuvent se sentir trahis par cette adhésion à un modèle conceptuel qui les emprisonne un peu plus dans le manque de reconnaissance. Il en résulte souvent un sentiment de non-sens allant de la démotivation à des états d'épuisement professionnel. Ce qui crée la souffrance c'est bien le décalage entre l'idéal du métier et la réalité du terrain.

QUEL RESSENTI POUR LES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS ?

Quant aux étudiants, on comprend que seule une minorité (autour de 5% des effectifs d'une promotion) se destine à un exercice professionnel en psychiatrie qui semble aux yeux des novices totalement dépourvu de technicité. La dernière enquête menée par la FNEFI (fédération

¹⁹⁰ Aux Etats-Unis une partie des infirmières est formée à l'université et elle est donc tout à fait à l'aise avec les logiques des soins validés par les preuves : *Evidence based practise ou evidence based nursing*. Elles ont su s'approprier le champ de la recherche pour valoriser leur expertise de soin mais leur organisation professionnelle est bien plus structurée qu'en France (le modèle des hôpitaux magnétiques que nous présentons sur le chapitre consacré à la fidélisation en est une illustration).

nationale des étudiants en soins infirmiers) au printemps 2014 confirme que les services de psychiatrie restent les moins attractifs: « les jeunes professionnels montrent une désaffection pour les secteurs d'activité qui seront pourtant amenés à recruter dans l'avenir ». Ainsi en première position des services que les jeunes voudraient éviter arrive la psychiatrie avec un score de 45%. Cette désaffection, les services de psychiatrie le leur rend bien : les professionnels de terrain dénoncent une nouvelle formation trop généraliste, trop théorique et qui prépare mal aux exigences de terrain en termes de qualité de prise en charge aux moments des entretiens thérapeutiques par exemple. Les nouveaux diplômés n'auraient pas acquis de compétences suffisantes dans le savoir-être ce qui favoriserait des situations de montée de violence plus fréquente en service.

Le discours des formateurs renforce ce ressenti, ils conseillent de débiter une carrière dans les soins somatiques afin de s'aguerrir sur le plan des gestes techniques pour venir secondairement en psychiatrie. Le témoignage de Béatrice illustre bien ce dénigrement du travail autour du patient « psy » et de surcroît chronique qui revient pour les mêmes maux (Rothier Bautzer, 2012, p.17) : « avec plein de cas « psy » des gens qu'on revoit régulièrement parce qu'ils boivent trop ». Pour Béatrice, ce n'est pas un vrai travail de soignant... « Heureusement les urgences vont recruter un « psy », un infirmier qui connaît un peu ça et qui ne fera que les accueils des « psy ». Les autres pourront enfin se concentrer sur leur cœur de métier. »

DANS UN TEL CONTEXTE QU'EN EST-IL DES SOIGNANTS QUI TRAVAILLENT AU PLUS ELOIGNES DU CURE : LE MILEU PSYCHIATRIQUE.

Nous l'avons expliqué, tout le travail des soignants qui relève du *cure* est d'avantage valorisé par notre société et par les soignants eux-mêmes. Dans cette perspective on comprend bien que les services qui prennent en charge les pathologies chroniques sont délaissés par le personnel qui y voit une lourdeur dans la prise en charge associée à un sentiment d'échec et d'inefficacité de leur travail : c'est le cas d'un nombre conséquent de pathologies psychiatriques pour lesquelles on attend au mieux de camoufler des symptômes afin d'envisager une socialisation des patients en dehors de l'hôpital. Ainsi on parle de patient stabilisé mais pas de patient guéri. La reconnaissance du personnel dans ces lieux est donc très faible. Le personnel est considéré comme peu compétent voire oisif surtout lorsqu'en extra hospitalier les soins consistent en l'animation d'activités thérapeutiques : atelier cuisine, sortie piscine, peinture, jardinage. Il n'est pas rare d'entendre des étudiants, des professionnels de soins somatiques ou des chargés des ressources humaines décrire la psychiatrie comme « le lieu où l'on fume, on boit du café et on joue aux cartes ». Présentée ainsi, l'activité soignante paraît peu professionnelle et on

comprend le malaise des soignants lorsqu'on sait « *qu'aujourd'hui, la pire chose que l'on puisse dire des autres est qu'ils sont fainéants et qu'ils ont de mauvaises habitudes de travail, qu'« ils » n'ont pas la même conception du travail que nous. Ce jugement porté sur les qualités au travail tient une très grande place dans nos jugements moraux.* » (Hughes, 1956).

Pourtant une part moindre de professionnels est attirée par le secteur de la psychiatrie : les plus expérimentés ont développé des compétences relationnelles notables mais la question de la reconnaissance reste présente.

3.3.2 Hiérarchisation informelle des infirmiers dans les services psychiatriques.

Si nous avons bien compris par quel mécanisme de pensée les services de psychiatrie se révèlent peu attractifs (patient chronique, soins peu techniques, médecine incertaine au plan diagnostic et thérapeutique), il n'en demeure pas moins qu'une division forte se fait sentir selon le type de formation suivie par les infirmiers : les attentes diffèrent ainsi que les critères de qualité de soins. Les logiques que nous venons d'explicitier sont vécues par les infirmières en soins généraux ou infirmières diplômées d'Etat après 1992 mais aussi celles issues de l'universitarisation récente de la formation : sensibilisées à la recherche de données académiques, elles sont d'autant plus sensibles à la question de la visibilité de leurs compétences. Elles attendent que les professionnels de terrain soient en mesure de leur apporter les ressources en connaissances « scientifiques » qui restent absentes de manière formalisée¹⁹¹. De plus le nouveau format de la formation ne leur permet la découverte que d'un seul lieu de stage de psychiatrie (contre trois auparavant) : en cas de mauvais vécu de stage, l'étudiant se détourne définitivement de cette spécialité. Il peut avoir du mal à se saisir des enjeux de la prise en charge longitudinale en psychiatrie en ne participant qu'à une étape du parcours de soin du patient. Au moment de la première prise de poste, les infirmiers sont parfois confrontés aux remarques des infirmiers aguerris qui leur reprochent leur incapacité à gérer un service : « *les jeunes, ils ont la licence, ils veulent faire des études mais ils savent même plus s'occuper des patients*¹⁹² ». On comprend alors que la cohabitation entre ces différents profils de soignant puisse révéler des tensions. Le phénomène est peut-être renforcé par les effets réels ou

¹⁹¹ Cette difficulté se fait sentir au niveau médical comme nous avons pu le présenter dans la partie 3.2 en constatant la multiplicité des courants thérapeutiques.

¹⁹² Témoignage d'un étudiant accessible sur le site : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/etudiants-en-ifs/infirmiers-refractaires-changement.html>

imaginaires des comportements de la génération Y. L'existence même d'une génération Y est remise en cause dans sa définition qui peine à trouver sa délimitation, la littérature académique évoquant plutôt le « Mythe » de la génération Y (Pichault et Pleyer, 2010¹⁹³) : au fond cette génération n'a pas d'attentes différentes des autres mais peut être les exprime-t-elle autrement et plus ouvertement en particulier dans le milieu hospitalier...C'est du moins l'hypothèse que nous émettons après nos observations empiriques. Les cadres de santé ne comprennent pas que des infirmiers débutants se permettent d'avoir ouvertement des exigences en termes d'horaires de travail ou encore d'avoir des attentes importantes en termes de moyens matériels ou de reconnaissance de la qualité du travail réalisé. Ces demandes n'existaient pas lorsqu'elles exerçaient leur fonction de soignante. Si elles avaient adopté ce genre de posture elles n'auraient plus répondu à l'image idéalisée de l'infirmière dévouée à son patient, à son service, au médecin de l'unité, ne comptant pas ses heures. Il y aurait donc eu une évolution de l'idéal type de l'infirmière avec la génération Y et la cohabitation de ces 2 idéaux est source d'incompréhension.

Mais qu'en est-il des infirmières spécialisées en psychiatrie aussi appelée ISP (infirmier des secteurs de psychiatrie) ? Comment peut-on caractériser ces professionnelles qui ont fait le choix il a quelques années maintenant de devenir infirmière de psychiatrie et d'exercer en tant que soignante uniquement dans ce type de service à travers une formation initiale spécifique de ce secteur.

Dans l'univers « à part » de la psychiatrie, les « IDE psy » (les ISP), c'est-à-dire ayant suivi exclusivement une formation à vocation psychiatrique avant 1992, apparaissent comme dépositaires d'une expertise en soins relationnels, non formalisée certes mais présente et transmissible uniquement par compagnonnage. Les qualités relationnelles sont donc valorisées dans cette spécialité alors que les soins somatiques sont perçus comme secondaires (surveiller le poids ou le transit comme dans les services de soins dits généraux sont perçus comme une perte de temps). Le savoir être est à leurs yeux la compétence essentielle d'un soignant qui doit s'avoir « faire redescendre¹⁹⁴ » un patient psychotique plutôt que de recourir à l'utilisation de chambres d'isolement appelées aussi chambres de soins intensifs.

¹⁹³ <http://hdl.handle.net/2268/88548> . Pichault, F., Pleyer, M., (2010) Pour en finir avec la génération Y. Enquête sur une représentation managérial. *Acte des Congrès de l'AGHR*, Novembre.

¹⁹⁴ Nous reprenons ici le jargon professionnel : les infirmiers désignent ainsi l'augmentation des troubles visibles chez un patient et qui pourrait le conduire à des passages à l'acte violent envers les autres ou pour lui-même. Cette montée en puissance de l'agitation du patient, si elle est détectée suffisamment tôt, peut être prise en charge par

La professionnalisation récente des infirmières en psychiatrie tente de répondre à ce besoin de formalisation de savoirs considérés comme profanes. Elle s'explique probablement par les origines de la profession entre charité et maintien de l'ordre social et lie les infirmiers de psychiatrie à un passé ressenti comme peu glorieux de « gardien des fous », une catégorie de travailleurs peu différente des gardiens de prison selon Thomas Bender (2012). Cet emploi indifférencié des termes « gardien » et « infirmier » a longtemps desservi la psychiatrie : elle renvoie au flou de la position d'un personnel subalterne assurant plutôt un rôle de surveillance plutôt que de soin (Jaeger, 1990, p.29). Le profil idéal du soignant est alors décrit comme généreux, doux, bon, intelligent mais aussi capable de donner un sentiment de puissance donc disposant d'une stature imposante (Jaeger, 1990). Ce passé explique probablement une présence masculine plus importante chez les infirmiers dans les services de psychiatrie comparativement aux autres spécialités. Lorsque l'on se penche sur l'historique de cette profession, on constate que certaines problématiques ont traversé le temps. Des solutions ont été proposées mais le questionnement perdure :

-la question de l'attractivité du personnel dans les unités de psychiatrie. Les aliénistes Constans, Lunier et Dumesnil, inspecteurs généraux indiquent dans leur Rapport général sur le service des aliénés : *« nous ne connaissons pas un seul asile dans lequel les surveillants reçoivent un salaire égal à celui des domestiques de la localité...quels avantages pourraient les retenir et les faire persévérer ? Nous pensons en conséquence qu'une réforme sur ce point serait un des meilleurs et des plus indispensables compléments de l'organisation de l'asile. »* (Jaeger, 1990).

-la question de la sécurité des conditions de travail et de la recherche de compétences. Un extrait d'une lettre adressée au Ministre de l'intérieur par un syndicat le 9 octobre 1907 met en lumière leur condition : *« Par suite de la suppression de tous les moyens de contraintes (détermination inspirées au médecin par des sentiments humanitaires qui les honorent), ne sommes-nous pas exposés aux actes meurtriers des inconscients que nous soignons. Ne sommes-nous pas susceptibles de devenir leurs victimes, quelques-uns d'entre nous ayant déjà payé de leur vie l'insouciance de certaines administrations ? L'amélioration de notre sort*

des soins relationnels (entretien) sans avoir recours à des techniques d'isolement ou de contention qui sont vécus comme des échecs thérapeutiques par les ISP.

permettrait d'ailleurs le recrutement d'un personnel plus compétent et plus stable.»
(Daumézon, 1935¹⁹⁵).

La distinction *cure/care* n'est pas identique pour toutes les infirmières ayant une pratique en psychiatrie mais cette grille de lecture permet de comprendre la présence d'enjeux différents pour des infirmiers différents depuis la création du diplôme unique. Il s'agit de considérer ces différentes ressources comme complémentaires avec un personnel offrant un vrai panel de compétences est permettant *a priori* de proposer une prise en charge complète d'un patient sur le plan de la santé mentale sans négliger l'aspect somatique. Comme l'indique Hughes (1996, p.95) : « *Tout travail est effectué dans un environnement social. Au sein de cet environnement social, les gens effectuent certes des tâches techniques, mais ils sont également en interaction les uns avec les autres. Ils se conforment à des règles. Si l'on veut comprendre tel ou tel travail, il faut d'abord comprendre le rôle des personnes qui y sont impliquées.* » Questionner les liens entre ces différents professionnels c'est mieux saisir les enjeux du travail : c'est aussi prendre toute la dimension de la gestion du personnel dans ce type de service qui multiplie les profils et les attentes en termes de reconnaissance. Nous notons dans ce cas des enjeux de transmissions de savoirs dans une logique de management transgénérationnel. (Estryn-Béhar, 2008).

SYNTHESE DU CHAPITRE 3.

Nous avons à l'occasion de ce chapitre décrit longuement les éléments du contexte de notre recherche afin d'intégrer les enjeux en cours.

Nous avons évoqué les profondes réformes de l'hôpital, de son organisation et de son mode de gestion. Ces transformations se sont superposées les unes aux autres sans qu'une réorganisation de fond soit pensée au moment de leur mise en œuvre en particulier avec les acteurs de terrain. Si sur le principe les valeurs du NPM sont acceptées (efficience et donc haute qualité de soin), la mise en application de ses principes laisse perplexes des professionnels qui soulignent au contraire des injonctions irréalisables ou des difficultés d'appropriation d'un revirement culturel. Les services RH se trouvent ainsi dans l'obligation d'accompagner cette modernisation en adoptant une nouvelle posture plus stratégique. Ils doivent négocier une place à l'heure de la Nouvelle Gouvernance qui tend à redistribuer les cartes pour une gestion des hôpitaux plus

¹⁹⁵ Daumézon, G. (1935). *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés.* Imp. A. Coueslant

équitable. Les tensions existent donc entre les différentes directions qui à ce jour continuent d'évoluer en parallèle plutôt que de concert.

Les difficultés d'appropriation des principes découlant du NPM sont particulièrement visibles dans le secteur de la psychiatrie qui a historiquement eu une grande autonomie d'organisation mais qui doit répondre aujourd'hui comme les autres spécialités médicales à la contrainte de la mise en chiffre de son activité. Bien loin des courants humanistes qui ont permis la sectorisation, l'évolution de la psychiatrie vers une santé mentale plus ouverte sur la ville et moins isolée dans les asiles, la psychiatrie doit penser désormais la visibilité de ces expertises et de la qualité de sa prise en charge. Pour répondre à ces nouvelles logiques certains courants tirent leur épingle du jeu : les neurosciences en s'appuyant sur le DSM IV répondent aux attentes de l'EBM. Elles permettent de coder l'activité en psychiatrie, à regret pour certains psychiatres qui y voient plutôt un appauvrissement de leur spécialité.

Enfin nous avons signalé que la multiplication des réformes avait des effets indésirables sur les professionnels de la santé. La situation est particulièrement préoccupante pour les infirmiers qui sont concernés par un absentéisme marqué lié à des problèmes de santé trouvant leur source au travail.

C'est pourquoi nous avons voulu nous saisir des logiques professionnelles en mobilisant la sociologie des professions. Nous avons pu ainsi expliquer pourquoi les services de psychiatrie qui prennent en charge des patients chroniques certes stabilisés mais jamais guéris ne répondent pas aux logiques de *cure* valorisées dans le secteur de la santé. De plus comprendre la particularité de la cohabitation de trois profils d'infirmiers dans ces unités est un point fondamental quand il s'agit dans un second temps de penser la gestion de la pérennité des expertises dans ce type d'unité. Il s'agit d'un prérequis indispensable à notre écrit mais ce travail s'est aussi révélé indispensable pour appréhender le terrain dans une logique de recherche-intervention visant l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier. La situation que nous étudions étant complexe il est indispensable de pouvoir distinguer les éléments externes aux établissements de ceux qui leurs sont propres.

Nous allons désormais présenter une revue de littérature concernant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers français : elle permet d'accompagner le terrain dans la prise en compte de la situation de pénurie tout en constituant une grille de lecture pertinente à l'analyse des données recueillies sur cette première période de recherche.

CHAPITRE 4 : ATTRACTIVITE ET FIDELISATION DES INFIRMIERS EN FRANCE.

Les établissements publics de santé en France et plus particulièrement en Ile-de-France, doivent gérer une difficulté de taille, la pénurie d'infirmières. On sait que 63% des établissements en France auraient des difficultés à recruter des infirmiers (Haroche, 2010). Le problème est donc loin d'être anecdotique. Les services d'un même hôpital sont toutefois inégalement touchés : la psychiatrie est particulièrement concernée, les jeunes professionnels ayant tendance à privilégier les services proposant des actes techniques en début de carrière (Rapiau et Riondet, 2009). Si cette situation n'est pas récente, le phénomène prend de l'ampleur et questionne dans un contexte actuel de crise : c'est un métier qui reste plutôt épargné par le chômage. En Mars 2011, « près de 16 000 postes de « ce magnifique métier » » étaient à pourvoir sur le territoire national (Mzabi, 2011). Ainsi, il y a un manque considérable d'infirmières sur le marché du travail (de nombreux postes restent vacants) et les écoles d'infirmières (IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers) n'arrivent pas à atteindre leur *numérus clausus* (Rapiau et Riondet, 2009). S'ajoute à cela le fait que la région Ile-de-France soit « exportatrice » de jeunes diplômés : en effet la région constitue une offre de formation dense géographiquement et reconnue qualitativement mais elle ne reste souvent qu'une zone de transit et non d'installation dans le métier. Les jeunes diplômés sont réticents à s'installer en région parisienne en raison des loyers élevés et des conditions de transport difficiles¹⁹⁶. Avec la Champagne-Ardennes et la Corse, l'Ile-de-France fait partie des régions que quittent le plus les infirmiers. Le résultat est qu'en 2010 la densité infirmière n'était que de 695 pour 100.000 habitants (à comparer à la densité de 1000 pour la région PACA), soit une des plus faibles de France (Barlet et Cavillon, 2011). Un dernier élément est à noter : une proportion importante de personnel expérimenté est actuellement amenée à partir à la retraite soulevant ainsi la question de la transmission des savoirs et des compétences dans les services. Cela d'autant plus que les personnels sur le départ ont pour beaucoup été diplômés avant 1992 d'une formation spécifique en psychiatrie alors que leurs remplaçants n'ont suivi qu'une formation en soins généraux.

L'hôpital est donc confronté à un double défi afin de garantir la qualité et la continuité des soins tout en limitant le recours à des vacataires pour contenir sa masse salariale. Il s'agit de se rendre certes attractif dans une démarche de recrutement des infirmiers mais surtout de fidéliser ce

¹⁹⁶ « Plan régional de formation et de recrutement des infirmières », Agence régionale de santé Ile de France, 2002.

personnel, en particulier lorsque celui-ci est qualifié et expérimenté, tout cela dans un contexte de transformation du secteur de la santé mentale.

C'est en prenant en considération ce contexte à la fois de pénurie de personnel infirmier, de modification de l'organisation du travail et des modes de gestion du secteur psychiatrique qui ont tendance à démobiliser les personnels que nous proposons d'identifier puis de donner sens aux déterminants de l'intention de départ dans deux établissements psychiatriques. Nous présenterons donc les différents niveaux dans l'intention de départ. Nous pourrions ainsi présenter les concepts qui s'y rapportent afin d'identifier les déterminants de l'intention de départ qui leur sont communs.

4.1 Intention de départ.

Nous allons présenter les différents concepts à notre disposition dans la littérature. Si la préoccupation première en 2012 était les difficultés de recrutement, fin 2013 sous l'effet d'une modification de la conjoncture démographique du métier d'infirmière au plan national et des actions mises en place dans les établissements que nous accompagnons, nous comprenons que l'enjeu devient surtout la fidélisation des infirmiers en particulier ceux qui disposent de compétences spécifiques voire d'expertises. Au fil du temps nous parlerons plutôt de pénuries de compétences que de personnel. Dans cette perspective nous trouvons un intérêt à distinguer différents niveaux d'intention de départ :

Le départ du service : les intentions de quitter le service sont augmentées en cas d'absentéisme et de turn-over (mobilité interne). A ce titre l'absentéisme doit toujours être considéré comme un baromètre du bien-être au travail ou encore de la satisfaction au travail. Nous le comprenons ici comme un signe d'appel, un facteur de risque à prendre en considération comme point de départ d'un cercle vicieux conduisant à des difficultés de recrutement. Le turn-over peut être conséquent à un absentéisme, à la surcharge de travail. De plus l'effet désorganisant de l'absentéisme peut conduire à la démobilisation du personnel en place et le recours régulier aux intérimaires ne diminue pas cette impression désagréable.

Le départ de la spécialité psychiatrie : si la nature du travail effectué ne convient plus alors il faut pouvoir accompagner le professionnel vers d'autres domaines d'activités soignants ou une évolution de ses fonctions vers l'encadrement par exemple. Cela explique que les grands centres hospitaliers ont moins de difficultés de recrutement : les jeunes diplômés y voient

l'opportunité d'un parcours professionnel varié, qualifiant et enrichissant surtout lorsque le processus de modernisation des ressources humaines est efficient (Gestion des Métiers et des Compétences (GPMC), entretiens d'évaluation professionnalisés, activité et compétence infirmières requises identifiées et balisées...).

Le départ de l'établissement et/ou d'un pôle : ici la politique de soins et la politique de gestion RH sont probablement en jeu. Il faut d'une part que cette politique soit suffisamment affichée pour permettre le processus d'identification des infirmiers et d'autre part il doit correspondre aux valeurs soignantes. Enfin il faut qu'il y ait une concordance entre un discours affiché et une réalité de pratique pour éviter des situations de souffrance comme on le sous-entend en psychodynamique du travail. En effet les écarts entre l'idéal d'un métier et la réalité peuvent procurer une déception pouvant conduire à l'intention de départ (mobilité externe)¹⁹⁷. Les infirmiers cherchent ainsi « ailleurs » ce qu'ils espèrent depuis leur formation (autonomie/valorisation du *Care*), un travail en harmonie avec les valeurs soignantes.

Du métier : C'est peut être l'élément le plus marquant du métier et ce dans tous les pays. Ainsi près de la moitié des infirmiers en France semble quitter le métier, pour de raisons diverses, après quelques années de pratique : une douzaine d'année (Haroche 2010). Au Canada 20% des infirmières enregistrées à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec quittent la profession après 10 ans de pratique. La proportion passe à 30% après 20 ans de pratique (Paillé, 2010). On sait par ailleurs que 16,3 % des infirmiers français déclarent avoir fréquemment eu l'intention de quitter définitivement la profession au cours des 12 derniers mois (Estry-Behar, 2008, p.48)

S'interroger sur les déterminants de l'intention de départ des infirmiers en France et en particulier en psychiatrie s'avère donc indispensable

4.2 Une littérature riche sur la thématique de l'intention de départ mais peu d'études concernant les infirmiers français et de surcroît en psychiatrie. Le recours aux proxys.

La consultation de la littérature sur la thématique de l'intention de départ nous conduit vers les proxys de l'intention de départ. Nous avons donc orienté notre revue de littérature vers les travaux portant sur la satisfaction au travail, la motivation, l'implication ou encore

¹⁹⁷ Nous avons pu aborder la présentation de ce type de processus dans le chapitre 1 en présentant le métier d'infirmier au regard de la sociologie des professions.

l'engagement. Nous avons aussi intégré des lectures concernant l'absentéisme. Nous avons finalement retenu la satisfaction, la motivation et l'implication comme cadre conceptuel des intentions de départ. En effet la littérature consultée y fait référence dans le secteur de la santé : l'article de Fournier¹⁹⁸ (2012) justifie l'utilisation de la motivation duale d'Herzberg pour sa pertinence dans l'analyse des spécificités de la génération Y (l'étude porte sur les étudiants infirmiers) tandis que le concept de « Magnet Hospital » mobilise très nettement la satisfaction et révèle une démarche de label gestionnaire notable.

LA SATISFACTION AU TRAVAIL.

La satisfaction au travail comme concept dynamique et multidimensionnel retient toute notre attention. Au-delà d'un sentiment de bien-être, ou de « plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ou simplement d'une chose souhaitable », la satisfaction peut être vue comme « *une réponse émotionnelle positive résultant de l'évaluation du travail ou des expériences de travail. C'est une perception instable qui évolue en fonction des expériences mais aussi en fonction des attentes du salarié qui peuvent se modifier tout au long de sa vie* » (Igalens, 1999). C'est une attitude face à une situation de travail avec une dimension affective, conative et cognitive qui prédispose au comportement de départ. Ainsi on peut dire que la satisfaction résulte de l'adéquation entre les perceptions que la personne a des différents aspects de son emploi et les perceptions qu'elle a quant à ce que devraient être les différentes facettes de son travail. La satisfaction dépend toujours du niveau de divergence entre ce que la personne désire et ce qu'elle en retire (Prat dit Hauret, 2006). C'est le concept qui domine la thématique de l'intention de départ, en particulier pour le domaine de la santé. On le retrouve associé aux études concernant les « *Magnet Hospitals*¹⁹⁹ » aux Etats-Unis ou hôpitaux magnétiques c'est-à-dire attractifs.

¹⁹⁸ Fournier, C. (2012). La prise en compte des motivations des élèves soignants: éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 29(6), 323-335.

¹⁹⁹ L'étude princeps sur les Magnet Hospitals est celle de Mc Clure et al 1983.

LES HOPITAUX MAGNETIQUES²⁰⁰.

En 1980, l'académie américaine des infirmières (AAN : American Academy of Nurses) a identifié un groupe d'hôpitaux épargnés par la pénurie de soignants qui affectait le pays. L'AAN a inventé le terme de « magnet » (aimant) pour désigner la capacité de ces hôpitaux à attirer et fidéliser ses infirmières. L'étude Mc Clure en 1983 a permis d'identifier les facteurs communs influençant la satisfaction professionnelle des infirmières et abaissant le turn-over du personnel hospitalier dans ces hôpitaux attractifs. Les attributs magnétiques sont regroupées autour de 8 conditions essentielles, définissant un environnement de travail positif et sain pour les soignants (Feltner, Mitchell, Norris, & Wolfle, 2008; Havens, 2001; Upenieks, 2002; Upenieks & Abelew, 2006; Upenieks & Sitterding, 2008) :

- l'autonomie professionnelle des soignants ;
- le support fourni par l'administration ;
- une bonne collaboration entre médecins et soignants ;
- la reconnaissance de la valeur professionnelle des soignants et de leur leadership ;
- des relations positives avec les pairs ;
- un ratio de personnel adéquat ;
- une orientation forte sur le patient ;
- l'importance de la qualité.

Ces hôpitaux par leur structure organisationnelle plate et leur direction infirmière fortement positionnée sur le contrôle des pratiques sont reconnus pour leur capacité à attirer et retenir les professionnels de santé. Progressivement le concept initial donne naissance au « *Magnet recognition Program* », un label de reconnaissance externe, indicateur des meilleurs hôpitaux américains. Selon Matthieu Sibé²⁰¹, l'hôpital magnétique se présente aujourd'hui comme un modèle de performance en ressources humaines, améliorant la qualité de vie, et comme modèle de performance organisationnelle, améliorant l'efficacité, la qualité, la sécurité et l'économie des soins. Il correspond à ce titre aux attentes de rationalisation des dépenses de santé et à la

²⁰⁰ Sur le thème des hôpitaux magnétiques et la transposition du concept en France, voir la thèse de Matthieu Sibé : L'hôpital Magnétique, Définition, conceptualisation et conséquences perçues sur les attitudes de travail. 2014. Université de Rennes 1.

²⁰¹ Sibé, M. (2014). *L'hôpital magnétique: définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail* (Doctoral dissertation, Rennes 1).

modernisation des ressources humaines qui en découle. Les écrits concernant les hôpitaux magnétiques nous permettent ainsi de ne pas voir les difficultés de recrutement et de fidélisation comme une fatalité. Ils nous encouragent au contraire à poursuivre notre volonté de démarche d'accompagnement au changement de politique RH dans les établissements : ils soutiennent l'idée de pouvoir réunir autour d'un concept commun les intérêts de deux univers différents (celui du soin et celui de la gestion des ressources humaines). Les études portant sur ces hôpitaux magnétiques tendent à montrer le cercle vertueux d'une interaction réciproque entre forte qualité des soins et satisfaction au travail des soignants : un « *hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* » (Brunelle, 2009). Cet état de fait souligne l'intérêt porté à la satisfaction au travail dans les hôpitaux. Mais nous notons aussi que la démarche a été initiée aux Etats-Unis par un groupe professionnel capable d'*empowerment* : il s'est mobilisé et a pu organiser une véritable recherche. Ce constat pose la question du possible transfert d'un concept venant d'outre atlantique. La sociologie des professions n'est pas la même et c'est un élément à prendre en compte. Nous ne pouvons donc pas uniquement centrer notre recherche sur ce modèle conceptuel.

LA MOTIVATION

Proche de la satisfaction, le concept de motivation trouve ses origines parmi les théories de la psychologie industrielle et du management dans la première moitié du XX^{ème} siècle. Cet intérêt pour la motivation au travail repose sur le principe que la réussite de l'entreprise dépend des performances collectives, elles-mêmes tributaires des performances individuelles. Ingénieurs, consultants, responsables du personnel, dirigeants, chercheurs vont se pencher sur la façon d'améliorer la motivation au travail des salariés. L'accumulation de travaux théoriques et empiriques va conduire à l'élaboration de nombreuses théories. (Roussel, 2009). Nous retenons la définition de Vallerand et Thill (1993, p.18²⁰²): « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ». La motivation au travail est caractérisée par un processus qui implique la volonté de faire des efforts, d'orienter et de soutenir durablement l'énergie vers la réalisation d'objectifs de travail et de concrétiser cette intention en comportement effectif. Ainsi, la définition même de la

²⁰² Vallerand, R.J. et Thill, E.E. (1993), « Introduction au concept de motivation », in Vallerand, J. et Thill, E.E. (Eds), Introduction à la psychologie de la motivation, Laval (Québec), Editions études vivantes - Vigot, p.3-39.

motivation nous met en garde quant aux difficultés d'observer directement la motivation d'une personne. Elle se caractérise par ailleurs par sa subjectivité : la force motivationnelle interne dépend de caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, l'instinct, les traits de personnalité (hédonisme, crainte, convoitise, avidité, jalousie, etc.) alors que la force motivationnelle externe dépend de la situation, de l'environnement de travail, de la nature de l'emploi, du mode de management des supérieurs, etc. « *Ces facteurs de motivation internes ou dispositionnels, et externes ou situationnels, sont changeants et propres à chaque individu* » (Roussel, 2009). « *Le niveau de motivation peut "être soit faible soit fort, variant à la fois entre les individus à des moments déterminés, et chez une même personne à différents moments, et selon les circonstances* » (Pinder, 1984, p.8). La théorie bi-factorielle d'Herzberg affirme que la motivation est suscitée par la recherche d'une satisfaction optimale de certains besoins. (Herzberg et al. ,1959). Il s'agit d'identifier ce qui anime l'individu à satisfaire ses besoins.

L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE.

Une autre approche fréquemment utilisée est l'implication organisationnelle. On utilise le terme *commitment* pour traduire ainsi cette attitude positive de la personne dans l'organisation et le terme *organisationnal commitment* pour transcrire un engagement et une attitude du salarié envers l'organisation. Comme le souligne Meyer et Herscovitch (2001), les définitions de l'implication sont nombreuses. Nous retenons celle de Mowdays, Porter et Steers (1982) qui repose sur la description des attributs du concept : l'implication se caractérise alors par une forte adhésion aux buts et aux valeurs de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci avec un fort désir d'en rester membre. Une relation d'interaction entre l'individu et l'entreprise est nécessaire au processus d'implication. Blau et Boal (1993) apportent une précision notable sur différents aspects d'implication au travail : chaque individu pourrait être impliqué différemment selon l'organisation (l'entreprise), le métier ou la fonction occupée (rôle professionnel, emploi et statut), le travail (tâches effectuées). Enfin nous souhaitons présenter le cadre théorique de l'implication d'Allen et Meyer (1990) à travers la distinction de trois dimensions de l'implication : l'implication affective, l'implication calculée et l'implication normative. L'implication affective renvoie à un lien émotionnel et à une identification envers l'organisation. L'implication « calculée » révèle la connaissance qu'à un individu des coûts associés à son départ de l'organisation. Quant à l'implication normative elle se réfère au sentiment de loyauté de l'employé. Il ressent l'obligation de rester travailler pour achever un projet dans lequel il se sent engagé.

4.3 Les liens entre ces différents concepts.

Enfin, on peut s'interroger sur les liens entre ces différents concepts, la nature de leur relation. Comme le note Prat dit Hauret²⁰³ (2006, p. 126) « *cette question est particulièrement intéressante pour les professionnels qui s'interrogent sur l'utilité des mesures à prendre pour modifier l'organisation...Ainsi les réponses apportées aux questions posées sur les relations entre la satisfaction et l'implication ont des répercussions sur les décisions à prendre pour les améliorer* ». Porters, Steers, Mowday et Boulian (1974) considère que si la satisfaction est une réaction affective immédiate et indépendante de l'environnement professionnel, l'implication organisationnelle est au contraire une attitude qui se développe lentement sur le long terme. Ils font alors l'hypothèse que la satisfaction précède l'implication organisationnelle.

On notera que si la corrélation voire la complémentarité entre l'implication organisationnelle et la satisfaction est relativement bien établie (Meyer, Stanley, Herscovitch, Topolnytski, 2001 et Currivan (1999), le sens de la relation reste difficile à établir avec certitude. Elle mériterait à ce titre d'être étudiée spécifiquement pour les infirmiers français exerçant dans le secteur psychiatrique. Comme l'ont montré Tett et Meyer (1993), les deux concepts que sont la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle sont des prédicteurs de l'intention de départ. Hellman ²⁰⁴(1997), à l'occasion d'une méta-analyse, conclut « *plus les employés deviennent insatisfaits, plus ils sont susceptibles de considérer d'autres opportunités d'emplois* ». L'existence d'une relation négative entre la satisfaction de travail et l'intention de départ semble donc établie. Signalons enfin les conclusions d'une étude taïwanaise de Lu et al portant sur 2197 infirmiers hospitaliers : elle a permis de distinguer l'impact de la satisfaction au travail sur les intentions de changer d'établissement de l'impact de l'implication professionnelle qui influe directement sur l'intention de changer de profession.

EVALUATION DES CONCEPTS ET OPERATIONNALITE.

Au-delà de leur pertinence avec notre thème d'étude, le choix de la mobilisation de ces concepts tend à répondre à une volonté à la fois de rigueur méthodologique et d'opérationnalité. La satisfaction, la motivation et l'implication font l'objet d'analyses factorielles qui viennent

²⁰³ Prat Dit Hauret, C. (2006). L'implication organisationnelle et la satisfaction au travail sont-ils des concepts pertinents pour les experts-comptables stagiaires? *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 12(1), 125-146.

²⁰⁴ Hellman, C. M. (1997). Job satisfaction and intent to leave. *The Journal of Social Psychology*, 137(6), 677-689.

déterminer des liens de causalité entre les différents concepts ou encore valider les échelles des questionnaires. Ainsi une partie conséquente de notre revue de littérature a été consacrée à l'étude de l'évaluation de ces concepts qui permettent une grande précision diagnostique, souvent située c'est-à-dire spécifique d'un établissement pour une période donnée : ceci explique peut-être les difficultés d'homogénéisation des écrits concernant les liens entre les différents concepts voire les propos contradictoires selon que la satisfaction soit étudiée pour des métiers différents : experts comptable pour Prat-dit-Hauret (2006), jeunes cadres pour Besseyre des Horts & Nguyen (2010)²⁰⁵.

4.4 Des déterminants de l'intention de départ proches quel que soit le modèle utilisé.

Les variables associées à la satisfaction au travail tous secteurs confondus rapportées par Iglesias et alii (2010) sont de deux natures : celles liées au travail (utilité des compétences, autonomie de décision, soutien du supérieur, soutien des collègues, variabilité des tâches, feedback du travail, la justice et la confiance en son collègue, son supérieur et en l'organisation) et celles liées à la personne (affectivité, estime de soi). Plus spécifique du monde de la santé, nous retenons la revue de littérature de Hayes et alii. (2010) qui permet de distinguer deux types de variables :

-les variables interpersonnelles qui ont un fort pouvoir explicatif sur la satisfaction au travail. Elles concernent le stress au travail, l'implication organisationnelle, la cohésion d'équipe des infirmières ainsi que la collaboration avec les médecins, la qualité de la communication avec le supérieur, mais aussi le contenu même du travail qui doit permettre la réalisation de soins de haute qualité.

- les variables extra-personnelles concernent plutôt les pratiques de GRH mais elles sont peu nombreuses à avoir été étudiées. Toutefois, on note que les perspectives de carrière et le tutorat²⁰⁶ ont un impact positif sur la satisfaction. De plus, la routine et l'organisation du travail semblent être deux points décisifs.

²⁰⁵ Des Horts, C. H. B., & Nguyen, V. (2010). Satisfaction, implication, engagement, enracinement et intention de départ des jeunes cadres-Une relation ambiguë. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 16(40), 143-160.

²⁰⁶ Ce point du tutorat constituera un axe de travail sur un des deux établissements. Il prendra un écho tout à fait particulier pour l'activité en psychiatrie avec une incitation législative à laquelle les professionnels soignants et leur hiérarchie ont été sensible.

Concernant la motivation, Herzberg détermine deux catégories de besoins : les besoins physiologiques, associés aux facteurs d'hygiène, et les besoins psychologiques, associés aux facteurs de motivation. Cette analyse le conduit à poser les principes de base du concept de l'enrichissement du travail. Pour motiver un employé dans son travail, les éléments correspondant aux facteurs de motivation doivent être incorporés dans la configuration de l'emploi afin de l'enrichir.

Tableau 19 : Théorie bi-factorielle ou duale d'Herzberg et al (1959)²⁰⁷.

Facteurs de motivation	Facteurs d'hygiène ou de maintenance
Ces facteurs incitent l'individu à faire les efforts pour satisfaire ses besoins	Ces facteurs n'apportent pas de satisfaction, mais peuvent générer de l'insatisfaction. Ils ne sont donc pas à l'origine de la motivation : ils poussent l'individu à agir sans véritable motivation et permettent un bon équilibre mental.
<ul style="list-style-type: none"> *les accomplissements (réalisation de travail bien fait) *la reconnaissance des accomplissements *le travail (proprement dit) *la responsabilité *la promotion ou avancement *la possibilité de développement 	<ul style="list-style-type: none"> *le supérieur (qualité et défauts) *la politique et l'administration de l'entreprise *les conditions de travail *les relations avec les collègues, les subordonnés et les supérieurs *le prestige *la sécurité de l'emploi *la rémunération *les facteurs de vie personnelle (mutation)

Pour Mzabi (2011), les déterminants de l'implication organisationnelle se fondent sur la perception d'une dégradation des conditions de travail qui vient rompre l'équilibre entre contribution et rétribution selon la théorie de l'équilibre organisationnel (March et Simon, 1958). La reconnaissance des pairs et de la hiérarchie est aussi nettement soulignée. Dans les travaux de Joshua-Amadi (2002) sont soulignés trois facteurs de départ : la faiblesse du salaire

²⁰⁷ Les groupes de travail se sont particulièrement appropriés cette grille de lecture : elle a constitué un support aux échanges et à la présentation des résultats de la phase diagnostique.

qui ne permet pas la reconnaissance des compétences attendues et des conditions de travail, le manque de considération témoigné par les supérieurs, les patients et les médecins, et le manque de perspectives de développement et d'évolution professionnelle (formation, promotion, progression). Les travaux de Forest et Kleiner (2011) montrent que le manque de formation et de soutien organisationnel sont les principaux facteurs de départ des infirmières durant la première année d'emploi.

Peu de travaux traitent spécifiquement de l'attractivité chez les infirmiers en France. Nous n'avons identifié que la recherche de Fournier (2011) réalisée auprès de 253 élèves infirmiers et aides-soignants. Selon ses résultats, les facteurs liés au contenu du poste infirmier, la réalisation de soi et le travail proprement dit sont les plus importants pour les élèves mais, après quelques années, le contexte du poste devient prépondérant avec la mise en avant de la rémunération et de l'avancement. La littérature concernant les services de santé mentale est nettement moins abondante. Deux études retiennent notre attention. L'une, réalisée au Japon (Ito et alii, 2001) auprès de 1494 infirmières, établit en lien direct entre la peur des agressions par les patients et leur intention de départ (41% d'entre elles ayant déclaré avoir subi une agression au cours de l'année précédente). Le jeune âge, la faible mobilité préalable entre services sont aussi à prendre en considération. L'autre réalisée au Etats-Unis, auprès de 1106 infirmières et aides-soignantes souligne l'effet délétère d'un manque d'opportunités professionnelles et la charge de travail comme causes principales de départ des services psychiatriques de longs séjours (Alexander, 1998).

SYNTHESE DU CHAPITRE 4.

Cette revue de littérature nous a permis d'identifier quatre principales catégories de facteurs ayant une influence sur l'intention de départ ou ses proxy :

- le sens du travail : réalisation de soi, soins de haute qualité permettant l'estime de soi
- les relations professionnelles: relations avec les médecins, soutien et reconnaissance du cadre, coopération entre professionnels
- les conditions de travail : charge de travail, violences subies
- les compétences : tutorat, formation, opportunités de carrière.

Ces déterminants font échos aux éléments de contexte que nous avons identifiés dans le chapitre 3 tels que les risques de RPS lorsque le travail est pénible physiquement et émotionnellement ou lorsque l'on est soumis à des violences. Le thème de la reconnaissance sera un fil conducteur de notre travail à la fois académique et à la fois sur le terrain. Ainsi cette revue de littérature a eu une fonction opérationnelle directe : elle a permis aux acteurs de terrain et au chercheur une meilleure compréhension de la situation de pénurie en identifiant des leviers d'action. Elle a permis de constituer une grille de lecture des éléments qui ont pu être recueillis sur la première période à l'occasion des réunions pluridisciplinaires et du questionnaire de satisfaction afin d'être analysés. Nous allons désormais préciser des éléments méthodologiques de la première période de recherche (Chapitre 5) afin de mieux saisir des résultats (Chapitre 6).

CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE MIXTE : ENTRETIENS INDIVIDUELS & COLLECTIFS, QUESTIONNAIRES ET OBSERVATION. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE A L'EPREUVE DU REEL

Nous avons consacré au début de notre écrit une partie conséquente à notre cadre épistémologique et à la présentation de notre *design* de recherche (Partie 1, Chapitre 2). Nous avons donc déjà apporté un certain nombre d'éléments méthodologiques indispensables pour appréhender la logique globale de notre processus de recherche ainsi que les différentes articulations que l'on a dû mettre en place au fur et à mesure de l'évolution du projet et de l'objet de recherche. Nous allons désormais apporter les précisions sur la méthodologie de la première période de la recherche consacrée à l'indentification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers français qui travaillent en psychiatrie et en particulier aux attentions portées à la mise en place du groupe de travail (GT) dans chaque établissement.

La méthodologie, pour cette première période, repose sur des entretiens, la soumission d'un questionnaire (hôpital 2) et des observations en particulier dans le service RH de l'hôpital 1.

5.1 La richesse des entretiens collectifs et individuels : déroulement du projet à travers le groupe de travail (GT) transdisciplinaire.

Pendant cette première période nous avons multiplié les sources de données dès notre arrivée comme nous l'avons soigneusement détaillé dans le chapitre 2. Mais ici nous allons essayer de retranscrire la méthode de recherche de la première partie qui repose fondamentalement (mais pas uniquement) sur la mise en place du groupe de travail (GT) attractivité et fidélisation des infirmiers travaillant en psychiatrie dans les deux établissements. Nous allons ainsi rapporter les différentes étapes telles qu'elles transparaissent dans les comptes rendus de réunions et dans notre journal de bord. Ces groupes de travail ont fonctionné sur le principe des focus groupe reposant sur une animation spécifique tout en laissant une place prépondérante à l'observation.

5.1.1 L'arrivée sur le terrain : accès, expression de la demande et cadrage de l'étude.

L'ACCES AU TERRAIN : QUI DEMANDE LA MISE EN PLACE DU GROUPE ET AVEC QUELS OBJECTIFS ?

Ce projet émane des DRH dans chaque établissement. Ce sont eux qui sont à l'origine du projet qui portera donc tout au long de son évolution une teinte « RH » plus au moins favorable à l'adhésion des acteurs. D'ailleurs le fait d'être introduit par les DRH dans chaque établissement n'est pas neutre de sens tant au niveau hiérarchique (vis-à-vis des agents) que vis-à-vis des autres « mondes » de l'hôpital et en particulier le monde soignant et médical. Comme nous l'avons mentionné dans l'esprit des DRH, le recours à un universitaire pour accompagner un groupe de travail traitant de la pénurie d'infirmier dans leur établissement est un moyen d'apporter un regard extérieur, une expertise méthodologique, un retour sur ce qui se passe ailleurs (revue de littérature) mais aussi l'assurance d'une recherche des solutions pérennes accompagnées jusqu'à leur mise en œuvre. L'objectif est de favoriser la production de solutions qui viennent du personnel lui-même.

Il faut préciser que dans l'hôpital 1, lors de sa prise fonction juste après la fusion, la DRH a rencontré les cadres de pôle et ils ont tous manifesté des préoccupations par rapport aux vacances de poste et aux difficultés de recrutement. Elle a souhaité que tous les pôles soient représentés dans le groupe projet. Lors de la présentation en CME, deux médecins ont manifesté leur intérêt. Lors de la présentation en CTE, le médecin du travail et un cadre de santé, délégué syndical, se sont portés candidats. Elle a aussi convié la directrice de l'IFSI et un représentant de la direction des soins en complément du personnel du service RH en charge du recrutement (cadre supérieur de santé). C'est ainsi que s'est constitué le GT dans un premier temps. Sa composition s'est ensuite étoffée en fonction des expertises des professionnels sollicités : par exemple la cadre supérieure de santé de la direction des soins qui avait accompagné la procédure de tutorat ou des infirmiers en poste sur des structures intra et extra hospitalière.

Tableau 20 : Liste des participants au GT en décembre 2012, hôpital 1.

Directrice des ressources humaines
Attachée d'administration hospitalière (RH)
Adjoint des cadres (RH)
3 Cadres supérieurs de santé
2 Praticiens Hospitaliers
Directrice des soins et directrice des soins de l'IFSI
3 Cadres de santé
2 Infirmiers ²⁰⁸
La chargée de communication
Médecin du travail
1 Professeur de gestion

Dans l'hôpital 2, le DRH était proche de la retraite. Il a d'ailleurs quitté ses fonctions à la fin de l'année 2012 mais il souhaitait toutefois que cette question préoccupante de pénurie soit traitée pour apaiser le climat social tendu dans l'établissement. Le cadre supérieur des soins a été très partie prenante et s'est sentie particulièrement concernée par la problématique qui était utilisée comme moyen de pression par les syndicats. Le DRH a fait une présentation du projet en CTE mais celui-ci a été accueilli de manière mitigée et finalement on constate un écart important des participants effectifs par rapport à ce qui était prévu dans le courrier d'invitation à la réunion : on déplore l'absence des médecins²⁰⁹, des cadres de santé, de l'attaché de la DRH.

²⁰⁸ Nous souhaitons préciser que lors de la première réunion du GT, il n'y avait pas d'infirmier. Nous avons dû insister sur la pertinence de leur participation. Ce point est symptomatique du déficit de management participatif.

²⁰⁹ Les médecins resteront les grands absents de cette première période dans l'hôpital 2. Nous finissons par convaincre une psychiatre de venir partager son vécu et son ressenti ce qu'elle fera bien volontiers mais sa posture restera passive au moment des prises de décisions et surtout lors des phases d'action. Ses propositions nous permettront de comprendre que les médecins ont d'autres soucis prioritaires à leurs yeux : les effets de la sectorisation et la fermeture des lits d'hospitalisation d'une part et plus localement les conséquences de la mise en place de la CHT

En revanche les syndicats (un infirmier, une psychologue, une éducatrice spécialisée et une assistante sociale) sont présents au début du GT.

Tableau 21 : Liste des participants du GT en décembre 2012, hôpital 2.

Le DRH
La cadre supérieure de la DS
2 Infirmiers
1 Psychologue (représentant du personnel)
6 Cadres de santé
1 Chargée de communication
1 Professeur de gestion

EVOLUTION DE LA COMPOSITION DES GROUPES ET THEMATIQUES DE TRAVAIL.

On peut dire que globalement en 2012 la composition du GT s'est faite sur la base du volontariat des participants même si d'autres ont été « invités » dans un second temps soit par le DRH, soit par la DS mais dans ce cas dans une logique d'expériences professionnelles à partager. Il nous semble important de préciser cette adhésion au groupe par le système du volontariat car, au cours du projet et des différents groupes qui en découlent, nous nous sommes rendus compte que cela pouvait avoir une incidence sur la possibilité de conduire les projets jusqu'à leur mise en œuvre effective. Dans les deux établissements les GT étaient une réponse aux sollicitations des professionnels de terrain en direction des DRH. La composition multi-niveaux hiérarchiques était un des points clé du cadrage de l'étude. Cette volonté a conduit à l'introduction de cadres de santé et d'infirmier dans l'hôpital 2 de manière progressive et constante jusqu'à la fin d'année 2012.

Durant l'année 2012, l'objectif a été de recueillir les données permettant d'expliquer la situation de pénurie dans les deux établissements, à la fois en tenant compte des éléments de contexte

avec un risque de voir dilué un peu plus le projet médical. On comprend donc qu'ils ne sont pas épargnés par le risque de perte de sens de leur activité.

interne aux établissements mais aussi en identifiant des éléments de contextes externes. Les participants étaient en accord avec cet objectif.

Tableau 22 : Exemples de thématiques abordées pendant les réunions du GT.

Hôpital 1	Hôpital 2
Le tutorat Les montants d'allocation d'étude. Résultats de l'enquête	Les facteurs d'instabilité du personnel (logements, transports, crèche) l'augmentation de la charge de travail, les difficultés managériales.)
Les appels à renfort et impact sur les charges de travail. Défaut de critère d'évaluation des effectifs	Les horaires de travail 8h vs 12H
Recrutements et modalités d'affectation du personnel. Communication sur les postes vacants et mobilité interne.	Les difficultés des circuits de recrutement mixte DRH/DS
Temps de transport, crèche, logement	Le tutorat et la formation continue
Les salaires	
L'évolution du contenu du travail	

De nombreux thèmes ont été traités dans les deux établissements et la liste ici n'est pas exhaustive. Nous souhaitons plutôt montrer que, même les thématiques tabous ou pouvant être source de conflit entre les différents participants avait été abordées, montrant de ce fait une certaine liberté de parole au sein du groupe et cela malgré la présence de la hiérarchie. Les réunions ont été mensuelles de février à juin puis complétées par une réunion à l'automne avant de programmer une réunion commune.

PREMIERE RESTITUTION : LA REUNION CONJOINTE AUX DEUX STRUCTURES.

Une réunion de synthèse commune aux deux structures a permis la présentation des éléments d'attractivité et de fidélisation présents dans chaque établissement tant du point de vue du contexte de travail que du contenu du travail. Ensuite les facteurs de départ (contenu et contexte) ont permis de signifier des axes de travail potentiels.

Cette étape de restitution est fondamentale pour faire valider l'interprétation des chercheurs par les acteurs de terrain. C'est une étape relais indispensable pour passer de la réflexion collective à l'action collective (même si elle n'est pas toujours suffisante).

L'enjeu est de proposer une synthèse suffisamment globale pour être intelligible tout en permettant à chacun de trouver sa contribution dans le diagnostic co-construit. « *La restitution est un moment pédagogique, où les résultats sont longuement expliqués, dans un dialogue qui permet à chacun des acteurs d'intégrer et de faire sienne cette image, afin de pouvoir ensuite entrer de manière active dans le processus de transformation* » (Anouk Grévin, 2011, p.180²¹⁰).

La restitution permet donc de gagner en légitimité ; elle prouve que les témoignages et les apports de chaque professionnel a été entendu, pris en compte et complète un peu plus le diagnostic co-construit. L'usage de la comparaison entre les deux établissements est discutable mais elle s'est faite à la demande des DRH. Elle a montré de nombreux points communs sur les déterminants et a permis le partage d'informations et d'astuces concernant par exemple les montants d'allocation d'étude pour les étudiants infirmiers de 3ème année.

Enfin les restitutions sont indispensables afin de se prémunir des trois tentations majeures (Pichault *et al.*, 2008) dans le cadre des RI : l'affairisme, le pragmatisme, l'opportunisme²¹¹.

Cette restitution a permis de surcroit la présentation du doctorant et de son rôle d'accompagnateur dans la poursuite du projet attractivité et fidélisation des infirmiers de psychiatrie pour 3 ans (Janvier 2013-Décembre 2015).

5.1.2 Après la collecte des données, la co-construction du plan d'action impliquant tous les niveaux-hiérarchiques.

Si la phase de recueil de données et d'analyse s'est déroulée avec une bonne dynamique (présence régulière des différents acteurs) la phase suivante de co-construction d'un plan d'action a été plus délicate à mener.

²¹⁰ Anouk Grévin. Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnisme". Gestion et management. Université de Nantes, 2011. Français

²¹¹ *L'affairisme* conduit à privilégier l'apport économique de la mission à l'apport scientifique. La tentation du *pragmatisme* s'exprime davantage en cours de mission et consiste à privilégier le maintien de bonnes relations, notamment avec le système client, au détriment de la distance critique. La tentation de *l'opportunisme* du chercheur renvoie à une fin précipitée, une fois que ce dernier a obtenu ce qu'il cherchait. Les acteurs sont livrés à eux-mêmes et la mise en œuvre des changements décidés tourne court.

HÔPITAL 1

Dans l'hôpital 1, afin de limiter le risque de voir un décalage se créer entre les réflexions en cours dans le GT et les politiques d'établissement de chaque direction, un Co-pil (ou comité de pilotage) a été mis en place avec l'accord de la DRH. Dans ce cadre, la participation ne s'est plus du tout déroulée sur la base du volontariat. Elle cherchait à impliquer sur « invitation » le personnel médical occupant une fonction managériale clé en tant que chefs de pôle ainsi que les cadres supérieurs de pôles. Finalement il n'aura été réuni que deux fois (en février 2013 et mars 2014) afin de se positionner vis-à-vis des axes de travail puis pour valider le projet de parcours d'intégration.

Tableau 23 : Composition du Copil.

Directrice des ressources humaines
Attachée d'administration hospitalière
Adjoint des cadres
Professeur de sciences de gestion
Doctorante
6 Psychiatres, Responsables de pôle
7 Cadres Supérieurs de Pôle
Directrice des soins

Après une restitution des éléments diagnostics, il a été demandé aux membres du Copil de choisir parmi les 6 axes de travail qui émergeaient des données du GT :

- 1-Elaborer et diffuser un projet de prise en charge : la place de l'IDE
- 2-Favoriser le développement et la transmission de connaissances : identifier les compétences clés
- 3-Aménager la charge de travail
- 4-Proposer des parcours professionnels
- 5-Développer une politique de l'encadrement
- 6-Améliorer la communication avec l'IFSI des HSM et les autres IFSI.

Faire un choix parmi ces axes n'est pas allé de soi ; il ne s'est pas non plus établi en fonction des priorités et des urgences auquel cas l'axe numéro 3 aurait été retenu en première intention. En effet la question de l'évaluation de la charge de travail a été estimée trop complexe et porteuse de trop d'enjeux par les membres du Copil. Aussi, les axes de travail retenus ont été ceux reconnus comme accessibles au changement, ceux pour lesquels des leviers d'action semblaient exister. Par ailleurs la DRH a précisé que les autres axes sont aussi pris en considération :

-Les axes 4 (Proposer des parcours professionnels) et 5 (Développer une politique de l'encadrement) sont pris en compte dans autre GT « modernisation RH » qui fait appel à une consultante depuis mai 2012 et qui travaille dans cette optique.

- L'axe 6 (Améliorer la communication avec les IFSI) a déjà fait l'objet d'actions efficaces en 2012. Elles sont maintenues pour 2013. L'IFSI ne rencontre pas de difficultés pour atteindre son *numerus clausus* (succès des journées portes-ouvertes).

Ce sont donc les axes 1 et 2 qui ont été retenus par le Co-pil puis déclinés en 4 groupes projets. Ce travail d'opérationnalisation des axes de travail s'est fait en collaboration avec la DRH et la DS au printemps 2013. La validation de ces 4 projets et de la composition souhaitable des membres de chaque projet a été validé ensuite en GT. Notons que ces validations se sont faites sans débat, sans critique, ni remise en cause.

Figure 5 : Fiche de présentation des axes de travail dans l'hôpital 1.

Emergence de 2 axes de priorités :

1-ELABORER ET DIFFUSER UN PROJET DE PRISE EN CHARGE : la place de l'IDE.	2-FAVORISER LE DEVELOPPEMENT ET LA TRANSMISSION DE CONNAISSANCES : identifier les compétences clés et savoir les transmettre.
1 groupe	3 groupes
<p>1-A : Elaborer et communiquer un projet médical et paramédical de pôle.</p> <p>1-B : Mettre en évidence le rôle de l'IDE à l'occasion de ses partenariats avec d'autres paramédicaux.</p> <p>1-C : Associer l'IDE à la prise en charge médicale et lui donner une vision globale du processus de soin.</p>	<p>2-A : Développement d'un savoir paramédical :</p> <ul style="list-style-type: none"> -recherche IDE²¹² -colloque infirmier -analyse de pratique <p>2-B : Définition d'une fonction de référente</p> <p>2-C : Implication des cadres et de la DRH dans la gestion des compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaboration d'un référentiel métier IDE et stagiaires -Formalisation du parcours d'intégration des nouveaux entrants.

Dans une volonté d'impliquer toujours plus d'agents à participer au projet attractivité et fidélisation, les fiches des projets ont été diffusées par mails à tous les cadres de proximités et à tous les cadres supérieurs de pôles pour leur proposer de participer avec leurs équipes au projet de leur choix. Nous présentons dans le chapitre 9 les modalités de ces 4 groupes.

HOPITAL 2 : RENEGOCIER L'ENTREE DANS LE TERRAIN ; REDEFINIR LE PROJET AU BOUT DE 18 MOIS.

La phase de construction du plan d'action dans cet établissement a été particulièrement compromise par le renouvellement des membres du GT occupant une place stratégique ; arrivée du doctorant, arrivée de la nouvelle DRH, reprise en main du projet par la DS. De ce fait, la DRH et la DS remettent en cause les éléments diagnostics et leur pertinence en juillet 2013 lors

²¹² Infirmier Diplômé d'Etat.

d'un entretien de recadrage avec le doctorant. Ainsi les axes de travail suivants leur paraissent désuets et/ou déjà pris en compte par l'établissement.

1. Aménager la charge de travail
2. Communiquer
3. Elaborer et diffuser un projet de prise en charge
4. Gestion des savoirs (pratiques professionnelles, GPMC, parcours professionnels)
5. Développer d'une politique de l'encadrement
6. Développer les partenariats avec les IFSI

Il a donc fallu prendre le temps de redéfinir les attentes de la DRH et de la DS autour d'un projet RH innovant en lien avec le bien-être au travail : c'est ainsi que le projet de promotion de bien-être au travail est pensé avec une mise en œuvre sur un site pilote.

Afin de repartir sur des données solides aux yeux de la Direction mais surtout partagées, la mise en place d'un questionnaire de satisfaction est venu renforcer la cohésion de ce nouveau GT autour d'un diagnostic certes inchangé dans le fond mais reconnu par tous les membres y compris les nouveaux.

Nous venons de retracer les étapes du projet attractivité dans les deux phases de co-construction de diagnostic et de co-construction d'axe de travail prioritaire. Ces deux étapes ont permis le recueil de données riches en vue d'identifier les déterminants de l'intention de départ. Elles ont permis la mobilisation d'un panel large d'acteurs de terrain réunis sur la base du volontariat (pas toujours facile à respecter) et une volonté de neutralité et d'écoute de toutes les parties prenantes afin de respecter les principes des focus groupe.

5.2 Le questionnaire Saphora-job : évaluation de la satisfaction du personnel au travail dans l'hôpital 2.

Dans le cadre du groupe de travail visant la fidélisation du personnel de l'établissement nous avons proposé de décembre 2013 à janvier 2014 un questionnaire de satisfaction au travail²¹³ en ligne (ou en version papier) de manière anonyme. Cette démarche faisait référence à l'existence d'un cercle vertueux d'une interaction réciproque entre forte qualité des soins et

²¹³ Le questionnaire Saphora-Job a été élaboré par le CCECQA en 2000 et a été réactualisé en 2011 dans le cadre du projet CLARTE. Il s'adresse aux établissements de santé, à l'ensemble des filières professionnelles et à l'ensemble des professionnels de santé.

satisfaction au travail des soignants. Le recours à un questionnaire nous a permis d'objectiver les données concernant l'établissement. Il a permis de confirmer les axes de travail qui avaient découlé de la phase diagnostique l'année précédente tout en permettant de valider un nouvel objectif cher aux yeux des Directions : la promotion du bien-être au travail. Enfin en s'adressant à l'ensemble des professionnels de l'établissement, soignants, médicaux, techniques et administratifs, c'était aussi l'occasion de donner la parole à chacun en soulignant que l'hôpital, s'il se soucie bien de son personnel majoritaire numériquement, c'est-à-dire les infirmiers, il ne néglige pas pour autant les autres catégories professionnelles. La diffusion du questionnaire, la communication²¹⁴ qui l'a entouré afin d'obtenir une meilleure participation ont concouru par ailleurs à donner plus de visibilité sur l'existence même du groupe de travail dont le rayonnement était resté très discret. Cette communication sur les travaux du groupe s'est poursuivie ensuite par la diffusion des résultats en réunion de groupe de travail, in situ dans certains secteurs, en instances, dans la revue interne de l'établissement.

LE CHOIX DU QUESTIONNAIRE/ CRITERES DE VALIDITE DES ECHELLES.

Lorsque la DRH a émis le souhait de mettre en place une enquête par questionnaire de type baromètre social s'est posée la question du choix du questionnaire et de son éventuelle élaboration : type de formulation de questions ouvertes ou fermées, le type d'échelles de mesure (nominales, ordinales, d'intervalle et de rapport). Nous voulions utiliser un instrument de mesure fiable et valide. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'utiliser le questionnaire SAPHORA JOB pour la qualité méthodologique de son élaboration (validation des échelles psychométriques). Il a été construit à partir d'une revue de littérature actualisée sur la thématique de la qualité de vie au travail en présentant comme prioritaire l'amélioration du management des ressources humaines. Il repose sur des références académiques qui ont nourri notre revue de littérature sur cette première période et qui montre le lien entre satisfaction au travail, performance au travail et qualité des soins. Comme le précise le Pr Cyrille Collin coordonnateur du projet CLARTE²¹⁵ dans le projet scientifique (V3 du 01/10/2010, p. 37) : « *Le questionnaire a été validé dans le cadre d'un projet régional initié en 2000 en Aquitaine. Il a été validé selon les étapes suivantes : une revue de littérature, une validité de contenu*

²¹⁴ Un mailing a été organisé, il s'adressait à tous les cadres supérieurs et les cadres de proximité pour indiquer à l'avance l'arrivée du questionnaire, les modalités de remplissages et les dates de diffusion. Il encourage les cadres à communiquer sur ce questionnaire et à dégager du temps pour que les agents puissent le remplir.

²¹⁵ Consorcium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs de santé

conduite auprès d'experts, une analyse des propriétés psychométriques de validité et fiabilité à l'aide de modèles d'équations structurelles sur les données d'une première enquête. Des échelles ont été associées ensuite (état de stress PSS de santé mentale, état de stress, échelle EPN ou intention de quitter l'établissement avec l'échelle INTO) ».

Proposé par le doctorant, le choix du questionnaire a ensuite été validé par les membres du groupe de travail : il s'adresse aux établissements de santé. Complet il correspond bien à la thématique du GT et ne dépasse pas les 30 minutes pour le renseigner.

Nous avons eu l'autorisation par mail du Pr Collin d'utiliser ce questionnaire à condition d'y faire figurer le nom de CLARTE.

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE.

Le questionnaire SAPHORA-JOB comporte des questions fermées ce qui permet une plus grande facilité de réponse, d'administration et de traitement. Nous avons toutefois laissé la possibilité de liberté de réponse avec une dernière question ouverte cette fois : la question M « vos commentaires ».

Il utilise pour le reste des questions de A à L des « échelles » avec un support sémantique ou numérique par lequel le répondant peut exprimer son opinion. Ici on se rapproche de l'idée d'une notation. Nous avons ainsi pour les questions A à K eu recours à des échelles d'intervalle. Il s'agit de l'échelle de Likert qui suggère d'exprimer une opinion à travers un « degré d'accord » avec une proposition. Par exemple la question B concernant les relations entre professionnels demande d' « Indiquez votre niveau de satisfaction avec les affirmations suivantes... B.15 : Les relations humaines entre professionnels dans le service... ». Il y a le choix alors entre 6 réponses allant de « pas du tout satisfait » à « tout à fait satisfait ».

Le questionnaire contient plusieurs parties qui correspondent à plusieurs thématiques :

-Questions A-H (ou 1-62) : il s'agit de la mesure de la **satisfaction au travail par dimensions** : l'organisation du travail, les relations entre professionnels, le développement personnel, la rémunération, l'encadrement, le droit du travail, la reconnaissance et la direction.

-Questions I (63-68) permet une **évaluation générale de la satisfaction**. Nous l'utiliserons comme baromètre de référence dans notre analyse.

-Questions J (69-71) évalue **l'intention de départ de l'établissement**.

-Questions K (72-85) mesure l'**engagement** du répondant pour la structure

-Questions L : les questions de 1 à 10 permettent de déterminer le **profil du répondant** (statut, âge, profession, horaire de travail, temps de transport...). En revanche les questions 11 et 12 permettent une prise en considération de l'**absentéisme**. Elles ont été rajoutées par CLARTE dans la dernière version. Dans les faits, les répondants ne s'attarderont pas à ces questions et les données se révéleront inexploitable.

L'organisation du questionnaire étant un élément clé de sa qualité nous n'avons pas modifié l'ordre des questions.

MODALITES D'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE PUIS DE COLLECTE DES DONNEES.

Nous avons choisi d'administrer le questionnaire à l'ensemble du personnel de l'établissement qu'il soit soignant, médical, administratif ou technique²¹⁶. Nous avons fait le choix d'une administration par internet pour plus de commodité : faible coût, contact par l'adresse mail professionnel, rapidité d'obtention des réponses et de leur saisie. La mise en ligne du questionnaire s'est faite avec l'assistance technique du service informatique de l'établissement. Nous avons pris en compte les craintes des membres du GT : certains membres du personnel sont peu à l'aise avec l'outil informatique, l'accès à un poste dans l'établissement peut être difficile, et le débit est parfois insuffisant. Aussi nous avons toléré en parallèle une administration par voie postale (courrier interne de l'établissement donc gratuit) pour ceux qui le souhaitaient. Les données recueillies à partir des questionnaires en ligne (295) sous forme d'un fichier Excel ont été complétées manuellement avec les rares questionnaires papiers (15) retournés par courrier interne et adressés au doctorant au service RH.

Un programme de communication a été organisé en amont de la diffusion du questionnaire avec un mailing adressé à tous les cadres d'unité de soins. Il contenait des informations sur les raisons de la diffusion de ce questionnaire, le lien avec le GT, les personnes qui pouvaient le remplir, les dates limites de retour...dans le but d'obtenir un taux de répondants optimisé.

²¹⁶ Comme le conseille le guide d'utilisation du questionnaire Saphora-job, nous avons signifié dans un propos introductif accompagnant le questionnaire, les personnes n'étant pas concernées par le questionnaire sont les intérimaires, les externes, les étudiants, les professionnels en congés formation ou congés parental ou maternité, ceux en arrêt maladie et les retraités ayant quitté l'établissement.

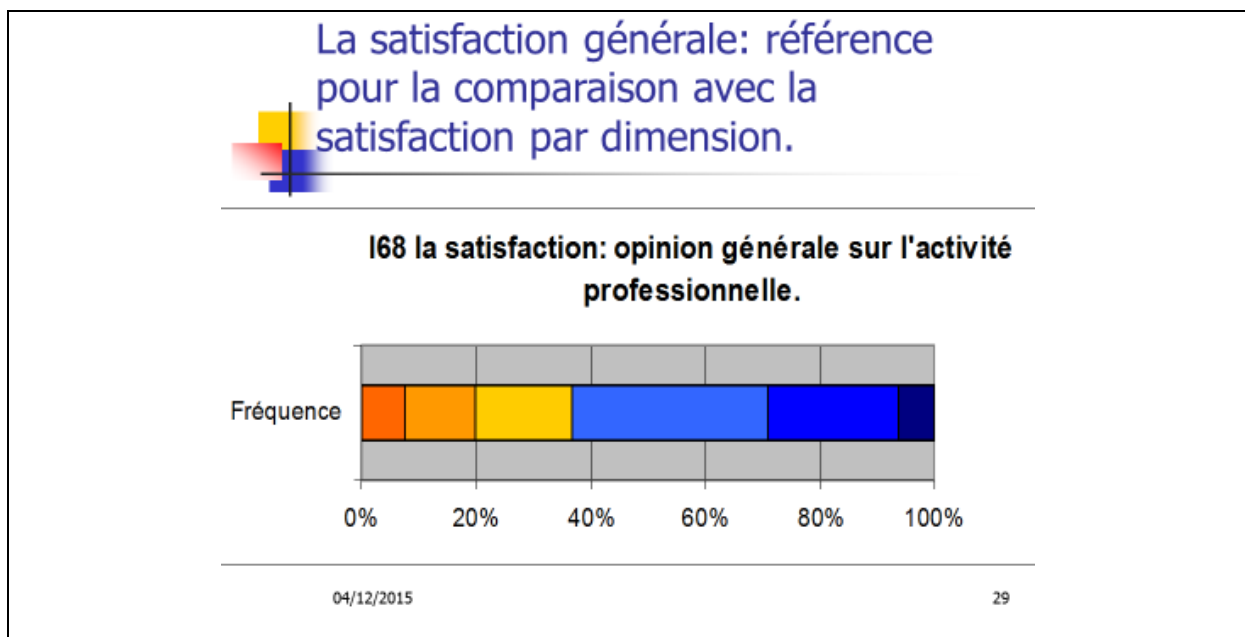
Le questionnaire a été disponible sur la plateforme du site de l'établissement de décembre 2013 au 31 janvier 2014. Le lien a été envoyé par mail à toutes les personnes disposant d'une adresse mail professionnelle au nom de l'établissement.

MODALITE D'ANALYSE ET COMMUNICATION DES RESULTATS.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS adapté aux analyses statistiques après un « nettoyage » des données. Il a fallu par ailleurs créer de nouvelles variables plus pertinentes par un travail de « recodage ». Nous avons principalement réalisé des tris à plat.

La présentation des résultats s'est faite sous forme graphique pour une meilleure visibilité pour l'ensemble du personnel y compris ceux qui sont peu familiers des données statistiques.

Figure 6 : Exemple d'une diapositive du PPT de présentation des résultats faites en GT, aux équipes de soins et en CHSCT.



De plus un article de synthèse des résultats a été publié dans la revue de l'établissement et des affiches récapitulatives des points forts et des points à améliorer dans l'hôpital ont été produites par le service de communication et distribuées dans toutes les unités de soins, les services administratifs et techniques.

Nous avons veillé à une rigueur méthodologique dans l'utilisation de ce questionnaire. Le recours à un questionnaire validé par des experts en statistiques s'est révélé confortable et rassurant. L'exploitation des données reste certes de surface mais elle correspond à l'usage que nous en attendions, c'est-à-dire confirmer les éléments d'un diagnostic co-construit avec les membres du GT. Les résultats ont permis d'aider à la prise de décisions concernant le choix d'axe de travail en révélant un manque d'engagement préoccupant. Nous avons donc décidé de concentrer nos efforts sur un projet de promotion du bien-être au travail.

5.3 Observation in situ. Rentrer sur le terrain : le service RH de l'hôpital 1.

Nous avons indiqué dans le chapitre 2 que l'observation s'était révélée être une source précieuse de données à la fois lors de notre présence en GT mais aussi lors de nos présentations en instances. Nous avons aussi précisé pourquoi et comment nous avons procédé à l'observation en mobilisant le journal de bord comme outil méthodologique. Nous allons ici compléter notre présentation en précisant les modalités de nos observations dans le service RH de l'hôpital 1.

Nous avons en effet vécu une véritable immersion dans le service RH. L'entrée sur le terrain dans ce service a été plutôt aisée. Notre rôle était clairement identifié par les professionnels du service RH y compris ceux qui ne participaient pas au projet attractivité et fidélisation. Il consistait aux fonctions de chargé de mission pour le groupe attractivité et fidélisation. Nous n'avons pas cherché à camoufler notre posture de recherche et nous avons toujours signé nos courriers ou mail avec la double fonction Doctorante/Chargée de Mission.

Nous étions un membre du service à part entière. Nous avons été présentés en tant que tel à l'ensemble de l'unité dès le premier jour et nous avons été accompagnés dans les démarches d'intégration (carte de self, annuaire de l'établissement, fonctionnement du courrier interne...) dans cet esprit comme n'importe quel agent. L'attribution d'un bureau fixe, d'une adresse mail au nom de l'établissement, une présence régulière bihebdomadaire sur cette première période ont été des facteurs favorisant l'accès au terrain. Le personnel nous connaissait par notre nom et avait intégré l'objectif de nos missions.

Cette proximité avec le personnel du service a permis d'avoir accès à des moments moins formels comme le partage du repas au self, des échanges autour d'un café ou la participation à

des temps conviviaux pour fêter une naissance ou l'obtention d'un diplôme d'un enfant. A ces occasions on découvre les affinités au-delà des nécessités de partenariat de travail. Ainsi nous avons pu observer les relations toujours privilégiées entre les agents issus d'un même hôpital avant la fusion.

Ce partage du quotidien avec les agents de service RH nous a permis aussi de constater les difficultés rencontrées par ces derniers afin de répondre aux nouvelles fonctions d'un service d'avantage stratégique. Certains montraient des signes de pression et de stress face aux attentes de la DRH mais aussi lorsque nous avons fait la demande de tableaux de bord concernant les infirmiers de psychiatrie. Les agents étaient dans l'incapacité de fournir ces données car les logiciels ne permettaient pas de les extraire. C'est bien ce genre d'anecdotes qui sont accessibles à l'observation participante. C'est ainsi que nous avons pu poser un regard juste sur le fonctionnement du service RH au-delà des discours de façade. Nous avons aussi pu comprendre les difficultés de recrutement qui reposaient principalement sur la nature des relations tendues entre le service RH et la DS : nous avons progressivement compris que l'amélioration ne reposait malheureusement pas sur la construction d'une procédure formalisée.

Nous avons donc pris connaissance du fonctionnement d'un service RH. Nous avons vu aussi son organisation évoluer et faire appel à de nouveaux profils (préventeur). Nous avons suivi les interrogations concernant l'accompagnement des montées en compétence. Ces données de contexte se révéleront indispensables à la compréhension de la question de la fidélisation des infirmiers d'une part mais aussi à la compréhension des modalités de changement à l'hôpital d'autre part.

L'hôpital 2 lui n'a pas souhaité nous accueillir de façon régulière dans l'unité RH en nous attribuant un bureau. Nous sommes venus uniquement à l'occasion de réunions ou d'entretiens programmés. Une adresse mail au nom de l'hôpital nous a été attribuée suite au travail mené avec le service de communication.

SYNTHESE DU CHAPITRE 5.

Nous avons, au cours de ce chapitre 5, complété les éléments méthodologiques spécifiques à cette première période de recherche. Nous avons indiqué les conditions de mise en place des GT dans chaque établissement en insistant sur l'importance des phases d'expression de la demande et de cadrage de l'étude. Nous avons précisé notre volonté de voir se construire des groupes pluridisciplinaires et fondés sur la base du volontariat même si ces points ont nécessité un certain délai pour leur mise en œuvre. Nous avons précisé le rôle des phases de restitution dans l'appropriation collective du projet en lien avec la phase de co-construction du plan d'actions.

Nous avons dû d'ailleurs reporter cette étape dans l'hôpital 2. Le recours à un questionnaire de satisfaction au travail s'est avéré pertinent pour réunir tous les participants du GT et en particulier intégrer la nouvelle DRH et la DS. Ce questionnaire ayant vocation d'objectiver les données, nous avons pris soins de n'utiliser que des échelles validées. Nous avons donc eu recours au questionnaire SAPHORA JOB qui était cohérent avec les thèmes de notre revue de littérature tout en étant adapté aux établissements de santé.

Enfin l'observation participante dans le service RH de l'hôpital 1 nous a permis de mieux nous saisir du fonctionnement et des enjeux des services RH dans l'appropriation des principes du NPM. Intégrés totalement comme n'importe quel agent, nous avons pu voir derrière le vernis les difficultés réelles rencontrées dans l'acquisition de nouvelles compétences et dans le partenariat à l'occasion des dossiers partagés avec la Direction des soins (recrutement, tutorat, gestion des tableaux de bord sur l'absentéisme, le turn-over et les postes vacants des soignants).

Grâce à la multiplication des sources de données que nous avons collectées en veillant à la qualité des modalités de recueil et la revue de littérature sur l'intention de départ des infirmiers nous allons présenter dans le chapitre suivant les résultats de l'analyse de nos données concernant la première période de notre recherche.

CHAPITRE 6 : RESULTATS DE LA PREMIERE PERIODE : LES DETERMINANTS DE L'INTENTION DE DEPART CHEZ LES INFIRMIERS DE PSYCHIATRIE EN FRANCE.

Après avoir présenté notre posture de recherche, décrit le *design*, signifié l'environnement spécifique de notre étude à travers les axes des principes du NPM, de l'évolution de la psychiatrie et de métier d'infirmier, nous pouvons désormais croiser les éléments de la revue de littérature et les données recueillies par entretiens (individuels et collectifs), par questionnaires (Hôpital 2) et par observation participante (Hôpital 1). La finesse et la pertinence de ces résultats reposent sur un long travail d'imprégnation de l'objet de recherche et de son contexte spécifique. Cette volonté de se saisir en profondeur des enjeux de l'hôpital public à intégrer les logiques du NPM reste une étape complexe. Mais c'est en mobilisant ces logiques que nous avons conduit l'analyse des résultats que nous présentons en deux temps. Une première partie est consacrée à la restitution des résultats issus des entretiens et de l'observation : elle montre comment les soignants se sentent démunis face aux nouvelles exigences d'organisation. Bien qu'ils s'y adaptent, ils peinent à conserver un sens à leur activité en voyant réduire leur cœur de métier : les soins relationnels. La deuxième partie concerne l'exploitation des données par questionnaire Saphora-Job : elles permettent de dégager les points forts de l'établissement (en particulier un bon équilibre vie personnelle et vie professionnelle, une bonne qualité des relations) mais aussi des points à améliorer en particulier les manifestations de reconnaissance par la hiérarchie et l'institution ce qui justifie probablement le déficit d'engagement dans l'hôpital 2.

6.1 Des soignants qui souffrent largement d'une dégradation du contenu de leur travail : une recherche de la qualité de soin mise à mal et des expertises fragilisées.

Quel que soit l'établissement, trois thèmes rapportés par les groupes de travail dominent les discours et retiennent notre attention faisant le lien avec les éléments évoqués dans la revue de littérature: la charge de travail, la perte de sens donné aux soins et la notion de transfert de compétences en lien avec les pratiques d'intégration des nouveaux infirmiers. Dans notre

analyse thématique, la catégorie de facteurs « relations professionnelles » identifiée dans la littérature est apparue fortement liée à la catégorie « perte de sens donné aux soins ». Nous n'avons donc retenu que trois catégories pour la présentation des résultats.

6.1.1 Une situation de surcharge de travail.

Les discours portant sur la surcharge de travail sont récurrents. La pénibilité au travail qui en découle semble trouver ces sources dans quatre types de facteurs : le turnover et l'absentéisme notables dans certaines unités, la diminution des durées moyennes de séjours qui augmente la fréquence des « entrées » de patients en intra²¹⁷, l'augmentation des tâches administratives qui réduit le temps disponible pour les soins ainsi que les appels à renfort qui désorganisent les équipes.

Les professionnels nous interpellent sur le cercle vicieux vécu dans certaines unités entre un absentéisme fortement marqué et/ou un turnover important et les difficultés de rétention. On comprend aisément que dans ces situations, les conséquences portent sur une augmentation effective de la charge de travail pour les personnels présents. Prendre en charge autant de patients avec moins de personnel c'est forcément augmenter le nombre de tâches à effectuer ce qui interroge alors les soignants sur la qualité du travail réalisé. Cela d'autant plus que de nombreux personnels sont novices en raison du turnover. Prendre le temps de transmettre ces connaissances à un nouveau membre de l'équipe sans être assuré d'en avoir le bénéfice ultérieurement (puisqu'il peut, comme d'autres l'ont fait précédemment, quitter le service au bout de quelques mois) c'est assurément ce qui conduit les infirmiers à se lasser des efforts à fournir et vouloir quitter ces unités. A l'opposé des hôpitaux magnétiques qui se caractérisent par un ratio de personnel adéquat, (Upenieks, 2002), le lien est donc posé aux yeux de ces professionnels entre le manque d'effectif et le stress lié à une surcharge de travail : ils ne savent plus comment ils vont pouvoir répondre aux besoins des patients. Pour ces soignants, il y a une impression de double peine : celle d'une activité plus dense du fait de l'absence de collègues dûe aux postes vacants et à l'absentéisme, et la désagréable impression de mal faire son travail en ne prenant en compte qu'une partie des besoins du patient. La DRH et la Directrice des Soins

²¹⁷Ici « intra » sous-entend hospitalisation intra-hospitalière par opposition au mode d'hospitalisation extrahospitalière c'est-à-dire en ville (Centre Médico-Psychologique, hôpital de jour, visite à domicile). Ainsi l'hospitalisation en « intra » a tendance à rappeler les prises en charge asilaire en accueillant des patients non stabilisés dans des services fermés. Les professionnels par usage parlent de services « intra » ou « extra ».

de l'établissement ont su réagir face à ces cercles vicieux d'un fort absentéisme couplé au turnover entraînant la fuite du personnel compétent vers d'autres unités. Dans un hôpital de cette taille, les rumeurs, « les bruits de couloir » concourent rapidement à créer la mauvaise réputation des services auprès du personnel et des stagiaires. Conscientes de cet enjeu, les deux directions ont mis au point une cellule de crise pour gérer ces situations afin de soutenir le cadre de proximité pour lutter contre le manque d'effectif (l'unité devenant prioritaire dans le remplacement des absences par exemple) évitant ainsi que le cercle vicieux des départs ne s'engage. Le soutien fourni par l'administration, autre caractéristique des hôpitaux magnétiques (Upenieks et Sitterding, 2008), est ici mobilisé comme facteur de rétention.

Un autre facteur favorisant l'augmentation de la charge de travail est la réduction des durées moyennes de séjours. Si la durée moyenne de séjour a objectivement diminuée (elle est de 15 jours actuellement en intra), les besoins en soins pour le patient sont les mêmes : on peut donc penser que la charge de travail s'est accrue. Couplée à la gestion inégale des entrées liée à la sectorisation²¹⁸, il est signalé des augmentations significatives et imprévisibles de l'activité : « *Ce WE, dimanche soir, on a dû installer deux lits d'appoints pour des entrées alors que d'autres secteurs avaient encore des lits vides. L'équipe était débordée et puis c'est pas de bonnes conditions d'accueil pour des patients en crise...* » regrette un cadre membre du GT dans l'hôpital 2. Ainsi les infirmiers travaillant en intra ont vu leur activité se modifier pour se tourner d'avantage sur l'accueil du patient en crise à son entrée dans l'unité pour le voir quitter plus rapidement le service dans un état de santé peu stabilisé : « *Aujourd'hui quand on travaille en intra on ne voit le patient que quand il va mal...on a pas l'occasion de voir l'efficacité de notre travail. C'est pour ça que j'apprécie la « transversalité²¹⁹ ». Je peux travailler un jour en intra puis un autre jour en extra. Comme ça je peux revoir mes patients dans un autre contexte, stabilisé. D'ailleurs ils sont contents eux aussi de nous revoir, ils nous demandent des nouvelles de nos collègues ou s'excusent de leurs comportements* » nous précise cet infirmier de l'hôpital 1. Ainsi, au-delà de l'aspect quantitatif, l'aspect qualitatif de l'augmentation de la charge de

²¹⁸ Nous avons évoqué cette particularité d'organisation pour les soins en santé mentale dans la partie consacrée à la psychiatrie. Précisons que pour la création d'un secteur, il faut atteindre dans une zone géographique plus de 70 000 habitants. L'adresse d'une personne malade la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge si elle l'accepte et selon les modalités du service public. Les principes français de libre choix de son médecin et de possibilité de refus de traitement restent valables sauf pour les hospitalisations sous contrainte (S.D.T et S.D.R.E) qui sont minoritaires.

²¹⁹ Dans l'hôpital 1, certains pôles permettent à des infirmiers d'exercer sur un même mois dans des unités d'intra et des unités d'extra du même secteur psychiatrique. Cette solution semble garantir le maintien du sens de l'activité car les soignants ont une visibilité longitudinale de la prise en charge du patient. Pour autant les cadres reconnaissent que la mise en œuvre demande beaucoup d'adresse dans la coordination des plannings ainsi que des compétences larges chez les infirmiers.

travail est à prendre en considération. Comme l'a remarqué Mzabi (2011), nous constatons que la perception d'une dégradation des conditions de travail est un facteur favorisant l'intention de départ.

Si les infirmiers se plaignent dans tous les secteurs d'activité d'une augmentation des tâches administratives à travers l'augmentation des procédures et des écrits (dossiers de patient et transmissions, formulaire de commande, prise de rendez-vous...) depuis 2011 le secteur de la psychiatrie doit assurer une spécificité bien contraignante : les accompagnements au tribunal²²⁰. Les infirmiers se voient dans l'obligation d'accompagner les patients pour des audiences avec le juge qui se tiennent au tribunal, donc en dehors des murs de l'hôpital. Cette absence de plusieurs heures des services dans un contexte de pénurie des effectifs est difficile à assumer (un soignant pour un patient) alors même que ce temps infirmier n'est pas consacré à du soin. L'augmentation de la charge pour le personnel maintenu dans le service est bien réelle. Notons que ce rôle est perçu par les professionnels comme relevant du « gardiennage » et non du soin pour l'infirmier accompagnant au tribunal.

Un dernier point pesant sur la charge de travail est le recours de plus en plus fréquent aux appels à renfort. En cas de comportement violent d'un patient, les personnels d'un service peuvent faire appel à des renforts en provenance d'autres services pour le maîtriser. En principe, ces appels à renfort permettent de gérer l'inattendu dans la prise en charge d'un patient ne répondant pas aux thérapeutiques mises en place. Pourtant au cours de discussions informelles nous comprenons que des appels à renfort programmés constituent une forme d'organisation nouvelle pour des soins considérés comme difficiles par les équipes ou certains soignants. Ainsi des infirmiers quittent l'unité à laquelle ils sont affectés plusieurs fois par jour pour agir dans une logique de contention d'un patient qu'ils ne connaissent pas sans avoir de vision globale des besoins du patient. Un médecin du GT de l'hôpital 1 précise : « *La gestion de la violence ne nécessite pas seulement de la force physique, voire assez rarement. Elle requiert en revanche une disponibilité psychique et une tranquillité qui s'épuisent assez vite quand les interventions se multiplient* ».

²²⁰ La loi de Juillet 2011 a modifié les modes d'hospitalisation sous contrainte. Un point particulier concerne la saisine systématique du juge des libertés (JLD) au plus tard au terme de quinze jours d'hospitalisation complète continue, puis tous les six mois en cas de prolongation de l'hospitalisation. Les établissements de santé doivent donc repenser leurs organisations afin d'envoyer au tribunal de grande instance, plusieurs fois par semaine, les patients concernés. Cela impacte le fonctionnement des services de soins puisque un soignant référent accompagne généralement le patient pour une durée d'environ cinq heures comme le signale la revue semestrielle de la FHF Ile-de-France. Une révision de cette loi est actuellement en cours à partir de la proposition de loi du 25 juillet 2013. Elle prévoit l'assistance obligatoire d'un avocat et des audiences à l'hôpital, dans des salles aménagées.

Une fois de plus, nous comprenons bien que pour les équipes, qui se séparent d'un élément, il y a un manque à gagner au plan de la charge de travail. Il y a aussi une surcharge émotionnelle pour les infirmiers (et en particulier le personnel masculin) qui se retrouvent plus souvent confrontés à des situations de violences des patients pour lesquels ils doivent endosser des postures de « maton » qui ne correspondent plus aux valeurs des soignants actuels. Infirmiers, cadres ou médecins utilisent le terme « *faire les gros bras* » pour décrire cette part de l'activité infirmière. Ainsi la surcharge ici est aussi bien physique qu'affective : ce qui est inquiétant c'est que selon les cadres et les infirmiers, ces situations de violences nécessitant le recours aux appels à renfort et les contentions seraient de plus en plus fréquentes favorisées par un défaut de compétences relationnelles chez la jeune génération d'infirmiers mal préparée à l'exercice de la psychiatrie : « *Moi je trouve qu'il y en a de plus en plus des appels à renforts avec le nouveau diplôme . Je me souviens quand j'étais infirmière c'était vraiment rare...on sentait que le patient montait²²¹, on le voyait, du coup on désamorçait la situation, on le prenait à part pour parler et puis on appelait le médecin si besoin. En fait c'est ça on le voyait arriver donc on le gérait avant d'en arriver là !* » échange une cadre ancienne ISP avec une collègue cadre de proximité. Nous rejoignons ici les résultats mis en évidence par Ito et alii (2001) sur les infirmières psychiatriques japonaises. La peur des agressions est un facteur important d'intention de départ notamment chez les jeunes infirmières. La prise en compte de ces éléments a amené les groupes de travail à interroger les modalités de dimensionnement des effectifs par service. Il semblerait en effet que ces derniers soient calculés en fonction d'un historique et non pas en tenant compte des besoins engendrés par l'activité. Une meilleure répartition des entrées entre les services ainsi que la gestion des plannings informatisés ont été évoquées comme des pistes d'actions à mener. Mais à ce jour l'axe « améliorer la charge de travail » n'a été retenu par aucun hôpital : l'ampleur de la tâche semble, dans un contexte budgétaire tendu, détourner les directions de ce projet.

6.1.2 La perte de sens de l'activité soignante

Les soignants expérimentés se plaignent d'avoir perdu le sens à donner à leur activité. Cette absence de sens ne peut que renforcer le mauvais vécu en cas de surcharge de travail que nous venons d'évoquer. En effet, au-delà de la pénibilité évidente quand les effectifs sont

²²¹ Dans le jargon professionnel, un patient qui « monte » est un patient dont les symptômes cliniques de sa pathologie sont visibles et s'intensifient.

insuffisants, les infirmiers nous interpellent sur le fait qu'en cas de surcharge de travail c'est le cœur même de leur activité psychiatrique qui disparaît (les soins relationnels) au profit des soins dit techniques qui restent eux maintenus en toute circonstance car visibles (préparation et distribution des médicaments, injection, etc.) : « *Si on était plus nombreux, ce que je voudrais moi c'est passer plus de temps avec les patients au lieu d'être bloquée dans la salle de soins pour faire de la paperasse de dossiers de patient. C'est lui qui compte !* » indique une infirmière expérimentée. Dans ces situations, ils ne pensent plus pratiquer des soins de haute qualité, élément déterminant de la satisfaction au travail comme l'ont montré Hayes et alii (2010). Ce constat recoupe les résultats de l'étude menée par Estryn-béhar (2008) portant sur les infirmières quel que soit leur secteur d'activité. A la question « qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ? » les infirmiers posent comme premier facteur « *plus le temps de parler aux patients, la qualité des soins en pâtit...* ». Or les infirmiers en psychiatrie semblent partager l'idée que leur cœur de métier est basé sur le soin dit relationnel dans un souci de globalité de la prise en charge. Leur discours valorise cette part de leur activité qui donne à certaines occasions l'opportunité de travailler en collaboration étroite avec le médecin lors de l'entretien avec le patient mais aussi de développer une activité autonome lors de soins relationnels moins formalisés (partage de repas thérapeutique) : « *La spécificité des soins infirmiers tient dans le contact proche de l'intimité du patient et de ses préoccupations et figure un lien entre le médical et le quotidien. Il faut que les soignants puissent partager leurs observations, leurs réflexions, leur expérience de l'institution et aussi parfois leurs connaissances de l'histoire du patient et de ses soins* » précise le médecin de l'hôpital 1. Les soignants souhaitent ainsi contribuer à une prise en charge longitudinale du patient dans le but de se donner l'occasion de constater une amélioration de son état venant recouper de ce fait les propos concernant le plaisir de travailler en transversalité : les soignants ont besoin de constater les effets des soins qu'ils ont apportés, or la diminution des durées moyennes de séjour ne permet pas toujours de donner cette visibilité dans les services en intra. Allant dans le sens des résultats de Iglesias et al. (2010) le manque de feed-back sur le travail entraîne une perte de sens. Comment pouvons-nous expliquer que cette activité relationnelle, expertise de la psychiatrie, pourtant valorisée par les infirmiers que nous avons pu rencontrer, soit la première négligée ou abandonnée en cas de réorganisation du travail ? Nous l'avons signalé en introduction : les nouvelles politiques de gestion ayant un effet de rationalisation tendent plutôt à valoriser des actes mesurables, quantifiables. Or, les actes relationnels sont peu pris en compte dans cette logique de standardisation.

Si les nouvelles organisations du travail tendent à effacer la place faite aux soins relationnels, nous voyons par ailleurs un autre motif de remise en cause du rôle de l'infirmier en psychiatrie à travers l'arrivée des neurosciences. Les projets médicaux sont un support de réflexion pour l'ensemble d'un service. Ils permettent de construire des projets et d'animer le travail des équipes autour d'un objectif commun. C'est pourquoi les attentes des infirmiers sont fortes concernant une lisibilité des politiques médicales propres à chaque unité : ils veulent pouvoir ainsi choisir leur lieu d'exercice (en termes de mobilité à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation par exemple) selon un panel qui serait proposé : « *il y a une absence de lisibilité du projet médical* » souligne un infirmier de l'hôpital 2. En effet après le monopole des courants analystes, les neurosciences et leurs défenseurs sont venus bouleverser le mode de prise en charge des troubles de la santé mentale. Or, certains infirmiers ne semblent pas « se retrouver » dans des prises en charge considérées comme plus somatiques soutenues par une nouvelle génération de psychiatres formée à l'utilisation du DSM IV et aux neurosciences. Ils se sentent menacés par une évolution de leur métier comme « pilulier » ou distributeur de médicaments dans une attitude presque robotisée : « *moi j'ai pas fait infirmier pour me retrouver enfermé seul des heures dans la pharmacie à préparer les médicaments en hôpital de jour : ça n'a aucun intérêt ...* ». Elle les conduit d'avantage vers une posture d'exécutant d'une prescription et non de collaborateur de soin qui participe au diagnostic, aux entretiens avec le patient, à la prise en charge relationnelle. Un cadre de santé nous précise à huit clos que ce changement de modèle de prise en charge a des effets sur l'organisation et les relations de travail des équipes pluridisciplinaires. Les thérapies institutionnelles valorisées autrefois plaçaient l'équipe au cœur du processus de soin ce qui conduisait les médecins à organiser des temps de réunion plus fréquents avec l'ensemble de l'équipe. Aujourd'hui les infirmiers plus expérimentés regrettent le temps des réunions cliniques aussi appelées « staff » ou « causerie » : « *j'ai beaucoup appris pendant les causeries, le médecin nous expliquait le diagnostic pour tel patient, on apprenait le vocabulaire, on pouvait poser des questions. C'était un temps pour se poser, comprendre et apprendre* » nous indique un cadre. Lors de ces réunions de soignants, coordonnées ou non par des chefs de service, les orientations de prise en charge sont justifiées, des symptômes sont nommés et explicités. Ces temps de partage et de construction de savoirs sont des moyens de penser la reconnaissance professionnelle en tant que « *démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur* » (Brun et al., 2002). Les contextes de travail leur permettant donc de valoriser les soins relationnels apparaissent comme des déterminants de poids de la satisfaction au travail mais ils se révèlent pourtant de plus en plus rares. Nous rejoignons ici les nombreux travaux qui ont mis

en évidence que la qualité des relations avec les médecins (la coopération, la reconnaissance du travail) constitue un facteur de l'intention de départ (Hayes et alii, 2010 ; Mc Clure et alii, 1983 ; Joshua et Amadi, 2002). Remontant plus en amont dans les explications, nous montrons que, dans le cas spécifique de la psychiatrie, l'introduction de nouvelles pratiques thérapeutiques peut conduire à la dégradation de la qualité de ces relations. Les soignants cherchent alors à rejoindre les services dans lesquels les pratiques analytiques sont maintenues. Le groupe de travail a identifié différents supports qui permettraient de mieux valoriser ces soins relationnels : l'existence de colloques infirmiers et de cadres, la participation à des projets d'éducation thérapeutique mais aussi à des projets hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale ou encore le développement de postes d'infirmières exerçant des pratiques avancées²²².

6.1.3 Organiser la consolidation des savoirs : relever le défi de la transmission de savoirs incorporés.

Afin de préserver au mieux le sens donné au travail, au-delà de la question de la charge de travail, les groupes se sont intéressés à la question du transfert de compétences nécessaires à l'exercice du métier sur un plan qualitatif, en évitant de mettre en difficulté des jeunes infirmiers peu à l'aise dans les entretiens avec les patients par exemple. Ce résultat rejoint les analyses de Forest et Kleiner (2011) sur l'importance de la formation et du soutien organisationnel dans la fidélisation des jeunes infirmiers. Cette notion de transfert de compétences recoupe par ailleurs trois axes : lutter contre l'hémorragie des compétences en psychiatrie, se saisir du double intérêt du tutorat en psychiatrie (valorisation des expertises et gestion de l'insupportable incertitude du novice) et les besoins de mise en place de parcours d'intégration formalisés.

L'hémorragie des compétences en psychiatrie est une préoccupation des cadres et des infirmiers expérimentés. Cette inquiétude repose sur l'observation d'une amplification du phénomène conjuguant un départ massif à la retraite du personnel qualifié issu de la formation spécifique d'infirmier en psychiatrie d'avant 1992 (jusqu'à un tiers du personnel dans certaines unités) et un turnover conséquent de la nouvelle génération d'infirmier. Le temps de présence trop bref

²²² « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer ». Définition du réseau international de pratiques avancées en soins infirmiers (2002).

des infirmiers dans une unité ne permettrait pas le passage du statut de « novice » à celui de « compétent », et donc d'envisager une dispensation de soins de qualité. Elle rend encore moins probable le passage du statut de « compétent » à celui d'« expert » en permettant la création et l'innovation pour des soins très spécifiques. Cet appauvrissement du savoir infirmier en psychiatrie est d'autant plus redouté qu'il ne fait l'objet que de trop peu de formalisation. Le tutorat tel qu'il a été pensé au plan national par la circulaire²²³ de 2006 semble apporter une réponse satisfaisante à la problématique que nous évoquons. Le soutien financier permettant la gestion des temps de formation et de tutorat a permis sa mise en place effective dans les deux établissements dès 2008. « *Nous avons reçu une enveloppe de 80 000^E pour mettre en œuvre le tutorat dans l'établissement. On a donc pu suivre des formations, être accompagnés, faire éditer des livrets de tutorat...* » indique la référente du tutorat de l'hôpital 1. Malheureusement la suppression de cette aide a concouru à la mise en désuétude progressive de tout le dispositif. C'est pourquoi les agents ont signalé leur regret de voir un tutorat en perte de vitesse. Nous avons noté cependant que les difficultés de la mise en œuvre du tutorat sont en partie liées aux comportements des cadres et des agents eux-mêmes. En cas de manque d'effectif, il est délicat pour le cadre d'envoyer du personnel en formation. Les personnels « rechignent » aussi à renoncer à une journée de repos pour suivre des formations. De fait, ces dernières années, des places sont restées vacantes sur les sessions de formation programmées : « *On ne fait plus le plein pendant les formations tutorat. A la dernière session il n'y a eu finalement que 3 infirmiers présents. C'est de l'argent jeté par les fenêtres* » nous précise la responsable de la formation. Certains tuteurs n'ont jamais été sollicités depuis leur formation à ces nouvelles fonctions depuis 2008. Ces résultats sont conformes à ceux de Hayes et alii (2010) et de Joshua-Amadi (2002). Le manque de formation et de tutorat sont aussi des facteurs d'intention de départ dans ces deux hôpitaux. Les membres du groupe de travail souhaitent que les formations « consolidation des savoirs » et le tutorat soient de nouveau prioritaires et obligatoires. Ils considèrent ces situations de tutorat comme des moyens de construire un lien intergénérationnel favorisant une meilleure atmosphère de travail dans les équipes, et ce, dans un contexte de transformations de la psychiatrie qui intègre de nouvelles pratiques thérapeutiques.

Du point de vue de l'accompagnement des novices, il s'agit d'atténuer ce sentiment d'incompétence chez le professionnel débutant. Cette notion d'incapacité à savoir gérer des

²²³ La circulaire n°DHOS/P2/02DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. Au départ le dispositif était soutenu financièrement pour promouvoir sa mise en place qui contient une partie d'apport théorique appelée « consolidation des savoirs » et un tutorat sous la forme de compagnonnage d'un professionnel confirmé auprès d'un professionnel débutant en psychiatrie.

situations de soins qui sont complexes (surcharge de travail, confrontation aux situations de violences, désorganisation fréquente de l'activité) est à prendre en considération. Cette sensation est d'autant plus inconfortable qu'elle n'est pas partagée entre pairs lorsque le collectif de travail est disloqué. Comme l'ont souligné Iglesias et alii (2010) et Forest et Kleiner (2011), les attentes en termes de « soutien » sont fortes, qu'il soit apporté par les pairs ou par la hiérarchie. Le tutorat peut donc être perçu comme une composante du soutien psychologique. Toujours selon Estry-Béhar (2008, p.61) « *l'empathie au sein de l'équipe permet à chacun d'exprimer ses doutes, sans crainte d'être jugé, et de progresser dans un climat de confiance et d'entraide...c'est pourquoi les infirmiers qui ressentent trop d'incertitudes préfèrent exercer dans un établissement où les possibilités de concertation et de travail d'équipe leur semblent meilleures* ». En ce sens, les temps d'échanges lors des transmissions et des réunions d'équipes sont indispensables. On déplore alors qu'ils soient de plus en plus rares : « *avec la mise en place des plannings en 12H, on a perdu le temps des transmissions de milieu de journée. C'est dommage parce que c'est un temps de régulation important pour les membres de l'équipe et pour moi c'est un véritable moment où je gère mon équipe* » nous indique cette cadre de proximité de l'hôpital 2.

La prise en considération des éléments spécifiques du travail soignant en psychiatrie justifie la mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux infirmiers. Dans cette perspective, la question de la suppression des semaines d'intégration autrefois organisées a été soulevée : « *C'est un regret que les nouveaux arrivants ne soient plus doublés* » selon un infirmier de l'hôpital 2. Ces semaines permettaient de se saisir de l'organisation interne du secteur dans toute sa complexité en découvrant les différents services. Les infirmiers pouvaient ainsi mieux se projeter dans un parcours professionnel réalisable au sein de la structure. D'ailleurs on signale comme facteur de fidélisation l'existence dans l'établissement de services de maternité ou encore de SSR (soins de suite et de réadaptation) qui ouvre une variété de parcours professionnels possibles, y compris hors de la psychiatrie. Là aussi, la relance de ces parcours d'intégration suppose une réflexion sur les raisons de leur abandon. Ils sont garants d'une intégration dans le collectif de travail pour *in fine* gagner plus vite en compétence, limiter les interruptions, les pertes de temps, la crainte des erreurs et libérer du temps auprès du malade.

Reste la question de la gestion des parcours professionnels : comment sont-ils formalisés et par qui ? La question est d'autant plus pertinente que les propos du groupe de travail révèlent un vrai paradoxe : ils regrettent que les affectations soient imposées dans les services où la pénurie

est la plus grande (donc en « intra ») ou sans concertation avec les cadres en même temps qu'ils signalent que les infirmiers inexpérimentés en psychiatrie préfèrent débiter leur carrière en « intra », sécurisés par une équipe plus présente et un travail qui nécessite moins d'autonomie. Ce paradoxe a au moins le mérite d'attirer notre attention sur le souci qui doit être porté à l'intégration des nouveaux arrivants à travers la question de l'ajustement de la formation déjà évoquée mais aussi en tenant compte des désirs de parcours professionnels comme signalés dans l'étude faite aux Etats-Unis sous l'appellation d'opportunité professionnelle (Alexander, 1998).

Les résultats présentés signalent un certain nombre de difficultés vécues par les soignants et orientent déjà des pistes d'axes de travail autour de l'identification des savoirs, des compétences et des expertises soignantes en psychiatrie mais aussi leur modalité de transmission. Nous entendons aussi une augmentation de la charge de travail y compris émotionnelle. Elle est d'autant plus mal vécue que le sens donné à l'activité en est considérablement impacté.

Nous allons désormais poursuivre la présentation des résultats avec les données issues du questionnaire.

6.2 Résultats synthétiques de l'enquête par questionnaire SAPHORA-JOB dans un des établissements.

Nous rendons compte des résultats de l'enquête menée dans l'hôpital 2. Dans leur globalité ces résultats font échos aux données présentées ci-dessus. Leur objectivité (données statistiques) a permis de légitimer le choix d'axe de travail du GT dans l'établissement.

PROFIL DES REpondants.

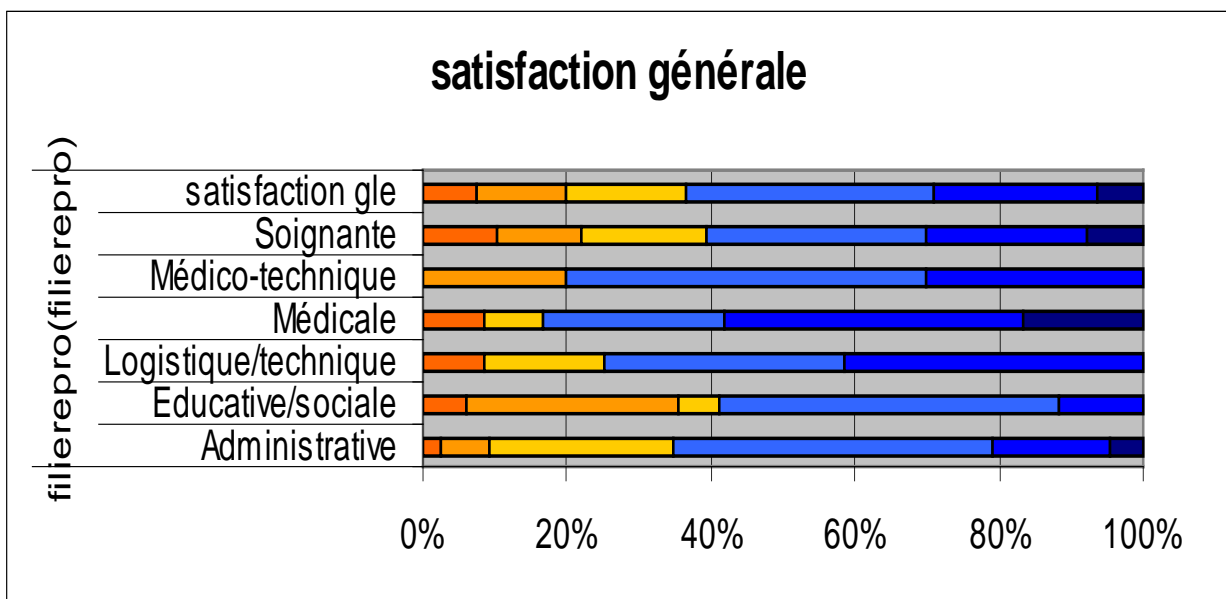
Nous regrettons un taux de participation assez faible (15%) soit 310 questionnaires sur les 2074 potentiels, aussi les résultats sont à considérer comme des tendances. Il y a malgré tout une meilleure représentativité du personnel soignant (21,6 % des infirmiers). Ce taux est assez révélateur de la faible culture organisationnelle mais aussi d'une certaine lassitude de la part

des agents à être sollicités pour remplir des questionnaires sans pour autant avoir accès aux résultats par la suite. De plus, les questionnaires restent le plus souvent sans effet sur leur quotidien de travail : leur efficacité est donc peu visible aux yeux des agents. Les professionnels hors médecins et pharmaciens ont été les plus nombreux à répondre, ils sont majoritairement titulaires et des femmes. L'âge moyen est de 42 ans. 50% des répondants sont entrés dans l'établissement depuis 2006. Ils résident principalement dans le 93, 77 et 75 pour un temps de transport médian domicile-lieu de travail de 50 minutes ce qui reste une moyenne pour la région Ile-de-France.

PRESENTATION DES RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA SATISFACTION GENERALE.

L'opinion générale sur l'activité professionnelle dans l'établissement est évaluée comme étant d'assez satisfaisante à tout à fait satisfaisante pour 62% des répondants. Cette satisfaction est moins franche si l'on regarde la réponse des infirmières. En effet, on constate une variabilité de la satisfaction générale en fonction des filières professionnelles. De plus, la qualité de vie au travail est moins bien « notée » que la satisfaction au travail, en particulier les conditions de vie professionnelle.

Figure 7 : Représentation de l'évaluation de la satisfaction générale dans l'hôpital 2.



Les résultats de cette évaluation de la satisfaction sont plutôt positifs et peuvent surprendre dans un premier temps si on les compare au discours défaitiste des premiers participants du groupe de travail et en particulier celui des représentants syndicaux²²⁴. Mais il s'agit ici d'une évaluation plus globale et on voit bien que la satisfaction des soignants et en particulier des infirmiers est bien moins élevée que la satisfaction moyenne de l'établissement. Ce résultat confirme l'intérêt de porter le regard sur cette profession qui, du reste, est largement majoritaire dans les hôpitaux psychiatriques en particulier si l'on recherche une qualité de prise en charge.

LA SATISFACTION PAR DIMENSIONS.

La questionnaire se poursuit par un approfondissement permettant l'évaluation des différentes dimensions de la satisfaction : l'organisation et le contenu du travail, la possibilité de travailler dans une certaine autonomie, la qualité des relations entre collègues mais aussi avec la hiérarchie, la gestion des carrières et des compétences, la politique de rémunération, la possibilité de concilier vie personnelle et vie professionnelle, la qualité du management de proximité, la qualité des circuits d'information et de communication y compris sur le droit du travail...L'identification de ces différents éléments de la satisfaction nous a permis l'identification de 5 dimensions particulièrement valorisées mais aussi 3 axes de travail sur lesquels l'établissement doit se pencher pour améliorer la fidélisation de son personnel.

Ainsi nous rapportons les 5 points les mieux évalués :

- Les relations avec les collègues- L'ambiance de travail.
- Le développement personnel à travers la formation continue.
- L'organisation et le contenu du travail (y compris les responsabilités).
- La possibilité de concilier vie personnelle et professionnelle.
- Le respect des opinions, le souci, l'écoute dont fait preuve la hiérarchie.

L'évaluation valorise donc 5 dimensions fondamentales : la satisfaction concernant la possibilité de concilier vie personnelle et vie professionnelle est une surprise notable car c'est

²²⁴ On peut penser que les syndicats sont mobilisés en cas d'insatisfaction ou en cas de difficultés. Ils ont donc une bonne connaissance des éléments provoquant une insatisfaction mais ne sont probablement pas en capacité de rendre compte d'un panorama global établissement.

une dimension difficile à satisfaire dans le milieu hospitalier. Elle reflète probablement l'ajustement fait par les cadres de proximité et l'établissement afin de diminuer le retentissement des contraintes du métier (horaires décalés, travail le week-end et les jours fériés par exemple). La hiérarchie semble faire preuve d'une vraie qualité d'écoute : les répondants relatent une possibilité d'exprimer ses opinions, ses valeurs. Pourtant l'expression de la reconnaissance de la qualité du travail par l'encadrement ferait défaut : peut être qu'un travail sur les modes de communication permettrait de mettre en mot l'implicite. Au moment de la présentation des résultats la DRH exprime un certain agacement quant à la question de la reconnaissance. Elle ne saisit pas en quoi est-ce si important et ne s'explique pas cette forte attente de la part du personnel. Culturellement nous sommes peut-être plus habitués à signaler ce qu'il convient d'améliorer plutôt que de se féliciter de ce qui fonctionne. C'est en tout cas ce que révèle l'identification des trois dimensions les plus en retrait:

-La rémunération en particulier compte tenu de la charge et de la complexité du travail.

-La communication et l'information sur les instances, la politique de l'établissement, les droits et devoirs des employés.

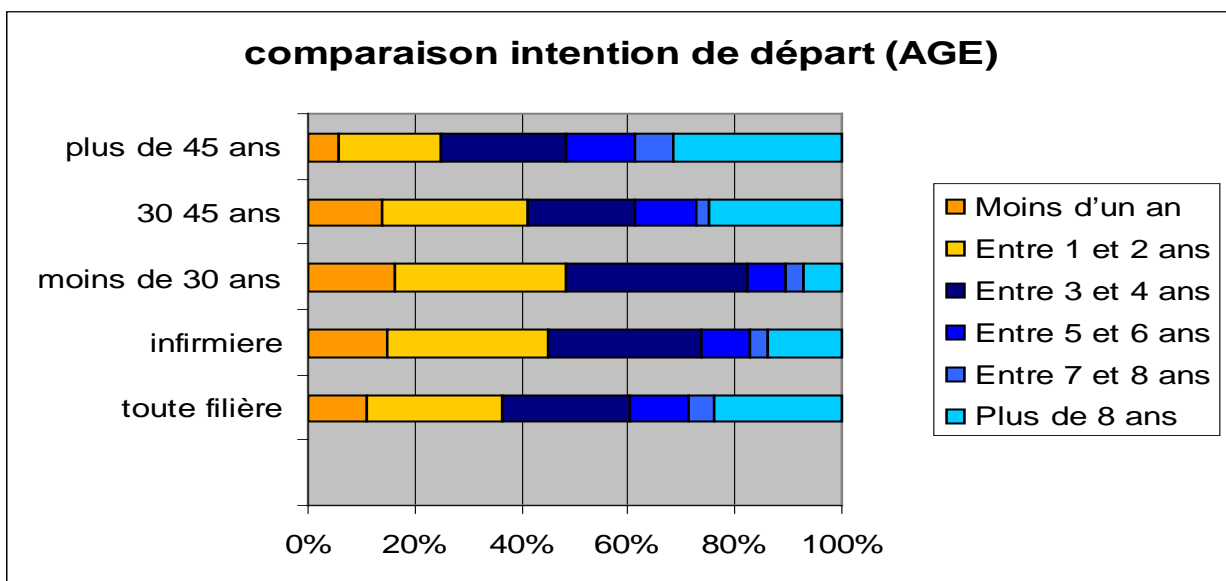
-Et dans une moindre mesure les modes de reconnaissance de la qualité du travail réalisé de la part de la hiérarchie.

La question de la rémunération est, sans surprise, mal évaluée mais l'établissement ne dispose pas vraiment de marges de manœuvre sur cette question. Cette tendance est d'autant plus marquée qu'elle tient compte de l'alourdissement de la charge de travail sur le plan physique et émotionnel : le travail s'est complexifié. Quant à la qualité de la communication de l'information en particulier sur les instances politiques de l'établissement et les droits et devoirs des employés, nous devons tenir compte de la particularité de l'établissement avec une organisation multisites. La communication est un axe de travail qui perdurera dans les deux établissements tout au long de notre accompagnement et à différents niveaux hiérarchiques et sous différents supports (affiche, mailing, courrier papier, articles dans les revues de l'établissement, articles pour des revues professionnelles, présentation de PPT en réunion ou en instance...).

INTENTION DE DEPART.

Environ 20% des répondants déclarent avoir l'intention de quitter l'établissement même si la mobilité externe effective de l'établissement n'est que de 10%. Une fois de plus, ce désir de mobilité externe est d'avantage marqué chez les infirmiers ce qui est cohérent avec l'évaluation de la satisfaction au travail. Mais plus que la filière professionnelle, l'âge est déterminant sur l'intention de départ. Les moins de 30 ans sont particulièrement sensibles à cette possibilité. 90% des infirmiers n'envisagent pas de rester plus de 4 ans dans l'établissement. Peut-être s'agit-il de caractéristiques de la « génération Y » qui se conjuguent à l'absence d'enfant à charge ou la présence d'un projet professionnel non établi en début de carrière.

Figure 8 : Variation de l'intention de départ en fonction de l'âge du répondant.



Ainsi aucun infirmier arrivé depuis 2006 n'envisage de rester plus de 8 ans dans l'établissement. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le manque de perspective ressenti en termes de gestion de carrière malgré une formation continue très appréciée a des effets délétères pour la fidélisation du personnel. Mieux communiquer sur les possibilités d'évolution de carrière devient alors un défi pour l'établissement.

L'IMPLICATION.

Si l'évaluation de la satisfaction est positive, le lien d'engagement des professionnels vis-à-vis de l'établissement est à développer. Les répondants ont bien du mal à justifier leur présence dans l'établissement par un désir ou un choix affirmé. Le lien d'appartenance ou d'attachement à l'établissement s'équilibre (40% d'accord, 40% de désaccord). Il paraît difficile pour le personnel aujourd'hui de se sentir comme « un membre de la famille » sur son lieu de travail malgré une atmosphère de travail jugé très satisfaisante. Cela peut expliquer les difficultés des infirmiers à se projeter plus de 8 ans dans l'établissement.

CONCLUSION CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE.

Le questionnaire révèle une satisfaction générale au travail tout à fait satisfaisante. Il a permis d'identifier les points forts de l'établissement aux yeux du personnel : la qualité des relations et de l'ambiance de travail, les possibilités de développement personnel à travers la formation continue, une organisation du travail qui permet de prendre des responsabilités tout en ménageant la vie privée et enfin un encadrement sachant se soucier de son équipe tout en respectant les opinions de chacun. Pourtant, l'implication est plus en retrait : une meilleure communication sur les évolutions de carrière au moment de l'entretien annuel est une piste à explorer. Ce bilan peut être en effet un moment d'expression de la reconnaissance de la qualité du travail tant attendue par les répondants tout en permettant de se projeter dans l'établissement à moyen et plus long terme. Le questionnaire se révèle donc un outil pertinent pour affiner les axes de travail et permet de légitimer la démarche grâce à une campagne de communication des résultats. Il confirme l'idée de travailler sur le bien-être au travail comme moyen de fidélisation du personnel compétent en particulier devant un nouveau phénomène de pénurie qualitative²²⁵.

²²⁵ L'évolution de la démographie réoriente notre démarche tout au long de l'accompagnement. Finalement après la diffusion du questionnaire il n'y a plus de pénurie quantitative. L'objectif affiché à ce moment-là est la fidélisation. Puis à l'arrivée du nouveau DS en janvier 2015, nous reformulons une dernière fois la présentation de la situation en évoquant une pénurie qualitative : beaucoup de CV arrivent au service du recrutement mais il s'agit le plus souvent d'infirmiers débutants. La possibilité de recruter des experts pose problème : les observations sur le site pilote corrobore les propos du service de la DS.

SYNTHESE DU CHAPITRE 6

L'analyse des résultats des données recueillies durant cette première période de recherche nous permet une présentation de résultats précis concernant l'identification des déterminants de l'intention de départ des infirmiers français qui travaillent en psychiatrie.

Le discours des soignants fortement marqué par la dénonciation d'une dégradation des conditions de travail a été entendu : les situations de surcharge de travail sont d'autant plus mal vécues qu'elles portent sur une part de leur activité qui leur paraît secondaire (comme les tâches administratives) mais aussi désorganisant pour l'ensemble du service (accompagnement des patients aux audiences de tribunal). Enfin cette dégradation les conduit à réaliser une part de leur activité qu'ils considèrent comme du sale boulot lorsqu'ils doivent assurer plusieurs fois par jour les appels à renfort. Nous notons donc l'idée pesante d'une surcharge affective et émotionnelle de travail.

Cette surcharge est d'autant plus mal acceptée qu'elle s'accompagne d'un sentiment de perte de sens de l'activité soignante. Ils ne pensent pas pratiquer des soins de haute qualité lorsqu'ils se sentent contraints de délaissier les soins relationnels qui relèvent pourtant de leur expertise psychiatrique. Ce point domine les propos lorsque les logiques de prises en charge reposent sur les neurosciences et les traitements médicamenteux.

Enfin les infirmiers s'interrogent sur le possible appauvrissement des compétences en psychiatrie concernant les soins relationnels et les techniques d'entretien. La volonté d'organiser le transfert de compétences des infirmiers de psychiatrie (ISP) qui partent à la retraite est dans les esprits. Les parcours professionnels sont des pistes à explorer d'avantage mais ils demandent par ailleurs un travail en amont sur la formalisation des savoirs.

Ces points sont cohérents avec les résultats du questionnaire soumis dans l'hôpital 2. Les soignants se montrent sensibles aux possibilités de suivre des formations continues, d'avoir des responsabilités et d'évoluer dans une bonne ambiance de travail avec leur collègue et la hiérarchie. Pour autant ils peinent à se projeter dans leur établissement et l'implication s'en ressent. La faible qualité de la communication sur des établissements caractérisés pour être multisites renforce probablement la perte de sens collectif du travail pour une prise en charge longitudinale du patient.

SYNTHESE DE LA PARTIE 2.

Nous venons de présenter dans cette deuxième partie nos travaux à l'occasion de la première période de notre recherche qui nous a conduits à identifier les déterminants de l'intention de départ des infirmiers qui travaillent dans les services de psychiatrie en France.

Nous avons pour se faire pris le temps de comprendre les enjeux du contexte propre au secteur hospitalier qui se voit contraint aujourd'hui grâce à de nombreuses réformes de répondre aux logiques de performance et d'efficacité. Pour cela, la fonction publique hospitalière doit intégrer en son sein les principes de rationalisation de l'activité propres au NPM issus du secteur privé. Ces principes nécessitent une réorganisation de l'hôpital qui explique la mise en place de nouvelles gouvernances et notamment des pôles. Les services RH sont les maîtres d'œuvre de ces politiques de modernisation mais ils doivent aussi légitimer ce nouveau positionnement y compris auprès des professionnels de la psychiatrie. Par ailleurs ils doivent prendre en considération les effets secondaires inattendus de l'accumulation de ces réformes en termes de prévention des RPS.

En effet, la psychiatrie, pourtant réputée jusqu'alors pour son évolution à part des autres disciplines médicales, doit d'une part élargir son champ d'activité en incarnant la « santé mentale » mais elle doit d'autre part adopter une approche normée de son activité. Cet alignement aux logiques de l'évaluation et du *benchmarking* sert les neurosciences et demande une fois de plus une nouvelle organisation de prise en charge associée à de nouvelles compétences aussi bien dans le domaine du soin que du management.

Les infirmiers ne sont pas épargnés par les tensions qui découlent de la multiplication des réformes hospitalières. Afin de mieux se saisir des logiques professionnelles, nous avons pris le temps de distinguer les activités relevant du *care* de celle du *cure* pour justifier de la désertion des soignants des unités de psychiatrie. Nous avons aussi souligné la cohabitation de plusieurs générations d'infirmiers qui ne partagent pas tout à fait les mêmes valeurs. Cette situation complexifie le positionnement managérial dans ces unités.

La revue de littérature nous a permis d'identifier des déterminants de l'intention de départ propres aux infirmiers. Elle met en avant quatre catégories de facteurs ayant un fort impact sur la satisfaction au travail, la motivation et l'implication organisationnelle. Le sens donné au travail est essentiel : il repose sur la possibilité ressentie par les soignants de pouvoir se réaliser

à travers la dispensation des soins de haute qualité. Le cercle vertueux entre satisfaction au travail et haute qualité de soin est établi. La qualité des relations professionnelles est aussi source de soutien et de reconnaissance de la part des pairs et de la hiérarchie. Bien entendu, les conditions de travail sont des facteurs importants : la confrontation à des situations de violences est déterminante sur l'intention de quitter la spécialité. Enfin l'accompagnement des infirmiers dans leur parcours professionnels est un levier à actionner tant en début de carrière à travers des parcours d'intégration, qu'à l'occasion de formation continue pour une montée en compétences voire en expertises. Elle permet alors d'envisager la poursuite de l'activité dans d'autres spécialités médicales.

Sur le terrain, l'animation de groupe de travail dans les deux établissements sur la thématique de l'attractivité et la fidélisation des infirmiers de psychiatrie a permis le recueil de données complètes et la co-construction d'un diagnostic précis et partagé avec les acteurs de terrain. Elles ont été renforcées par la diffusion d'un questionnaire Saphora-Job qui a montré un défaut d'engagement de la part des soignants qui ne se sentent pas liés à l'établissement. Le sens que nous avons pu donner à l'analyse de nos données repose sur l'observation des participants aux différents GT mais aussi sur l'observation participante menée dans le service RH de l'hôpital 1.

Ainsi, nous avons pu identifier les déterminants de l'intention de départ des infirmiers français qui exercent en psychiatrie. Ils sont particulièrement impactés par les réorganisations de travail qui découlent de la mise en œuvre des réformes issues du NPM et appliquées à la psychiatrie. Elle se manifeste au quotidien par une augmentation de la charge de travail en particulier au plan émotionnel avec une confrontation plus fréquente au sale boulot, c'est-à-dire au recours aux chambres d'isolement pour les patients. La diminution des durées moyennes de séjours et le développement des soins extra hospitaliers afin de contenir les coûts de prise en charge ne permettent plus aux soignants d'avoir une vision longitudinale de la prise en charge des patients. Ils se sentent inefficaces, n'ayant jamais l'opportunité de voir les patients en bonne santé. Il en ressort un fort sentiment de perte de sens de l'activité en particulier dans les unités intrahospitalières dans lesquelles le psychiatre mobilise les neurosciences.

Dans un tel contexte, organiser la formalisation et la reconnaissance des savoirs incorporés des infirmiers devient une nécessité. Dans une logique de management transgénérationnel, l'accompagnement des parcours professionnels dans un partenariat DS/DRH pourrait jouer un rôle de levier pertinent.

Outillés de ce diagnostic co-construit, nous nous trouvons à une étape charnière de notre recherche puisque nous prenons conscience que finalement tout reste à faire. La construction collective du diagnostic selon la méthodologie participative transdisciplinaire a plutôt bien fonctionné mais nous avons senti que la situation se complexifiait au moment de l'élaboration d'un plan d'action. A cette étape, les logiques participatives ont été plus délicates à maintenir. Le diagnostic établi nous indique dans quelles directions porter notre attention. Mais nous réalisons que nous devons affronter une nouvelle problématique qui est celle de la mise en actions des acteurs de terrain pour résoudre les problèmes soulevés par le diagnostic. Il s'agit donc de répondre à un nouveau défi. Celui de l'accompagnement à la conduite du changement dans le secteur de la fonction publique hospitalière et cette démarche ne va pas de soi surtout lorsqu'elle se veut participative. C'est avec ces nouveaux objectifs que nous avons poursuivi notre démarche de recherche que nous présentons dans la partie 3.

PARTIE 3 : SECONDE PERIODE DU PROCESSUS DE CONDUITE DU CHANGEMENT. LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION COMME GRILLE DE LECTURE ET GUIDE NORMATIF D'UNE DEMARCHE DE CONDUITE DE CHANGEMENT CO-CONSTRUITE A L'HOPITAL.

A travers l'évolution de notre question de recherche, nous prenons conscience que notre travail repose fondamentalement sur la notion du changement. Un changement qui se réalise dans une volonté de rendre plus humanisée l'implantation des principes du NPM dans la fonction publique et en particulier à l'hôpital. La revue de littérature nous présente quant à elle un changement imposé par la succession des réformes qui affectent l'hôpital, qui se télescopent, se chevauchent s'entremêlent allant jusqu'à se contredire dans leurs applications. Mais un changement désiré par leur promoteur dans une perspective de modernisation d'un système bureaucratique vieillissant, alourdissant le processus décisionnel, véritable frein à l'adaptabilité des établissements de santé devenue nécessaire aujourd'hui. Enfin, un changement recherché à l'occasion de notre présence sur le terrain en tant que chercheur-accompagnateur de la conduite du changement, nous poussant vers une recherche de paradigme épistémologique le plus adéquat et nous amenant à valoriser les principes de la recherche-intervention à la fois comme cadre permettant de valider de nouvelles connaissances mais aussi comme méthode de recherche permettant de provoquer le changement grâce aux interactions entre le chercheur et les acteurs de terrain.

Nous sommes en effet dans le cadre d'une promotion d'une innovation RH en tant que processus à l'issue incertaine et qui doit permettre d'explorer de nouvelles pratiques managériales pour conduire le changement. La revue de littérature nous conduit vers le modèle de la sociologie de la traduction comme outil d'analyse d'un processus en court à analyser, mais aussi à mener dans une logique normative. Ce modèle s'avère tout à fait adapté pour accompagner le changement dans une organisation pluraliste comme l'hôpital.

Nous prendrons soins dans cette troisième partie de compléter les éléments méthodologiques qui ont contribué à la démarche de conduite du changement dans les deux établissements et en particulier sur le site pilote accompagné dans une démarche de promotion du bien-être au travail qui a pu bénéficier d'un apprentissage de la controverse concluant. Nous mettrons en valeur les

apports de la communication à double flux tout au long du projet pour permettre l'inscription institutionnelle des micro-changements réalisés. Enfin, nous soulignerons l'utilité d'une démarche de bilan et de clôture des projets afin de faire reconnaître la quantité et la qualité du travail réalisé car celui-ci peut parfois rester peu visible pour les acteurs de terrain. Cette démarche potentialise les possibilités de pérenniser la conduite de changement amorcée.

Une fois ces précisions méthodologiques rapportées, nous décrirons le déroulement des projets dans les deux établissements au regard des différentes étapes de la sociologie de la traduction afin de nous saisir des différents tempos dans la conduite du projet. Nous aurons aussi des éléments compréhensifs de l'échec de certaines étapes comme l'enrôlement partiel des acteurs. Nous indiquerons comment les principes du management polyphoniques ont pu être mobilisés.

Enfin, nous terminerons cette troisième partie en présentant l'analyse de nos résultats en termes de modalité de conduite de changement dans la fonction publique hospitalière : nous indiquerons les différents freins à la conduite du changement mais aussi les facilitateurs qui pourront de nouveaux être utilisés dans un projet ultérieur.

CHAPITRE 7 : CONDUIRE LA CHANGEMENT A L'HOPITAL : LE DEFI DES ORGANISATIONS PLURALISTES DANS L'APPROPRIATION DE LA CULTURE DE L'INNOVATION.

Nous avons conscience à cette étape que nos travaux questionnent les modalités de changement à l'hôpital. Pourtant, si ce terme est présent dans nos quotidiens, il convient de le définir car son apparente simplicité cache une notion aux multiples facettes. Comment définir le changement ? Quelles formes prend-il ? Quel lien peut-on faire avec les processus d'innovation ? Subi ou désiré, le changement qui se vit à l'hôpital comporte-t-il des spécificités remarquables que nous devons identifier pour poser un regard juste sur le processus en cours ? Le changement est-il toujours visible et l'absence de changement visible est-il pour autant synonyme d'immobilisme ou de résistance au changement ? Le recours à la revue de littérature autour du changement en particulier dans le milieu hospitalier se révèle indispensable pour analyser nos données de terrain et se saisir de tous les enjeux qui ont cours à l'occasion de la conduite d'un projet RH dans ce type d'organisation. Nous allons donc, dans un premier temps, présenter le changement organisationnel de manière générique pour ensuite préciser les caractéristiques des modalités du changement à l'hôpital et définir en quoi la conduite du changement à l'hôpital relève véritablement du défi et de l'incertain lorsque l'on considère les établissements de santé comme des organisations pluralistes aux pouvoirs diffus. Nous présenterons ensuite brièvement la sociologie de l'innovation : en effet notre accompagnement au changement repose sur l'introduction à l'hôpital d'une innovation managériale. Nous précisons le vocabulaire propre aux innovations en tant que processus qui s'inscrit dans la durée et qui se diffuse comme pratiques adoptées par un nombre croissant d'utilisateurs.

7.1 Conduire le changement : valorisation des innovations et paradigmes autour d'un processus.

Mutation, revirement, réforme, innovation, évolution, chambardement, les synonymes du mot changement sont nombreux mais n'ont pas pour autant la même connotation évoluant entre une notion de progrès et de bouleversement qui l'accompagne. Qu'il soit désiré ou imposé, planifié émergent ou improvisé, bref ou inscrit dans la durée, progressif ou rapide, ascendant,

descendant ou même inclusif, participatif ou coercitif, le changement ne laisse jamais indifférent. Il nous paraît pertinent de le qualifier comme processus afin de mieux s'en saisir et de l'étudier et c'est dans cette perspective longitudinale que nous l'avons abordé sur le terrain. Nous allons donc déterminer les contours du changement à travers ces différents aspects.

OMNIPRESENCE DU CHANGEMENT DANS NOTRE SOCIÉTÉ : UNE CAPACITÉ D'ADAPTATION VALORISÉE DANS LE SECTEUR DE L'ENTREPRISE.

Le changement fait partie de notre quotidien à tous (Pesqueux, Triboulois, 2004), selon Rothwell et Sullivan (2005) le changement est la seule constante du monde actuel et sa vitesse s'accroît considérablement. Par ailleurs comme le note Howard Becker : « *il est évident que la société est sans cesse changeante. S'il y avait quelque chose à expliquer, ce serait la stabilité.* » Slogan de campagne présidentiel ou publicitaire, projet d'entreprise ou de collectivité publique, le changement symbolise dans ce cadre la recherche d'une évolution favorable, d'un progrès, d'une avancée, d'un avenir meilleur dans un monde mouvant. « *Avant même le changement organisationnel, le changement politique est une constante du discours et des actes* » (Soparnot, 2010, p.5). Il s'inscrit alors dans une dynamique, un mouvement initié par des promoteurs souvent à un poste stratégique qui ont à cœur des principes tels que la modernisation, la création, l'innovation dans un contexte de globalisation des marchés, d'intensification de la concurrence, et d'accélération du développement des technologies. Dans ce cadre, le changement devient une valeur, une qualité mobilisée pour faire face aux évolutions de notre monde. L'adaptabilité est donc recherchée à travers le changement : elle relève d'une culture de l'entreprise qui accepte la prise de risque, celle qui consiste à sortir des sentiers battus pour explorer de nouvelles voies. Frédérique Chédotel (2005)²²⁶ décrit à ce titre la posture de certaines entreprises valorisant « l'improvisation » et questionnant la capacité d'une organisation à apprendre à improviser. Dans ce cas, la non application des procédures n'est pas dénigrée et une place est laissée à ce mode de pensée exploratoire. Certaines structures, conscientes de leurs besoins en changement et de sa chronicité comme propriété intrinsèque, s'autorisent à avoir une unité de professionnels entièrement dédiée à cette fonction de changement dans un positionnement transversal. Ce vivier repère et valorise les innovations. L'organisation par projet est particulièrement utilisée à cette occasion : elle autorise l'erreur comme étape de

²²⁶ Chédotel, F. (2005). L'improvisation organisationnelle. *Revue française de gestion*, (1), 123-140.

l'apprentissage qui conduit à des solutions innovantes (Autissier et al, 2013, Persson, 2005). La conduite du changement devient alors affichée, familière et professionnalisée. Affirmer sa capacité à changer est considéré comme porteur.

LE CHANGEMENT PERÇU COMME UNE MENACE.

Si nous venons de vanter les qualités et les valeurs associées au changement en termes de capacité à favoriser les opportunités d'adaptation d'un monde en pleine mouvance, il ne faut pas négliger la dimension négative qui accompagne par ailleurs cette même notion. Le changement nous inquiète, il est perçu comme une menace venant remettre en cause l'ordre établi, une certaine stabilité, un équilibre savamment construit dans une période considérée comme incertaine depuis la crise financière et la crise de l'emploi. Autissier et al. (2013) soulignent les risques de repli identitaire dans le cadre de conduites de changement menées dans un contexte de crispation sociale favorisant les résistances. Ainsi, le management doit savoir présenter le changement comme un challenge plutôt que comme une menace (Cuevas, 2013). Cette injonction est d'autant plus délicate à conduire lorsque le management souffre du même mal dans un vécu d'ambivalence par rapport au projet, qu'il est le relais d'une communication à double message et que son positionnement n'en est que plus flou (Rouleau, 1999). Le rôle des managers intermédiaires est abondamment rapporté pour en souligner les jeux de tension (Kanter et al 1992, Westley, 1990, Floyd, Wooldridge, 2000).²²⁷ Adopter une posture d'écoute de la part de la direction en mobilisant l'approche de l'entretien motivationnel permet sans doute d'identifier les décalages idéologiques des différentes parties prenantes du changement à mener.

Au-delà des inquiétudes portant sur les conséquences du changement, la peur repose sur les conditions même de la conception et de la réalisation de ce dernier ; un vrai paradoxe accompagne le changement. On a besoin de changement mais on ne dispose pas de temps pour le conduire car le changement est par nature chronophage. Il apparaît dans ce cas comme une source de stress et de surcharge de travail supplémentaires (Autissier, 2013) alors même que

²²⁷ Floyd S, Wooldridge B, (2000), *building strategy from the middle*, thousand Oaks, London, Sage.

Kanter RM, Stein BA, Jick TD, *The challenge of organizational change, How people experience it and leaders guide it*, New York, The Free Press.

Westley FR, (1990), « Middle managers and strategy : micro dynamics of inclusion », *Strategic Management, Journal*, vol 11, n°5, 337-351.

l'issue ou le succès du changement demeurent incertains. Convaincre les autres partenaires d'un projet de s'investir dans une démarche de changement à travers un projet ne va pas de soi.

LES REPRESENTATIONS MULTIFORMES DU CHANGEMENT : ANALYSE AU PLAN DES INDIVIDUS.

On peut porter notre regard sur le changement à différents niveaux. Si notre travail interroge le niveau organisationnel d'une structure et d'un groupe d'individus qui collectivement pensent et organisent le changement nous allons quelques instants accepter l'invitation de Sybil Person (2005) et compléter ce regard sur les représentations du changement au plan individuel²²⁸.

*Le changement comme apprentissage individuel.

Cette représentation mobilise la théorie du capital humain comme une ressource stratégique de la capacité à agir (facteur économique) et les sciences cognitives (facteurs psychologiques) : elle permet d'envisager l'apprentissage d'un individu tout au long de sa vie. Le développement des courants de l'andragogie²²⁹ amène à considérer l'apprentissage comme une affaire personnelle et conduit la réflexion vers la gestion de soi à travers le développement personnel. Ainsi, cette vision nous invite à regarder la conduite du changement en mobilisant les analyses de pratiques particulièrement en vogue dans les entreprises tout comme l'apprentissage d'un travail d'introspection qui semble favorable au développement de capacités d'apprentissage durables. C'est un moyen de développer « l'apprentissage de l'apprentissage » (Lorini, 1995)²³⁰.

L'apprentissage individuel n'exclue nullement la possibilité d'apprentissage collectif ou d'apprentissage organisationnel mais le complète. Il peut être considéré comme rendant familier

²²⁸ Nous avons bien conscience que notre posture de recherche constructiviste mobilisant les principes de la recherche intervention et d'autre part la sociologie de la traduction ne nous permettra pas d'analyser le ressenti individuel de chaque acteur. Notre analyse portera sur le processus global du changement et les impacts des actions des acteurs dans une logique de problématisation, d'intéressement visant la mise en action. Mais la compréhension de ce qui peut se jouer individuellement peut conduire à donner du sens à une situation prise globalement.

²²⁹ L'andragogie se situe à la croisée de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. Elle étudie les processus d'apprentissage en particulier chez l'adulte (habiletés, connaissances et attitudes). En se focalisant sur l'apprenant l'andragogie questionne les motivations et les conditions favorables aux apprentissages comme moyen de lutte contre la résistance aux changements.

²³⁰ Lorini, P. (1995), *Comptes et récits de la performance*, Editions d'organisation.

le processus d'apprentissage. Ces dynamiques d'apprentissage tout au long de la vie rendent plus familières et donc moins effrayantes les modalités de conduite de changement.

*Le changement comme deuil.

Le changement concerne aussi celui des acteurs en tant qu'individu se transformant alors même que les organisations évoluent. Passer du statut de spectateur à acteur se retrouve dans de nombreux écrits. Bareil et Savoie (1999) nous invite à prendre en compte le ressenti d'un individu face au changement : anticiper ces différentes phases c'est aussi mieux les accompagner et mieux communiquer sur des réactions possibles autour de préoccupations légitimes. Ainsi le choc à l'implication, la résistance ou l'exploration peuvent être mis en lien avec les théories de l'attachement/séparation et avec le travail de deuil (Kübler-Ross, 1997, Kets de Vries et Miller, 1985, 112-120²³¹) d'une situation, d'un mode de fonctionnement ou d'une organisation qui ne sont plus.

Sans nier l'existence de processus individuels du changement, nous préférons porter notre regard sur les collectifs face au changement au plan des organisations ce qui correspond d'avantage à notre objet de recherche qui questionne les capacités de mobilisation collective de différents professionnels de l'hôpital autour d'un problème transversal de ressources humaines.

MANAGEMENT DU CHANGEMENT ORGANISATIONNEL : RICHESSE DE LA LITTÉRATURE ACADEMIQUE ET DEFAUT D'UNITE THEORIQUE.

Au fil de nos lectures concernant la conduite du changement, nous sommes marqués par la profusion des écrits concernant cette thématique qui révèle un «*caractère multidimensionnel du phénomène comme la grande difficulté à le saisir dans sa globalité* » (Soparnot, 2010, p.9). En sciences de gestion, l'étude du changement mobilise des champs voisins tels que l'innovation (Alter, 2000), l'apprentissage organisationnel, la gestion de projets. Ainsi nous noterons qu'« *il n'y a pas à proprement parler de fondement conceptuel clair de la notion de changement organisationnel puisqu'elle recouvre pèle -mêle des considérations liées à des modifications structurelles, d'autres liées à des processus d'accoutumance adressés au personnel et d'autres liées à la définition stratégique de trajectoires de changement.* » (Pesqueux, 2010, p.13).

²³¹ Kets de Vries MFR, Miller, D, (1985), *L'entreprise névrosée*, Mc Graw-Hill, traduit de *The Neurotic organization: diagnosing and changing counter-productive styles of management*, San Francisco, Jossey Bass, 1984.

A titre d'illustration nous présentons l'évolution chronologique des paradigmes du changement proposé par David Autissier (2013).

Tableau 24 : Les différents paradigmes du changement (Autissier, 2013) :

PARADIGME SOCIOLOGIQUE	Années 50	K. Lewin	Pour l'auteur, un individu accepte le changement dans une logique d'évolution des normes par un dialogue au sein de son groupe.
PARADIGME INSTRUMENTAL	Années 70-80	RM. Kanter	Modèle de la roue du changement qui valorise la communication et la formation comme leviers favorables.
LE PARADIGME MANAGERIAL	Année 1995	AM. Pettigrew, J. Kotter	Les travaux remettent en question la domination de la gestion en mode projet pour redonner une place au travail de traduction et au leadership des managers.
LE PARADIGME STRATEGICO-ORGANISATIONNEL	Année 2005	AM. Pettigrew, A. Rondeau, C. Bareil, D. Autissier, L. Giraud, F. Benseba.	Le changement devient un outil d'optimisation, il tient compte de variables de contextualisation aboutissant à des pilotages différenciés.
LE PARADIGME EXPERIENTIEL, LE DEVELOPPEMENT DE LA PERSONNE.	Année 2013	A. Armenakis, D. Autissier, L. Giraud,	Le changement n'est plus considéré comme un obstacle à surmonter mais comme une compétence à développer en particulier en faisant vivre aux individus des expériences de changement réussi selon les principes de Rogers (1969). Ce paradigme souligne l'importance de proposer un accompagnement approprié aux destinataires du changement.

Au-delà d'une prise en compte de la chronologie des paradigmes du changement nous pouvons distinguer deux grandes écoles de pensées autour du changement (Vas, Jaspard, 2010, p.73)²³² :

-la première étudie le contenu du changement (antécédents et conséquences d'un changement stratégique)

-la deuxième aborde l'analyse d'un processus de changement, c'est-à-dire la manière dont un changement organisationnel émerge, se développe dans des directions parfois imprévisibles. Elle concentre son intérêt sur la compréhension des différentes étapes du projet selon 5 modèles présentant les mécanismes en jeu lors d'un changement d'après les travaux de Vas²³³ : le changement en tant que processus planifié, en tant que processus politique, en tant que processus routinier ou culturel, en tant que processus de création de sens et en tant que processus complexe. Nous présentons la synthèse de ces différentes approches.

²³² Vas, A., Jaspard, F., (2010), « Quels modèles d'analyse pour appréhender le processus de changement organisationnel ? », in *Le management du changement*, Soparnot, R., Vuibert, p.73-95.

²³³ Vas, A, (2005), « les processus de changement organisationnel à l'épreuve des faits : une approche multi-paradigmatique » *Management International*, vol 9, n°2, 21-36 ; (2002) « la propagation des changements majeurs au sein des grandes organisations : une approche diachronique », thèse de doctorat non publiée, université Paris XII, val de Marne, 2002.

Tableau 25 : Récapitulatif des différents modèles du changement selon Vas et Jaspar (2010, p. 81-82).

	Modèle planifié	Modèle politique	Modèle routinier-culturel	Modèle de création de sens	Modèle de complexe.
Postulat	Le processus de changement est linéaire et analytique. Son déroulement peut être programmé à l'avance, via un planning précis.	Le processus de changement consiste en un compromis négocié entre acteurs qui luttent pour la défense de leurs intérêts propres.	Le processus de changement se fonde sur le recours à des routines organisationnelles, des schémas de référence partagés qui servent de repères à l'action des acteurs.	Le processus de changement repose sur l'élaboration d'un cadre de référence commun, co construit par l'ensemble des acteurs organisationnels, aux travers de leurs interactions.	Le processus de changement est imprévisible et incertain. L'organisation est composée de nombreux sous-systèmes indépendants dont les interactions engendrent des conséquences inattendues.
Mots clés	Phases Plan à suivre Déterminisme Rationalité Certitudes	Influence Compromis Négociation Luttes d'intérêt Jeu de pouvoir Légitimation Stratégies d'acteurs	Routines organisationnelles Habitudes Culture Façons de faire Structures	Sens Interprétations Symboles Interactions, Construction collective de la réalité	Aléas Incertitude Contrôle limité des acteurs Complexité Système ouvert.
Méta-Phore de l'organisation	Réalité objective	Arène politique	Structure de routines	Construit social	Anarchie organisée.

Ce manque d'unité théorique est assez déstabilisant et pose rapidement la question de la construction d'un cadre théorique solide avec un double enjeu dans le cas de notre étude : non seulement répondre à la nécessité de construire une grille d'analyse du changement mais aussi dans un contexte de RI d'élaborer un guide de la conduite du changement afin d'offrir aux différents projets que nous accompagnons toutes les conditions favorisant le succès sans jamais pouvoir le garantir. Nous constatons néanmoins que certains modèles correspondent plus que

d'autres à notre posture épistémologique en définissant le changement comme un construit social à travers une recherche d'une construction collective de la réalité. Nous nous sentons proche du modèle de construction de sens. De même nous pensons que la notion de complexité est pertinente avec nos terrains, les acteurs témoignant de situations d'échecs précédents sur ce type de projet, aucune promesse de succès concernant la réalisation d'un changement effectif ne peut être faite. D'autre part Vas nous invite à considérer ces modèles comme des supports d'analyse d'un même changement mais au cours de ses différentes étapes :

-le lancement entre planification et routine,

-la mise en œuvre entre négociation et jeu de pouvoir,

-la consolidation ou l'institutionnalisation entre incertitude et construction de sens (dans la lignée des travaux de Lewin²³⁴).

Cette proposition de grille d'analyse renforce l'idée du changement polymorphe et nous conduit vers la recherche d'un cadre théorique prenant en compte cet aspect au cours des différentes phases de conduite de notre projet.

UN SUCCES ALEATOIRE DE LA DEMARCHE?

Pourtant, parmi cette multitude de théories autour de la conduite du changement, nous notons une régularité qui nous interpelle, qui nous met en garde et nous invite à une posture d'humilité devant tout projet visant le changement. C'est l'incertitude qui règne autour du succès ou de l'échec concernant la démarche engagée. Identifier et appliquer les meilleures compétences managériales et les méthodes rationnelles ayant conduit à des succès dans d'autres structures ne semblent pas pouvoir garantir la réalisation d'un changement répondant exactement à un cahier des charges initial. Comme le souligne Minvielle et Contandiopoulos (2004, p 30) « *l'activité de changement se prête assez peu aux approches préconisées et l'explication du succès se situe, au moins en partie, ailleurs que dans l'application de techniques managériales explicites* ». Il semble au contraire que les données empiriques sur la gestion de projet relatent « *des histoires pleines d'incertitudes dans lesquelles l'environnement apparaît à la fois complexe et violent, les protagonistes nombreux et les évènements inattendus* » (Minvielle,

²³⁴ Lewin, K, (1968), *Resolving Social conflict*, New York, Haper.

Contandriopoulos, 2004, p.43). Aussi, un cadre théorique prenant en compte les contextes du projet semble pertinent.

Nous entendons le risque d'un changement perçu comme une injonction avec une procédure qui serait celle d'un copier-coller d'une méthode non appropriée aux spécificités de la structure destinataire du changement. Emprunter des outils de gestion aussi performant soient-ils n'est donc pas suffisant²³⁵. Mais le processus de création, d'appropriation puis d'institutionnalisation de cet outil construit pour les besoins spécifiques d'une structure semble une voie de choix. Roy et Bizac (2000) soulignent l'intérêt de sortir des incantations au changement qui ne sont qu'une injonction supplémentaire : « rendre acteur » serait une piste permettant progressivement l'adhésion au changement mais par quel processus ? Nous verrons par la suite que la sociologie de la traduction est à même de répondre à cette question fondamentale et qui nous préoccupe tant dans le cadre de la recherche intervention.

7.2 Les défis de la conduite du changement à l'hôpital.

Si nous avons présenté quelques éléments concernant le changement, il nous paraît désormais essentiel d'identifier les caractéristiques de la conduite du changement lorsque celui-ci s'opère à l'hôpital. Nous pourrions penser, aux vues de la liste interminable de réformes qui frappent l'hôpital et les nombreuses transformations auxquelles doit faire face le secteur de la santé mentale, que l'hôpital psychiatrique public est une référence en termes de conduite du changement, mais il n'en est rien. Bien au contraire, ce secteur s'illustre plutôt dans la littérature par sa grande inertie rendant toute transformation difficile à établir (Contandriopoulos, 2002). Les raisons de cette inertie trouveraient leur origine dans les capacités de l'hôpital à penser ses stratégies dans un système de bureaucratie professionnelle ou dans une organisation qualifiée de pluraliste. Ce constat est d'autant plus marqué quand il s'agit de projets de nature RH qui ne portent pas sur une innovation technologique ou médicale mais plutôt sur une évolution d'une culture de politique de ressources humaines que constitue la fidélisation du personnel ou la

²³⁵ Cela nous conforte dans l'idée de ne pas mobiliser tel quel le concept des « Magnet Hospitals » décrit dans la revue de littérature de la période de notre recherche (Partie 2, chapitre 4). Nous ne devons pas chercher à calquer l'utilisation d'un outil mais plutôt mobiliser des acteurs autour de la construction d'un outil. La sociologie de la traduction tend vers cette finalité.

promotion du bien-être au travail. Le succès de cette démarche semble encore plus incertain. Le changement à l'hôpital se confronte à plusieurs facteurs, contextuels-structurels, propres à la nature RH des projets, le hissant au rang de « défi de taille » pour les gestionnaires qui le portent (Audet, 2006, p.67).

7.2.1 Un rythme effréné de réformes hospitalières : facteurs d'ordre contextuel au défi de la conduite du changement²³⁶

Afin de contrôler le coût de la santé, les gouvernements successifs ont réalisé une « rafale de réformes enchevêtrées » (Krief, 2005, p.14) depuis les années 70 afin de produire des changements nombreux, polymorphes (Mossé, Paradeise, 2002, p.150), simultanés (Gagnon, 2009) mais aussi brutaux (Franchistéguy, 2001). Ces attributs sont proches d'une cacophonie et semblent plutôt faire perdre de vue la finalité du changement auprès des acteurs qui le mènent tout autant qu'ils le subissent. Minvielle et Contandriopoulos (2004) qualifient les restructurations hospitalières de changement sur « ordonnance ». L'objectif de proposer une offre de soins plus équitable mais aussi de faire face à l'augmentation des dépenses hospitalières dans un contexte de transition épidémiologique de vieillissement de la population semblent perdu de vue devant cette « instabilité chronique » (Sainsaulieu, 2007). Ces projets sont de grande envergure et demandent d'être étayés sur de nombreux plans mais leur multiplication dilue les valeurs qu'ils supportent.

Schewer (2006), à travers l'étude rétrospective des thèmes de publications de la Revue Française des Affaires Sociales, note l'évolution des défis absorbés par le secteur hospitalier depuis la fin des années 60. Il distingue ainsi une première phase de modernisation rapide jusqu'à la fin des années 80 puis une deuxième phase décrivant l'hôpital contraint et travaillé par les réformes pour faire face aux débats sanitaires. A travers ces évolutions, l'hôpital a dû se sensibiliser à la culture de l'évaluation, développer des stratégies d'abord dans une perspective de concurrence pour se réorienter ces 10 dernières années vers une recherche de complémentarité entre les services de soins (Contandriopoulos, Souteyrand, 1996²³⁷) dans une

²³⁶ Nous avons déjà traité des réformes hospitalières dans le chapitre 3 mais nous apportons ici un volet complémentaire et les éléments présentés ne nous paraissent pas redondants. Nous avons jusqu'alors donné des dimensions historique et politique de ses réformes en précisant comment elles répondaient à un contexte global de modernisation de la fonction publique en lien avec les logiques du NPM. Nous allons désormais présenter ces réformes dans une volonté de caractérisation du changement voulu et plus ou moins opéré avec l'efficience souhaitée.

²³⁷ Contandriopoulos, AP, Souteyrand Y(eds) (1996), *L'Hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey.

logique plus transversale de parcours de soin du patient dans un réseau ville-hôpital élargi. Ces revirements de fond sont d'ordre culturel et sont par nature complexe à accompagner car insaisissables, abstraits voire invisibles²³⁸.

Malheureusement, ces transformations imposées par le législateur, mises en œuvre de manière précipitée, brutale et épisodique ont produit des résultats allant en partie à l'encontre des objectifs défendus par ces réformes. Les nouvelles valeurs véhiculées par l'application de logiques gestionnaires privées ont introduit un nombre croissant de facteurs de tension, de contradictions et de paradoxes (Detchessahar, Grévin, 2009) qui sont venus impacter la santé physique et mentale des agents hospitaliers. Ils ont terni un peu plus l'image des « administrations » hospitalières et les réformes en général. C'est un des facteurs clé du burn-out (Estryn-Béhar et al 2006), de l'absentéisme pour cause de stress (Rapport Sciences Po Bordeaux, 2013) ou des risques psychosociaux (Dares, 2013) comme nous avons pu le décrire dans le chapitre 3. Aussi, au fur et à mesure de la diffusion et de l'application désordonnée de cet éventail de réformes, on regrette que « *la mise en place des processus de débat du « pourquoi » des réformes, des formulations transparentes sur le « quoi » modifier et des marges de manœuvres importantes sur le « comment » changer* » (Deyfus²³⁹, 2013, p. 223) n'aie,t pas eu lieu. Jusqu'alors l'application des réformes n'a pas permis le déroulement de processus de changement (Gagnon, 2009) en profondeur car ils demandent du temps. En effet le changement se construit en tenant compte de la culture et de l'histoire de l'organisation si on veut permettre l'adhésion réelle des acteurs. Cette étape semble absente des expériences rapportées. Nous devons prendre en compte cet élément afin de limiter les travers d'une conduite de changement brusque ne permettant pas la prise en compte du contexte spécifique de l'organisation.

7.2.2 Changement et inertie culturelle à l'hôpital.

Si le milieu de la santé est connu pour ses nombreuses réformes, sa réputation d'inertie culturelle est tout aussi remarquable et renforce le paradoxe de l'hôpital en matière de conduite du changement. Schweyer (2006, p.215) explique comment la multiplication des réformes sur

²³⁸ Nous retrouvons ici le travers des actions essentielles et pourtant invisibles selon les mêmes principes que les soins invisibles relevant du *care*.

²³⁹ Dreyffus, L., (2013), « La prise en compte du sens donné au travail et l'enjeu des métiers : facteurs clé pour une GRH praticable », 24 eme congrès AGRH Paris, 20-22 novembre 2013. La GRH : pour une connaissance praticable.

une longue période entraîne un sentiment d'inertie : les articles de RFAS²⁴⁰ « *donnent à voir le décalage temporel qui existe entre la conscience des problèmes, la formulation d'esquisses de solutions au niveau local et la promulgation des réformes attendues* ». Ainsi, nous constatons qu'il est à la fois nécessaire de prendre le temps du changement mais que le rythme, lui, doit être soutenu pour ne pas faire perdre de vue les objectifs.

L'ÉVALUATION DU SUCCÈS OU DE L'ÉCHEC DU CHANGEMENT ?

Comment procéder à une évaluation juste d'un processus de changement ? Cette question cruciale interroge les modalités de l'évaluation du succès ou de l'échec d'un projet. Alors lorsqu'il s'agit d'établir un bilan sur une succession de réformes, la réponse est d'autant plus délicate que comme nous l'avons défini précédemment le périmètre de ce foisonnement de réformes est flou. De plus l'évaluation est rendue complexe dans une situation de mouvance : comment s'assurer que les changements observés soient réellement le fruit d'un projet rondement mené ou bien qu'ils ne soient que le fruit du hasard ou d'une évolution spontanément favorable de cette même situation.

Madeleine Autet (2009) nous met en garde quant à l'évaluation du succès d'un changement : l'analyse des données permet de dégager seulement une tendance du changement à condition de prendre en considération son évolution sur une longue période et en observant plusieurs niveaux organisationnels (stratégique, fonctionnel et opérationnel). C'est seulement en croisant ces deux éléments que l'on peut espérer porter un regard juste sur la qualité du changement mené en rendant visibles des dimensions plus discrètes. Parfois les changements ont eu lieu mais finalement les avancées peuvent apparaître bien minces par rapport aux efforts déployés. Par l'effet des silos professionnels les acteurs n'ont pas la visibilité nécessaire pour observer les améliorations et ils ne les attribuent pas au projet réellement en cause. Aussi à l'occasion de l'analyse de la conduite du projet que nous menons, nous devons être prudents au moment de l'évaluation du changement. Notre cadre d'analyse doit nous permettre d'une part d'envisager la possibilité du constat d'un échec et d'autre part nous aider à porter notre regard sur les différents niveaux du changement ; nous verrons que la sociologie de la traduction permet de répondre à ces attentes.

²⁴⁰ Revue Française des Affaires Sociales.

L'IMPRESSION DESAGREABLE QUE RIEN NE CHANGE.

Nous proposons plus modestement d'illustrer l'impact des réformes hospitalières autour de notre thématique de fidélisation de personnel et du bien-être au travail en comparant la description du contexte de notre étude sur la période 2012-2015 et le bilan non moins alarmiste rédigé par Guimaitre²⁴¹ en 1977 relatif aux « relations de travail dans les hôpitaux publics » visant la modernisation de l'hôpital public. Ses constats n'ont malheureusement pas pris une ride et constituent le défi de l'hôpital encore aujourd'hui : le malaise et la pénurie des infirmiers favorisés par une dépréciation progressive de la fonction (le statut n'évolue pas alors que la formation et le travail sont plus poussés) et une inadaptation du statut des praticiens hospitaliers (carrière et rémunération) sont ainsi rapportés. Les agents se disaient isolés dans leur travail. Les difficultés observées étaient liées à la gestion séparée des professionnels et le peu de liberté professionnelle de ces derniers. Les agents exprimaient leur insatisfaction au travail dans des conditions de surcharges physiques et mentales. L'auteur signalait alors que le malaise de l'hôpital était relationnel et que sans un rajeunissement des structures et une rénovation des modes de fonctionnement toute solution ne serait que partielle. Cette annonce nous paraît assez prémonitoire et peut justifier d'une impression d'inertie récurrente du milieu hospitalier malgré la mise en œuvre de nombreuses réformes qui ont découlé de ce constat en 1977.

UN DEFAUT DE COMPETENCE EN MATIERE DE CONDUITE DU CHANGEMENT.

On comprend que l'ampleur des transformations à mener à l'hôpital dans un tel contexte socio-économique puisse décourager les entrepreneurs du changement mais cette difficulté est renforcée par un défaut de compétences managériales en matière de conduite du changement comme le notent Minvielle et Contadriopoulos (2004) : les directeurs d'hôpitaux, les médecins et les professionnels du soin occupant des postes d'encadrement ne sont pas formés aux doctrines gestionnaires permettant une conduite rationnelle du changement pour favoriser une évolution de l'hôpital. Ils ont probablement des difficultés à communiquer sur les différents projets en cours dans leur établissement afin de redonner un sens aux efforts à fournir. Valoriser les avancées et les évolutions sont aussi des pistes notables.

²⁴¹ Guimaître, B. (1977). Les relations de travail dans les hôpitaux publics. *Revue française des Affaires sociales*, (1), 83-104.

PEUT-ON PARLER D'IMMOBILISME A L'HOPITAL ?

Tout faire pour que rien ne bouge c'est aussi paradoxalement participer au changement. Constaté que rien n'a changé à un instant T ne suffit pas pour tirer des conclusions sur l'existence d'une situation d'immobilisme. Il faut pousser la réflexion plus loin et interroger les mouvements dans des orientations opposées qui ont pu malgré tout avoir lieu en amont, même si l'on revient finalement au point de départ, le chemin parcouru peut être important et a pu être source de savoirs nouveaux. Certes, les effets se sont mutuellement annulés, mais le projet a dans ce cas suscité des réactions d'une part, l'implication et la mise en mouvement des acteurs de terrain d'autre part. Ces actions collectives peuvent d'ailleurs être organisées et répondre à une politique stratégique d'un groupe professionnel.

Aussi, il est opportun de suivre tous les chemins parcourus par un projet, les points explorés et abandonnés et communiquer sur les raisons des abandons afin de mettre en lumière les micro-changements qui ont eu lieu (Audet, 2009) et réduire une impression d'immobilisme injustifiée. C'est seulement après avoir porté le regard sur le processus du changement depuis sa naissance jusqu'au moment de son évaluation que l'on peut se permettre de poser un regard critique sur une éventuelle inertie. Nous allons voir dans le chapitre suivant comment la nature même de l'organisation de l'hôpital est propice au phénomène que nous venons de décrire comme une mise en action de divers groupes professionnels dans des directions opposées.

7.2.3 Facteurs structurels et organisationnels: les conséquences d'un hôpital comme organisation pluraliste ou bureaucratie professionnelle sur sa capacité à conduire le changement.

L'hôpital public, du fait même de sa structure et de son organisation, rencontre des difficultés dans la conduite de stratégies du changement. Caractérisée selon les auteurs de « bureaucratie professionnelle » (Glouberman et Mintzberg, 2001), de « main d'œuvre professionnelle » (Gagnon, 2009) ou « d'organisation pluraliste » (Denis et al ,2004), l'hôpital est décrit comme un univers où cohabitent plusieurs directions, plusieurs silos professionnels hermétiques, disposant de structures propres avec des valeurs contradictoires et des objectifs différents. Ces différentes appellations soulignent que cette cohabitation fonde un défi particulier de la conduite du changement à l'hôpital. En effet, les lieux de pouvoir étant diffus, les objectifs

divergents rendent difficiles la prise de décision convergente autour d'un projet commun. Un changement stratégique qui « *implique une mobilisation importante de ressources et qui engage le devenir et l'organisation tout entière* » (Abé Antagana²⁴², 2000) est donc complexe à mener, nous avons pu largement l'observer sur le terrain.

LE DEFI DE LA FORMATION DE STRATEGIES DANS LES ORGANISATIONS PLURALISTES.

La formation de stratégies ou *strategizing* est le résultat des activités et des interactions impliquées dans le développement à long terme des orientations d'une entreprise comme la planification, la prise de décision ou le leadership relié au changement stratégique. Dans le cas des organisations pluralistes, les stratégies sont le siège de jeux politiques entre groupes ayant des intérêts contradictoires et des visions divergentes. Si une direction commune doit être prise elle peut être freinée par des décisions autonomes de plusieurs personnes. Elles peuvent conduire finalement à des directions non désirées voire à un immobilisme, les efforts des uns annulant ceux des autres. Dans ce type d'organisation il paraît inopportun d'envisager la construction d'un changement selon un modèle planifié. Selon Mintzberg (Mintzberg & McHugh, 1985; Mintzberg & Waters, 1985), le terme de « stratégie émergente » est pertinent pour décrire la manière dont ces organisations sont capables de générer des patterns cohérents dans leurs activités sans avoir d'intention claire et centralisée suivant souvent la convergence spontanée d'opportunités selon les principes d'un changement improvisationnel dans un environnement étroitement contrôlé (Batisita, Cunha, 2008)²⁴³. « *De même, le processus délibéré de formulation de la stratégie par l'équipe de direction peut être absent ou non pertinent par rapport à ce que l'organisation est en train de faire* » (Denis et al, 2004 p.3) renforçant parfois l'impression d'un changement inefficace ou ne correspondant pas à l'idée que chacun s'en était faite. Selon Cohen et al (1972) suivant l'image de la poubelle, les problèmes, les solutions et les choix ne sont pas couplés les uns aux autres. Ces organisations sont ainsi fragilisées et soumises à de nombreuses critiques. Comme le soulignent Denis et al. (1995) les planifications stratégiques dans les hôpitaux sont peu claires et peuvent laisser penser à tort que des éléments sont volontairement cachés. Dans un tel contexte, le changement s'opère

²⁴² Abé Antagana, J., 2000, « La légitimité et le changement stratégique », dans Hafsi T, Seguin F (dir), *La stratégie des organisations : une synthèse*, Les éditions transcontinental, p. 641-648.

²⁴³ Batista, MG, Cunha, MP, (2008), « Improvisation in Tightly Controlled Work Environments- the case of Medical Practice », WP 537, Universidade Nova de Lisboa.

le plus souvent sous l'influence d'un leadership « charismatique ». Des épisodes de création et diffusion de sens (« sensemaking », « sensegiving ») s'enchaînant de façon séquentielle permettent l'évolution et les transformations des membres de l'organisation et permettent d'entrevoir des possibilités de changement malgré tout.

Dans le cas contraire, les organisations pluralistes sont caractérisées par leur inertie organisationnelle qui repose sur trois mécanismes (Denis et al, 2004, p.4):

-l'autonomie individuelle de ces organisations produit la paralysie collective : les organisations pluralistes fournissent un large éventail pour l'action individuelle en encourageant le développement local et la flexibilité. Les individus sont libres de se dissocier des orientations établies par le centre. Ainsi, nous constatons qu'il existe un projet d'établissement (plutôt médical) mais aussi un projet social qui porte les idées de la DRH, un projet de soins qui soutient les objectifs de la direction des soins, des projets de pôles qui eux ne décrivent plus des projets institutionnels ou transversaux mais s'attachent à donner sens à l'activité partielle de l'établissement à travers un pôle d'activités de prise en charge médicale et soignante. Ces projets écrits pour 5 ans portent autant les valeurs des hommes et des femmes qui les ont écrits que celui des fonctions qui les incarnent une fois de plus. Il s'agit de propos politiques qui peuvent se décliner de multiples façons à travers des actions très variées et plus ou moins cordonnées. Les liens qui sont faits d'ailleurs entre les projets, les orientations et les décisions sont plutôt obscurs pour le personnel de terrain. Ces projets correspondent finalement plutôt en une réponse à une injonction réglementaire qu'à un réel outil de concertation et de création de sens au travail autour d'objectifs communs. Ces projets ne semblent pas présents à l'esprit des professionnels dans leur quotidien du travail.

-la formation des stratégies basées sur un consensus inflationniste. « *Le consensus est souvent atteint au détriment du réalisme dans les stratégies proposées* » (Denis et al, 2004, p.5) ce qui explique probablement que dans ce type de structure les projets avortent faute de supports stratégiques suffisants au moment de la mise en œuvre²⁴⁴.

-les lieux de pouvoir diffus et les objectifs divergents entraînent des effets de « dilution » dans les initiatives du changement stratégique. L'aspect diffus des lieux de pouvoir est un élément essentiel de l'inertie dans la conduite de projet. Par conséquent, les

²⁴⁴ Nous noterons que les auteurs ciblent une fois de plus l'étape de la mise en œuvre du projet comme un point délicat dans la conduite de projets stratégiques.

changements sont souvent dilués au cours de leur implantation, produisant une sédimentation de structures et d'orientations stratégiques partiellement digérées (Cooper et al., 1996; Denis et al., 2004) comme nous avons pu le décrire concernant les réformes hospitalières. Ce phénomène de dilution est favorisé par la nécessité en cas de stratégie de changement de négocier par le biais de personnes clé dans l'établissement. Cela contribue, au mieux, à ralentir le processus de changement, au pire, à le diluer à un niveau le rendant insipide : la dilution est telle que le projet devient invisible, sans profondeur et donc sans effet. Le projet ne fait finalement sens pour personne. Ce constat recoupe les propos de D. Maigne en 1990 dans RFAS²⁴⁵ : il signale l'exaspération des hospitaliers qui ont à appliquer des procédures sans objectifs concertés dans un contexte où les corporatismes sont très présents : ils souhaitent la fin des régulations de contrôle pour voir se développer une régulation stratégique jusque-là inexistante.

Nous comprenons à travers l'exposition de ces freins à la conduite du changement que l'hôpital ne dispose pas d'un modèle d'organisation favorable à une construction stratégique des projets.

L'HÔPITAL : UNE ORGANISATION ET UNE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLES.

Dotées de caractéristiques assez proches certains auteurs décrivent l'hôpital comme une « main d'œuvre professionnelle » caractérisée par une inégale répartition du savoir, du vouloir et pouvoir de changement entre les managers, les cadres de santé et le corps médical. Le manque de coordination fait défaut entre les managers qui veulent le changement, les cadres qui par leurs connaissances fines du terrain savent proposer un accompagnement sur mesure et les médecins qui par leur pouvoir peuvent soutenir les projets de changement. Nobre (2013) nous livre cette analyse en se référant à la classification de Mintzberg et Glouberman (2001) qui distinguent classiquement 4 mondes qui cohabitent : les administrateurs, les médecins, les gestionnaires et les soignants. « *En effet ces catégories de professionnels, au sens sociologique du terme, coopèrent de façon plus au moins étroite tout en jouant des rôles fortement intériorisés de par leur formation, leur cursus, et le système de valeur auquel se réfère leur monde au sens de Thévenot et Boltanski (1991) ou Mintzberg et Glouberman (2001)* » (Nobre, 2013, p.153). Cette approche politique des organisations (Crozier et Freidberg, 1967 ; Champagne et al, 1991 ; Pettigrew, 1985) attire notre attention sur les interactions entre acteurs en présence pour identifier des leviers du changement dans ce type d'organisation. La littérature

²⁴⁵ Revue Française des Affaires Sociales.

nous révèle donc un levier d'action supplémentaire qui trouvera écho dans la sociologie de la traduction : elle souligne l'importance de laisser s'exprimer la controverse entre des acteurs aux valeurs différentes tant en révélant le rôle clé du choix de porte-paroles impliqués.

Tableau 26 : Répartition des leviers du changement entre les différentes catégories d'acteurs selon Thierry Nobre (2013 p.159).

	Caractéristiques	Vouloir	Savoir	Pouvoir
Direction Managers	Responsable de l'équilibre économique et budgétaire. Dimension managériale récente Déficit de légitimité qui limite le pouvoir d'action Poids de la tradition qui restreint le savoir	+++	+	+
Cadres de santé Soignants	Expertise du processus organisationnel Sensibilité aux problématiques opérationnelles Déficit de légitimité par rapport au corps médical Positionnement hiérarchique particulièrement flou	+++	++	-
Corps médical Chefs de pôle.	Définit les contraintes par ses choix (médicaux) Haut degré de reconnaissance sociale Absence de formation aux problématiques du management et à fortiori au changement organisationnel.	+-	-	+++

Ce type de bureaucratie professionnelle se fonde sur l'impact des formations et de la socialisation des groupes professionnels (Nobre, 1999). L'organisation repose sur la mission de service assurée par les fonctions supports pour les services opérationnels. Selon l'auteur, il se combine une double ligne hiérarchique qui s'oppose: du bas vers le haut pour les professionnels et du haut vers le bas pour les fonctions supports. Ce phénomène de deux lignes hiérarchiques parallèles explique le défaut de coordination déjà évoqué et la perte de sens donné aux projets menés dans un établissement. Cet état de confusion explique la mise en place de nombreuses

stratégies individuelles comme nous avons pu le signifier dans les organisations pluralistes au détriment de stratégies collectives : cela présente un risque élevé de voir se développer des projets liés aux personnes plutôt qu'aux organisations (établissements).

L'HÔPITAL : SIEGE D'UNE FORTE DIVERSITE D'ACTIVITES.

L'innovation managériale a un défi supplémentaire à relever en tant que projet tirailé entre différents rapports de pouvoir interférant et diluant les intentions initiales de changement (Denis et al, 1999) car à ces éléments s'ajoute la grande diversité d'activités à l'hôpital. Elle prend la forme de services, de spécialités (la psychiatrie), de métiers différents²⁴⁶, d'activités et de compétences nuancées (Nobre, 2013) qui sectorisent et cloisonnent un peu plus l'hôpital au-delà des grands-groupes que nous avons évoqués. Les rapports de pouvoir cumulés à l'extrême diversité des activités complexifient un peu plus la situation (Nobre, 2006). Le système de prise de décision n'en demeure que plus obscur (Moison Tonneau, 1997), pris entre les rapports de pouvoir des différentes hiérarchies internes, les influences externes venant des tutelles et les stratégies individuelles venant supporter des évolutions de carrière. Ce manque de clarté laisse la part belle aux spéculations parfois sur les finalités des projets engagés, et sur les parties qui en tireront finalement bénéfice.

DES FACTEURS EXPLICATIFS DE LA LENTEUR DU CHANGEMENT.

En tenant compte de ces facteurs structurels et organisationnels, nous pouvons expliquer les difficultés de l'hôpital à organiser et prévoir la conduite du changement. Un paramètre de taille apparaît en filigrane de ce point : une longue période est nécessaire pour conduire le changement, reconstruire le sens donné au projet et traverser les différentes lignes hiérarchiques. Nous avons signifié que le changement était de principe chronophage et que lorsqu'il se déroule à l'hôpital, le chemin qu'il va emprunter est incertain et de fait il est bien hasardeux de prédire le temps qu'il sera nécessaire de consacrer pour faire aboutir un projet. Powel et al (1999) confirme que la caractéristique des organisations professionnelles est la lenteur associée à un processus de changement. Chaque étape du projet peut solliciter des nouveaux partenaires pouvant s'opposer au projet. Leur accord peut prendre du temps surtout s'il faut obtenir l'aval de toute une ligne hiérarchique elle-même très sollicitée. La question du

²⁴⁶ Kervasdoué, 2007, p.43, recense 180 métiers

temps nécessaire au changement est donc largement posé dans la littérature : quelle durée doit-on lui consacrer ? (Audet, 2009) 5 à 15 ans selon les données empiriques de Stéphanie Cagnon (2009), 5 à 8 ans pour André Costandriopoulos et Etienne Minvielle, 5 ans selon Cyril ForoPON et Sylvain Landry (2014).

Pour conclure sur les facteurs structurels de l'hôpital nous retiendrons qu'il paraît délicat de réussir à mettre en œuvre **les trois principes de base recommandés** traditionnellement dans la **conduite du changement** (Audet, 2009) :

-créer une vision partagée par tous. Ce principe est plus facile à prescrire qu'à mettre en place. Nous verrons que la sociologie de la traduction nous fournit des éléments à ce sujet.

-planifier avec soin le changement afin de clarifier les objectifs du projet or il est bien difficile d'évaluer le temps qu'il devra être consacré à chaque étape. La situation est d'autant plus délicate quand le gestionnaire en charge du projet est à la fois responsable de la conduite du changement mais aussi du maintien transitoire de l'ancien système. Le porteur de projet peut donc se sentir tiraillé : il peut alors être contraint de retarder certaines étapes sous l'effet d'évènements inattendus ce qui rend rapidement désuète la planification initiale et discrédite le promoteur du projet.

-mesurer la réussite du changement en fonction de l'atteinte des objectifs. Nous avons déjà souligné cette difficulté mais nous voudrions préciser que dans le cadre de pouvoirs diffus et de valeurs contradictoires, les objectifs peuvent s'opposer. Aussi le succès dépendra du silo professionnel qui porte le regard sur le changement. Il faut donc envisager une évaluation différente de celle des structures traditionnelles. Une fois de plus la sociologie de la traduction nous permet de l'envisager.

7.2.4 Innovation managériale dans le secteur hospitalier : des projets de seconde zone.

L'innovation managériale est un champ de recherche en plein essor, elle serait un facteur clé de succès prépondérant pour la stratégie des entreprises (Kimberly, 1981, David, 1996, Leroy, 2012). L'innovation à l'hôpital est délicate puisqu'elle est transversale dans un contexte de

bureaucratie professionnelle et d'activités multiples. De fait, construire une vision commune s'avère d'autant plus ambitieux que le projet s'éloigne de l'activité quotidienne directe et que les parties prenantes n'ont ni les mêmes valeurs ni le même langage. Dervaux et al. (2011) soulignent l'importance de construire une grille commune de lecture afin de surmonter les cloisonnements.

Des auteurs ayant réalisé des revues de littérature sur le changement à l'hôpital (Arbuz et Debrosse, 1996 ; Djellal et al. 2004²⁴⁷ ; Pitti, 2005) soulignent le centrage des réflexions sur les innovations techniques et médicales, au détriment de réflexions sur des innovations de type managérial ou organisationnel, visant l'amélioration du fonctionnement général de l'hôpital, des conditions de travail, de l'organisation interne ou des relations professionnelles... (Djellal et al. 2004 ; Schweyer, 2006). On voit ainsi des écrits relatant le succès de la régulation des dysfonctionnements entre le service de consultation et le bloc opératoire, un projet finalement assez circonscrit dans l'espace, les démarches de valorisation des innovations par le déploiement de la méthode Lean pour standardiser en profondeur les méthodes de travail (Fropon, Landry, 2014), la fusion de deux départements obstétriques et pédiatriques (Gagnon, 2009)... Ces projets ont permis de réunir des professionnels issus de la même branche professionnelle ou habitués à travailler sur le même service ou pour la même spécialité médicale. Mais, dans notre cas, il s'agit de projets basés sur une transformation de la politique RH, définitivement transversale. Ces mêmes auteurs invitent à réfléchir davantage à ce genre d'innovation (Nobre, 2013) compte tenu des résultats d'enquêtes sur le mal être au travail qui encouragent les établissements à revoir l'organisation du travail. D'autant que les méthodes de conduite du changement classiques et explicites ne semblent pas aider au bon déroulement de projets dans ces structures (Denis et al., 2004).

L'incertitude du succès, le manque de légitimité des gestionnaires auprès des soignants et du corps médical amènent un grand scepticisme à l'égard des projets de nature RH (Audet, 2009). Ils sont considérés comme ses projets de seconde zone ! Le manque d'intérêt pour ce type de projet collectif et transverse ralentit un peu plus le rythme du projet avec un risque de mise en péril de ce dernier.

²⁴⁷ Djellal, F, Galloug, C, Galloug, F (2004), « De l'hôpital –fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseau. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière », RFAS, n°1, janvier-mars, p.223-248

7.2.5 Une conduite de projet RH à priori vouée à l'échec mais l'espoir des convergences de préoccupations de « supragroupe ».

Les projets RH semblent compromis à l'hôpital pour les raisons conséquentes que nous venons d'évoquer. Pourtant quelques écrits nous encouragent à poursuivre dans la voie d'une construction de sens commun sur un projet (Weick²⁴⁸). A ce sujet, Nathalie Krief (2012) relate une étude²⁴⁹ visant à identifier les spécificités et convergences des préoccupations des acteurs hospitaliers afin de repérer des leviers d'actions pertinents pour favoriser des dynamiques de construction collective. Il en ressort que les divergences d'opinions et d'intérêts, relayées dans les discours à l'hôpital, apparaissent plus nuancées dans les faits. Des « *convergences cachées de préoccupations* » (Krief, 2012, p. 15) existent et la mise à jour des intérêts communs entre les acteurs s'avère être un facteur de succès d'un projet de changement à l'hôpital. Elles donnent à voir aux acteurs que des buts « *supragroupes* » (Krief, 2012, p. 14) peuvent être déterminés et permettent ainsi de créer un terrain d'entente et l'initiation de processus de coopération. Sainsaulieu (2013) pour sa part explique comment l'hôpital sous l'effet des contraintes qu'il impose permet la création d'un collectif mobilisé dans des interactions à géométrie variable permettant des partenariats interpersonnels peu usuels mais productifs. Ces perspectives nous encouragent donc à poursuivre notre démarche.

Nous avons explicité en quoi la conduite du changement à travers un projet RH à l'hôpital constituait un défi tant par la nature organisationnelle (une organisation pluraliste) que par le défaut de modèle théorique concernant le changement. Ces constats nous amènent à considérer le projet de fidélisation des infirmiers en psychiatrie ou le projet de promotion de bien-être au travail comme des innovations. Aussi, nous allons présenter quelques éléments de la sociologie de l'innovation avant de présenter une sociologie spécifique de l'innovation : la sociologie de la traduction.

²⁴⁸ Weick, K. E., (2001), *Making sense of the organization*, Oxford, Blackwell Publishers, xii-483 p.

²⁴⁹ Cette étude s'est réalisée dans le cadre d'une recherche intervention, sur la base 58 entretiens non directifs auprès de médecins, infirmiers, administratifs d'un même établissement (Krief, 2012).

7.3 La sociologie de l'innovation.

Si nous utilisons le terme d'accompagnement à la conduite du changement pour définir la nature de notre présence sur le terrain, nous souhaitons élargir notre revue de littérature autour de la sociologie de l'innovation qui vient nuancer notre regard et nous conduit comme nous le développerons plus loin à choisir la sociologie de la traduction comme base de notre grille d'analyse du processus de changement tel qu'il s'opère dans les deux établissements. De plus les apports concernant la sociologie de l'innovation seront un support de réflexion dans le cadre de la recherche-intervention. En effet, l'hôpital et en particulier les unités de soins sont assez peu familiers avec la culture de l'innovation²⁵⁰ : les professionnels se révéleront être des innovateurs du quotidien qui s'ignorent. La notion de partage et de la valorisation des bonnes pratiques seront une des appropriations du terrain en termes d'innovation. Un revirement de culture qui reste à développer.

7.3.1 Innovation et faux synonymes : création et invention, la place aux usages.

Définir l'innovation c'est avant tout préciser ce qu'elle n'est pas. Nous sommes tentés de faire un raccourci et d'associer invention et innovation mais il convient de les dissocier (Norbert Alter, ²⁵¹2002, p16) : « Celle-ci (l'invention) représente une nouvelle donne, la création d'une nouveauté technique ou organisationnelle, concernant des biens, des services ou des dispositifs, alors que l'innovation représente l'ensemble du processus social et économique amenant l'invention à être finalement utilisée ou pas ». Ainsi l'innovation consiste à questionner le processus qui permet l'utilisation d'une invention, son inclusion dans le quotidien par ses utilisateurs qu'ils soient d'ailleurs les destinataires prévus ou non car dans l'innovation comme dans le changement la part de l'incertain est conséquente. De façon plus générale N. Alter (2002) opte pour une définition selon des critères ouverts : une innovation suppose l'émergence de nouvelles « pratiques sociales » dans le sillage de nouveautés (sur un marché, dans une

²⁵⁰ Pour nuancer notre propos, nous avons bien à l'esprit que certaines unités sont portées et reconnues pour des innovations techniques médicales comme l'utilisation de nouvelles techniques opératoires ou du nouveau matériels mais il s'agit plus rarement d'innovation de pratiques soignantes. Les programmes de recherche hospitalière devraient probablement favoriser la culture de l'innovation.

²⁵¹ «Alter, N, « L'innovation, un processus collectif ambigu », in Norbert Alter (dir), *Les logiques de l'innovation*, Paris, La découverte, 2002, p.15-40.

organisation). Ainsi la simple question « y a-t-il des usages ? » constitue un critère opératoire de qualification d'une innovation. Un spécialiste du marketing estimait en 2001 que 95% des nouveautés mises sur le marché échouent²⁵² quelle que soit la qualité technique du produit inventé : les études de marché sont souvent insuffisantes et ne permettent pas une identification fine des attentes des destinataires de produit. Dans ce cas l'invention ne peut pas devenir une innovation.

De plus, l'innovation ne concerne pas toujours des nouveautés pures : il s'agit le plus souvent d'une recombinaison d'éléments existants ou encore d'une utilisation détournée d'un objet préexistant. Par exemple, le chariot de supermarché consiste en l'assemblage d'un panier et de roulettes : la recombinaison confère une valeur supplémentaire à l'ensemble. Pourtant l'innovation est à distinguer de la « tendance ». La mode se définit selon Georg Simmel²⁵³ comme une forme sociale qui cristallise, provisoirement, deux aspirations opposées : se différencier de la masse et être conforme au plus grand nombre dans une « pulsion individualisante ». Notons qu'une innovation existe d'autant plus qu'elle se répand : « *Tel le Petit Poucet, un processus d'innovation laisse sur son passage des traces*²⁵⁴. » Alors qu'une mode s'oublie. Nous verrons que ce point fait écho à la notion de rallongement du réseau comme critère de succès de processus de traduction : plus il y a de personnes parties prenantes du projet plus le changement est effectif.

Une fois encore il ne faut pas confondre créativité et innovation. La créativité est une composante indissociable du processus d'innovation, une capacité permettant d'impulser des nouveautés : « *sans talent, ingéniosité ou curiosité, ni le hasard ni la nécessité ne suffiraient à produire l'innovation* »²⁵⁵. Ainsi Michel Callon conteste qu'une innovation a toujours un père fondateur. Il invite à se détacher d'une vision créationniste de l'innovation.

²⁵² Jean-Claude Andréani, « Marketing du produit nouveau : 95% des produits nouveaux échouent, les managers sont en cause, les études de marché aussi », *Revue française de marketing*, n°182, 2001, p5-11.

²⁵³ George Simmel, « la mode » in *La tragédie de la culture et autres essais*, Paris Rivages, « Petite Bibliothèque Rivage » {1904}, 1988 (Tr.fr.)

²⁵⁴ Gaglio, G, (2011) *Sociologie de l'innovation* Que sais-je ? PUF, Paris, p.15.

²⁵⁵ Dominique Foray, « Ce que l'économie néglige ou ignore en matière d'analyse de l'innovation », in Norbert Alter (dir), *Les logiques de l'innovation*, Paris, La découverte, 2002, p.15-40, p16.

7.3.2 Propriétés sociologiques du processus d'innovation.

En considérant l'innovation, nous étudions un processus sociologique qui se définit tout d'abord par son caractère collectif ; nous nous opposons bien à l'idée d'un père fondateur nous venons de le signifier. Si une personne est souvent à l'initiative d'un projet, elle doit s'entourer d'autres personnes qui vont proposer un soutien à la réalisation de celui-ci²⁵⁶. Elles devront croire en ce projet afin de devenir des affiliés pour reprendre le vocabulaire de Christian Thuderoz²⁵⁷. Le processus d'innovation est fondamentalement construit sur une modalité collective : « *l'innovation engage et concerne de facto une multitude d'acteurs...aussi, un nouveau produit nécessite que plusieurs parties prenantes qui concourent à sa conception* »²⁵⁸.

Ensuite nous noterons que l'innovation est un processus « contingent » c'est-à-dire qui peut être ou non, qui peut se produire ou non. Nous retrouvons ici la notion d'imprévisibilité du chemin que va emprunter une innovation. Sera-t-elle un succès ou un échec ? Il est bien difficile de le prédire sans s'attacher à faire une analyse fine du contexte et des attentes des différentes parties prenantes. Selon Callon et Latour²⁵⁹ (1988, p5) « *Pour avoir une idée de l'extrême complexité du processus d'innovation, il faudrait imaginer une fusée pointée vers une planète à la trajectoire inconnue, décollant d'une plate-forme mobile, aux coordonnées mal calculées.* » Cette description peu encourageante confirme qu'à priori il n'y aucune certitude sur le devenir d'une innovation. De plus l'innovation est un processus qui vient remettre en cause l'ordre établi : il est pris dans un jeu d'interactions pouvant prendre une dimension conflictuelle. Une fois de plus il est bien difficile de prévoir quand et sur quel sujet l'opposition s'affichera entre les différents participants d'une innovation. Nous aurons l'occasion de préciser le rôle clé des conflits et de la controverse dans la sociologie de la traduction afférant aux innovations technologiques. Nous dirons simplement que le conflit a le mérite de faire échanger les acteurs à l'occasion d'une recherche de compromis afin que l'innovation voit le jour aux yeux d'un plus grand nombre. Ainsi, il est susceptible de voir différents niveaux ou degrés d'intensités d'opposition issus d'une situation d'interaction multiple dans un processus

²⁵⁶ Nous restons bien dans une cohérence de paradigme épistémologique en accord avec les principes de la recherche intervention.

²⁵⁷ Christian Thuderoz, (1997) « l'usine et le petit pot, pour une sociologie de l'innovation industrielle », *Sociologie du travail*, n°3, p.347-369.

²⁵⁸ Gaglio, G, *op.cit*, p.37

²⁵⁹ Akrich, M ; Callon, M, Latour, B, (1988), « A quoi tient le succès des innovations ? Partie 1 : l'art de l'intéressement », *Gérer et comprendre*, n°12, p.4-17, P5.

d'innovation et il convient de les observer pour mieux appréhender l'innovation qui chemine sous nos yeux.

Enfin l'innovation est un processus qui valorise la déviance c'est-à-dire qu'il permet la généralisation d'un comportement différent, le plus souvent hors normes qui deviendra au fil de temps et si l'innovation prend de l'ampleur un nouveau comportement normatif voire obligatoire²⁶⁰. L'innovation assure par cette caractéristique le renouvellement des pratiques. La déviance²⁶¹, le hors-piste, l'action en mode sous-marin sont autant d'appellations qui désignent les transgressions des innovateurs. Nous comprenons bien que la remise en cause de l'ordre dans une organisation de type bureaucratie professionnelle confère à l'innovation et donc au changement une « mauvaise réputation » : elle peut justifier les craintes. Il y a donc littéralement un changement culturel à accompagner concernant la vision de l'innovation à l'hôpital et d'évolution de la norme.

SYNTHESE DU CHAPITRE 7.

Nous avons au cours de ce chapitre présenté les paradigmes du changement : perçu comme une capacité d'adaptation dans un environnement mouvant, il peut aussi être vécu comme une menace provoquant au plan individuel un deuil.

Lorsque nous portons notre regard au plan organisationnel, nous sommes frappés par la richesse des modèles théoriques concernant les changements depuis les années 50. Nous retiendrons les modèles qui abordent le changement comme un processus, un construit social qui émerge, se développe et emprunte des voies imprévisibles comme les modèles de création de sens et complexe (Vas, 2002, 2005, 2009). Quant à l'hôpital, il doit faire face à de nombreux facteurs d'ordre contextuel et la multitude des réformes de ces dernières années ne le rend pas pour autant compétent dans ce domaine. Il semble plutôt se caractériser par une forme d'inertie culturelle et un défaut de compétence managériale en matière de conduite du changement en particulier pour des acteurs occupants des postes clés dans le cadre de la nouvelle gouvernance. De plus sur le plan organisationnel, l'hôpital est desservi par les conséquences d'une organisation pluraliste : la coordination stratégique entre les différentes directions peut s'avérer complexe à mettre en place aussi bien au niveau de la concertation que de l'action collective. Ainsi en tant que bureaucratie professionnelle, l'hôpital ne permet pas le couplage et la

²⁶⁰ Norbert Alter, (2002) « Les innovations du quotidien », *Futuribles*, n°271, p.5-23.

²⁶¹ Howard Becker, 1969, 1985 (tr.fr), *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

coordination des actions entre ceux qui veulent le changement (la direction et les managers), ceux qui ont l'expertise du processus organisationnel pour le mettre en œuvre (les cadres de santé) et ceux qui en ont le pouvoir dotés d'une forte légitimité (le corps médical). Ces mécanismes nous mettent en garde contre le peu d'intérêt que portent les établissements de santé pour les innovations managériales chronophages, diluées aux seins des différentes directions et dont le sens premier finit par se perdre. Toutefois l'existence de « convergences cachées de préoccupations » (Krief, 2012, p.14) rapportée dans la littérature nous encourage à poursuivre notre démarche d'accompagnement en la considérant comme une innovation. En effet la contingence du processus, la place à laisser aux jeux d'interaction pouvant prendre une dimension conflictuelle trouvent un écho particulier dans un projet de changement à l'hôpital. Ces dimensions ouvrent la porte sur la question de l'évaluation d'un projet et sur les possibilités à faire évoluer la norme dans une organisation pluraliste.

Enfin, cette première revue de littérature sur l'innovation et le changement à l'hôpital nous a permis d'identifier la pertinence de sociologie de la traduction dans le cadre de notre recherche : elle s'est révélée être un outil d'analyse au quotidien de la démarche de changement comme processus mais aussi un guide dans l'action permettant de mieux se saisir des raisons d'une impression de piétinement et des difficultés à mobiliser les acteurs de terrain pourtant concernés par la problématique de fidélisation. Nous allons donc la présenter dans le chapitre suivant

CHAPITRE 8 : LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION

Parmi les sociologies de l'innovation nous souhaitons utiliser l'anthropologie sociale des sciences à travers la sociologie de la traduction aussi connue sous le terme de « théorie de l'acteur réseau » ou encore « sociologie des réseaux sociotechniques ». Portée par des auteurs clés comme Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour²⁶², cette sociologie rend compte des innovations techniques, du fonctionnement de la science et de la société. Elle se développe dans un rapport ethnographique au terrain dans les années soixante-dix à travers le récit de la mise en place d'aquaculture des coquilles Saint Jacques dans la baie de St Brieuc à partir d'une technique importée du Japon. Ce modèle de description de développement d'un événement scientifique à travers l'histoire de son émergence et de sa propagation basée sur l'adhésion toujours plus grande d'un réseau humain et non humain qui le supporte, caractérise la sociologie de la traduction. Elle envisage de faire travailler ensemble des mondes différents aux valeurs opposées le temps d'un projet circonscrit.

La sociologie de la traduction (ST) présente une cohérence notable avec notre posture épistémologique et s'accorde avec les principes d'une recherche-intervention dans une organisation pluraliste. Nous présenterons le vocabulaire spécifique de la ST afin de nous saisir des éléments clé à mobiliser pour une analyse fine d'un processus de changement qui permettent d'envisager une évaluation fine du processus qui se déroule. Puis nous montrerons comment la ST se mobilise de surcroît dans une logique normative qui se révèle tout à fait pertinente dans cette deuxième période de notre recherche. Enfin nous noterons les faiblesses de ce modèle soulignées dans la littérature.

²⁶² Madeleine Akrich est ingénieure des Mines et directrice du centre de sociologie de l'innovation (CSI). Ses travaux portent essentiellement sur la sociologie des techniques avec un focus sur les usagers et depuis quelques années spécifiquement en médecine. Elle réalise une comparaison des pratiques obstétricales entre la France et les Pays-Bas leurs impacts sur les vécus de grossesses et d'accouchement des femmes. Par ailleurs elle étudie les collectifs constitués sur Internet dans le domaine de la santé.

Michel Callon est ingénieur des Mines et directeur de recherche au CSI. Il y a effectué toute sa carrière depuis sa création. Ces travaux sont au fondement de la ST mais couvre également des recherches sur la socio-économie de l'innovation, les questions de démocratie et la sociologie de la médecine et de la santé. Plus récemment il s'est intéressé au rôle des profanes dans le développement et la diffusion des connaissances scientifiques. Parallèlement il a accompagné des responsables industriels sur la gestion des innovations.

Bruno Latour est professeur de sociologie à l'école des Mines. Il est agrégé de philosophie. Il a mené une étude sur un laboratoire californien en utilisant des méthodes ethnographiques. Son regard se porte sur les multiples connections entre sociologie, histoire et économie technique.

8.1 Présentation des principes de la ST : une cohérence avec notre cadre épistémologique pour une volonté de changement dans une organisation pluraliste.

Les différents principes de la ST répondent à nos attentes dans le cadre de notre recherche. En effet, elle permet d'envisager l'analyse d'un processus de changement en cours afin de comprendre d'une part les raisons de l'échec ou du succès mais en permettant d'autre part d'orienter les choix et les décisions durant ce processus, alors même que celui-ci se déroule et que des décisions stratégiques doivent être prises dans un contexte caractérisé par l'incertitude. Ainsi la ST joue un rôle fondateur dans la construction d'une grille d'analyse fine du processus en cours mais elle permet de surcroît de porter un regard normatif et prescriptif en apportant les éléments pouvant orienter les choix des promoteurs du changement. Il s'agit d'une sociologie mobilisable dans l'action comme outil d'aide à la prise de décision, une sociologie bien spécifique dans la lignée des missions souhaitées par Bourdieu : « *J'ai, de plus en plus, tendance à dire que le sociologue peut se permettre d'apporter des solutions. Non seulement, il ne peut pas se contenter d'être en position d'analyser, mais il peut et il doit, dans la mesure de ses possibilités, proposer des solutions. Il n'y a rien de mal à cela, au contraire.* »²⁶³ Le passage d'un usage descriptif analytique de la ST initialement proposé par Callon, Akrich et Latour à un usage normatif et prescriptif réalisé par les sciences de gestion comme l'illustre parfaitement l'ouvrage de François Pichault (2013) nous interroge et retient toute notre attention lors de notre recherche-intervention et alimente notre réflexion au moment de la rédaction de la thèse.

Le principe et l'enjeu de la ST sont de déterminer au regard d'un projet identifié, les acteurs à solliciter et à embarquer en mobilisant des centres de traduction qui seront des lieux d'enrôlement à l'aide de processus d'intéressement qui favorisent l'adoption de la démarche par un nombre d'acteurs de plus en plus important. La traduction permet d'« *exprimer dans son propre langage ce que les autres disent, veulent... A la fin on entend plus que des voix parlant à l'unissons et se comprenant mutuellement.* »²⁶⁴ (Callon, 1986, p. 204). Il faut comprendre que

²⁶³ Pierre Bourdieu, entretien avec Odile Piriou, « la sociologie : métier ou profession ? », *L'homme et la société*, N°131, janvier-mars 1999.

²⁶⁴ Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 169-208.

le processus est long : dans le cas de l'étude présentée par Callon, il se déroule sur une dizaine d'années.

UNE DIFFUSION DE L'INNOVATION QUI NE REPOSE NI SUR LE PRINCIPE DE RESISTANCE AU CHANGEMENT NI SUR LES QUALITES TECHNIQUES INTRINSEQUES DE L'OUTIL SUPPORT DU CHANGEMENT.

La particularité de la ST, c'est de ne pas s'intéresser aux qualités intrinsèques d'une innovation mais plutôt de considérer le chemin par lequel cette innovation a pu s'installer dans les pratiques jusqu'à devenir familière aux yeux du plus grand nombre. Aussi comme le souligne Gaglio (2011, p.88), la ST ne porte pas le regard sur la science exacte car le fait scientifique est considéré comme contestable : la diffusion ne dépendra pas de sa validité intrinsèque mais de la solidité du réseau qui la soutiendra. C'est ainsi que l'on peut expliquer le défaut général des méthodes d'accompagnement au changement. Elles restent focaliser sur l'innovation elle-même sans prendre en considération son environnement socio-économique : on parle en ST de l'importance de la **contextualisation** indispensable à toute démarche d'innovation ou de conduite du changement afin d'offrir toutes les opportunités à la traduction de se réaliser. Or les méthodes se limitent la plupart du temps à de simples opérations d'informations en début de projet et de formation au cours de l'implémentation. Une démarche de conduite du changement devrait mobiliser des réflexions d'ordres organisationnels et relationnels pour devenir effective en questionnant le choix des alliances les plus pertinents ou le réajustement des positionnements stratégiques.

Par ailleurs, on ne peut se permettre de court-circuiter le contexte de développement d'une innovation car il vient donner des explications sur les éléments extérieurs (souvent imprévisibles) qui vont venir modifier le scénario envisagé du développement du projet. (Donnay, Koos, 2005²⁶⁵). Ainsi la ST réfute que seul le fait « d'y mettre les moyens » en termes de formation ou de communication suffit à faire accepter une innovation dans une entreprise. La démarche est bien plus délicate et subtile. De même l'hypothétique résistance des utilisateurs est une réponse toute faite et un peu simpliste qui ne permet pas d'approfondir la réflexion des accompagnateurs du changement. (Boussard²⁶⁶, 2004). Il paraît plus judicieux d'explorer les

²⁶⁵ Doonay, I, Koos, Y, (2005), « La gestion du changement par « la traduction » : regard critique. », *Revue Pyramides*, n°10, p 57-74.

²⁶⁶ Valérie Boussard et al, (2004) *Le socio-manager : sociologie pour une pratique managériale*, Dunod, Paris.

différents facteurs impactant la diffusion afin d'identifier les points bloquant et déterminer les leviers d'action possibles pour les surmonter si l'on souhaite donner toutes les chances de voir opérer le changement. Pareillement il ne s'agit pas seulement à travers cette grille de lecture de poser le constat d'un échec à posteriori en invoquant un peu trop rapidement la résistance aux changements des parties prenantes du projet : la sociologie de la traduction permet donc d'éviter l'écueil culpabilisant de l'analyse à posteriori (Akrich, Callon, Latour, 1988).

Au contraire, nous garderons à l'esprit que « *si l'innovation émerge et rencontre l'écho du public, c'est parce qu'un groupe d'individus effectue tout un travail de convictions, d'adaptations techniques et de négociations* » (Boussard, 2004, p 209) : il n'est pas ici question de chance ou de hasard mais plutôt de capacité à s'appuyer sur les opportunités qui s'offrent pour faire porter le projet par des personnes relais. Cela demande beaucoup de temps et d'énergie aux initiateurs du projet et c'est sur ce point qu'il faut porter l'analyse. Le génie se trouve dans une compétence stratégique et relationnelle qu'il faut mettre en place afin d'assurer une traduction efficace d'un même projet dans les différents langages des acteurs parties prenantes. Les promoteurs de projets doivent donc accompagner la démarche d'introduction du changement via un projet avec ces éléments à l'esprit. Même s'il est convaincu de la qualité de l'outil qu'il souhaite implanté, il doit en apporter la preuve à toutes les parties prenantes. La qualité de l'outil reste nécessaire mais non suffisant.

Pour autant, ce n'est pas l'innovateur qui nous intéresse mais l'innovation. Elle est imprévisible et se modifie au gré des épreuves qu'elle subit en particulier en cas de controverses (discussions houleuses, réunions conflictuelles, campagnes de dénigrement...) qui permettent de la modeler dans une forme acceptable par tous au moins dans un premier temps, celui du démarrage d'un projet à travers la reconnaissance d'un enjeu commun de façon unanime (Gaglio, 2011, p. 89). Nous devons prendre en considération ce point au moment de notre analyse qui portera bien sur le processus qui aura conduit à une innovation (aussi modeste soit-elle) et non sur l'innovation en soi (charte des transmissions par exemple dans l'hôpital 2, ou référentiel des modules du parcours d'intégration dans l'hôpital 1) et encore moins sur un hypothétique innovateur surplombant l'hôpital (le doctorant en tant que traducteur ou les DRH en tant que promoteurs du changement).

UNE SOCIOLOGIE QUI VALORISE LES HISTOIRES DE DIFFUSIONS TUMULTUEUSES ET INCERTAINES.

Pour la ST la diffusion d'une innovation est toujours incertaine et dépend de nombreux facteurs et surtout de leurs interactions autrement dit du contexte. Elle « *montre des innovateurs naviguant sans arrêt entre le social, le technique, l'économique etc, négociant les contenus mêmes de leurs innovations avec les acteurs qu'ils souhaitent enrôler.* » (Akrich, 2006, p.111) La ST est à ce titre une alternative au modèle diffusionniste de l'innovation (Gaglio, 2011, p. 87), elle suggère plutôt un schéma tourbillonnaire constitué d'images d'oscillation qui font écho au principe de turpitudes liées à la rencontre de tous les acteurs parties prenantes du projet. Cette représentation est favorable à une analyse du processus de proche en proche. Elle récuse toute verticalité ou même linéarité dans le phénomène de diffusion car la notion d'un éventuel contrôle de la trajectoire d'une innovation ne révèle pas la réalité des processus de changement. Michel Callon²⁶⁷ (2004, p.11) nous précise : « *La diffusion est l'autre nom donné à une histoire mouvementée, faite d'allers-retours entre conception et commercialisation. L'innovation est un processus tourbillonnaire qui aboutit, dans le meilleur des cas, à une adaptation réciproque de l'offre et de la demande. En réalité, les deux sont construites simultanément par essais et erreurs* ».

Les études de cas que nous avons pu consulter et qui mobilisent la ST dans la littérature académique sont toujours présentées sous la forme de récits extrêmement détaillés relatant les étapes et le cheminement pris par une innovation ainsi que les éléments inconnus et imprévisibles qui perturbent le déroulement du processus de changement (évolution du marché, problème technique, départ du promoteur...): autrement dit les voies qui vont être utilisées et la réalité du projet au moment de la mise en œuvre sont tout à fait inattendues. En tant que processus, les résultats d'un changement ne peuvent être considérés que comme provisoires. Les objectifs même du projet et donc le changement finalement réalisé peuvent se trouver bien éloignés des idées initiales. Ainsi Pichault (2013, p.121.) nous relate comment son intervention d'accompagnement de projet de gestion documentaire au sein de la police le conduit à réorienter les objectifs d'un projet initial pourtant pensé au préalable avec une grande précision par le département du service de l'information et relayé par la société de conseil. Chargé d'évaluer les « conséquences humaines et organisationnelles du projet » afin de favoriser l'adhésion des bénéficiaires et de la direction générale, le centre de recherche auquel il est rattaché constate

²⁶⁷Callon M. (1994), « L'innovation technologique et ses mythes », Gérer & Comprendre, mars.

après une phase d'observation participante d'un mois que le projet n'est pas adapté aux pratiques des professionnels : l'outil qui doit être implanté ne répond pas aux besoins des policiers en fonction. De plus, le constat est fait d'enjeux de pouvoir en termes d'expertise de la part du service de communication. Les conclusions tombent comme un couperet : le projet n'est pas pertinent. Il faut abandonner l'idée du « tout électronique » pour se tourner d'avantage vers l'essor de pratiques préexistantes de la chaîne de communication informelle. Ces conclusions ont du mal à être entendues car elles remettent fondamentalement en jeu les objectifs et une partie de l'avancée du projet. Il a donc fallu créer un compromis mixant les données initiales et les recommandations managériales secondaires.

Sur un plan méthodologique, l'analyse que propose la ST requiert un **rapport ethnographique au terrain** ce qui est cohérent avec le cadre de notre recherche intervention qui permet un accès de qualité, régulier et sur une longue période. L'observation ethnographique est soutenue par une longue immersion. En effet, l'observation des faits et gestes des acteurs permet de reconstituer la longue chaîne d'actions qui relie la situation à son environnement. Sans cette proximité des éléments à première vue anodins pourraient passer inaperçus alors qu'ils se révèlent être déterminants dans le processus de changement²⁶⁸.

UNE SOCIOLOGIE QUI REPOSE FONDAMENTALEMENT SUR LES RELATIONS PLACEES AU CŒUR DU PROCESSUS DE CONSTRUCTION DE LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE.

La caractéristique fondamentale de la ST est de reposer sur les interactions sociales qui se développent autour d'un réseau qui soutient le développement d'une innovation, d'un changement. Elle rend compte des innovations techniques, du fonctionnement de la science et plus généralement, de la société. Elle se centre sur la pratique des innovateurs et considère les objets (dispositifs techniques) comme des acteurs à part entière jouant un rôle dans l'enrôlement d'autres acteurs et donc dans la diffusion d'une innovation. L'originalité est de contester l'existence de forces extérieures aux individus qui déterminerait toutes leurs actions (idéologie, la domination, les croyances...) (Gaglio, 2005, p.87), ce qui conduirait à tomber dans le travers de l'argument systématique de la résistance au changement déjà évoqué. Il s'agit au contraire

²⁶⁸ Nous justifions ici de notre choix de modèle conceptuel qui reste cohérent avec notre posture de recherche, mais nous détaillons d'avantage les critères de validité de la recherche et la méthodologie utilisée dans les chapitres 2 et 9.

de prendre en compte les explications internes au phénomène, les particularités du contexte qui voit naître et se propager le changement ce qui correspond bien à notre recherche comme étude de cas dans un niveau d'analyse micro. C'est un modèle qui fait de la technologie une construction éminemment sociale : la ST « *a l'intérêt majeur de défaire l'idée selon laquelle l'élaboration des objets techniques obéirait à une rationalité purement technique* » (Akrich, 2006, p.110).

Ainsi, la ST déplace les questions habituelles concernant les sciences en centrant toute la réflexion sur les liens entre les personnes et les objets qui conduisent une simple découverte vers l'innovation en passant par un fait reconnu scientifiquement. Une nouvelle question émerge : comment les sciences sont-elles produites ? La ST interroge comment les validités de ces sciences sont établies par le monde scientifique ou académique et non quels sont les critères objectifs d'une science. Comment un fait scientifique est-il amené à transformer le monde, par quel processus, mobilisant quel type de relation ? Cette remise en question épistémologique des sciences bouleverse l'ordre établi en remplaçant les relations au cœur du débat : cet aspect justifie l'autre appellation de la ST c'est-à-dire la théorie de l'acteur réseau.

8.2 Présentation des textes fondateurs : récit de l'histoire originelle et étapes d'une traduction.

A l'origine de leurs travaux, Callon et Latour se sont intéressés aux conditions de production de la science et plus particulièrement à la construction des faits en laboratoire (Latour, Woolgar, 1979²⁶⁹, Latour, 1987²⁷⁰). Chercheurs au centre sociologique de l'innovation (CIS) de l'école des Mines, Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour portent au début des années 1980 un nouveau regard sur les sciences et les techniques en apportant une dimension sociale majeure.

L'étude de cas princeps en sociologie de la traduction repose sur le récit détaillé de l'implantation d'une technique de reproduction de la coquille Saint Jacques dans la baie de St Briec alors même que cette dernière est menacée d'extinction. Revenir à ce texte fondateur

²⁶⁹ Latour, B, Woolgar, S, (1979), *Laboratory life*, Sage, Los angeles.

²⁷⁰ Latour, B, (1987), *Science in action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge, MA : Harvard, University Press.

nous est apparu essentiel tant la sociologie de la traduction par son succès et par conséquent sa grande diffusion a pu être mobilisée dans des domaines très variables d'application. Revenir à la source c'est garantir une compréhension de la pensée des auteurs et non se contenter des nombreuses interprétations qui en ont été faites. C'est aussi prendre un peu plus la mesure de l'écart entre une sociologie au départ descriptive pour mieux se saisir du chemin qui l'a conduit à une utilisation normative. Ainsi « *la domestication des coquilles Saint-Jacques et des Marins Pêcheurs dans la baie de Saint-Brieux*²⁷¹ » permet de s'imprégner du récit et de comprendre les caractéristiques de chaque étape de la traduction. Notre regard se porte sur les « aventures » de 3 chercheurs au retour de leur séjour au Moyen Orient, dépositaires d'un savoir qu'ils souhaitent diffuser au profit des besoins des consommateurs et des pêcheurs. Convaincus de détenir la solution à une situation de pénurie de Saint Jacques, nous suivons les péripéties de nombreux acteurs autour de ce projet. Il vise une pêche prospère de ce mollusque, sans menace d'extinction de l'espèce d'une part et d'autre part il relève d'un défi technique et scientifique en important une méthode ayant fait ses preuves pour accroître le capital de crédibilité des 3 chercheurs. Les intentions sont donc multi-niveaux et s'adressent à des publics différents : pêcheurs, consommateurs et milieu scientifique.

Dans un premier temps, ces chercheurs se rendent « indispensables » en se montrant détenteurs d'un savoir spécifique. De plus ils font admettre une **problématique** sur l'élevage des mollusques en soulignant les risques d'extinction de ce dernier et mettant à jour les conséquences pour les différentes parties prenantes. A cette fin, ils ont identifié 3 catégories d'acteurs humains et non-humains (coquilles, marins, collègues chercheurs) et adaptent judicieusement une problématique qui met en scène ces 3 catégories d'acteurs. Le problématisation est possible puisque les connaissances sur le comportement de *Pecten Maximus*, cette coquille, sont insuffisantes pour savoir si l'expérience réussie en Asie est transposable en France. Il faut donc identifier clairement les acteurs qui vont concourir à l'élaboration d'une réponse qui sera par la suite validée par tous.

Puis, ils ont dû créer **des processus d'intéressement** pour sceller des alliances entre ces différents acteurs pour que ces derniers convoqués par la problématique entrent dans le processus mais surtout décident d'y rester au cours des différents aléas rencontrés. Cet **enrôlement** prend corps dans **des dispositifs d'intéressement** qui permettent de simplifier la réalité (le contexte) pour la rendre manipulable en vue de leurs objectifs. Les processus

²⁷¹ Callon (1986), *L'année Sociologique*, 169-208.

d' enrôlement rapportés reposent principalement sur les courbes et tableaux de données statistiques de la croissance des coquilles de manière à ce que tous les échanges se focalisent précisément sur ce point. Le processus d' enrôlement constitue un ensemble de données partagées pour un même cadre d' analyse. C' est un investissement de forme au sens de Thévenot (1986²⁷²) puisque' un effort de simplification permet à la traduction de prendre corps. Selon Callon « *l' enrôlement est fait de coup de forces, de ruses, de négociations multilatérales* » (p.212). Il ne va pas de soi et nécessite le recours à des dispositifs d' enrôlement parlant à tous les acteurs concernés par la problématique.

Il a fallu ensuite élargir le cercle des individus enrôlés c' est-à-dire **rallonger le réseau**. Pour cela les acteurs déjà enrôlés doivent devenir des **portes paroles** représentatifs de leur groupe ; leur mission consiste à traduire la problématique de départ quitte à modifier voire travestir la réalité. Cette problématique doit être compréhensible, accessible et faire écho aux préoccupations du groupe professionnel. Aussi nous retiendrons que « *Traduire c' est déplacer : les trois chercheurs inlassablement, s' efforcent de déplacer leurs alliés. Mais traduire, c' est également exprimer dans son propre langage ce que les autres disent et veulent, c' est s' ériger en porte-parole. Pour désigner des deux mécanismes indissociables, nous utilisons le terme de traduction.* » (Callon p.204, 1986). Le réseau n' ayant ni centre ni périphérie, l' innovation se construit de concert avec le réseau à travers la mobilisation d' objets. C' est ce qui rend son cheminement incertain tel que nous avons pu le souligner.

8.3 Petit lexique à l' intention de l' utilisateur de la ST.

Alors que nous tentons de nous familiariser avec la sociologie de la traduction en présentant ses principes et son texte fondateur, nous sommes frappés par l' utilisation d' un jargon tout à fait spécifique. L' appropriation de ce vocabulaire et des principes sous-entendus nous paraissent essentiels à saisir en vue de la construction d' une grille d' analyse mais aussi dans l' idée d' une utilisation normative de la ST. Nous allons donc présenter ici un petit lexique qui donnera dans un premier temps les différentes appellations des actants humains et non humains. Puis dans un second temps nous nommerons les différentes étapes de la sociologie de la traduction.

²⁷² Thévenot, L. (1986). Les investissements de forme. *Conventions économiques*, 29, 21-71.

TRADUCTEUR OU SECANT MEDIANT : LE PASSEUR DE FRONTIERE.

Suivant les principes de la ST, le traducteur est un élément clé du processus de traduction. Selon les études de cas il peut être confondu avec le promoteur de projet c'est-à-dire qu'en marge d'une vision idéalisée du leader charismatique et passionné, un individu à l'origine d'un projet qui lui tient à cœur se voit dans l'obligation de traduire ses ambitions à destination des différentes catégories d'acteurs qui sont en relation avec ce projet soit comme destinataires du projet soit comme contributeurs à la compréhension de la problématique, soit comme acteurs de solutions ou enfin comme détenteurs d'expertises permettant la mise en œuvre du projet. Le traducteur peut être un individu isolé en tant que directeur du projet mais aussi un groupe d'individus comme le décrit Callon (1986) concernant les 3 chercheurs qui coopèrent autour de cette fonction dans le cadre de l'étude sur l'implantation et la reproduction des Saint Jacques. On comprend donc que le traducteur n'est pas un entrepreneur schumpétérien, mais que dans les faits il correspond à une foule d'intervenants diversifiés telle une longue chaîne interactive. Cette vision du traducteur nous donne à voir l'innovation non plus comme le fruit du travail d'un seul individu inspiré et obstiné mais comme le résultat d'une réflexion et d'une activité collective. C'est cette composition multiple du traducteur qui permet toute la richesse de la démarche de traduction : il en découle la recherche de « vertus collectives » comme l'art de gérer et de coordonner toutes les qualités individuelles (perspicacité, intuition, sens de l'anticipation, rapidité, habileté). (Akrich, Callon, Latour, 1988).

Le traducteur se caractérise par sa neutralité. Lorsque le traducteur est extérieur à l'organisation il donne une meilleure lisibilité de cette dernière. Toutefois il peut être issu de l'organisation et se voir attribuer ce rôle. Véritable porte-parole, le traducteur doit être en capacité de comprendre les us et les attentes du système professionnel des acteurs à enrôler. Ce point est décisif dans le cadre d'une structure pluraliste regroupant de nombreux métiers comme nous l'avons signalé puisque les logiques multiples et contradictoires ont du mal à se recouper autour d'un terrain d'entente commun. De plus, le traducteur doit être suffisamment neutre dans la présentation du projet pour permettre à chaque acteur de s'y projeter sans pour autant ressentir la présence des autres participants qui lui paraissent étrangers. Les traducteurs doivent donc œuvrer à la frontière de différents « mondes » qui cohabitent dans une organisation, des mondes au sens mobilisé par Boltanski et Thévenot. L'enjeu est de conduire le décroisement, « *il reste qu'il existe mille manières d'interagir et de choisir avec qui interagir* » (Akrich, Callon, Latour, 1988, p.4). Christelle Routelous souligne l'importance de ces personnes clé qui jouent « *un rôle de passeur de frontière* » en illustrant son propos à travers une étude de cas sur la mise en place

de communauté de pratique en onco-gériatrie²⁷³ : elle décrit comment les traducteurs opèrent à la fois comme médiateurs dans la production de connaissances et comme vecteurs de traduction dans l'agencement de mondes hétérogènes. Leur travail est soutenu par des « objets-frontières » qui les aident à franchir l'épaisseur de ces frontières. Grâce à ces véritables constructeurs de coopération au moment des projets, ils peuvent garantir une mise en pratique concrète de nouveaux outils soutenant le projet. Ils doivent être capable de « *changer de registre argumentaire en fonction des circonstances de sorte que l'innovation y apparait, selon l'expression célèbre de Hughes²⁷⁴, comme un « tissu sans couture » mêlant des éléments que l'on rapporte généralement à des catégories hétérogènes* (Akrich, 2006, p.111). » Enfin Latour (2006) précise que « le passeur de frontière » est soit :

-un intermédiaire qui se contente de faire passer des objets, des idées, des pratiques entre des univers gouvernés par des valeurs de diverses natures, ce qui constitue en soit déjà un défi

soit

- un traducteur ou recombinateur dont l'action conduit à une transformation conjointe des entités en circulation mais aussi des frontières et des territoires au sein desquels ces entités circulent, ce qui permet à coup sûr d'entériner la démarche de changement et permet de consolider une culture du changement.

Ces éléments explicites nous conduisent pourtant vers plusieurs interrogations : comment reconnaître un traducteur ou un passeur de frontières au sein d'une organisation? Quelles sont les compétences à développer pour promouvoir l'innovation aux frontières ? Est-il préférable qu'il soit extérieur à l'organisation ? Quels sont les apports d'un positionnement mixte que nous occupons à la fois dans et hors de l'organisation ? Ces questions seront à prendre en compte au moment de la présentation de l'analyse des résultats.

²⁷³ Communication, IIème congrès ARAMOS du 23 mai 2014, Marseille, KEDGE Business School.

²⁷⁴ Hughes, P, (1979), « The Electrification of America the System Builders », *Technology and culture*, 20,1, 124-162.

OBJET FRONTIERE.

Nous venons de présenter le rôle du traducteur en particulier pour conduire le décroisement entre les différents mondes : ce rôle repose sur la mobilisation d'un objet frontière. Ce dernier doit répondre à un double objectif a priori contradictoire : avoir la plasticité suffisante pour s'adapter aux besoins des différents groupes sociaux et conserver une résistance suffisante pour maintenir une identité commune à travers les différents groupes. Les différents acteurs ont besoin de se reconnaître à travers ces objets qui jouent un rôle de bannière. C'est un vecteur de transmission d'informations prenant la forme de situation de partage de connaissances. Selon Latour²⁷⁵ (1994, p. 592) les objets permettent de faire durer les interactions : « *A chaque fois qu'une interaction dure dans le temps et s'allonge dans l'espace, c'est qu'on a partagé avec du non-humain.* » Dans la même lignée Madeleine Akrich (2006, p.110) se questionne : « *d'où les objets tirent-ils leur « énergie cinétique » ?* »²⁷⁶ Cette mise en mouvement, permettant à l'innovation de devenir un processus dynamique repose sur les interactions des objets techniques avec leur environnement et les actants. Identifier les objets frontières c'est donc favoriser le processus de traduction : c'est une étape fondamentale pour faire perdurer la construction d'une problématique commune par exemple.

ACTANTS. MEMBRES DU RESEAU.

Nous avons présenté les protagonistes de la sociologie de la traduction à travers le rôle clé du traducteur (souvent innovateur) et les objets frontières. Il ne faut pas pour autant négliger les autres membres du réseau. Nous avons en effet signifié qu'une innovation se caractérise par un nombre d'utilisateurs toujours croissant. Ce réseau peut être caractérisé par sa longueur (nombre de membres), sa stabilité (dans le temps en particulier pour que l'innovation ne se cantonne pas au statut d'effet de mode) et son degré d'hétérogénéité (variété des profils des membres). (Callon, 1992).

Il y a donc une grande variété de membre du réseau (concepteurs, gestionnaires, futurs usagers) mais nous souhaitons plus particulièrement présenter ici :

²⁷⁵ Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet? Remarques sur l'inter objectivité. *Sociologie du travail*, 587-607.

²⁷⁶ Akrich, M. (2006). « La construction d'un système socio-technique ». In Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Presses des MINES.

-l'**utilisateur** (Akrich, 2006, p.261) qui sera l'utilisateur de l'innovation. Destinataire des fruits du projet, il se décline en plusieurs figures comme l'utilisateur représenté (celui à qui l'on attribue des besoins présumés), l'utilisateur actif et l'utilisateur innovateur qui seront amenés à créer de nouveaux usages détournés de l'outil technique. On comprend ainsi à travers la description de différentes figures d'utilisateurs ou de « consommateurs » qu'il faudra pour le séduire prendre le temps de se saisir de ses envies, de ses besoins peuvent évoluer dans le temps en particulier lorsqu'un projet se déroule sur une longue période.

-le **porte-parole** est le relai du message transformé par le traducteur. Convaincu par le projet, le porte-parole doit transmettre le discours aux autres personnes de sa branche, de son monde professionnel afin de rallonger le réseau. Cette étape est indispensable pour permettre la mise en action des acteurs au moment de la mise en œuvre du plan d'action par exemple mais les porte-paroles peuvent aussi avoir une fonction clé au moment du recueil d'informations nécessaires en amont au moment de la problématisation. Identifier les porte-paroles représentatifs de leur groupe et donc légitimes incombe au traducteur : cette phase reste essentielle pour permettre au processus de la traduction de se mettre en place. Il peut être favorisé par des porte-paroles qui occupent un rôle d'animateur de projet. Ce porte-parole peut être désigné mais aussi s'autoproclamer.

-l'**acteur frontière** opère à la fois comme médiateur dans la production de connaissance autour de la problématique et comme vecteur de traduction de l'agencement de mondes hétérogènes (Routelous, 2014). Il peut, à ce titre, être intégré au traducteur comme identité multiple. Les acteurs frontières sont de véritables constructeurs de coopération lors de projets mêlant différents groupes sociaux (Levina et Vaast, 2005) : ils sont donc les garants de la bonne mise en pratique d'un nouvel outil.

LES 5 PHASES DE LA TRADUCTION.

Les différentes étapes sont présentées ici de manière chronologique pour faciliter leur distinction mais dans les faits elles « *se chevauchent et se répètent dans un processus dynamique fait de boucles itératives* » et doivent être pensées dans la simultanéité (Pichault, 2013, p127). Selon les auteurs, le nombre de phases diffère : nous considérons 5 phases dans une boucle de traduction. En effet, nous incluons comme prérequis une phase de contextualisation. Dans ces phases, chaque acteur a un rôle qui lui est attribué et qu'il accepte d'endosser pour que le changement puisse prendre forme.

La contextualisation : Cette étape doit permettre une compréhension fine du cadre dans lequel le projet va évoluer. Elle prend en compte le caractère contingent et incrémental du changement en particulier dans le secteur hospitalier. Ainsi l'innovation pourra répondre aux besoins réels des destinataires du changement et les acteurs à mobiliser pourront être identifiés : traducteurs, porte-paroles, experts techniques... Ici il s'agit d'identifier la « catégorie » d'acteur et non des individus spécifiques : « aucune hypothèse n'est faite sur leur identité » (Callon, 1986, 182), ce qui constitue un biais pour ceux qui portent un regard critique sur la ST. Ainsi, on pourrait dire que les acteurs ont un rôle de **représentant symbolique**.

Cette étape révèle toute ces ressources dans une logique d'anticipation d'une démarche de changement lorsque la ST est mobilisée dans une visée normative comme nous le développerons plus loin.

La problématisation : l'étape doit permettre de réunir divers acteurs aux intérêts divergents, autour d'un projet commun en identifiant une problématique commune et créatrice de sens. Elle consiste pour les promoteurs de l'innovation à rendre indispensable le traitement de leur offre par les autres acteurs (Alter, 2000) en démontrant que tous les acteurs réunis se posent finalement la même question (Gaglio, 2011, p.89). Ainsi les individus sortent d'une position singulière (problèmes spécifiques, individuels) et acceptent de se réunir et de coopérer autour d'un projet commun (constitution d'un réseau) (Callon, 1986 ; Pichault, 2013). Elle doit donc revêtir un degré de généralité élevé (Akrich et al. 2006) pour que chacun se sente concerné par la thématique et déclencher la mise en mouvement des acteurs dans un réseau. L'énoncé de cette problématique ne saurait se réaliser sans **controverse** : sans être redoutée cette étape de la problématisation doit même être recherchée. Elle permet en effet l'affichage des idées de chacun. La « controverse » matérialise la dissidence des acteurs ; elle se produit quand les acteurs dominants sont perçus comme non représentatifs ou défendant des intérêts trop spécifiques (Alter, 2000). Elle permet donc un rééquilibrage perçu des avantages de chacun à participer au projet. Callon (2006, p.135) souligne l'intérêt de la controverse scientifique qui conduit à la redéfinition du cadre argumentaire qui n'est jamais uniquement fondé sur des éléments cognitifs : il s'agit plutôt d'un enchevêtrement d'éléments hétérogènes habilement associés les uns aux autres, comme un mélange de sentiments, d'argent, de chantage et

d'intérêts durablement cimentés (Cicourel, 1981²⁷⁷). La problématisation repose donc sur une longue phase de discussion, de controverse, parfois de conflit mais qui conduisent progressivement à des négociations. Ainsi « *les forces qui s'opposent tout au long de la controverse s'équilibrent en permanence... Cet équilibre rend peu efficace les arguments d'autorité et permet à la controverse de demeurer ouverte mélangeant sans cesse considérations scientifiques, techniques, politiques ou économiques.* » (Callon, 2006, p. 139). La controverse permet ainsi de mettre au même plan des arguments de nature variée. A travers le foisonnement des analyses et des points de vue contradictoires les protagonistes construisent un cadre de référence pour cette thématique. Enfin, précisons que l'expression des controverses vise à aboutir non pas à l'obtention d'un consensus entre les acteurs (ils partagent la même vision) mais d'un compromis (les acteurs reconnaissent le caractère contradictoire de leurs intérêts mais acceptent de coopérer momentanément pour atteindre un objectif commun) (Pichault, 2013, p.147).

L'intéressement : l'intéressement permet la mise en mouvement des acteurs autour du projet (problématisation) ainsi que leur mobilisation effective dans la mise en œuvre du projet (enrôlement). Il regroupe l'ensemble des actions, des efforts accomplis par les promoteurs du projet, pour intéresser un nombre croissant d'alliés et les faire participer activement à la construction de l'innovation (Akrich et al. 1988a, 1988b). Ils s'appuient sur des « **dispositifs d'intéressement** » (espaces d'échanges, documents, indicateurs, graphiques, méthodes...) permettant de créer du lien entre acteurs et favorisant les échanges. C'est une période délicate qui conduit les auteurs à la considérer comme un « art²⁷⁸ ». Le concept d'intéressement consiste pour le traducteur à se placer entre les différents protagonistes afin de les relier entre eux : il « *souligne l'existence d'un faisceau de liens qui unit l'objet frontière à tous ceux qui le manipule* ». (Gaglio, 2011, p.22)

Callon et Law (1988, p. 102) insistent sur l'importance d'élaborer des « **centres de traduction** », espaces dédiés aux échanges, laissant libre l'expression des controverses, des craintes et la confrontation des points de vue dans cette phase. Ils sont les espaces à l'intérieur desquels la traduction va pouvoir s'opérer et la démarche innovante prendre forme.

²⁷⁷ Aaron V. Cicourel: de l'ethnométhodologie au problème micro/macro en sciences sociales. Introduction au texte d'Aaron V. Cicourel, «Micro-processus et macro-structures»(1981). *SociologieS*.

²⁷⁸ Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1991). L'art de l'intéressement. *Gestion de la recherche. Nouveaux problèmes, nouveaux outils, Bruxelles: De Boeck Université*, 27-52.

L' enrôlement : l' enrôlement décrit la mobilisation active des membres dans le réseau (Callon et Law, 1988). Leur intérêt pour la démarche innovante se traduit en actions concrètes et visibles en faveur du projet. L' enrôlement est un intéressement réussi grâce aux alliances qui ont été scellées autour d' un projet circonscrit (Alter, 2000). Suite aux négociations qui ont eu lieu dans les centres de traduction, une solution s' est imposée au collectif : les membres du réseau vont donc devenir les alliés et même les défenseurs du projet (Gaglio, 2011). En effet, comme son nom l' indique, « enrôler », c' est attribuer un rôle à un membre du réseau, rôle qu' il accepte d' endosser pour défendre ses intérêts au sein du projet collectif. Mais il faut toutefois rester vigilant. Un acteur peut sembler être intéressé par la démarche innovante, être présent aux réunions qui la concernent sans pour autant accepter de jouer un rôle actif au moment du déploiement. Akrich et al. (2006) nous mettent en garde contre le risque de « **figuration faussement participative** », la présence aux réunions étant confondue avec la participation active dans la mise en œuvre du changement. Le processus de traduction suppose que des acteurs clés, enrôlés assurent la promotion du projet et tentent de convaincre les acteurs du groupe social dont ils sont les porte-paroles afin de rallonger le réseau.

Le rallongement du réseau : le rallongement du réseau obéit à une logique qui conduit du centre (les actants qui constituent la base du réseau) vers la périphérie (élargissement de la base du réseau par l' ajout de nouveaux alliés). L' incorporation de nouveaux maillons au réseau implique que le processus de traduction se réenclenche ; une boucle dynamique du processus de traduction se répète ainsi, pour solidifier le réseau qui s' étend et prend de l' ampleur. Progressivement de nouveaux membres du réseau s' approprient l' innovation co-construite avec les actants et coordonnée par le traducteur épaulé de ses porte-paroles. Une traduction réussie permet ainsi l' appropriation de nouvelles pratiques qui deviennent la nouvelle norme.

Tableau 27 : Synthèse des différentes phases d'une boucle du processus de traduction.

Contextualisation du processus de changement (Pichault, 2013)	Identification des éléments du contexte organisationnel susceptibles d'influencer le processus de changement.
Problématisation (Callon, 1980)	Formulation d'un objectif commun, créateur de sens . Objectif de faire passer chaque entité, d'une position singulière à une acceptation de coopération . Objectif de mettre en mouvement autour du projet provisoire.
Dispositifs d'intéressement (Callon et Law, 1988)	Dispositifs qui, dans la pratique, permettent de faire la traduction, qui servent à la progression de l'action .
Enrôlement (Akrich et al. 1988)	Mobilisation effective des acteurs dans le réseau.
Rallongement du réseau	Logique qui conduit du « centre » (ensemble d'actants qui constituent la base du réseau) vers la « périphérie » (nouveaux partenaires du réseau donnent une consistance plus grande aux projets, qui portent et sont portés par le réseau).

Nous avons présenté la sociologie de la traduction comme un outil adapté à la construction d'une grille d'analyse pertinente sur les modalités d'un changement contemporain qui amène des personnes disposant de centres d'intérêt a priori différents à se réunir autour d'une problématique commune. Elle nous permet de porter un regard juste sur les rôles tenus par les différents acteurs et permet de comprendre les différentes phases qui se déroulent sous nos yeux et le temps nécessaire pour conduire la controverse avant la distribution des rôles à chacun. Par ailleurs la ST peut être mobilisée de façon anticipée : on parle alors d'un usage normatif de la ST qui répond aux attentes d'un guide méthodologique à la conduite du changement. Nous avons pu mobiliser ce double usage analytique et normatif de la ST sur le terrain. Elle nous a permis de mieux comprendre le déroulement imprévu des projets dans les deux établissements et le rôle clé des centres de traduction que nous avons mis en place. Mais nous nous sommes ensuite emparés des fonctions normatives de cette même sociologie comme les présentent les travaux de François Pichault : l'utilisation des 9 principes du management polyphonique lors des projets de promotion de bien-être au travail et de professionnalisation des parcours

d'intégration des infirmiers s'est révélé particulièrement pertinent. Ce sont ces principes que nous allons présenter.

8.4 Une sociologie qui révèle une capacité prédictive et normative ou prescriptive pertinente dans les recherches-interventions.

Nous avons signalé que la ST étudie la science en action, un processus d'innovation en cours. Mais la ST a d'autres propriétés qui se révèlent d'un grand secours dans le cadre d'une recherche intervention lorsque le chercheur co-construit avec le terrain des solutions innovantes face à des difficultés inédites ou complexes. Nous avons donc fait le choix d'un modèle théorique prescriptif en lien avec notre cadre épistémologique constructiviste d'une conduite du changement pensée collectivement.

Ainsi en reprenant les différentes étapes d'un processus de traduction on peut identifier les étapes qui ont cours et celles qui devraient se produire pour poursuivre le processus de traduction et donc conduire au changement. Le modèle de la ST s'est révélé être un outil pertinent à la fois au quotidien dans notre travail d'accompagnement de même qu'il constitue un guide au fil de notre travail de recherche pendant la partie de rédaction de la thèse afin de donner sens aux évènements constitutifs du processus de changement.

DES MODELES DESCRIPTIFS VARIÉS POUR UNE EVALUATION FINE ET MULTINIVEAUX...

Francois Pichault (2013) construit de façon méthodique un panorama des méthodes de conduite du changement qui ont le plus de chances d'aboutir. Il soutient l'idée que le changement est un processus à décrire, à expliquer selon différentes approches rationaliste, politique, incrémentale (c'est-à-dire selon le principe de la dépendance du sentier ou *path dependency*²⁷⁹ déjà évoqué lors de notre volet méthodologique), mais aussi contingente et interprétativiste. Sans les opposer l'auteur propose de considérer que ces approches se complètent et permettent d'envisager une

²⁷⁹ C'est la **dépendance du sentier** ou *path dependency* qui permet d'expliquer en quoi le changement est souvent moins radical que prévu. « Selon cette approche le poids du passé, de la culture, des décisions antérieures intervient souvent de façon cruciale dans la conduite d'un processus de changement ». (Pichault ; 2013 p. 61.) Cette approche souligne donc l'enjeu de combiner la temporalité du projet avec celles des autres projets en vigueur dans l'organisation. Le travail d'articulation entre les différents projets est donc indispensable.

évaluation nuancée du succès ou de l'échec de la conduite du changement en portant le regard sur des dimensions différentes. Cette évaluation multi-niveaux permet d'éviter le biais d'une évaluation faussée : elle autorise la distinction d'un succès reposant sur une évolution de la conjoncture plutôt que sur la qualité du style de management qui a accompagné le projet ou sur les caractéristiques intrinsèques du projet. Ces différentes approches nous seront utiles au moment de l'analyse de nos résultats.

Tableau 28 : Les différentes approches du changement pour une évaluation multi-niveaux.

Type d'approche	Caractéristiques	Niveau d'évaluation.
Approche rationaliste de la planification.	<p>Cette approche relève d'une vision idéale du processus de décision grâce au modèle de gestion de projet normatif: définition du projet (objectif, résultats, durée échéancier). Mais elle ne s'accommode guère de la diversité des points de vue et suppose que toutes les parties prenantes partagent les mêmes valeurs et les mêmes objectifs.</p> <p>Modèle structuré peu adapté au monde de l'hôpital.</p>	Le degré de réalisation des objectifs initiaux
Approche politique	<p>Cette approche montre la place des jeux contradictoires entre groupes d'acteurs en vue de défendre un certain nombre d'intérêts à travers les rapports de force de défenses de contrôles de zones d'incertitudes. Elle considère que le changement nécessite un apprentissage collectif de nouveaux modes de relations entre acteurs ou de nouvelles règles du jeu.</p>	Le degré de satisfaction conjointe des intérêts divergents.

	Modèle qui prend en compte les tensions entre groupes d'acteurs recherche de compromis peu réaliste.	
Approche incrémentale	<p>A l'opposé du rationalisme, cette approche considère que le changement est itératif : le temps de la formulation d'une stratégie est inséparable de son implantation. Les décideurs ne sont pas complètement libres de leur choix : chaque situation est modelée par une plus ancienne. (Dépendance du sentier).</p> <p>Modèle qui cherche à lier la stratégie du projet à son milieu d'implantation.</p>	Le degré d'articulation des temporalités et l'incorporation des phénomènes émergents.
Approche contingente	<p>Les organisations se développent en fonction de l'environnement dans lequel elles opèrent, afin de rendre compatible la stratégie, la structure, les techniques, les besoins des acteurs et l'environnement.</p> <p>Modèle valorisant les adaptations mutuelles.</p>	Le degré d'adéquation aux variables contextuelles.
Approche interprétative.	<p>Elle repose sur la force du collectif pour résoudre l'équivocité des situations complexes.</p> <p>Modèle qui place les acteurs en capacité de construction de réponse collective dans des situations complexes.</p>	Degré d'intégration du processus au stock de connaissances et d'expériences accumulées.

Les approches incrémentale, contingente et interprétative se révéleront parfaitement adaptées pour décrypter les modalités du changement dans les deux hôpitaux que nous avons

accompagnés. Mais l'auteur (Pichault, 2013) va plus loin. L'objectif de l'ouvrage n'est pas seulement de permettre de décrire, d'analyser et d'évaluer un processus de changement, la finalité est bien de donner les cartes en mains aux acteurs du changement pour appréhender le changement comme un processus à anticiper.

MAIS SURTOUT POUR FAVORISER UN MANAGEMENT DU CHANGEMENT POLYPHONIQUE ET ANTICIPE

C'est plus spécifiquement dans cette logique normative que nous avons pu mobiliser la ST dans le cadre du projet de promotion du bien-être au travail mené sur les sites pilotes de l'hôpital 2 mais aussi le projet de modernisation des parcours d'intégration favorisant la mobilisation des ressources internes dans l'hôpital 1. Dans une telle perspective, le type de management utilisé durant le projet est déterminant. Puisque les gestionnaires ont peu de prise sur les variables de contexte (évolution de l'offre de soin, de la démographie infirmière, évolutions de la législation des modes d'hospitalisation en psychiatrie...) ils doivent se mobiliser sur les variables de pilotage c'est-à-dire le style de management caractéristique de leurs actions : c'est la seule marge de manœuvre qui leur soit accessible. François Pichault (2013) oppose deux grands modes de management : le changement géré de manière panoptique²⁸⁰ (de type top-down dans une logique de supervision) et le changement conduit de manière polyphonique²⁸¹ (de type accompagnement, participatif, valorisant les innovations). Il souligne alors l'intérêt d'une approche polyphonique prenant en considération la présence d'expertises implicites et la possibilité de construire des rapports d'alliance et d'équilibre entre les différents groupes d'acteurs, ce qui fait écho aux principes de la ST. Par ailleurs, si les responsables du changement devront certes jouer la carte de la polyphonie (ou conduite du changement à plusieurs voix et donc à plusieurs avis) ils devront de surcroît prendre en compte les dynamiques de changements antérieures (Pichault, 2013, p.105) c'est-à-dire l'historique de la culture du changement dans l'organisation qui en est destinataire.

Ainsi en mobilisant le principe d'un management polyphonique à plusieurs voix et à plusieurs têtes, sous la baguette du traducteur œuvrant comme chef d'orchestre nous présentons les 9

²⁸⁰ Ce terme fait référence aux écrits de Foucault en référence aux modes de surveillance et de punition. Il fait référence à un bâtiment en anneau et en son centre à une tour depuis laquelle le surveillant est omniprésent et peut observer en permanence chaque personne dans sa cellule ;

²⁸¹ Ce terme a été utilisé pour décrire une organisation par Hazen pour plaider une compréhension intersubjective dans la conduite du changement. La polyphonie devient synonyme de dialogue permanent, voire de confrontation d'idées opposées.

principes²⁸² du management polyphonique favorisant une conduite du changement couplés aux différentes phases de la sociologie de la traduction :

Tableau 29 : Les 9 principes du management polyphonique couplés aux phases de la traduction.

Contextualisation	1	Caractériser le système d'influence en vigueur ²⁸³
Contextualisation	2	Repérer les circuits de communication informels
Contextualisation	3	Identifier les principaux détenteurs d'influence
Contextualisation	4	Analyser les capacités de mobilisation internes et externes
Contextualisation	5	Anticiper les moyens d'action susceptibles d'être déployés
	6	Identifier un traducteur
	7	Mobiliser et enrôler les portes paroles des différentes parties prenantes
Problématisation	8	Dégager une formulation commune du problème à résoudre
Controverse	9	Abandonner le mythe de la détermination des tâches et de la forme des pratiques en vigueur : *éviter la recherche de consensus et favoriser les compromis *valoriser les innovations et les appropriations imprévues *recourir aux techniques de gestion de projet comme référentiel partagé

²⁸² Nous reprenons ici les principes évoqués par François Pichault dans le chapitre 5 : un processus à gérer. Nous sommes encouragés dans cette voie car le parallèle entre nos expériences de terrain et les cas de recherches-interventions qu'il développe apparaît comme évident. La proximité des contextes nous encourage donc à mobiliser ces principes normatifs sur nos propres terrains du moins sur le principe.

²⁸³ Il s'agit de distinguer si l'organisation repose sur un système centripète (concentration du pouvoir dans les mains d'un groupe d'acteur qui constitue le centre de l'organisation : sommet stratégique ; lignes hiérarchiques) ou sur un système centrifuge qui diffuse le pouvoir vers la périphérie ce qui se produit le plus souvent en présence d'un opérateur qualifié. Aujourd'hui l'hôpital a clairement le profil d'un système centripète mais son évolution le conduit à penser sa conversion vers un modèle centrifuge qui le rendra progressivement plus sensible à la culture de l'innovation.

Rallongement du réseau	<ul style="list-style-type: none"> *évaluer le processus en continu pour réajuster *communiquer en permanence sur le processus en cours *socialiser les nouveaux entrants.
------------------------	---

Nous comprenons à la lecture de ce tableau que le management polyphonique est en harmonie avec les principes de la ST. Il donne les clés de la réussite de l'enclenchement des différentes phases en mettant l'accent sur le développement d'une conduite de projet adaptée à l'organisation et surtout à son contexte en tenant compte des variables. La longue phase de contextualisation n'est donc pas une perte de temps : elle est indispensable pour initier le processus de traduction. Il s'agit de prendre en compte les caractéristiques de l'organisation accompagnée, ses ressources et ses points faibles dans le domaine du management favorable à la conduite du changement. Cet ensemble de principes se mobilisent dans l'action, pour l'action organisée et collective des acteurs du changement. Ils s'harmonisent parfaitement aux formes de « conduites à tenir » en matière de conduite du changement. Valérie Boussard (2004) à son tour nous recommande pour les phases de conception et de mise en œuvre de :

- 1- repérer les groupes d'acteurs, les uns alliés les autres adversaires mais aussi les sceptiques (classification non figée)
- 2- identifier les dispositifs d'intéressement qui unissent l'objet à tous ceux qui le manipule
- 3- reconstituer les différentes étapes pour enrôler des alliés et finalement triompher ou échouer.

A travers la constitution de cette revue de littérature nous avons constitué une liste d'outils qui rend favorable la conduite du changement en portant plus particulièrement un regard critique sur l'organisation et en ayant mieux défini les rôles à tenir par les différents acteurs du réseau.

Si nous avons pu souligner la pertinence de ce choix de modèle conceptuel de la sociologie de la traduction qui semble répondre au défi auquel nous soumet notre recherche, elle répond aussi à quelques critiques que nous allons présenter.

8.5 Les limites de notre modèle d'analyse : une dénégalation peu réaliste des enjeux de pouvoir et des liens hiérarchiques forts dans une organisation professionnelle.

La ST permet d'envisager dans une logique d'interaction entre le chercheur et les acteurs de terrain d'une organisation pluraliste une démarche co-construite de conduite d'un changement en admettant modestement que le chemin que prendra ce changement contient une part d'imprévisible quel que soit la qualité technique de l'outil support du changement. Elle permet malgré tout d'envisager un levier d'action à travers le rôle des managers qui doivent adopter une posture favorable aux innovations, de fortes capacités de communication et d'intelligence interpersonnelle afin de déterminer les acteurs pouvant coopérer et porter le projet. Le soin porté aux éléments favorisant le rallongement du réseau est déterminant. Nous sommes donc convaincu de la pertinence de ce choix de cadre théorique pourtant nous gardons à l'esprit les quelques réserves faites à son encontre dans la littérature. Ce regard critique nous permet de garder à l'esprit le souci de la validité interne.

UN MODELE QUI BOUSCULE L'EPISTEMOLOGIE DES SCIENCES.

La ST fait partie d'une nouvelle conception des sciences et des techniques dites « socialement construites » au moment de sa création dans les années 70. Le « principe de symétrie » qui invite à considérer au même plan des notions antagonistes très présentes dans la ST a suscité de nombreuses critiques. Ainsi la ST traite sur un pied d'égalité et avec les mêmes explications le succès ou l'échec d'une innovation, la science ou la « non science », le rationnel ou l'irrationnel. Cette remise en cause d'une épistémologie classique des sciences par la réintroduction de facteurs sociaux à parts égales des critères techniques de l'innovation a eu du mal à être entendue d'autant plus qu'elle se base sur une méthodologie d'observations.

Pourtant au cours de notre recherche, il nous est apparu juste de considérer l'innovation en lien avec les facteurs sociaux.

METTRE AU MEME PLAN LES INDIVIDUS ET LES OBJETS PEUT PARAÎTRE MALADROIT : LE PRINCIPE DE SYMETRIE ETENDU A L'HUMAIN ET LE NON HUMAIN

Callon et Latour étendent le principe de symétrie en mettant au même plan l'humain et le non humain (animaux, artefact, instruments...). Ils considèrent que la seule prise en compte des jeux d'acteur est insuffisante : les sociétés sont techniquement construites²⁸⁴. Ce principe de symétrie nous apparaît quant à lui plus complexe à manier car il bouscule de nombreuses catégories familières. Il paraît délicat de confondre objets et individus dans le sens où les objets n'ont pas de volonté propre. Il paraît plus juste de considérer que ce sont les humains qui décident de concevoir ou de mobiliser certains objets à des fins stratégiques ou encore de les laisser de côté (Boussard, 2004). Ils peuvent donc devenir des processus d'enrôlement si et seulement si ils sont perçus comme tel par les humains. Nous ferons donc l'effort au cours de notre analyse de considérer les passeurs de frontières tout comme les objets frontières en portant notre regard sur ce qui les relie dans un contexte donné.

UNE NEGATION DES RELATIONS DE POUVOIR PEU APPLICABLE AU MILIEU HOSPITALIER

En lien avec ce principe de symétrie qui met tous les facteurs d'influence sur un pied d'égalité (sociaux/techniques, humain/non humain, succès/échec...) il a été reproché à la sociologie de la traduction de ne pas suffisamment prendre en compte l'inégale répartition des pouvoirs dans les organisations²⁸⁵ (Donnay, Koos, 2005). Aussi nous prendrons soins au moment de l'analyse de nos données d'explorer les éventuelles explications qui relèveraient d'une analyse plutôt stratégique comme le soutient Crozier car la ST « *occulte d'autres dimensions, comme les relations de pouvoirs, les identités professionnelles (avec leur rapport à l'histoire) et les qualifications réelles (avec leur rapport à l'expérience)... Or les organisations professionnelles se caractérisent par des relations profondément inégalitaires et c'est cette inégale répartition des ressources qui contraint le jeu possible des stratégies* ». (Boussard, 2004, p.222). Enfin nous pensons qu'en prenant en compte les liens entre les différents membres du réseau nous pouvons faire apparaître des enjeux de pouvoir. D'ailleurs nous pouvons considérer que les

²⁸⁴ Cette appellation fait référence au modèle TCOS des sociologues néerlandais : Technical Construction ,Of Society.

²⁸⁵ Donnay, I., & Koos, Y. (2005). La gestion du changement par la «traduction»: regard critique. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (10), 57-74.

processus d' enrôlement qui permettent la traduction sont des formes d' influence qui reposent sur des jeux de pouvoir (opérations, interactions, processus) par lesquels les traducteurs et les porte-paroles détournent d' autres acteurs pour devenir membres du réseau. Dans ce cas, la traduction prend une double signification : linguistique d' une part dans le fait de traduire un discours dans une autre langue en mobilisant par exemple divers jargons professionnels et géométrique d' autre part en tant que translation et déplacement dans un nouveau référentiel. Ainsi la traduction peut conduire à faire adopter un autre regard sur une problématique.

UNE SOCIOLOGIE SIMPLISTE ET SUREXPLOITEE ?

Les critiques adressées à la ST sont à la mesure de son succès (Gaglio, 2011, p.91) : son adaptabilité à de nombreuses études de cas pourrait faire redouter son manque de pertinence à la spécificité de notre recherche. Mais les écrits de Denis, Langley et Rouleau ²⁸⁶ soutiennent la convenance de son utilisation dans les organisations pluralistes et donc dans le secteur hospitalier. De plus nous avons réalisé que cette grille de lecture permettait de donner du sens aux évènements que nous avons pu observer pendant la première partie de notre recherche. Les difficultés rencontrées faisaient écho et l' existence d' un registre normatif visant la mise en action collective des acteurs de terrain a fini de nous convaincre.

SYNTHESE DU CHAPITRE 8

Nous avons, au cours de ce chapitre 8, présenté la sociologie de la traduction comme modèle théorique de la conduite du changement que nous mobilisons dans une visée descriptive pour analyser le processus d' innovation RH que nous accompagnons dans les deux établissements depuis le projet attractivité et fidélisation des infirmiers jusqu' au deux réorientations opérationnelles qui en découlent à travers les projets de bien-être au travail et la révision du parcours d' intégration. Nous avons pu montrer la cohérence de ce modèle avec notre paradigme constructiviste, la mobilisation d' une étude de cas avec un rapport ethnographique au terrain comme dans le modèle princeps présenté par Callon et Latour lorsqu' ils décrivent la traduction opérée par trois chercheurs dans le cadre de l' aquaculture des Saint-Jacques de Saint Brieux.

²⁸⁶ Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2004, June). La formation des stratégies dans les organisations pluralistes: Vers de nouvelles avenues théoriques. In *13^{ème} Conférence AIMS* (Vol. 2).

Ainsi, les principes de la ST sont cohérents avec notre posture de recherche : ils soulignent que le succès des innovations ne relève pas des qualités techniques intrinsèques du projet mais au contraire de l'habilité du traducteur (en tant que figure multiple) à convaincre par un processus d'intéressement ajusté un nombre croissant d'acteurs afin d'augmenter le réseau. Pourtant l'issue du processus de traduction demeure incertaine : elle repose sur la réalisation d'une boucle ou cycle de 5 phases : la contextualisation, la problématisation (permettent la controverse), l'intéressement, l'enrôlement puis le rallongement du réseau. Ces phases se réalisent sous l'effet de traducteurs clés capables de traduire le projet dans divers langages : ainsi le traducteur en mobilisant des objets frontières montre aux porte-paroles de divers groupes professionnels en quoi ils sont concernés par le problème. La mise en action des acteurs de plus en plus nombreux à utiliser l'innovation signifie le succès de cette traduction.

Nous avons par ailleurs montré que la sociologie de la traduction avait un double usage : elle permet aussi une mobilisation à visée normative : elle indique alors la « procédure » pour favoriser une traduction. Elle repose principalement sur une identification précise et détaillée des éléments du contexte qui pourraient avoir une influence sur le déroulement du projet. De quel type d'organisation s'agit-il. Est-elle gérée par un management polyphonique ? Quels sont les enjeux de pouvoir reliés aux projets ? Quels sont les personnes ressources ? L'usage de la ST comme guide d'aide à la prise de décision dans la conduite des projets sera une ressource considérable qui permettra d'aboutir à des micro-changements comme nous le présenterons dans nos résultats.

Bien entendu la ST demande aussi quelques précautions d'usage. Nous gardons en tête les mises en garde et les difficultés à manipuler le principe de symétrie qui pourrait favoriser l'écueil d'une vision « a-historique » du changement en cours. Les efforts de contextualisation devraient nous permettre de limiter ce biais tout en prenant en considération les enjeux de pouvoir qui ont cours entre les acteurs issus des différents mondes dans les établissements de santé.

CHAPITRE 9 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE INTERVENTION.

Nous allons désormais compléter les données méthodologiques sur cette deuxième partie de notre recherche en termes de conduite du changement. Nous avons en effet longuement présenté dans la partie 1 chapitre 2 notre positionnement épistémologique constructiviste dans le cadre des études de cas contemporaines. Nous avons par ailleurs souligné l'intérêt de la recherche-intervention et d'une démarche ethnographique favorable à une grande richesse de recueil de données. Nous avons pu indiquer que sur cette seconde période nous avons réalisé des entretiens individuels mais aussi collectifs dans le cadre de la conduite des projets sur la formalisation des parcours d'intégration (hôpital 1) et sur le projet de promotion du bien-être au travail (hôpital 2). Nous avons poursuivi nos observations dans le service RH de l'hôpital 1 et nous avons intégré sur une longue période d'observation deux unités de soins. Ces observations complémentaires²⁸⁷ ont permis de mieux saisir les attentes et les logiques professionnelles divergentes des différents mondes de l'hôpital entre le secteur administratif, les directions et les soignants.

Nous allons au cours de ce chapitre présenter l'évolution de la dynamique des GT dans les deux établissements afin de souligner une mutation dans leur rôle. Puis nous détaillerons les éléments méthodologiques et le rapport au terrain à l'occasion de la mise en œuvre du plan d'action dans les deux établissements (accès au terrain, cadrage et définition des objectifs multiniveaux, restitution et prise en main des acteurs). Enfin nous indiquerons les modalités de clôture du terrain, des projets et l'évaluation post ex par entretiens individuels et collectifs.

9.1 Evolution de la dynamique et du rôle des GT dans les établissements.

Nous avons souligné l'innovation dans la composition des GT et des Co-pil mis en place à l'occasion des projets « attractivité et fidélisation des infirmiers de psychiatrie » dans les deux établissements. C'est le caractère multidisciplinaire et multi niveaux hiérarchiques qui a permis

²⁸⁷ Nous rappelons qu'une synthèse exhaustive des sources de données de cette seconde période de recherche est accessible dans la partie 2.4.2.

la co-construction d'un diagnostic précis en laissant la parole démocratiquement à tous les participants. Aux vues des principes de la sociologie de la traduction, nous avons saisi l'importance des GT en tant que centres de traduction qui permettaient de faire travailler ensemble du différent. Nous avons donc voulu maintenir à un rythme trimestriel ces GT afin que puisse être débattu, régulé et acté le travail mené dans les projets actions issus de la phase de construction du plan d'action. Nous avons maintenu des durées de 2 à 3 heures d'échanges. Pourtant nous avons rencontré quelques difficultés: la programmation a souvent été délicate (planning surchargé des DRH, absence du personnel sur la totalité des vacances scolaires) puis reportée, les participants ont été renouvelés (mutation, changement de poste, d'établissement, départ à la retraite), d'autres ont été présents de manière discontinue.

Nous allons présenter les caractéristiques du déroulement des GT dans chaque établissement sur cette seconde période. Cette précision nous semble fondamentale pour l'analyse d'un processus de changement.

HÔPITAL 1 : UN AFFAIBLISSEMENT CONTINU DE LA PARTICIPATION, UNE ABSENCE DE PRISE DE DECISION QUI CONDUIT PROGRESSIVEMENT A L'ARRET DES GT.

Dans cet établissement nous disposons de deux types de groupes : le GT et le Co-pil. En 2013, la participation au GT trimestriel est correcte, même si d'une réunion à l'autre tous les acteurs ne sont pas présents et il faut revenir sur certains points traités précédemment ce qui ralentit l'avancée des projets. Les invitations sont faites par mail (le document est signé par la DRH) au moins un mois à l'avance pour favoriser la présence du plus grand nombre. Sur les conseils des différents participants nous évitons les programmations les lundis et les vendredis à cause des RTT et pendant les vacances scolaires, les mois de juin et septembre sont également proscrits car les cadres supérieurs y prennent leurs congés d'été. Afin de faciliter la continuité des projets nous prenons soin de faire parvenir par mail les comptes rendus de réunion à tous les membres du GT qu'ils aient participé ou non. Au printemps 2014 la faible participation devient problématique : en GT seule une infirmière se présente et lors du second Co-pil aucun médecin ne se déplace. Ainsi la nature des rôles tenus par les participants se modifie progressivement. Une fois la phase de diagnostic achevée, elle concerne l'organisation stratégique d'un plan d'actions de plus grande ampleur nécessitant la participation et la coordination de nombreux acteurs se réunissant dans des espaces de discussions différents.

Nous décidons de mobiliser les acteurs spécifiquement sur les 4 groupes « action » puis uniquement sur le projet « formalisation du parcours d'intégration ».

En décembre 2014, nous avons adressé à tous les participants un courrier mail récapitulatif des actions menées dans l'établissement en lien avec le GT attractivité et fidélisation sans organiser de GT ni de Co-pil. Aucun GT n'a été organisé depuis le départ de la DRH en Août 2014. Seules des réunions permettant de traiter des points techniques sur les parcours d'intégration (législation sur le statut de formateur interne occasionnel, élaboration d'une fiche de mission des tuteurs, recrutement des tuteurs...) ont réuni les experts des services RH et de la DS sur les thématiques abordées.

On peut donc dire que la dynamique de départ dans les réunions de GT s'essouffle et que le Co-pil ne prend jamais pleinement son rôle à cœur. Le projet reste au niveau de la DRH sous la coordination du doctorant qui concentre les efforts sur l'accompagnement à la mise en œuvre des 4 groupes « action ».

HÔPITAL 2 : DES RENCONTRES REGULIERES, RICHES D'ECHANGES MAIS UNE ABSENCE DE PRISE DE DECISIONS ET DE TRAVAIL INTERCESSION.

Dans cet hôpital nous avons vu se réunir les membres du GT de manière très régulière (trimestrielle) avec une composition assez constante. Les échanges ont lieu mais on constate paradoxalement une absence de prise de décision lors de ces longues réunions : les tentatives de répartir le travail à fournir en intercession échouent régulièrement et les ordres du jour évoluent peu entre 2013 et 2015. Le GT restera sur cette deuxième période le lieu de partage de vécus professionnels de cadres et de restitutions faites par le doctorant concernant les avancées du projet de promotion du bien-être au travail. On peut dire que les membres du GT portent un intérêt à la question de la fidélisation sans pour autant devenir partie prenante. D'ailleurs aucun cadre de santé participant au GT n'a suggéré que son unité devienne le site pilote du projet de promotion du bien-être au travail. Dans le chapitre suivant nous tenterons d'expliquer ces constats.

Comme dans l'hôpital 1, le doctorant soumet un ordre du jour à la DRH et rédige les comptes rendus de chaque réunion.

Dans les deux hôpitaux, les GT ne sont pas des lieux de décisions stratégiques, de choix et d'orientation. Ils sont, sur cette seconde période, des instances où l'on rend compte des actions menées par d'autres acteurs mais on n'y rend pas d'arbitrage. Les GT ont un rôle consultatif qui semble détourner progressivement les acteurs qui ne sont plus dans la construction de projet. Nous pensons que c'est un point décisif en termes de conduite du changement comme nous le développerons dans la partie analyse.

9.2 Mise en œuvre du plan d'action.

9.2.1 Dans l'hôpital 1.

LES 4 GROUPES « ACTION » A L'ŒUVRE.

La période de mise en œuvre du projet de fidélisation des infirmiers repose sur 4 projets. Sur un plan méthodologique, chaque projet disposait d'une fiche indiquant les objectifs du groupe, les productions attendues ainsi qu'un échancier. Chaque fiche a été élaborée avec la DRH et la DS puis validée en GT. Dans le but de ne pas enfermer les participants, le doctorant a toujours laissé la place aux dialogues en permettant des réajustements. Ces fiches devant servir de guide sans être trop prescriptif, elles avaient le rôle de cadrage de la démarche. La présence d'un membre du GT dans chaque groupe action devait limiter le biais de la perte de continuité entre le GT et les groupes « action ». Malgré plusieurs relances par mail dans les unités il a été complexe de constituer les groupes sur la base du volontariat. C'est d'autant plus vrai que les chefs de projet des 4 groupes ont été désignés conjointement par la DRH et la DS ce qui a pu blesser les egos. En effet, certains membres du GT auraient souhaité occuper cette fonction en guise de reconnaissance. Ainsi le principe de participation sur la base du volontariat n'a pu être maintenu sur cette période.

Dans la composition des groupes actions nous avons pris soin une fois de plus que toutes les catégories professionnelles soient représentées avec une implication de tous les niveaux hiérarchiques. Cette volonté a été difficile à réaliser. Un calendrier prévisionnel a été élaboré pour chaque groupe en cohérence avec les objectifs et les livrables attendus. Il avait pour but de structurer la démarche mais il n'était pas strict dans l'application des délais.

Figure 9 : Illustration d'une composition attendue de groupe multi-niveaux, travaillant de jour ou de nuit, en intra ou en extra hospitalier pour une meilleure représentativité²⁸⁸ :

Axe 1	Axe 2		
<p>Projet 1 : Elaborer et diffuser un projet de prise en charge.</p> <p>3 réunions de septembre 2013 à février 2014.</p> <p>+</p> <p>Organisation ½ journée encadrement par le doctorant</p>	<p>Projet 2 : Développement d'un savoir paramédical et développement de la recherche</p> <p>0 réunion</p>	<p>Projet 3 : Définition d'une fonction de référente</p> <p>4 réunions d'octobre 2013 à juin 2014</p>	<p>Projet 4 : Intégration des cadres et de la DRH dans la gestion des compétences</p> <p>4 réunions d'octobre 2013 à septembre 2014.</p>
1 chef de projet cadre de santé	1 chef de projet cadre supérieur de la DS	1 chef de projet cadre supérieur de la DS	1 chef de projet cadre supérieur de pôle en rééducation
1 membre du GT cadre de santé	1 membre du GT infirmier	1 membre du GT	1 membre du GT
1 infirmier de jour	1 infirmier de jour extra	4 infirmiers	2 cadres de la fonction RH

²⁸⁸ Nous avons grisé les places qui n'ont jamais été occupées pendant les projets.

			(formation continue et GPMC)
1 infirmier de nuit	1 infirmier de jour intra	2 cadres de proximité	1 cadre formateur de l'IFSI
1 psychiatre	1 infirmier de jour intra ou extra		Le doctorant
1 autre paramédical	1 infirmier de nuit		
Le doctorant	1 cadre de santé formateur à l'IFSI		
	1 cadre de santé		

Dans les faits les groupes ont eu du mal à remplir les objectifs : ils étaient peut être trop ambitieux et demandaient une coordination stratégique plus pertinente entre les différentes directions et nous n'avions pas encore bien saisi les particularités des organisations pluralistes.

Le doctorant a rencontré tour à tour chaque chef de projet pour lui présenter l'historique du projet attractivité et fidélisation et les fiches de chaque groupe action. Il s'est présenté comme la personne référente du projet global dans l'établissement mais aussi comme personne ressource pour la réalisation des projets alors que les chefs de projets se sont toujours présentés comme des professionnels « débordés ». Nous avons répondu aux questions au moment de la période de cadrage mais nous remarquons que sur cette période notre rôle n'est pas de répondre aux besoins des chefs de projet : au contraire il s'agit de convaincre les chefs de projet de devenir partie prenante d'un projet que nous coordonnons. Les rôles sont donc inversés.

Nous participons activement aux groupes 1&4 : nous programmons les réunions, nous envoyons les mails d'invitation, nous animons les réunions et nous faisons les comptes rendus afin de soulager la charge de travail des professionnels de terrain. En revanche, le cadre supérieur de la DS qui coordonne les groupes 2&3 travaille en autonomie et nous fournit une copie des comptes rendus. Il nous sollicite lorsqu'il fait face à un point de blocage sur le projet 3 et n'arrive pas à répondre aux objectifs : il pense que le projet ne peut aboutir.

Tableau 30 : Les 4 groupes actions de l'hôpital 1, réunions et productions.

Noms du groupe	Période Nombres de réunion	Productions
1 Elaborer et diffuser un projet de prise en charge	De Septembre 2013 à Août 2014. 3 réunions dont une reportée	Organisation d'une ½ journée de l'encadrement.
2 Développement d'un savoir paramédical et développement de la recherche	/	/
3 Définition d'une fonction de référente	D'octobre 2013 à Juin 2014 4 réunions dont une reportée	/
4 Intégration des cadres et de la DRH dans la gestion des compétences	De septembre 2013 à septembre 2014. 4 réunions dont la dernière reportée 2 fois.	Identification des compétences clés en psychiatrie : tableau de correspondance métier/filière/service.

Nous rappelons que seuls les groupes 1&4 ont permis la rencontre de professionnels qui ne se connaissaient pas ou qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble autour d'un projet transversal commun. Nous avons mis un point d'honneur à donner un ton favorable à la libération de la parole en garantissant la confidentialité des propos échangés et en amenant les professionnels à parler du travail réel et non du travail prescrit ce qui a plutôt bien fonctionné.

FORMALISATION DU PARCOURS D'INTEGRATION : UNE VOLONTE DE PROJET NOVATEUR, PARTICIPATIF ET MOBILISANT LES RESSOURCES INTERNES DE L'ETABLISSEMENT.

Nous avons souligné le caractère itératif de notre processus de recherche. La conduite du projet de formalisation des parcours d'intégration en est particulièrement impactée. Nous avons en effet tenu compte des expériences et des difficultés rencontrées dans la gestion des 4 groupes action pour réajuster au fil de l'eau notre accompagnement et nos objectifs...Ce projet s'est développé de façon parallèle aux 4 groupes « action » et il a été raccordé de manière assez artificielle au projet 4. Il a été plus simple à mettre en place parce qu'il mobilise peu de personnes au départ. Il réunit Alice, la personne en charge de la formation continue du service RH et Béatrice²⁸⁹ l'ancienne référente du tutorat, cadre supérieur à la DS ont été les deux protagonistes clé du projet. Contrairement aux participants des autres groupes, la thématique traitée dans le projet de promotion du bien-être au travail n'a rien de transversal. Il s'agit au contraire d'une des missions au cœur de leur fiche de poste. Les réunions coordonnées par le doctorant ne sont donc pas perçues comme une surcharge de travail mais plutôt comme une ressource qui aide à l'avancement du projet.

Le projet se conduit à l'aide d'entretiens, de réunions à 3 (le doctorant, Béatrice et Alice) complétés à certains moments par la présence d'experts du service RH (et en particulier un juriste) et les directeurs des ressources humaines et de la direction des soins. Puis au fur et à mesure de l'avancée, les partenaires se multiplient et se diversifient : les cadres de l'IFSI, des professionnels sollicités au titre de formateurs internes occasionnels (infirmiers, responsable du service qualité, psychologue...) et les tuteurs. Le doctorant se charge de centraliser toutes les données concernant ce projet et balise les différentes étapes de même qu'il se charge de faire des retours réguliers aux différentes parties prenantes pour informer ou faire valider les avancées.

Les objectifs de ce projet initié à l'été 2013 étaient multiples. Il s'est développé jusqu'à notre départ en décembre 2015 et sera poursuivi.

Nous retraçons ici les différentes étapes de ce projet.

²⁸⁹ Il s'agit bien entendu de prénoms fictifs

Pourquoi mettre en place un tutorat en psychiatrie ?

La présence d'un processus de tutorat des infirmiers débutant une activité en psychiatrie n'est pas innovant en soi. Elle répond aux attentes de la circulaire du 16 janvier 2006²⁹⁰ qui précise les modalités souhaitables d'un parcours d'intégration pour cette spécialité médicale comme nous l'avons expliqué dans la partie 6.3.1 de notre thèse. Bien conscient de ces enjeux, l'établissement avait su se mobiliser et mettre en place tout un « protocole tutorat » soutenu financièrement par les ARH dès janvier 2009 mais en 2012 cette formation ne faisait plus le plein : les critiques sur les contenus de la formation théorique, les méthodes pédagogiques, la faible participation des infirmiers fraîchement diplômés, l'absence de sollicitation des tuteurs nous ont interpellés. Les membres pluridisciplinaires du groupe de travail ont souligné malgré tout l'importance de cette procédure : un bilan a donc été réalisé sur les modalités de ce processus de parcours d'intégration tant au niveau des contenus théoriques que du tutorat lui-même. L'objectif n'était pas de balayer d'un revers de main tout le travail effectué en amont mais plutôt de remobiliser les acteurs autour de ce processus en les faisant participer à l'évaluation, en tenant compte de leur proposition d'amélioration et surtout en les impliquant dans la mise en œuvre afin de redynamiser toute la procédure et redéfinir un projet correspondant aux possibilités de l'établissement.

Construction des modules de formation « à la carte » pour l'établissement.

La phase d'évaluation de la formation a été une étape clé : nous avons cherché à croiser les regards et les attentes des différents publics concernés directement et indirectement par le tutorat. Ainsi nous avons envoyé un questionnaire anonyme auprès des infirmiers qui venaient de finir les modules théoriques. Nous avons ainsi noté qu'il est parfois difficile de « continuer à aller à l'école » alors que l'on sort de l'IFSI²⁹¹. La nécessité d'aborder des connaissances utilisables directement sur le terrain s'est fait sentir. Nous avons sollicité les cadres formateurs de l'IFSI rattachés à l'établissement afin de communiquer les points à approfondir à l'occasion du parcours d'intégration dans un souci de continuité avec la formation initiale. Ce premier contact a permis d'envisager un partenariat dans un second temps dans la construction d'une valise pédagogique pour le module 4. Les cadres des unités ont été invités par mail à nous

²⁹⁰ Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

²⁹¹ Institut de Formation aux Soins infirmiers.

indiquer des thématiques à aborder dans les modules pour favoriser l'intégration. Ces éléments recueillis ont été croisés et analysés par le service formation continue de l'établissement et le doctorant pour **constituer un nouveau référentiel modulaire** sur 18 mois (ANNEXE 3) comprenant trois phases : l'intégration, l'acquisition d'outil puis l'analyse de pratique. Il a été soumis au groupe de travail pour affiner son contenu. Nous avons identifié un bénéfice secondaire à la participation aux parcours d'intégration (modules + tutorat) : c'est le moyen de se créer un « réseau » dans l'établissement au-delà des professionnels de son unité. Les infirmiers peuvent contacter d'autres novices pour les mobiliser comme ressources d'améliorations et de réflexions autour de leur pratique par la suite.

Une fois le référentiel modulaire construit et validé par le groupe de travail puis à l'occasion de plan de formation, l'établissement s'est attaché à mobiliser en priorité les compétences internes de l'établissement dans une logique de contrôle des coûts mais aussi de valorisation et de reconnaissance du personnel.

Mobilisation des compétences internes : développement du statut de formateur interne occasionnel.

Les modules de la phase d'acquisition d'outil font appel à des organismes extérieurs à l'établissement. En effet le prestataire en charge de la formation « gestion des situations d'urgences ou difficiles » répond aux attentes des professionnels.

Pour les autres modules nous avons eu à cœur de solliciter les compétences internes en fondant notre réflexion sur la législation des formateurs internes occasionnels²⁹² : présidente du collège des psychologues ou cadre du service qualité. A titre d'exemple nous souhaiterions évoquer les modalités de construction du module 4 « sémiologie/ qualité des écrits et transmissions ». L'objectif est que l'infirmier se familiarise avec le vocabulaire professionnel pour légitimer sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous avons ici souhaité un partenariat entre les cadres formateurs de l'IFSI et des infirmiers des services de psychiatrie afin de construire ensemble le référentiel détaillé du module et la valise pédagogique (les modalités et constitution de supports pédagogiques). L'animation de ce module est réalisée par des infirmiers volontaires

²⁹² Guide pratique : les formateurs internes occasionnels. Edition 2013. Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique. Ce guide est le fruit d'un travail interministériel dans le cadre des ateliers thématiques de l'Ecole de la GRH par la direction générale de l'administration et de la fonction publique.

qui sont les plus à même de faire référence aux pratiques qui ont réellement cours dans l'établissement afin de rendre utilisables rapidement les éléments contenus dans ce module.

Nous avons dû surmonter un certain nombre de difficultés chronophages dans cette optique : identifier les infirmiers compétents et acceptant de prendre une posture de formateur détenteur d'un savoir spécifique, identifier les cadres formateurs partenaires en respectant le circuit hiérarchique, faire coïncider les contraintes calendaires de chacun, harmoniser les points de vue parfois divergents entre les centres de formation et le terrain. Une fois ces difficultés surmontées, la richesse de cette modalité est avérée : elle permet effectivement de proposer une formation proche du terrain et de faire connaître dans l'établissement le projet de rénovation du tutorat.

Le tutorat : actualisation de la fiche de mission, renforcement du vivier interne de tuteurs, animation du groupe de tuteurs.

En parallèle de l'accompagnement par des contenus théoriques, la période d'intégration contient aussi un tutorat « institutionnel ». Ce tutorat complète l'attention portée par le cadre et son équipe à l'intégration d'un infirmier dans une unité. Elle repose sur la création d'une « communauté de tuteurs », formée et compétente. L'identification d'un référent de tuteurs au sein de la direction des soins (Béatrice) s'est révélée indispensable pour coordonner le groupe de tuteurs. Nous avons décidé d'agrandir cette communauté de tuteurs afin de pouvoir répondre aux besoins d'un tutorat devenu obligatoire dans l'établissement. Nous avons confirmé les missions de tuteur qui existaient préalablement dans l'établissement en organisant une réunion d'information destinée aux nouveaux tuteurs : ce temps d'échanges a permis une fois de plus d'affiner la fiche de mission tout en ouvrant le dialogue.

Nous avons donc pris énormément de précaution dans l'accompagnement de ce projet afin qu'il réponde au mieux aux attentes des différentes parties prenantes et en tenant compte de l'historique du projet. Ce projet a occupé la majeure partie du temps consacré par le doctorant dans cet établissement, il a favorisé le contact avec un nombre toujours croissant d'interlocuteurs dans tous les « mondes » de l'établissement. Malgré tout, nous n'aurons pas pu surmonter quelques difficultés qui n'auront pas pu permettre le déroulement complet du projet : à notre départ le tutorat n'est pas mis en place. Le vivier de tuteurs est constitué, leur formation a été assurée mais le process institutionnel n'a pas abouti. Il faut préciser qu'il demande une coordination étroite entre la DRH et la DS et que Béatrice s'est révélé être un porte-parole

fragile comme nous aurons l'occasion de la développer dans le chapitre suivant. Nous comprendrons plus tard que le projet même s'il rencontre un écho favorable général lorsqu'il est présenté en instance gardera une signature RH qui lui sera délétère. Le renouvellement des deux directeurs (DRH et DS) n'atténuera pas cette impression.

9.2.3 Dans l'Hôpital 2. Le projet de promotion du bien-être au travail dans 2 unités pilotes.

NEGOCIER L'ENTREE SUR LE TERRAIN

Le GT a décidé que le projet de promotion du bien-être devait se réaliser à partir d'un guide proposé par le doctorant puis validé en GT et en CHSCT. Il a été rapidement convenu que la mise en œuvre d'un projet de cette ampleur était délicate à conduire dans l'ensemble de l'établissement mais que le fait de le développer sur un site pilote était plus gérable. Les enseignements tirés de l'expérience de ce site permettraient ensuite une diffusion et un réajustement pour une implantation institutionnelle dans un second temps.

Après de nombreux débats pendant presque 8 mois, les unités 1 & 2 ont été désignées. Elles ont été présentées au doctorant en petit comité (DRH et DS) comme un site « lourd », « ingérable » ayant fait face à des évènements dramatiques : un meurtre commis par un patient sur un autre patient avec un défaut de vigilance identifiée de la part de l'équipe et la mort (suite de maladie) d'un chef de service charismatique. Depuis le service est dans un état de « chaos ». La DRH signale une répétition d'incidents disciplinaires (y compris des situations de violences vis-à-vis de l'encadrement) quant à la DS, elle redoute l'arrivée régulière de déclaration d'évènements indésirables et d'incidents médicamenteux pour ces deux unités. Le tableau dépeint est assez peu encourageant et nous comprenons à travers les échanges qui suivent en GT et en CHST que ces deux unités ont le statut de « mauvais élèves ». Pourtant les besoins en matière de promotion de bien-être criants finissent par convaincre et les membres du GT s'accordent pour que le projet soit proposé aux deux unités et que celles-ci prennent la décision d'y participer ou non.

Afin d'éviter que les acteurs du site se sentent en porte à faux, nous avons pris le temps de les rencontrer en respectant la ligne hiérarchique afin de négocier une entrée sur le terrain et d'obtenir l'accord de toutes les parties prenantes. Nous avons donc dans un premier temps présenté le projet à la cadre supérieure (mai 2014) de l'unité en présence de la DS qui est venue ainsi symboliquement signifier son soutien. Une fois son accord obtenu, nous avons avec elle

présenté le projet aux deux cadres de proximité (juin 2014) qui ont plutôt adopté une posture de réserve vis-à-vis du projet sans pour autant s'y opposer. Elles ont exprimé un certain désarroi devant des équipes jugées là aussi « ingérables » : se sentant démunies et à bout de ressources elles ont accepté malgré tout que le projet ait lieu dans leurs unités. Les modalités organisationnelles ont alors été négociées pour ne pas déranger le fonctionnement du service. Le doctorant animera des temps d'échange 1H les jeudis après-midis toutes les deux semaines dans chaque unité. Enfin le projet a été présenté aux équipes (avec toujours le même support PPT depuis le GT) afin de garder un discours cohérent mais aussi pour répondre aux questions éventuelles (Fin Aout 2014).

On peut dire que l'entrée sur le terrain a été plutôt aisée vis-à-vis de l'encadrement mais il a été plus délicat vis à vis des équipes puisque le doctorant-intervenant était « mandaté » par la « direction » (DRH). Les professionnelles ont craint que des intentions sous-jacentes aient été dissimulées. Ils ont longtemps pensé que le doctorant était psychologue malgré ses démentis systématiques et la redéfinition de son rôle régulièrement en début d'intervention comme accompagnateur du projet de promotion du bien-être. Pendant près d'un trimestre, nous avons porté attention à définir les attentes des équipes par rapport à ce projet qu'il leur a été plus ou moins imposé. Nous ne voulions pas créer de déception et nous avons rappelé à plusieurs reprises que nous veillerions dans cette démarche à définir ensemble des objectifs réalisables.

DEFINIR ET CONJUGUER AVEC LES ATTENTES DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES : CADRAGE DE L'ETUDE.

Nous avons favorisé l'expression de la demande des différentes parties prenantes ce qui nous a permis de définir des objectifs d'interventions multi-niveaux avec lesquels nous avons dû conjuguer pendant près de 18 mois. Ces attentes concernent des dimensions différentes et révèlent de préoccupations professionnelles spécifiques. Un dispositif d'intervention collaboratif a permis ce travail comme nous l'avons justifié dans la partie 2.4.2 consacrée aux différents types d'entretiens collectifs. Nous retraçons dans le tableau ci-dessous l'expression des attentes et les objectifs qui en découlent.

Tableau 31 : Récapitulatif de l'expression de la demande des différents acteurs du projet « promotion du bien-être au travail ».

Acteurs	Expression de la demande et attentes sous-jacentes	Objectifs de l'accompagnement
DRH DS	<p>INNOVATION</p> <p>SORTIR DU PARADIGME DE LA PLAINTE</p> <p>Volonté de voir un projet innovant et dans l'air du temps se développer avec une rigueur méthodologique.</p> <p>Changer de paradigme et sortir les professionnels de leur positionnement « attentiste » et de plainte à travers un projet qui permettra la recherche de solution de bien-être au travail au plan individuel, collectif et institutionnel.</p> <p>Localement sur le site pilote rompre avec le cercle vicieux d'un service qui fait office de contre-modèle et dont l'historique lourd pèse sur les générations de soignants qui se renouvèlent avec un fort turn-over. Les équipes sont signalées comme irrespectueuses de la hiérarchie, mais aussi vulnérables et manipulées par une forte présence syndicale. Au printemps 2013 une cadre de proximité a été menacée par un infirmier</p>	<p>Utiliser le « guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail ²⁹³» qui répond à ces attentes.</p> <p>Démarche participative (management polyphonique)</p> <p>Encourager au positionnement institutionnel. Renforcer la communication à double flux entre les directions et les unités de soins.</p> <p>Inclure les syndicats et ouvrir le dialogue avec les partenaires sociaux.</p>

²⁹³ Jean-Pierre Brun, Caroline Biron, France St-Hilaire. Ce guide a été réalisé par la chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail, grâce au financement de l'Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Vous trouverez le contenu de ce guide sur le site Web de la CGSST et de l'IRSST

<p>La cadre supérieure du service</p>	<p>RETABLIR L'ORDRE ET LE RESPECT DES REGLES POUR TOUS.</p> <p>Elle réserve un accueil chaleureux. Partante dès le départ, elle y voit un projet innovant et un soutien face aux difficultés rencontrées quotidiennement dans ces fonctions d'encadrement. Pour elle, l'équipe est à fleur de peau ou plus précisément une partie de l'équipe. Les anciens sont dans la revendication permanente et « prennent tout mal ». Il y a une certaine « perte de spontanéité dans les rapports » : « les cadres ne savent plus comment dire les choses pour éviter les malentendus. Tout est tabou. Tout est sujet à interprétation. Les plus jeunes dans le métier qui viennent d'arriver sont plutôt motivés mais ont du mal à trouver leur place et un champ d'expression. Pourtant ils sont pleins de ressources et d'idées ».</p> <p>Elle est déconcertée devant les demandes de la nouvelle génération de soignant. « De son temps », les choses ne se déroulaient pas ainsi. Elle attend donc que ce projet permette aussi de remettre de l'ordre et que les règles de fonctionnement soient respectées comme le port de la blouse par les soignants quand ils sont dans le service.</p>	<p>Redéfinir le rôle de l'encadrement supérieur avec les différents acteurs.</p> <p>Sensibiliser à d'autres formes de management en harmonie avec les attentes de l'équipe (management polyphonique).</p> <p>Sortir du seul rôle « panoptique » et donc de supervision.</p>
<p>Les cadres de proximité</p>	<p>ATTENTE DE SOLUTIONS MANAGERIALES ADAPTEES A UNE SITUATION NE CORRESPONDANT PAS AUX CAS D'ECOLE.</p>	

	<p>Elles sont septiques au départ sur la possibilité de réduire les tensions qui existent dans les équipes et qui semblent résister à toutes les démarches entreprises y compris l'accompagnement par un psychologue.</p> <p>Elles n'arrivent à conduire aucun projet. Il y a beaucoup de tabous, des discussions en parallèles des réunions ce qui ne permet pas de traiter les problèmes collectivement. Elles se sentent parfois en porte à faux entre les équipes et la cadre supérieure sur les méthodes managériales.</p> <p>L'une d'elle souffre d'un manque de légitimité perçue vis-à-vis de son équipe. (nombreux arrêts maladies)</p>	<p>Forme de coaching de l'encadrement.</p> <p>Sensibilisation aux principes du management participatif.</p> <p>Conduite d'entretien de débriefing après les réunions collectives pour interroger leurs perceptions de la situation et favoriser une démarche réflexive sur leur management.</p> <p>Ex : ne pas faire à la place de l'équipe le document sur les transmissions même si ça prend plus de temps.</p>
<p>Les équipes de soins</p>	<p>DES POSTES EN PLUS ET DES PRIMES : AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL.</p> <p>Les équipes se disent en souffrance. Elles sont débordées de travail et n'ont pas de temps à consacrer à un groupe de travail qui apparait dans un premier temps comme une surcharge de travail. Malgré tout une partie de l'équipe s'empare de la présence du doctorant comme d'un relais à leurs doléances adressées à la direction : « on n'a pas le temps », « on n'est pas assez nombreux ».</p>	<p>Ne pas donner de faux espoirs sur les conséquences de la présence du doctorant.</p> <p>Le cadrage consiste à redéfinir le rôle d'accompagnement pour une recherche de solution sur l'organisation du travail une fois le diagnostic co-construit sur le bien-être au travail élaboré.</p> <p>Permettre à chacun d'exprimer son point de vue.</p>

		Travailler sur le déficit de partage de bonnes pratiques et sur les visions antagonistes des membres de l'équipe sur la qualité de l'organisation des soins.
Les syndicats	FAIRE RECONNAITRE LA SOUFFRANCE DES EQUIPES ET LA PRENDRE EN COMPTE.	Communication en CHSCT sur les avancées du projet. Proposition d'intégrer les représentants de l'unité de soin dans le GT.

L'expression de la commande s'est déroulée sur plusieurs séances en particulier pour les cadres de proximité et les équipes. Elle s'est affinée au fur et à mesure des différentes rencontres et des échanges avec toutes les parties prenantes du projet. L'accompagnement repose principalement sur des fonctions de relais, de médiateur et donc de traducteur pour légitimer toute la chaîne hiérarchique, équilibrer les pouvoirs dans les équipes entre les anciens et les nouveaux : il s'agit donc d'ouvrir le dialogue et les échanges pour faire tomber les tabous. Cela repose sur la construction d'une relation de confiance entre respect de la confidentialité et mise en débat de sujets sensibles.²⁹⁴

²⁹⁴ Nous rappelons à cette fin que nous avons établi avec les acteurs de terrain les règles des échanges des entretiens collectifs grâce à la charte de fonctionnement du projet.

DEPASSER LE REFUS DE PARTICIPATION DES SOIGNANTS.

La méthodologie du projet repose principalement sur une démarche participative : mais la mise en œuvre de tels principes ne va pas de soi.

Phase 1 diagnostique : Définition des attentes du projet, du bien-être au travail. Identification des manifestations individuelles et collectives d'un défaut de bien-être au travail. Elaboration d'une cartographie des pratiques managériales influençant le bien-être au travail. (Septembre 2014/Décembre 2014)

Malgré les précautions prises de cadrage de l'intervention, d'expression de la demande et la négociation d'entrée sur le terrain nous constatons que les soignants « fuient » les temps consacrés au projet. Il faut dire que sur l'unité 1 la participation est non obligatoire de septembre à décembre 2014. Les soignants arrivent donc très tardivement aux réunions (à 14H25 au lieu de 14H00 alors que le temps prévu n'est que d'une heure). Nous constatons que certains prennent peu la parole dans cette unité. A plusieurs reprises nous ne sommes que deux ; le doctorant et le cadre. Il nous est donc impossible d'établir la cartographie des pratiques managériales. Finalement nous avons **recours à des entretiens individuels** sur deux journées : nous rencontrons les soignants dans un bureau de l'unité dans lequel nous ne sommes pas dérangés. Nous nous présentons à l'équipe, nous indiquons le but de notre présence, les modalités d'entretien (caractère confidentiel) et pourquoi nous sommes contraints à cette méthode. Tous les soignants présents sur les 2 journées prennent le temps de se présenter d'eux-mêmes aux entretiens. Cette étape sera décisive pour la suite du projet : nous avons fait la preuve du respect de la confidentialité. Dans la réunion de compte-rendu chacun retrouvera ses propos prouvant qu'il a été entendu. Enfin ces entretiens révéleront des discours contradictoires insoupçonnés dans la perception de la qualité de l'organisation du service et dans les attentes managériales.

Phase 2 : Validation du diagnostic co-construit et définition du plan d'action. (Janvier 2015-Mai 2015).

L'analyse des données diagnostiques est présentée dans une « grande réunion d'équipe » (médecin, encadrement, soignants des deux équipes). Elle est reçue avec un certain étonnement dans le constat d'un double discours sur la qualité du travail et les attentes des soignants. Les

soignants interagissent laissant penser qu'ils se sentent concernés par la suite du projet. Pourtant, à la cession suivante, ils ne se présentent pas : seule la cadre nous accueille. Des éléments de contexte ont probablement eu une influence. En effet, la cadre supérieure en accord avec le médecin a décidé de modifier les horaires de travail en proposant exclusivement un planning avec des roulements en 8H²⁹⁵. Nous décidons alors qu'il faut envisager une autre stratégie de travail. **Une réunion pour un nouveau cadrage** est organisée avec la DRH revenue de congés maternité, le nouveau DS et l'encadrement. Le doctorant propose de travailler avec les soignants sur un sujet plus proche de leur quotidien : les transmissions comme vecteur du bien-être au travail.

Phase 3 : Mise en œuvre du plan d'action. Le projet transmissions. (juin 2015-Décembre 2015).

Durant cette dernière période il n'y a plus de problème de participation. Le rôle du doctorant est désormais parfaitement identifié tout comme les objectifs des réunions qui ont lieu régulièrement. La qualité de l'accueil réservé au doctorant lors de la **phase d'observation non participante** des transmissions inter-équipes 3 jours dans chaque unité est révélateur de la relation de confiance établie avec le terrain. De plus la qualité des échanges entre les membres de l'équipe permet le partage de bonnes pratiques.

Nous avons précisé les étapes et les modalités méthodologiques de conduite du changement pour les projets de chaque établissement en indiquant plus particulièrement la présence et la participation des acteurs ce qui est cohérent avec notre cadre conceptuel qui repose sur les acteurs organisés en réseau : la sociologie de la traduction. Indiquer qui est présent, sur quelle période du projet et les fonctions occupées par ses acteurs dans l'établissement auront beaucoup de sens au moment de la rédaction des résultats. Si nous avons signifié à quel point il est délicat de rentrer dans le terrain que ce soit à l'échelle de l'établissement ou même d'un site pilote, il ne faut pas pour autant négliger la dernière étape qui consiste à prévoir son départ du terrain.

²⁹⁵ Précisons que pour satisfaire le plus grand nombre, l'unité proposé des plannings mixtes, certains soignants fonctionnant en 12H et d'autres en 8H. Malheureusement dans les faits cette tolérance est bien complexe à prendre en compte dans l'organisation du travail. Elle n'est donc satisfaisante que sur l'aspect équilibre vie personnelle/vie professionnelle.

9.3 Savoir quitter le terrain : une reprise en main des acteurs encourageante.

Dans le cadre d'une recherche-intervention et donc une posture de recherche transformative la question du départ du terrain est primordiale. Puisque nous avons pour intention l'accompagnement des établissements de la fonction publique hospitalière au changement, nous devons nous assurer que les démarches perdurent après notre départ. Il s'agit d'une question d'éthique : il ne doit pas y avoir de lien de dépendance entre la réalisation du projet et la présence du doctorant en contrat CIFRE. Aussi, nous avons pris garde à ce que les projets dans lesquels nous avons pourtant été très impliqués (en particulier dans la professionnalisation des parcours d'intégration des infirmiers) ne soit pas le projet d'un individu mais bien le projet d'un établissement mobilisant tout un réseau d'acteurs. Nous aurons pris soin d'identifier des relais des projets dans les établissements.

QUITTER L'HÔPITAL 1 : S'ASSURER DE LA PERRENITE DU PARCOURS D'INTEGRATION, FAVORISER UNE MISE EN PLACE DU TUTORAT ENCORE INCERTAINE.

Lorsque la première promotion d'infirmiers novices en psychiatrie a bénéficié du parcours d'intégration nous avons eu à l'esprit que nous ne serions pas présent pour la suivante et qu'il fallait donc s'assurer de réunir tous les éléments pour que de prochaines sessions aient lieu même après notre départ. Pour se faire, nous avons soigné la communication autour du projet auprès des cadres supérieurs de pôles mais aussi à l'occasion de nombreux échanges avec la nouvelle directrice des soins.

Si nous avons pu être rassurés par le suivi assuré par Alice²⁹⁶ qui fait preuve d'une grande autonomie dans l'organisation pratique du parcours d'intégration (convocation des infirmiers, campagne et appel d'offre sur les modules, gestion des intervenants...) nous avons été plus préoccupés par l'absence de prise de position de Béatrice à la direction des soins. Aussi Béatrice n'a pas été en mesure de réaliser seule du travail d'intercession, elle a rencontré des difficultés à être le relais de communication entre le service DHR et celui de la DS. Elle n'a pris position sur des choix concernant le statut des tuteurs. Nous avons donc craint qu'elle ne soit pas le porte-parole nécessaire au projet à la DS. Cette absence de prise en main nous a préoccupé car

²⁹⁶ La responsable de la formation continue du service RH.

elle a eu pour conséquence un défaut de relais d'information concernant le projet auprès des professionnels de santé en général y compris des tuteurs qui nous avons déjà eu du mal à réunir et don à mobiliser. Lorsque nous avons quitté l'établissement, Béatrice s'est vue attribuée d'autres fonctions moins transversales en assurant un poste de cadre coordinatrice de pôle mais personne n'était désignée à la DS pour prendre le relais de ses missions sur le parcours d'intégration.

Nous avons tout au long de l'année 2015 porté une grande attention à transmettre et partager l'état d'avancement du projet et les points gérés de façon incomplète auprès des personnes décisionnaires (statut de formateur interne occasionnel, principes du tutorat) pour un meilleur suivi du projet après notre départ. Nous avons veillé à limiter le risque de perte d'informations y compris concernant le réseau lui-même constitué autour du projet (personnes contactées et coordonnées) et les documents produits. Nous avons rédigé plusieurs écrits à cette intention.

L'intégration du thème des parcours d'intégration à l'agenda 2016 de la part du nouveau DRH autour d'un projet plus global de suivi des carrières des agents permet de penser que le projet perdurera dans l'établissement. Les nouvelles demandes d'inscription pour des infirmiers novices en psychiatrie réalisées spontanément par les cadres des unités constituent un point tout à fait encourageant et signalent une institutionnalisation au moins partiel du projet même si l'implication de la DS reste à éclaircir dans la forme de partenariat.

QUITTER UN SITE PILOTE : PENSER L'AUTONOMIE DE DEUX EQUIPES ENCORE MAL ASSUREES.

La proximité créée avec le site pilote a rendu le départ du terrain un peu plus complexe : nous avons partagé le quotidien de ces deux équipes pendant plus de 18 mois et les professionnels ont accordé une amélioration de l'atmosphère de travail et la résolution de problèmes concrets d'organisation du travail au projet et l'accompagnement du doctorant : *« Le retour sur les pratiques des soignants est positif. Le projet a finalement permis aux équipes d'investir un temps d'échanges et de réflexion... Il y a eu un vrai bénéfice à avoir quelqu'un de l'extérieur : ça permet d'ouvrir les vannes, d'aborder des choses taboues et de commencer à se dire les choses sur des éléments de travail. Ça a mieux fonctionné qu'avec la psychologue parce qu'on a pu trouver des solutions visibles : c'est important ! »* Nous précise la cadre de psy 2. Quelques semaines plus tard, la cadre de l'autre service confirmait : *L'avantage d'avoir un tiers est énorme. C'est vraiment mieux, ça permet une liberté de parole. L'équipe se sent plus à l'aise*

pour s'exprimer. Et puis le cursus professionnel²⁹⁷ du tiers, ça a beaucoup compté. Ça lui a permis de faire sa place, d'être légitime... Contrairement au passage de la psychologue. Avec elle ça n'a pas fonctionné. Sa présence c'est comme le souvenir d'une mauvaise expérience. Sa présence à elle conduisait à revenir sur le passé, ça ne permettait pas d'avancer, de penser à l'avenir et à le construire. La présence d'une psychologue dans le service ça veut dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas ! ».

Ainsi la présence limitée dans le temps du doctorant du fait du contrat de la CIFRE a suscité quelques craintes. *« C'est dur, c'est stressant d'avoir une date de fin pour terminer le projet. Il aurait fallu 6 mois de plus pour approfondir le travail engagé, approfondir le document « guide de rédaction des transmissions narratives » et poursuivre une meilleure évolution des changements engagés »* nous indique la cadre de Psy 1. Les équipes et en particulier l'encadrement ont indiqué qu'ils regrettaient le départ du doctorant *« juste au moment où ça commence à aller mieux. Le terme « ingérable » a disparu du vocabulaire des cadres pour décrire les équipes. Mais elles se sentent encore fragiles et redoutent que les mauvaises habitudes reprennent le dessus. « Ça donne une impression de travail commencé, en surface mais pas en profondeur. J'ai l'impression que ce n'est pas terminé »* Déclare la cadre de proximité de psy1. Plus tard la cadre supérieure reconnaît que *« Tous les problèmes ne sont pas réglés mais l'accompagnement se termine. Ça laisse un goût d'inachevé désagréable. Aujourd'hui après tout ce qui a été réalisé nous pourrions mieux traiter du bien-être au travail. Et c'est dur parfois de garder le cap ».*

Nous avons donc pris le temps d'organiser des **réunions de synthèse** pour les deux unités mais aussi avec l'encadrement afin de valoriser et de mettre en lumière l'ensemble des apprentissages collectifs acquis à l'occasion de l'accompagnement et de la démarche de promotion du bien-être au travail. Nous avons ainsi voulu démontrer que les équipes disposaient d'outils méthodologiques.

QUITTER L'HOPITAL 2

Le départ de l'hôpital 2 a été bien anticipé au plan institutionnel par la DRH qui a su penser la communication autour d'un projet de changement à l'hôpital particulièrement réussi à ses yeux. Selon ses dires, la méthodologie de ce projet a permis de faire passer les unités de statut de

²⁹⁷ La cadre fait ici référence à l'expérience de soignante du traducteur.

mauvais élèves au statut de modèle en termes de promotion du bien-être au travail. Avant notre départ nous avons donc **présenté le bilan du projet en GT, en CHSCT et nous avons rédigé des articles afin de communiquer dans et hors de l'établissement (revues professionnelles).**

L'institutionnalisation de la démarche, au-delà du site pilote, réside en la validation et la diffusion de la charte sur les bonnes pratiques des transmissions élaborée par le site pilote et de nouveaux projets à l'agenda de l'établissement en 2016. Tout d'abord la DS a pour objectif prioritaire de poursuivre les réflexions sur le tutorat à l'échelle institutionnelle. Enfin la DRH a l'intention de développer des projets autour de la conduite du changement en particulier dans un contexte de mise en place de la GHT et dans une logique de partage de bonnes pratiques.

9.4 Pertinence des entretiens et de la réunion de clôture commune.

A l'approche de notre départ du terrain, nous avons organisé des entretiens de débriefing avec divers acteurs ayant participé au projet comme nous l'avons signifié dans la partie 2.4.2. De même, nous avons organisé une réunion de synthèse clôturant officiellement le projet attractivité et fidélisation dans les deux établissements mais informant des suites qui seraient données.

LES ENTRETIENS DE DEBRIEFING.

Nous avons organisé ces entretiens les deux derniers mois de notre présence sur le terrain et pour certains après notre départ. Les professionnels ont accepté facilement d'accorder du temps pour faire un bilan sur les événements en lien avec le projet. Nous leur avons demandé de préciser leurs objectifs en lien avec leur participation dans le projet, s'ils avaient été atteints et pourquoi, le regard qu'ils portaient sur les évolutions du projet et leur rôle. Le fait qu'il n'y ait plus d'enjeu de partenariat de travail a libéré la parole de certains professionnels qui ont ainsi pu se confier. Nous pensons par exemple à Béatrice qui a pu révéler la pression qu'elle a subie pendant le projet. Elle avait honte de ne pas se sentir à la hauteur des attentes, « *prise dans une spirale de désapprobation* ». Elle a aussi confirmé que le projet était dénigré par l'équipe de la DS (avant l'arrivée de la nouvelle DS). Ainsi ces entretiens sont venus confirmer, justifier, argumenter par des verbatims les constats que nous avons commencé à poser. Nous retiendrons

aussi la pertinence d'interroger des professionnels qui ont quitté l'établissement et qui ont donc une certaine distance avec le projet. Ainsi, la DRH de l'hôpital 1 et la DS de l'hôpital 2 ont souhaité avant tout connaître l'évolution des projets qu'elles avaient perdus de vue et pour lesquels elles s'étaient impliquées. Elles ont ainsi pu compléter des informations concernant leurs intentions autour du projet et donner des éléments d'analyse *a posteriori*.

Nous retiendrons que ces entretiens sont indispensables pour donner du relief à l'analyse des données (triangulation).

LA REUNION DE CLOTURE COMMUNE AUX DEUX ETABLISSEMENTS.

Nous avons organisé avec l'accord des deux DRH une réunion commune aux deux établissements afin de dresser un bilan co-construit du projet attractivité et fidélisation et de ses dérivés. Il y avait un double objectif : tout d'abord informer les participants du réseau sur les avancées du projet et ensuite recueillir leurs impressions sur les modalités de ces projets et leurs effets dans l'établissement. Enfin, le fait de réunir les professionnels des deux hôpitaux permettait le jeu de la comparaison : nous avons montré que même si le projet attractivité et fidélisation s'était incarné dans des thématiques différentes (parcours d'intégration ou promotion du bien-être au travail) il y avait aussi de nombreux points communs confirmant la notion de défi à conduire le changement dans la fonction publique hospitalière.

Tous les professionnels ayant participé au projet ont été invités : membres du GT, professionnels du site pilote, formateurs internes occasionnels...

A l'occasion de cette réunion les professionnels ont signalé leur satisfaction d'avoir un retour sur un projet auquel ils ont participé. Ils ont aussi signifié les effets positifs produits par la conduite d'un projet institutionnel sur une longue période coordonnée par un individu extérieur à l'établissement permettant une continuité dans le suivi. Les échanges ont été riches une fois de plus en termes de partage d'expérience entre les deux établissements.

SYNTHESE DU CHAPITRE 9.

Nous avons au cours de ce chapitre apporté des éléments de compréhension méthodologique sous l'angle de la conduite du changement. Nous avons donc précisé comment s'étaient réunis les acteurs au cours des différentes étapes du projet, à quel rythme et avec quelle finalité. Nous avons montré comment il a été complexe de maintenir la présence et surtout l'implication des professionnels dans les GT. Ensuite, nous avons indiqué l'attention que nous avons portée à l'expression de la demande des différents partenaires du projet de promotion du bien-être au travail afin de soigner notre entrée sur le terrain et favoriser une boucle de traduction. Enfin nous avons expliqué les précautions prises au moment de quitter le terrain afin de favoriser la pérennité des projets. Pour terminer nous avons montré la pertinence des entretiens de débriefing pour la qualité de l'analyse. La réunion de clôture s'est révélée riche dans la production de connaissances sur le thème de la conduite du changement à l'hôpital. Nous allons désormais présenter les deux processus de changement conduits dans chaque hôpital en adoptant le guide de lecture de la sociologie de la traduction.

CHAPITRE 10 MONOGRAPHIE DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT : LES PROJETS DECRITS ET CONDUITS SOUS LE PRISME DE LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION ET DU MANAGEMENT POLYPHONIQUE

Nous allons désormais retracer les étapes de la conduite du changement menée dans chaque établissement organisée selon les étapes de la ST. Nous distinguons complètement deux usages de la ST pour faire cette monographie du déroulement du projet sur nos terrains. C'est pourquoi nous avons dû renoncer à l'idée « simpliste » de considérer que la phase de co-construction du diagnostic correspond à la problématisation, que l'intéressement s'est produit pendant la phase d'élaboration du plan d'action, que l'enrôlement a eu lieu pendant la mise en œuvre du plan d'action et que le rallongement du réseau s'est fait dans la phase d'institutionnalisation des projets. En effet, c'est ainsi que l'on pourrait concevoir naïvement la conduite du changement mais nous avons souligné le chemin incertain que prenaient les innovations. De plus, nous avons indiqué que les étapes de la traduction se chevauchaient. Aussi il nous paraît plus juste de regarder chaque étape du projet et de considérer que sur chacune des étapes (diagnostic, plan d'action et mise en œuvre) a eu lieu un processus de traduction total ou partiel. Ce choix nous paraît d'autant plus pertinent qu'il relate les difficultés récurrentes au moment de la mise en œuvre des plans d'action.

10.1 Description et analyse de la conduite du changement : la traduction inachevée sur la première période de recherche.

Nous présentons ici le processus de changement et donc de traduction sur la première période de notre recherche. Elle correspond dans les deux établissements à la co-construction du diagnostic concernant la pénurie d'infirmiers en psychiatrie dans chaque structure ainsi que l'élaboration d'un plan d'action visant la recherche de solutions pérennes. Dans les deux établissements, le processus de traduction est enclenché et nous sommes encouragés à poursuivre la démarche de conduite du changement : nous constatons une problématisation réussie comme nous allons le détailler un peu plus loin grâce au partage de processus d'intéressement (partages d'expérience professionnelle et de données sur le thématique de

l'intention de départ). Malheureusement l'enrôlement des acteurs se révélera partiel. Ce défaut de traduction sera visible au moment de la phase suivante de mise en actions difficile des acteurs sur la seconde période. Cela nous conduit *a posteriori* à chercher les étapes de la traduction qui ont échoué et à en élucider les raisons.

10.1.1 L'hôpital 1 : diagnostic, plan d'action et conception des 4 groupes projets. Des présences aux réunions de type faussement participatives qui ne permettent pas la controverse et un défaut de traduction coordonnée dans les différents centres de traduction

CONTEXTUALISATION.

Nous avons présenté dans la revue de littérature l'importance de la phase de contextualisation en particulier lorsque la ST est utilisée dans une visée normative. Mais à notre arrivée sur le terrain, même si nous souhaitions en accord avec la DRH mener un accompagnement dans une logique participative, nous n'avons pas encore fait le choix de notre modèle conceptuel. Aussi nous ne pouvons pas vraiment parler de phase de contextualisation volontaire. Nous avons certes porté attention aux particularités de l'établissement en travaillant à établir un diagnostic spécifique, en tenant compte des pratiques professionnelles locales aussi bien dans les services de soins (modalité d'appel à renfort) que dans les services supports (circuits du recrutement, la formation consolidation des savoirs comme accompagnement des nouveaux arrivants, la communication de l'établissement pour se faire connaître après la fusion...), mais nous n'avons pas recueillis pour autant tous les éléments concernant la contextualisation.

Il nous faudra plus de temps et une présence plus approfondie pour nous saisir complètement des modes de management effectivement en place dans l'établissement. De même que l'identification de personnes ressources ne s'est pas faite en amont de la problématisation mais plutôt *a posteriori*. C'est ainsi que nous n'avons pas été en mesure de comprendre que Béatrice, la cadre supérieure de la DS référente des tuteurs, allait rencontrer des difficultés pour devenir un porte-parole représentatif et donc légitime aux yeux des soignants. De même, il nous faudra quelques mois pour comprendre les enjeux de pouvoirs présents dans l'établissement et à divers niveaux hiérarchiques : nous n'avons pas mesuré à quels points les projets dans cet établissement pâtissaient des effets néfastes (sur le plan stratégique) d'une organisation

pluraliste. Le conflit latent entre les services DRH et DS est particulièrement marqué dans cet établissement et perdure malgré le renouvellement des deux directeurs : le discours favorable à une collaboration n'est malheureusement qu'une façade et ne se matérialise pas en actes. Ce conflit aura été d'autant plus compliqué à cerner qu'il n'est pas « ouvert » et ne s'affiche pas. Il se manifeste de façon sournoise par des attitudes de détournement qui consiste à laisser s'étioler le projet par un manque de soutien (report des réunions, absence de prise de décision ou décision inscrite dans le compte-rendu de réunion mais sans mise en œuvre effective ensuite).

PROBLEMATISATION : REUNION INHABITUELLE D'ACTEURS AUTOUR D'UN PROJET RH COMMUN, MAIS UNE ABSENCE DE CONTROVERSE.

Le projet démarre dans l'établissement autour d'un constat partagé entre différentes catégories professionnelles d'une pénurie d'infirmiers constatée dans les services de soins et d'une pénurie de candidatures dans les services chargés du recrutement (DS&DRH). Les conséquences de cette pénurie touchent largement l'hôpital ce qui rend la problématique visible pour tous les acteurs (Gaglio, 2011). Ainsi circonscrire le problème à traiter est une chose relativement aisée à l'occasion des premières réunions du GT.

Bien entendu chacun a sa propre idée et suggère un panel de solutions pour résoudre, selon lui, « simplement » le problème : dans cette perspective les avis divergent pourtant. « *Le bâtiment très ancien est endommagé et fissuré. Les locaux sont très dégradés et il règne un sentiment d'abandon : ça donne pas une bonne image, ce n'est pas attractif* » (M. P., Cadre supérieur, coordonnateur de pôle). « *Le site internet est très vieillissant et n'incite donc pas les visiteurs à approfondir leur recherche. J'ai travaillé à la reconstruction de ce site pendant un an, à la demande de la direction mais le travail est resté sans suite ...Il faudrait engager plus l'établissement vers une communication extérieure pour le recrutement.* » précise un autre cadre coordonnateur. Pour la cadre de proximité « *Un projet médical et para-médical clair, cohérent, permet aux professionnels de se situer, de donner un sens à leur travail et de créer un collectif autour de la qualité et la continuité des soins. Ils permettent aussi de se projeter dans l'établissement ou le pôle au regard de leurs valeurs, leur éthique et leur déontologie* ». « *L'encadrement des stagiaires est un levier de bonnes pratiques et d'attractivité* » précise l'infirmière, Mme S. « *Il me paraît indispensable que le temps de travail infirmier soit organisé pour concilier participation aux réunions cliniques et continuité des soins* » souligne le médecin chef de pôle.

Malgré tout la **reconnaissance de l'utilité du projet est vite assurée** : l'attractivité de l'établissement devient un sujet « supragroupe » (Krief, 2012) et donc fédérateur. La DRH répond en effet aux préoccupations du terrain concernant le recrutement d'infirmiers. Lors de la présentation du projet en instances des médecins et des cadres supérieurs de santé manifestent leur volonté de participation. La composition du GT (Groupe de travail) s'étoffe petit à petit (20 personnes) permettant la représentation des différentes catégories professionnelles propres à l'hôpital mais aussi des niveaux hiérarchiques variables (directeur, attaché, cadre, infirmiers, gestionnaire). Ainsi cette étape remplit bien sa fonction de **réunir des acteurs aux intérêts divergents autour d'un projet commun** (améliorer l'attractivité de l'établissement) en **identifiant une problématique commune** (une pénurie d'infirmiers dans les services de psychiatrie et en particulier en intra hospitalier).

Dans cette phase de problématisation chacun a l'occasion de s'exprimer sur les conséquences de cette pénurie et sur les raisons présumées de cette situation : les échanges portent sur des **vécus d'expériences** soulignant une évolution dans les pratiques professionnelles et dans les valeurs de la psychiatrie. « *Mon parcours professionnel est marqué par la délocalisation des activités de soins du site historique vers Paris. Nous passons donc d'une horizontalité à une verticalité. Les grands espaces font place à une structure moderne, mais dont les espaces sont considérablement réduits. Il fut complexe d'adapter les plus anciens patients à ce qu'ils ont vécu comme un changement fondamental des pratiques de soins. Les agents, quant à eux, habitaient pour la plupart en Essonne, se voyaient rallongé leur temps de trajet. La crèche ne remplissait plus ses fonctions de proximité, les solutions de logement non plus* » nous explique le cadre coordonnateur, M.P. « *Les renforts pour intervention en chambre de soins intensifs sont actuellement constitués uniquement de soignants masculins qui, par moment, consacrent la totalité de leur travail à ce type d'intervention. C'est épuisant nerveusement et cliniquement moins enrichissant que de participer à une prise en charge plus globale* » selon le médecin chef de pôle.

Récit d'expérience d'un cadre de proximité en hôpital de jour, M. L., à l'occasion de notre rencontre pour lui présenter le projet 2 :

« Je fais partie des infirmiers qui ont suivi une formation basée sur l'analyse, mobilisant des concepts freudiens. Je me reconnais à travers l'autre, pour apprendre à écouter l'autre. Toute la réflexion de l'infirmier se base dans ce cas sur le symptôme. Puis ma pratique a été modifiée par l'arrivée du scanner et des neurosciences. Il y a eu une véritable emprise de la médecine générale. Le problème c'est que les neurosciences portent toute la réflexion sur la dopamine. Ça donne l'impression qu'une fois que j'ai donné un médicament, j'ai fini le soin. Mais c'est faux. L'infirmier a aussi un rôle d'éducation et de formation à la santé mentale. Dans cette optique, il doit trouver un équilibre entre autonomie et poser un cadre thérapeutique qui rassure le patient. La difficulté qu'on rencontre, c'est qu'on n'a pas de modèle soignant. Les modèles qui existent sont des modèles médicaux mais on n'a pas de modèle de soin. C'était un problème en tant que soignant mais c'était encore pire en tant que formateur. J'ai eu l'impression d'avoir été dupé, comme si on m'avait vendu un produit frelaté parce que je ne savais pas comment transmettre mes savoirs. Maintenant je suis cadre de proximité. La psychiatrie a évolué. La question de la violence fait suite aux changements qui s'opèrent en psychiatrie. De toute ma carrière j'ai jamais pris de coup mais aujourd'hui j'ai peur...

Etre cadre c'est ne pas faire de vague, faire en sorte qu'il y ait des soignants dans les services. Le problème c'est qu'ils savent plus ce qu'ils font là, les soignants. Pour ça faudrait refaire des réunions de synthèse. Les vraies transmissions n'existent plus. On dirait qu'on a peur de heurter le soignant. On n'ose pas le remettre dans un contexte de soin. Finalement peut être que la solution à la pénurie c'est de mettre des éducateurs à la place des infirmiers en extra ! »

Des données objectives sont aussi présentées comme des résultats d'enquêtes réalisées antérieurement à l'IFSI et qui sont venus éclaircir les choix d'affectation rares dans les services de psychiatrie une fois le diplôme obtenu. Cette enquête avait été réalisée quelques années auparavant par la DS mais les résultats n'avaient jamais été partagés et étaient restés lettres mortes dans un tiroir. Ce partage de points de vue a permis aux participants de sortir progressivement d'une position singulière pour accepter de se réunir régulièrement autour d'une table. Cette évolution est indispensable car elle a permis aux acteurs de terrain débordés

d'accepter de prendre du temps et de coopérer avec d'autres professionnels issus d'autres mondes (Callon, 1986 ; Pichault, 2013).

Ainsi en se réunissant dans le but de co-construire un diagnostic précis de la situation de pénurie propre à l'établissement, le groupe de travail a rempli sa mission **de trouver un sujet qui revêt un degré de généralité suffisamment élevé** (Akrich et al. 2006) et servant les intérêts de tous afin que tous les participants se sentent concernés par le sujet et acceptent de venir aux réunions.

Nous voulons signaler que, lors de ces réunions, les échanges n'ont jamais abouti à la mise en débat des idées : chacun semble écouter les propos d'autrui sans les remettre en cause ce qui laisse supposer l'accord des participants mais nous comprendrons qu'au contraire, ces silences ne signifient ni l'adhésion, ni l'opposition. Finalement nous retrouvons ici une large proportion de participants « passifs » suivant la classification de Belorgey (2010, p.149) qui représentent 40 à 80% des acteurs et qui constituent de ce fait « tout l'enjeu du projet ». C'est le **comportement faussement participatif** qui ralentit sournoisement le projet.

Cette phase de problématisation a dû être renouvelée à chaque étape du projet et pour chaque nouveau membre du réseau. La plupart du temps, c'est le doctorant qui a joué le rôle de traducteur entre les différents acteurs membres du GT, du Co-pil mais aussi lors de la proposition faite aux professionnels de s'inscrire dans les groupes « action » ou dans les missions du tuteur. La problématisation s'est donc répétée dans chaque type de réunion, mais malheureusement, les objectifs à atteindre étant variables dans ces différents centres de traduction, nous avons constaté un écart de problématisation parfois source de confusion. Nous regrettons particulièrement cette situation alors que nous en avons perçu les risques et que nos moyens de prévention sont restés vains. En effet, nous avons pris le temps dans chaque centre de traduction (GT, Co-pil, les 4 groupes projet et le projet de professionnalisation des parcours d'intégration) de nous faire le relais des objectifs de chacun, du diagnostic élaboré, de présenter les synthèses des propos échangés et des avancées des différents projets même si cette attention s'est révélée chronophage. Nous observons ici une limite de notre modèle conceptuel. Ainsi chaque groupe action a opéré sa propre problématisation de la question de l'attractivité et de la fidélisation des infirmiers avant d'essayer de répondre aux objectifs pour lequel il était missionné. Nous pensons que ce chevauchement de centres de traduction, sans visibilité pour les acteurs malgré nos efforts de communication, a été délétère au processus de traduction avec un phénomène de confusion quant aux rôles à tenir par chacun : l'enrôlement ne peut donc, par définition, aboutir.

Malgré la reconnaissance de l'utilité de se réunir autour de cette thématique, nous avons pu entendre un scepticisme marqué quant à la capacité de changement de l'établissement : « *La multiplication des groupes de travail en transversalité, sans voir leur aboutissement décourage et disperse les énergies. Chaque direction souhaitant avoir la main, et toujours sans communiquer.* » (M. P. Cadre coordonnateur de pôle). L'établissement est présenté par la directrice des soins comme réfractaire au changement, et le fort positionnement syndical inquiète. De plus, au moment de l'élaboration, à l'occasion d'une réunion préparatoire en présence de la DS et de la DRH, le défaut de compétences en gestion de projet est souligné comme un problème majeur et semble justifier le recours d'autres professionnels non-inscrits dans le GT pour assurer les missions de chef de projet. « *Faut demander à M. Pierre d'être chef de projet pour le thème 4... Oui il est cadre supérieure de pôle en SSR²⁹⁸ pédiatrique mais il a longue expérience en psychiatrie. Lui, il sait mener un projet. Parce que sinon on sait comment ça va se passer, il n'y a aura rien de produit* » indique la DS. Quant aux autres professionnels, à l'occasion de rencontres informelles, ils mettent en doute la sincérité des directions dans leur volonté d'améliorer la situation de pénurie : le défaut de moyens financiers et humains alloués pour la réalisation des projets de la part de la direction reste à leurs yeux un souci majeur.

Aussi une impression de projet « bateau » ou encore de « déjà vu » a pu être exprimée. C'est le cas de la chef de projet des groupes 2&3. Elle n'était pas encore présente dans l'établissement au moment de la phase de problématisation du GT sur la question de la pénurie. En provenance d'un autre établissement et reconnue par ses compétences de gestion de projet, de rigueur et d'autorité (c'est ainsi que la présente la DS et ses collègues cadres supérieurs), elle reste perplexe lorsque nous lui présentons l'historique du projet et les axes de travail : « *on le sait déjà ça* » déclare-t-elle lorsque nous lui présentons les déterminants de l'intention de départ et les axes de travail qui en découlent dans l'établissement. Cette impression a renforcé le scepticisme déjà évoqué et toute la branche du réseau qui aurait pu découler de ces deux groupes ne s'est donc jamais développé. La chef de projet, Mme B. n'a jamais endossé le rôle de porte-parole des groupes 2&3 : « *Je ne veux pas être le chef de projet de ces groupes... je suis seulement l'animateur. L'attractivité, la fidélisation... d'accord. Mais il faut se méfier. Parmi les soignants, il y a ceux qui bougent trop et ceux qui bougent pas assez et qui sont des poisons pour les unités* ». Nous pensions à tort qu'en étant issue de la branche soignante elle aurait perçu l'opportunité de valoriser les savoirs et les expertises soignantes en psychiatrie mais il n'en est rien. Cela recoupe les propos de Béatrice, référente du tutorat, pendant l'entretien de clôture :

²⁹⁸ Soins de Suite et de Réadaptation. Il ne s'agit donc pas d'un pôle de psychiatrie.

les membres de la DS dénigreront de façon systématique les projets issus du GT attractivité et fidélisation y compris le projet de parcours d'intégration : les choix et les orientations sont remis en cause lors des réunions hebdomadaires à la direction des soins. Pourtant aucune remarque en ce sens n'a été présentée en GT auquel ils participaient pourtant de façon régulière. Aucune proposition d'amélioration n'a été faite pour ouvrir le débat. C'est pourquoi nous souhaitons souligner **l'absence de controverse dans le processus de changement** alors qu'un conflit latent existe entre la DS et la DRH. Ainsi, le projet étiqueté « DRH » s'est poursuivi, a été présenté en instance, a mobilisé un nombre croissant d'acteurs (bien que nous ayons rencontré des difficultés d'enrôlement comme nous allons le développer) sans avoir vraiment remporté l'adhésion de la DS, ce qui reste problématique aux vues de la thématique du processus de changement qui vise la fidélisation des infirmiers.

L'INTERESSEMENT : UN PROJET QUI DEVRAIT REpondre AUX ATTENTES EXACERBEES DE RECONNAISSANCE DU MONDE SOIGNANT.

Nous voulons ici souligner l'ensemble des actions et les efforts que nous avons mis en place à la demande du promoteur du projet, la DRH, afin de faire participer activement les acteurs du réseau en construction (Akrich et al, 1988). Le dispositif d'intéressement repose sur **le diagnostic co-construit qui fait consensus** : il a permis à l'occasion des réunions de GT qui ont opéré comme des centres de traduction de créer du lien en favorisant les échanges (Callon et Law, 1997, p.102). Dans ce but, **les processus d'intéressement** utilisés ont été les résultats de l'enquête réalisée à l'IFSI, les récits de vie professionnelle qui ont été consignés dans les comptes rendus de réunions puis diffusés, la revue de littérature élaborée par nos soins et venant assoir les échanges et orienter les décisions. D'autres processus d'intéressement ont été plus complexes à mettre en place. Nous pensons à l'élaboration des tableaux de bord qui nous sont apparus comme des outils types d'un processus d'intéressement mais qui se sont révélés finalement trop complexes à mettre en place.

Elaboration d'un tableau de bord (turn-over, mobilité externe, postes vacants et absentéisme des infirmiers de psychiatrie) : découverte d'une difficulté du service RH et échec du processus d'intéressement.

Les tableaux de bord peuvent être considérés, a priori, comme de bons processus d'intéressement. En posant des valeurs numériques sur la question de l'attractivité et de la fidélisation nous avons estimé que leur utilisation régulière pourrait favoriser le consensus pour son objectivité. Présentés sous forme de tableau, ils auraient dû permettre une lecture rapide. Véritable baromètre social de l'établissement, nous avons pensé aussi qu'ils pourraient constituer un outil d'évaluation du processus de changement que nous accompagnions. Pourtant dans les faits nous avons dû renoncer à leur utilisation et cela pour plusieurs raisons.

Nous avons été alertés à plusieurs reprises par la remise en cause systématique de la part des médecins, des cadres coordonnateurs de soins et la DS des données présentées par la DRH. En effet en dehors du GT nous avons pu participer à d'autres réunions et le nombre de postes vacants sur les pôles étaient toujours sujet à discussions. Les comptes n'étaient jamais identiques entre la DRH, la DS et les directions de pôles. Nous pensions à tort que cela relevait de querelles stratégiques mais il n'en est rien.

Nous avons mieux saisi la situation lorsque nous avons demandé aux personnes « compétentes » du service RH (dans lequel nous occupions un bureau) de nous fournir un tableau de bord pour le GT suivant, en mars 2014. Nous voulions procéder à une évaluation des premières actions mises en place. Nous ne comprenions pas pourquoi ce tableau de bord mettait autant de temps à nous parvenir. Puis finalement lorsque le matin du GT nous les avons reçu par mail, nous avons constaté une incohérence dans les chiffres. Les données ont donc été retravaillées et un nouveau tableau de bord nous a été proposé mais les agents du service RH ont précisé que « *les données n'étaient pas complètement fiables parce que le logiciel de gestion ne permettait pas d'extraire ce type de données de façon automatisée* ». Par ailleurs une partie des données sont détenues par la DS sans que l'outil informatique ne permette leur partage. Nous avons alors mieux compris le « vent de panique » qui avait littéralement déferlé dans le service RH deux semaines plus tôt lorsque nous avons demandé ce tableau de bord qui nous paraissait relever de la routine en RH.

Nous avons saisi que les chiffres n'étaient pas fiables et que les données n'étaient pas partagées en particulier le nombre de postes vacants. Le service RH n'avait donc ni les compétences ni les outils pour répondre à notre requête. Nous avons complètement renoncé à une quelconque comparaison entre 2012 et 2014 lorsque la DRH nous a précisé que la définition même d'un poste vacant avait changé depuis ces dernières semaines en lien avec la mise en place des pôles (redéfinition des contrats de pôles). Les comptes ont cessé de se baser sur des historiques peu

réalistes (certains postes vacants n'avaient pas été pourvus depuis plus de 5 ans) mais désormais, un poste était considéré comme vacant lorsqu'il était déclaré comme tel par le médecin coordonnateur de pôle et que le financement de ce poste était imputé au budget du dit pôle.

Ainsi, avec cette nouvelle définition, le nombre de postes vacants déclarés avait considérablement baissé sans pour autant que des infirmiers aient été recrutés ou que le personnel soit plus nombreux dans les services. Ces tours de passe-passe gestionnaires sont assez mal vécus par les professionnels de terrain. Nous avons donc préféré ne pas utiliser les tableaux de bord en GT et nous avons décidé de ne plus mettre en panique le service RH non outillé pour répondre à cette commande. Enfin nous avons échangé sur ce point avec la DRH qui semblait prendre conscience avec nous des lacunes du logiciel ...

Ces tableaux de bord ne sont donc jamais devenus des processus d'intéressement.

Dans la phase de construction du plan d'action, les centres de traduction se sont multipliés afin d'élaborer un plan d'actions plus large : GT, COPIL, 4 groupes projets. Comme nous l'avons signalé, les confrontations ou les débats d'idées y sont très rares. Elles concernent plutôt l'expression de craintes (moyen de financement du projet du tutorat sur le budget de formation institutionnel Vs budget de pôle). Ce constat se porte très nettement au moment du Co-pil pendant lequel les médecins présents ont du mal à donner leur opinion sur les axes de travail qui doivent être retenus comme prioritaires. D'une manière générale, les processus d'intéressement semblent moins efficaces dans la phase de construction du plan d'action. Ils ont favorisé la mise en place de problématisation simultanée et divergente. Au sein des groupes projet les « fiches » ont constitué des processus d'intéressement partiels. Elles donnaient pourtant les éléments d'identification du rôle attendu par chaque projet en cohérence avec les autres.

Nous illustrons ici le processus d'intéressement « fiche » pour le projet 3. Le document présente la mission générale, les objectifs attendus, les livrables attendus et la composition souhaitable de groupe « action » en le reliant à un des deux axes de travail considéré comme prioritaire au sein de l'établissement dans le cadre du projet attractivité et fidélisation. Elle doit guider le chef de projet et les membres du groupe en tant que feuille de route. Elle sert aussi de support au moment de la présentation des projets lorsque nous rencontrons les chefs de projet.

Projet 3 : DEFINITION D'UNE FONCTION DE REFERENTE.

Mission générale :

Définir la fonction de référente d'un soin ou d'un ensemble de soins faisant l'objet d'une reconnaissance de l'expertise acquise par formation continue et/ou par expérience professionnelle.

Objectifs opérationnels :

- Identifier les critères d'une expertise de soin justifiant une fonction de référente
- Etablir le lien avec les fonctions de tutorat dans les services (distinction ou regroupement de l'activité) qu'il s'agisse du tutorat des stagiaires ou des nouveaux professionnels.
- Penser les modes de formalisation de ce statut de référente (Par exemple : inscription dans le projet de pôle).
- Penser l'exploitation des ressources de ce statut de référente dans les services : professionnel de terrain qui forme spécifiquement les stagiaires ou les nouveaux professionnels du service, réunions permettant l'exposé de l'expert (faisant par éventuellement de ces recherches sur ce soin ou sur l'observation partagé des pratiques dans d'autres services), rencontre des différents référents d'un même ensemble de soins pour analyse de pratiques.... Penser ces expertises comme des possibilités de techniques avancées.

Livrables attendus :

Fin Juillet 2013	Remettre la liste de composition du groupe
Fin octobre 2013	Présentation de la définition et du périmètre du rôle de la fonction de référente pour validation par le groupe. <i>NB : ce travail se déroulera en collaboration avec M. XXX de la direction des soins puisqu'un travail est prévu sur les fonctions de référente pharmacie.</i>
Décembre 2013	Identifier la liste des soins ou ensemble de soins spécifiques à la psychiatrie qui pourraient faire l'objet de la mise en place d'une fonction de référente en se basant sur les pratiques qui ont cours dans les unités. (le travail effectué pour l'axe 1 de recensement de l'activité par unité sera une source d'information pertinente à exploiter).
Mars 2014	Proposition de modes de formalisation du statut de référente Elaboration d'une première liste d'IDE référentes réellement présentes dans les unités.
Octobre 2014	Création d'un tableau de bord permettant de suivre la liste des référentes par unité et par pôles. Conception d'une organisation de rencontres d'IDE par type de références pour échanges sur les pratiques et valorisation de la construction des savoirs. (Voir 2-A)

Projet de composition de groupe :

- un membre du GT
- 1 chef de projet
- 4 IDE (jour/nuit/intra extra)
- 2 cadres de proximité

Pour autant ces fiches n'ont pas permis aux soignants, quelle que soit leur position hiérarchique, de s'emparer de projets qui auraient pu pourtant valoriser leur métier et leur expertise : en traitant d'un statut de référente (projet 2) et donc d'expertise de soins et de valorisation des connaissances et de la recherche en soins (projet 3) en plein essor dans d'autres établissements. Les thématiques des projets n'ont pas été relayées par la DS et n'ont pas pu enrôler les

soignants. Ce défaut d'*empowerment*²⁹⁹ de la part du monde soignant nous a quelque peu déstabilisé, alors que nous avons compris au moment de l'analyse de nos données croisées à la revue de littérature sur la satisfaction au travail et sur la distinction *cure/care* dans le monde soignant, que les questions de la reconnaissance et d'un travail valorisant les savoirs discrets des soins en psychiatrie répondaient à des besoins majeurs. Nous n'avons pas identifié l'existence de freins culturels d'un milieu professionnel mal à l'aise avec le fait d'identifier ses savoirs et de les valoriser. Par ailleurs nous avons compris bien plus tard que les infirmiers n'avaient pas l'habitude de se positionner par eux même sur des projets de ce type. Le respect des règles hiérarchiques propres aux organisations bureaucratiques imposait que le supérieur invite son subordonné à participer et non que ce dernier ose s'inscrire de lui-même. « *Ben oui vous comprenez, on peut pas s'inscrire comme ça. Moi c'est pas pareil, je suis bien avec ma cadre, mais sinon il faut attendre que ce soit elle qui nous suggère de participer à un groupe de travail. C'est une forme de reconnaissance qu'elle nous donne. Il nous faut son aval.* » (Melle H, Infirmière du GT).

Construction et utilisation d'un objet frontière dans le Groupe 4 « implication des cadres et de la DRH dans la gestion des compétences » : la feuille filière/métier/compétences des infirmiers de psychiatrie. Un processus d'intéressement pertinent qui permet la synergie avec d'autres projets concomitants.

Nous souhaitons accompagner le regard du lecteur sur le travail mené dans le groupe 4. Le document de travail élaboré à cette occasion a constitué un processus d'intéressement qui a pu mobiliser dans une relation de collaboration des professionnels issus de mondes différents (DRH, Soins, IFSI, DS). L'objectif de ce groupe était de travailler sur l'identification des compétences clé à retrouver par un cadre au moment de l'évaluation d'un infirmier arrivé dans l'unité de psychiatrie. La richesse de ce groupe réside dans sa composition pluridisciplinaire d'une part et constitué d'experts d'autre part. Le doctorant-traducteur a pu ainsi spécifier en entretien individuel préalable en quoi chacun des participants avait sa place dans le groupe et la présenter aux autres. Ainsi nous disposons une cadre formateur de l'IFSI qui était sensibilisé

²⁹⁹ Le terme *empowerment* tire son origine des Etats-Unis et du Québec et reste intraduisible en Français. Il décrit le processus qui permet à un groupe de se mettre en action et de s'émanciper pour résoudre un problème de manière autonome. En management, l'*empowerment* repose sur trois piliers : vision, autonomie et appropriation.

à la notion de compétences attendues et leurs évaluations dans le cursus de formation initiale et qui pouvait faire le lien avec les premiers pas du professionnel. Un cadre supérieur qui avait longtemps travaillé en pédopsychiatrie faisait également partie de ce groupe. De même, nous avions un cadre de santé et un infirmier qui avaient travaillé dans leur pôle sur la révision des fiches de postes et qui avaient ainsi pu mettre en valeur les compétences attendues pour un infirmier. Enfin nous disposions de la responsable RH du projet GPMC dans l'établissement qui était en phase d'élaboration d'une fiche métier « pilote ». Les expertises de chacun se sont conjuguées autour d'un outil co-construit en tant qu'objet frontière. Il répond aux besoins des représentants des différents groupes : c'est un document hybride (Callon et Law, 1997) qui reprend divers documents de travail en cours de construction à la DRH et dans les unités. Les autres professionnels ont mis leur touche pour créer une fiche « métier » pour la psychiatrie et une seconde pour la pédopsychiatrie. La construction de ces fiches a rempli les fonctions de processus d'intéressement puisque les professionnels se sont organisés d'eux-mêmes pour se voir en dehors des temps de réunion et avancer le travail (enrôlement). En tant qu'objet frontière, cette fiche est à la fois un outil RH dans le cadre de la GPMC, mais il sera aussi utilisé dans les services de soins aux services de l'encadrement comme un outil permettant d'objectiver l'évaluation des compétences des infirmiers. Le fait que la nouvelle DS présente cet outil en comité de soins, pour le rendre légitime, finalise l'idée du rôle de vecteur de traduction rempli par cet objet.

Tableau 32 : Tableau de correspondance de la fiche métier pour illustration.

TABLEAU DE CORRESPONDANCE METIER/ /POSTE FILIERE /POSTE SERVICE

Métier : IDE Filière : PSYCHIATRIE de l'enfant et de l'adolescent CMP / CATTP / HDJ / PERINATALITE / HC

1. Activités

Fiche métier GESFORM	Fiche poste par filière GESFORM	Fiche poste de service	
		Activités	Tâches/sous activités/actes professionnels
Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, étudiants, stagiaires, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - accompagner les nouveaux arrivants - Actualiser et / ou approfondir ses connaissances, ses acquis et /ou ses pratiques - dispenser des formations liées à son domaine d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutorat - Participation à des formations - Dispensation de formations 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil, accompagnement des <ul style="list-style-type: none"> o Nouveaux arrivants o Nouveaux diplômés o Etudiants... - Action de formation continue - EPP - Analyse des pratiques - Interventions formatives <ul style="list-style-type: none"> o Instituts de formation <p>Congrès, séminaires intra ou extra hospitaliers</p>
Accueil et prise en charge des personnes (agents, patients, usagers, etc..) dans son domaine	<ul style="list-style-type: none"> - conduire l'entretien d'accueil et évaluer cliniquement le patient - renseigner les documents d'accueil et évaluer cliniquement le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de l'enfant et / ou des parents - Entretien avec le patient et / ou la famille - Déterminer la nature du problème - Evaluation clinique - Etude du milieu familial - Rédaction des informations recueillis 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la capacité de compréhension du patient et / ou de l'entourage - Établir une relation de soin - évaluer la conscience du trouble Comprendre la problématique - Établir un diagnostic IDE - Informer le patient et / ou l'entourage du traitement dans ses différentes dimensions psychothérapeutique comme chimio thérapeutique - Rechercher le consentement éclairé - Rechercher l'alliance thérapeutique - Apaiser l'angoisse du patient - Rassembler des informations - Tracer les informations sur le dossier patient
Élaboration du projet de soins et du plan de traitement du patient, de la personne, en	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter les données et l'analyse infirmière au projet de soins - Informer patient et / ou son entourage sur le projet de 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du projet de soins en équipe pluri professionnelle - 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser de la situation selon l'évaluation faite en amont - Présenter la situation en équipe pluri –professionnelle - Délivrer les informations patient et / ou son entourage dans le cadre d'un entretien - Présenter du projet personnalisé de soins à l'équipe - Rédiger des CR de synthèse

équipe pluri professionnelle	soins en recherchant leur adhésion	- Information au patient et / ou son entourage sur le projet de soins	
Participation à la coordination du parcours de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Délivrer des conseils pédagogiques et relevant de l'éducation thérapeutique, relatifs à son domaine d'activité auprès des usagers et de leur entourage - Mettre en œuvre le projet de soins en collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle - Partager son analyse infirmière aux réunions de synthèse 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition des actions ETP si nécessaire - Entretien individuel et / ou familial - Lien avec les structures et / ou intervenants du pôle et extérieurs - Planification et programmation des interventions en coordination avec celles des autres professionnels - favoriser les contacts entre les équipes soignantes et la personne soignée et/ou ses proches 	<ul style="list-style-type: none"> - Se former à l'ETP - Mener des ETP suivant les objectifs d'acquisition de compétences définis en amont - Entretien <ul style="list-style-type: none"> o D'observation o Informatif o Relation d'aide o A la compliance aux soins o D'orientation ... - Participer aux de temps de rencontres / synthèses avec les équipes pluri-professionnelles
Réaliser des soins spécifiques à son domaine d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Surveiller l'état de santé des personnes (patients, enfants, etc.), dans son domaine d'intervention - Réaliser les soins relevant de la prescription médicale - Réaliser les soins relevant du rôle propre - Rédiger à une fréquence adaptée les différents 	<ul style="list-style-type: none"> - Actes soignants relevant des compétences IDE en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent - Traçages des actes 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels ou familiaux - Activités socio -thérapeutiques - Dispensation médicamenteuse - Soins de plaies / Pansement simple - Rédaction des CR - Traçages des actes sur le dossier patient - Traçage des actes sur le RIM-P

	éléments constitutifs de la prise en charge dans le dossier patient		
Gestion des stocks de dispositifs médicaux, de produits (incluant les stupéfiants), de matériels, dans son domaine d'activité	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôler les stocks - Saisir, suivre, contrôler, relancer les commandes, ranger les produits à stocker en fonction des procédures existantes - Contrôler, commander, ranger le matériel d'urgences en fonction des procédures existantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à l'actualisation des dotations avec le cadre et le médecin responsable de l'unité. - Gestion du matériel d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller aux besoins pour : <ul style="list-style-type: none"> o Les activités socio thérapeutiques o La pharmacie o La régie hospitalière <p>Trousses et défibrillateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle et suivi des dates de péremption - Contrôle et suivi des scellés - Contrôle et suivi de l'hygiène des matériels
Appliquer, promouvoir et contrôler l'utilisation des protocoles dans son domaine	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer, promouvoir et contrôler l'utilisation des protocoles de soins, d'hygiène, administratifs dans son domaine d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenue et actualisation d'un classeur de protocoles : GED ou GPD - Partage de l'information avec les équipes 	<ul style="list-style-type: none"> - Récupérer les protocoles, communiquer l'information liée aux équipes, participe au déploiement des protocoles dans son unité : Il est référent
Implication dans les instances institutionnelles et travaux transversaux	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer, développer, mettre en œuvre les travaux institutionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux instances : - Instances du pôle - Instances de l'établissement - Instances régionales - Instance nationales 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail de liens des problématiques de soins avec les instances. - Restitution et présentation aux équipes des résultats, groupes de travail.

<p>Se former, et transmettre des savoirs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dispenser des formations liées à son domaine d'activité : <ul style="list-style-type: none"> o En instituts de formation o En encadrement de stagiaires - Accompagner les nouveaux arrivants - Se réactualiser et/ou approfondir ses connaissances, ses acquis et/ ou pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention, action de formation en IFSI, IFAS, Congrès, séminaires intra ou extra hospitaliers - Participation à des formations. - Accueil, accompagnement des <ul style="list-style-type: none"> o Nouveaux arrivants o Nouveaux diplômés o Etudiants... - participation a des journées d'échanges professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir une veille sanitaire - Préparation de l'intervention, et Utilisation d'une pédagogie adaptée. - Dispensation de la formation - Mener toutes les actions définies dans le domaine de l'accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, étudiants, stagiaires, etc.)
--	--	---	--

2. Savoir faire

Fiche métier	Fiche emploi	Fiche poste	
<p>Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser / évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans son domaine d'activité - Évaluer la souffrance morale et physique des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir mener un entretien - Faire preuve de discernement, - Savoir utiliser les références théoriques 	<ul style="list-style-type: none"> - Conduire un entretien avec le patient et / ou de l'entourage. - identifier le ou les problèmes de santé et les ressources de la personne soignée - poser les diagnostics infirmiers et définir des actions de soins et les résultats.
<ul style="list-style-type: none"> - Analyser, synthétiser les informations permettant la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser, synthétiser les informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire preuve de capacités : <ul style="list-style-type: none"> - D'analyse - De synthèse - De transmission - De rédaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmettre à l'oral et à l'écrit des informations concises, précises et objectives de toutes informations recueillies - Tracer de façon fiable les actions des différents partenaires de la prise en charge

de la personne soignée et la continuité des soins			
- Concevoir et conduire les projets de soins, dans son domaine de compétence	<ul style="list-style-type: none"> - Concevoir et réactualiser un projet de soins infirmiers intégré dans le projet de soins pluri professionnel - Élaborer et formaliser un diagnostic infirmier de la personne, relatif à son domaine de compétence - Organiser et coordonner des interventions soignantes - Accompagner la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens - Traiter la souffrance morale et physique des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire preuve de capacités : <ul style="list-style-type: none"> - D'analyse - De synthèse - De transmission - De rédaction 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir le recueil de données - Conduire des entretiens avec le patient et / ou de l'entourage et / ou les partenaires. <ul style="list-style-type: none"> - Mener des entretiens réguliers avec la personne soignée et/ou ses proches - Concevoir et participer aux activités socio thérapeutiques et séjours thérapeutiques - retranscrire ses observations dans le dossier de soins - compléter et enrichir tout au long de la prise en charge le recueil de données initiales par ses observations et celles de l'équipe pluri - professionnelle, - Retranscription les actions de soins dans le dossier de soins infirmiers après les avoir validés en équipe le patient et / ou de l'entourage.
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence	- Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Faire preuve de capacités à : <ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et rédiger des projets. - Partager l'information avec tous les professionnels du pôle, de l'UF... - Argumenter ses positionnements cliniques et institutionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - participer à des groupes de travail en lien avec les pratiques - Tenir une veille professionnelle - Maintenir à jour les protocoles et procédures. - participation aux différentes instances du pôle et / ou institutionnelles.
- Conduire un entretien d'aide	- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer identifier problèmes. - Analyser les besoins des patients et / ou entourage - Apporter des réponses adaptées aux besoins des patients et / ou entourage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher l'alliance thérapeutique. - Conduire un entretien dans un lieu respectant la confidentialité et l'intimité des échanges, - favoriser l'expression - Utiliser un langage clair et adapté au niveau de compréhension de la personne soignée et de l'entourage, - utiliser les médiateurs nécessaires à l'échange.

		<ul style="list-style-type: none"> - Transmettre les informations reçues ou données aux professionnels concernés et / ou partenaires impliqués - Favoriser la transmission ciblée 	<ul style="list-style-type: none"> - s'assurer de la compréhension de la personne soignée et / ou son entourage - observer et décrypter des liens de l'enfant avec son entourage. - transmettre de façon écrite et orale de toutes informations et observations utiles à l'identification des symptômes, des risques et des pathologies.
<ul style="list-style-type: none"> - Éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Initier et mettre en œuvre des actions préventives, thérapeutiques et éducatives liées au projet de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Agir dans le respect de son champ de compétence en complémentarité avec les autres professionnels, dans le respect de la place de chacun et du projet de soins - Mener les entretiens et les accompagnements nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer des bilans individuels ou de groupes (évaluation écologique, tests, ...) - Conduire des entretiens - Concevoir et participer aux activités socio thérapeutiques et séjours thérapeutiques
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les pratiques professionnelles de soins dans son domaine de compétence 		<ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'analyse des pratiques d'équipe et / ou sur la base du volontariat à la supervision. - Utiliser les ressources à disposition dans le pôle notamment les différents temps d'évaluation avec le tuteur identifié et la hiérarchie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observer l'évolution de la personne soignée Maintenir la bonne tenue du dossier de soins. - Partager les informations reçues et données en équipe pluri professionnelle - Solliciter tant que de besoin des échanges avec le tuteur et / ou l'encadrement

<ul style="list-style-type: none"> - Identifier/ analyser des situations d'urgence spécifiques a son domaine de compétence et définir les actions 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la gravité et / ou les urgences <ul style="list-style-type: none"> o Somatiques o Psychiques o Sociales o Environnementales 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les besoins des soins ou d'accompagnements s'y apportant - Connaître les circuits liés à l'urgence et / ou ceux des déclarations d'informations préoccupantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en coordination avec les professionnels impliqués dans la situation. - Coordonner les actions avec les partenaires des services d'urgences et / ou les acteurs liés à la déclaration d'informations - Savoir prendre appui sur l'appréciation de la cellule de déclarations d'information préoccupantes - Veiller à l'évolution symptomatologique de la personne soignée.
<ul style="list-style-type: none"> - Identifier/ analyser, évaluer et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives/ préventives 	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter son comportement, sa pratique professionnelle dans des situations critiques dans son domaine de compétences - Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques - Gérer ses émotions, son stress..... 	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir une veille réglementaire - Rechercher les informations et les transmette 	<ul style="list-style-type: none"> - - Consulter les revues professionnelles - - Communiquer avec tous les acteurs de la prise en charge - - Participation aux réunions cliniques - Participer au groupe d'analyse des pratiques. - Participer aux actions de dépistage et prévention - - liens avec les partenaires medico-socio-éducatifs - - participation aux réunions de partenariat

ENROLEMENT : MOBILISATION REUSSIE DES MEMBRES DU GROUPE DU GT DANS LA PHASE DIAGNOSTIQUE PUIS CONFUSION DES ROLES DANS LA PHASE DE CONSTRUCTION DU PLAN D'ACTION.

Nous venons de préciser que nous avons utilisé avec plus au moins de succès divers processus d'intéressement. Nous avons aussi souligné la complexité de développer simultanément différents centres de traduction qui n'ont pas les mêmes rôles. Nous allons voir désormais comment cette attribution des rôles et la distinction entre des natures de rôles différents vient expliquer l'interruption du processus de traduction dans l'établissement pour une partie des projets.

Dans la première phase, ce qui est attendu de la part des membres du GT est de contribuer au diagnostic en partageant les connaissances qu'ils ont de la situation et en participant à des décisions simples sans modification majeure de l'organisation de l'établissement et sans impact direct sur la réalisation de leur propre travail. L'enrôlement est visible par une présence et une participation active des membres du GT lors des réunions qui ont lieu régulièrement. Les échanges ont pu aboutir par exemple à la mise en œuvre d'une révision du montant d'allocation d'étude des étudiants infirmiers, fruit d'une collaboration entre les services RH, Direction des soins et Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI). Il n'y a qu'un centre de traduction. Tous les participants ont le même rôle dans le GT, ce qui permet un aplanissement des positionnements hiérarchiques.

Dans la phase suivante, la nature des rôles est différente. Elle concerne l'organisation stratégique d'un plan d'action de plus grande ampleur nécessitant la participation et la coordination de nombreux acteurs se réunissant dans des espaces de discussions différents. Le rôle de chacun est plus difficile à cerner et les rôles sont hiérarchisés en fonction d'un pouvoir décisionnel accordé (factice ou réel) en fonction des thèmes. La question des relais entre les différents centres de traduction se posent (GT/COPIL/groupes projet). Or, dans cette deuxième phase un nombre considérable de participants ne se sont pas inscrits sur la base du volontariat et leur légitimité au regard de leur expertise n'est pas toujours acquise : ils ne sont pas perçus comme représentatifs de leur groupe (Alter, 2000). Il leur a été d'autant plus difficile d'endosser un rôle qu'ils ne l'avaient pas choisi. Ils ont été « invités » ou « nommés » : cela est perçu tantôt comme une reconnaissance des compétences requises, tantôt comme une injonction surplombante que l'on ne peut décliner, mais aussi comme une surcharge de travail, les mêmes agents étant sollicités dans de nombreux projets de l'établissement. Nous avons pu en effet constater la présence « chronique » du cadre supérieur, M. Pierre présent dans le projet 4 sur de

nombreux autres groupes de travail sur des sujets connexes. Il faut dire que sa loyauté envers l'institution ne fait pas l'ombre d'un doute au niveau de la DS. Elle est donc rassurée de le savoir présent sur des projets qui paraissent délicats à conduire.

Quant aux membres du GT, ils ont désormais plutôt un rôle de validation que de décision. Ce changement de posture a peut être détourné un certain nombre de professionnels qui progressivement ne viennent plus aux réunions du GT. Ce sentiment de ne plus « décider » est sûrement amplifié par un « rituel » de préparation avant les réunions qu'organise la DRH dans un souci d'efficacité de la réunion et qui vise à simplifier le processus décisionnel. L'ensemble de ces éléments explique les attitudes de **figuration faussement participative** pour les acteurs qui viennent malgré tout aux réunions et qui nous laissent penser à tort qu'ils sont d'accord avec les orientations décidées en réunion préparatoire. Nous comprenons que les professionnels adoptent une forme de retrait : ils deviennent spectateurs de ce qui se joue dans le GT ou le Copil. L'enrôlement présent dans la première phase n'est pas entretenu au moment de l'élaboration du plan d'action. Ils se désintéressent progressivement du projet, ne se sentent pas concernés et restent donc sans avis : ils sont « ni-ni », ni pour ni contre les propositions d'orientation. Ils avaient accepté d'endosser le rôle de témoins mais ne veulent pas s'investir dans une prise de décision qui viendrait afficher aux yeux des autres un positionnement qui pourrait se trouver en contradiction avec les valeurs du groupe auquel ils appartiennent respectivement.

Quant à ceux qui sont « contre », ils ne l'affirment pas en GT évitant ainsi le conflit ouvert (comme nous avons pu l'exprimer au sujet du service de la DS). L'article de Sainsaulieu³⁰⁰ rejoint notre propos et justifie habilement d'une forme de mouvement collectif à l'hôpital qui n'est jamais contestataire mais plutôt consensuel : *« Moins classique, la mobilisation consensuelle sera appréhendée, en termes généraux, comme une action collective sans adversaire explicite (ni même implicite), mais conforme à l'institution qu'elle sert, collective (largement participative) et volontaire (contrairement à un effet d'agrégation involontaire). Elle se déploie sur une variété d'échelles (organisationnelle et institutionnelle), comprend une dimension transversale, interprofessionnelle ou interinstitutionnelle, relève de la répétition ordinaire du quotidien aussi bien que de l'événement extraordinaire (exceptionnel ou périodique) et s'inscrit dans le cadre prescrit du travail (et non dans l'espace public), ce qui limite son contenu en termes de débat démocratique »* (Sainsaulieu, 2012, p.461). Aussi ce

³⁰⁰ Sainsaulieu, I. (2012). La mobilisation collective à l'hôpital: contestataire ou consensuelle?, *Revue française de sociologie*, 53(3), 461-492.

mode de fonctionnement explique les difficultés que rencontre l'hôpital en particulier au plan institutionnel à vivre des situations de controverse pourtant indispensables au processus de traduction.

D'autres ont probablement été déçus de voir passer sous silence des préoccupations qui avaient été évoquées, à demi-mots, dans la phase diagnostique (comme la confrontation à des situations de violences) ou plus franchement affichées lors de la présentation des axes de travail (comme la surcharge de travail). En effet les choix d'axes de travail prioritaires ne répondaient pas assez à ces préoccupations qui avaient pourtant un fort impact sur les quotidiens de travail des soignants. Ces derniers ont regretté que « *les vrais problèmes ne soient pas abordés* » et se sont donc progressivement retirés du GT.

Enfin, des éléments de contexte ont desservi l'enrôlement des acteurs dans la phase de construction du plan d'action comme la modification de la démographie infirmière à la fin de l'année 2013. Ainsi, la thématique du projet « attractivité » devenait obsolète : la problématisation n'était plus « valable ». Nous n'avons pas su communiquer auprès des membres du GT sur la réorientation des objectifs à savoir la fidélisation du personnel qui correspondait alors parfaitement au développement du projet sur les parcours d'intégration. La participation des membres du GT était déjà sur le déclin et ces derniers ne prenaient visiblement pas le temps de lire les comptes rendus qui leurs étaient fournis par nos soins. Le départ de la DRH, qui avait joué le rôle de promoteur du projet, a clôturé définitivement le projet aux yeux des acteurs de terrain, y compris dans le service DRH. La responsable de la formation continue nous confiera à l'occasion de l'entretien de débriefing : « *le projet attractivité et fidélisation, c'était SON projet. Elle nous a tous bousculé avec ça. Après son départ je me suis dit on va souffler là-dessus. Parce que finalement on ne savait pas qui et où était le pilote de ce projet.* » Ces propos relatent bien un défaut d'enrôlement même de la part d'acteurs qui se sont mobilisés dans les projets (projet 4 dans l'exemple).

UN RALLONGEMENT DU RESEAU MALGRE L'ABSENCE DE CONTROVERSE ET UN ENROLEMENT PARTIEL DES ACTEURS DANS LA PHASE DE CONSTRUCTION DU PLAN D'ACTION.

Nous devons ici questionner l'incorporation de nouveaux maillons dans le réseau. Globalement sur cette première période du processus de changement le réseau se rallonge, au moins numériquement : en effet, en plus des membres du GT se rajoutent les membres du Co-pil puis les membres des groupes action qui ne feront jamais le plein mais qui mobilisent toutefois des professionnels parfois très investis (groupe 1&4) jusqu'à mobiliser des objets frontières.

Nous aurons à cœur de mobiliser un nombre toujours croissant d'acteurs (y compris sur la seconde période) et des profils variés. Pour cela nous avons recours à des supports de communication qui sont aussi accessibles en ligne sur le site intranet de l'établissement.

Figure 10 : Document support de communication pour favoriser le rallongement du réseau.

Présentation du groupe de travail (GT) attractivité et fidélisation du personnel infirmier en psychiatrie.

Rappel du contexte de mise en place du GT en février 2012.

Pour répondre aux difficultés de recrutement et au turnover conséquent des IDE dans les pôles de psychiatrie en particulier, un groupe de travail est initié en février 2012 avec le soutien méthodologique Christophe Baret, professeur en sciences de gestion, co-responsable du Master 2 Management des compétences et des ressources humaines du laboratoire du LEST.

Ainsi ce GT a pour vocation d'améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel IDE en psychiatrie.

En 2012 : une phase exploratoire et diagnostique qui permet de dégager 6 axes d'actions à partir des données collectées par les membres du GT.

- 1-Elaborer et diffuser un projet de prise en charge : la place de l'IDE
- 2-Favoriser le développement et la transmission de connaissances : identifier les compétences clés
- 3-Aménager la charge de travail
- 4-Proposer des parcours professionnels
- 5-Développer une politique de l'encadrement
- 6-Améliorer la communication avec l'IFSI des HSM et les autres IFSI.

Exemple d'actions déjà mises en place en 2012 :

- suivi des admissions en crèche et de la commission de logement.
- relance de la formation aux situations d'urgence, au tutorat et consolidation des savoirs.
- diffusion des postes vacants sur intranet et par voie d'affichage
- caractérisation du personnel en intra et en extra (pyramide des âges)
- révision des montants et des conditions d'accès à l'allocation d'étude à l'IFSI.
- participation aux salons infirmiers en collaboration avec le service communication...

METHODOLOGIE

Janvier 2013 : Prise de fonction du doctorant chargé de mission et coordonnateur du GT : Karine Boiteau.

***Mise en place d'un comité de pilotage le 12 février 2013.**

Cette instance valide les orientations des priorités de ce GT. Il est composé de la direction des ressources humaines, la direction des soins et les chefs de pôles. Ce comité de pilotage est accompagné par C. Baret et K.Boiteau.

Il aura pour mission de rendre compte au directoire des orientations et des avancées de ce GT.

Les deux axes prioritaires retenus par le comité de pilotage pour 2013 sont:

1-Elaborer et diffuser un projet de prise en charge : la place de l'IDE.

2-Favoriser le développement et la transmission de connaissances : identifier les compétences clés.

Mais notons que les autres axes sont aussi pris en considération :

-Les axes 4 (Proposer des parcours professionnels) et 5 (Développer une politique de l'encadrement) sont pris en compte dans le GT « modernisation RH » qui fait appel à une consultante, Mme RXXX, depuis mai 2012 et travaille dans cette optique.

- L'axe 6 (Améliorer la communication avec l'IFSI des HSM et les autres IFSI) a déjà fait l'objet d'actions efficaces en 2012. Elles sont maintenues pour 2013. L'IFSI ne rencontre pas de difficultés pour faire son *numérus clausus* (succès des journées portes-ouvertes) mais projet de plan d'actions pour septembre afin de sensibiliser des candidats dans toutes les filières dans les lycées de proximité. Participation des deux formatrices sur deux projets.

Les objectifs du GT pour 2013 : mise en place et organisation des « groupes actions » à partir des deux axes prioritaires.

1-Elaborer et diffuser un projet de prise en charge : la place de l'IDE (groupe 1)

1-A : Elaborer et communiquer un projet médical et paramédical de pôle.

1-B : Mettre en évidence le rôle de l'IDE à l'occasion de ses partenariats avec d'autres paramédicaux.

1-C : Associer l'IDE à la prise en charge médicale et lui donner une vision globale du processus de soin.

2-Favoriser le développement et la transmission de connaissances : identifier les compétences clés.

2-A : Développement d'un savoir paramédical (**groupe 2**):

-recherche IDE

-colloque infirmier

-analyse de pratique

2-B : Définition d'une fonction de référente (**groupe 3**)

2-C : Implication des cadres et de la DRH dans la gestion des compétences (**groupe 4**) :

-Elaboration d'un référentiel métier ide et stagiaires

-Formalisation du parcours d'intégration des nouveaux entrants.

Ainsi le GT, accompagné par le doctorant, va coordonner les actions entreprises dans chaque « groupe action » selon un fiche projet validée par le GT qui précise : la mission générale, les objectifs opérationnels, les livrables attendus, la composition du groupe. Il se réunira une fois par trimestre pour suivre les avancées de ces quatre groupes qui débute à l'automne.

A l'automne 2013

-Le GT a validé un choix d'indicateurs de suivi de l'attractivité et la fidélisation en élaborant un tableau de bord. Les premiers éléments concernant le recrutement révèlent l'efficacité des actions mises en place en 2012 et une **bonne attractivité** de l'établissement. 147 candidatures reçues pour 48 recrutements sur des postes fixes (de janvier à Aout 2013) et 18 dossiers de demande d'allocation d'étude en 2013.

-Une révision nécessaire de la formation « consolidation des savoirs » dans le cadre d'un parcours d'intégration puis d'un parcours qualifiant en psychiatrie pour 2014.

Nous avons eu beaucoup de mal à atteindre certains acteurs et en particulier les cadres formateurs de l'IFSI. La directrice des soins de l'IFSI a usé de nombreux artifices pour ne pas répondre à nos sollicitations malgré sa participation au GT. Plutôt que de s'opposer ouvertement au projet elle a « joué la montre » lorsque nous avons pris contact avec elle pour lui demander

un rendez-vous pour lui présenter le projet puis pour connaître le nom des cadres qui souhaitaient participer aux groupes action. Elle n'a jamais endossé le rôle de porte-parole, bien au contraire. Elle n'a pas répondu aux mails, puis a fini par programmer des rendez-vous plusieurs fois reportés. Enfin elle a tardé à communiquer le nom des cadres formateurs qui souhaitaient participer. Pourtant ces derniers auront un rôle très actif dans les projets 4 et sur le module du parcours d'intégration.

Ce rallongement du réseau témoigne de l'aboutissement d'un cycle de traduction mais nous avons mis en exergue les attitudes faussement participatives et la présence aux réunions ne peut suffire à considérer les professionnels comme des membres du réseau. D'ailleurs nous ne pouvons témoigner ici que **d'une seule nouvelle pratique partagée** par une partie seulement des cadres ; celle d'utiliser la fiche métier à l'occasion des très critiquées évaluations du personnel.

Ainsi nous concluons sur un bilan mitigé du processus de traduction sur le projet attractivité et fidélisation dans l'hôpital 1. Il en découle toutefois le projet de professionnalisation du parcours d'intégration des novices en psychiatrie que nous présentons plus loin.

10.1.2 L'hôpital 2 : la révélation de l'importance de la participation à la phase de problématisation

SUCCEs DE LA PERIODE DE CO-CONSTRUCTION DU DIAGNOSTIC

Nous allons désormais présenter le processus de traduction tel qu'il s'est réalisé dans l'hôpital 2 pendant la phase de co-construction du diagnostic, dont le déroulement est identique à l'hôpital 1 et pour des raisons similaires. Il n'y pas eu, à proprement parlé de phase de contextualisation malgré une volonté de dynamique participative. La phase de problématisation repose sur la reconnaissance partagée de la problématique de pénurie majeure d'infirmiers dans cet établissement psychiatrique. Le concept d'hôpital magnétique a plus particulièrement trouvé écho dans cet établissement et s'est révélé fédérateur.

Communication interne : présentation du GT et de ses finalités. Les principes des hôpitaux magnétiques font écho dans l'établissement.

Alors que l'affiche de présentation du GT peine à voir le jour nous avons eu recours à d'autres canaux de communication telle que la revue de l'établissement qui est plutôt bien suivie par les agents selon les participants du GT. Nous présentons cet outil de communication ci-dessous.

*

Devenir un hôpital « magnétique ».

La question de la satisfaction au travail pour devenir attractif et fidéliser le personnel infirmier.

En s'inspirant du concept « d'hôpitaux magnétiques », un groupe de travail a été constitué pour mettre en place des actions permettant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers : un projet sur trois ans visant à améliorer la satisfaction au travail du personnel.

Un défi.

Une proportion considérable de personnel expérimenté est amenée à partir à la retraite dans les années à venir soulevant la question de la transmission des savoirs et des compétences dans les services. Ainsi, l'hôpital 2 est confronté à un double défi, d'une part se rendre attractif dans une démarche de recrutement des infirmiers et d'autre part fidéliser son personnel, en particulier lorsque celui-ci est qualifié et expérimenté dans une période de transformations des organisations en psychiatrie.

Un groupe de travail accompagné d'une méthodologie universitaire.

C'est en prenant en considération ce contexte que la direction des soins et la direction des ressources humaines ont initié un groupe de travail dès Mars 2012 « attractivité et fidélisation du personnel infirmier », accompagné par un doctorant supervisés par Christophe Baret, professeur en sciences de gestion³⁰¹. Ainsi les infirmiers et les cadres de santé de ce groupe ont participé à une première phase diagnostique en 2012 à l'aide d'entretiens visant à recueillir les facteurs de satisfaction propre à l'établissement mais également ce qui faisait défaut. L'analyse de ces données amène à dégager des axes de travail prioritaires pour la période 2013-2015:

- Communiquer,
- Aménager la charge de travail,
- Elaborer et diffuser un projet de prise en charge,
- Gestion des savoirs, Développer une politique de l'encadrement,
- Développer les partenariats avec les IFSI.

Devenir un « magnet hospital ».

³⁰¹ Université Aix Marseille, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (UMR CNRS 7317).

Cette démarche fait référence au concept des « Magnet Hospitals³⁰² » aux Etats-Unis ou hôpitaux magnétiques c'est-à-dire attractifs. Les études portant sur ces hôpitaux tendent à montrer le cercle vertueux d'une interaction réciproque entre forte qualité des soins et satisfaction au travail des soignants : un « hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner » (Brunelle, 2009). Cet état de fait souligne l'intérêt à porter à la satisfaction au travail dans les hôpitaux.

Questionnaire de satisfaction au travail.

C'est pourquoi, L'hôpital 2 diffusera à l'automne 2013 un questionnaire anonyme de satisfaction au travail à l'ensemble du personnel. Cet outil validé scientifiquement permettra au-delà une lecture linéaire des résultats pour déterminer les éléments qui ont le plus d'impact sur la satisfaction propres à l'établissement. Ces données objectives permettront de cibler et de réajuster au besoin les actions entreprises par ce groupe de travail.

Karine Boiteau
Doctorante en sciences de gestion.
Chargée de mission RH

Coordinatrice du groupe de travail « attractivité et fidélisation du personnel infirmier ».

Brunelle, Y., (2009) « Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et organisations des soins*, 2009, vol 40.

Haroche, A., (2010) « L'emploi infirmier touché par une crise singulière », *Soins Cadre*, 2010 ; Vol 19, N°74, p.10

Les promoteurs du projet sont le DRH et la cadre supérieure de la direction des soins qui sont très impliqués dans le GT et favorisent une bonne dynamique de groupe et une certaine liberté de parole. La grille d'entretien élaboré par le chercheur a constitué un **processus d'intéressement** qui a permis la mobilisation effective (signes d'**enrôlement**) des cadres de santé participants au GT qui ont su trouver dans leur emploi du temps (pourtant surchargé) la disponibilité nécessaire à la conduite de plusieurs entretiens. Ils ont endossé le rôle d'enquêteur en rapportant la parole de leurs collègues sur les indicateurs de l'intention de départ. Ces données complètent les **récits professionnels** faits par des infirmiers, autres processus d'intéressement. Nous souhaitons aussi souligner l'intérêt du recours au **questionnaire de satisfaction** comme processus d'intéressement qui permet d'approfondir la problématisation sur la question de la fidélisation du personnel aux yeux de l'établissement qui reste sceptique. Il faut préciser que la présentation du diagnostic en CTE en novembre 2012 avait eu pour réponse une sensation de déjà vu : « *Je n'ai rien appris...les solutions on les connaît... Nous*

³⁰² L'académie américaine des infirmières (AAN : American Academy of Nurses) a identifié un groupe d'hôpitaux épargnés par la pénurie de soignants qui affectait le pays. L'AAN a inventé le terme de « magnet » (aimant) pour désigner la capacité de ces hôpitaux à attirer et fidéliser ses infirmières. L'étude Mc Clure en 1983 a permis d'identifier les facteurs communs influençant la satisfaction professionnelle des infirmières et abaissant le turnover du personnel hospitalier dans ces hôpitaux attractifs.

les savons déjà et attendre 3 ans pour en avoir des bénéfiques, c'est trop tard, il faut avancer plus rapidement ». (Membre du CTE, représentant du personnel)

La communication des **résultats sous forme d'affiche** permet de faire connaître et de légitimer le projet dans l'établissement même si cette démarche arrive très tardivement (automne 2014). L'**enrôlement** des membres du GT est réussi dans la phase diagnostique puisqu'ils se mettent en action pour recueillir des données diagnostiques. Le rallongement du réseau consiste à la diversification des profils participants au GT.

LA PHASE DE CONSTRUCTION DU PLAN D'ACTION : REMISE EN CAUSE DU DIAGNOSTIC A L'ARRIVEE DE LA NOUVELLE DRH ET PRESENCE FAUSSEMENT PARTICIPATIVE DES AUTRES MEMBRES DU GT.

En janvier 2013, l'arrivée de nouveaux membres du groupe, à un niveau stratégique décisif (DRH, Directrice des soins (DS)) ; a interrompu la **boucle de traduction** en cours au moment de la phase de validation des axes de travail. Une nouvelle phase de **problématisation** est donc nécessaire. L'arrivée du doctorant dans cet établissement se fait de concert avec l'arrivée de la nouvelle DRH fraîchement nommée sur ce poste. Cette dernière **n'a pas participé à la phase diagnostique et ne bénéficie donc pas de la problématisation** qui a pourtant eu lieu de façon efficace l'année précédente. En effet l'ancien DRH et la cadre supérieur de la DS ont quitté l'établissement après la réunion conjointe aux deux hôpitaux. Lors du premier GT de 2013, la DS qui reprend le « dossier » est absente. La DRH qui prend ses fonctions est attentive à la présentation des axes de travail mais ne prend pas de décision en l'absence de la DS sur les sujets mixtes. A l'occasion du second GT de 2013 la nouvelle de DRH et la DS ont une réaction inattendue. Elles critiquent vivement les éléments du diagnostic avec un discours assez proche de celui entendu en CTE quelques mois plus tôt: *« Franchement un an de travail pour aboutir à ces éléments déjà connus c'est décevant ! Dans ce cas, vous ne servez à rien ! On le sait déjà tout ça. D'ailleurs les axes de travail que vous proposez sont déjà pris en compte par la Direction des Soins ! »*. La directrice des soins est particulièrement agacée par la situation et le dit ouvertement en réunion. Elle se sent menacée sur ses domaines d'action et remise en cause sur l'efficacité de son travail. Elle n'accepte pas que la question des relations avec les centres de formation soient traitée à l'occasion d'un projet RH par exemple. Le diagnostic du GT lui donne l'impression d'un contrôle illégitime de la DRH sur son périmètre d'action pour lequel elle est autonome habituellement.

Cette situation est particulièrement inconfortable et nous destitue de notre rôle de traducteur, nous perdons toute légitimité aux yeux des promoteurs symboliques du projet pour l'institution. Les DRH et DS ne peuvent se positionner comme des promoteurs d'un projet dont elles ne partagent pas le diagnostic même si elles reconnaissent l'utilité du thème. Il faut dire qu'elles n'ont pas pu partager les échanges qui ont eu lieu dans le GT comme centre de traduction. Sans problématisation elles ne peuvent accéder à la phase d'enrôlement.

Nous avons eu conscience du risque de voir s'arrêter là de façon définitive le processus de traduction. Les propos particulièrement virulents des deux directrices à notre égard nous ont fait craindre la fermeture de ce terrain. Pourtant une fois leur colère passée, nous avons réussi à renouer le dialogue lors d'un entretien en comité plus restreint. Finalement, les deux directrices ont osé **provoquer une controverse** en critiquant le diagnostic. Elles ont donc favorisé une problématisation efficace en imposant une nouvelle thématique au GT : le bien-être au travail qui correspondait à une volonté d'innovation afin de profiter de l'opportunité qu'offre la présence d'un doctorant. Elles demandent donc d'élargir la vision du groupe de travail sur une démarche plus novatrice sur le thème : « **Prévention et promotion de la santé au travail** » dans le but d'aboutir à la création d'outils conjoints aux deux directions. Le travail mené doit chercher à identifier les causes potentielles d'une diminution de la santé mentale chez les infirmiers travaillant en psychiatrie au-delà de la prise en considération des situations de violences auxquelles ils peuvent être confrontés.

Emergence du projet de promotion du bien-être au travail DRH/DS. Septembre 2013. Dans le bureau de la DRH, repousser les solutions simplistes qui ne permettent un traitement en profondeur de la thématique...

Nous sommes en présence de la DS et de la DRH. L'objectif est de travailler ensemble sur l'axe de travail « bien-être au travail » quelques temps après les échanges tendus critiquant la pertinence du diagnostic du GT. Si les deux directrices sont au clair avec l'idée de mettre en place un projet innovant et la thématique autour de la promotion et la prévention de la santé au travail, il est bien plus complexe de déterminer sous quelle forme ce projet va prendre vie. Notre rôle d'accompagnement prend ici toute sa dimension.

« Il faudrait créer un protocole de bien-être au travail, avec des outils de détection des situations à risque pour des mesures de prévention efficaces. Il nous faut autre chose que des outils RH parce que les actions doivent regrouper la DRH et la DS. On doit élaborer un outil

diagnostic et prévoir un traitement curatif. Il faut qu'on comprenne les causes de cette diminution de la santé mentale chez les soignants et pas seulement celles qui sont en lien avec la violence» pense tout haut la DS.

« Oui c'est ça...je me suis renseignée sur ce qui se fait dans les autres établissements. J'ai lu quelques articles dans Hospimédia sur un établissement en Essonne qui a implanté les principes de l'Humanité³⁰³ pour diminuer l'absentéisme. Sinon je pensais à proposer des séances d'ostéopathie ou une salle de médiation en ayant recours aux nouvelles médecines comme à St Anne avec Christophe André. Il y a aussi les services de conciergerie qui se développent dans les entreprises. Ou alors des séances zumba, la sophrologie et les fauteuils de relaxation dans les salles de repos ...» suggère la DRH.

Cette dernière proposition nous effraie un peu. Elle risque d'avoir l'effet d'un « pansement sur une jambe de bois ». Les soignants risquent de se sentir offensés par cette mesure qui ne prend pas en considération la situation de surcharge de travail et la perte de sens de leur activité. Il s'agit d'outils qui risquent de rester sans effet s'ils ne sont pas utilisés à l'occasion d'une démarche plus globale.

Nous insistons alors sur l'utilité d'une entrée multiniveaux sur le projet afin de penser sur du long terme la mise en place d'une autre culture qui implique l'ensemble de l'établissement même si le projet se déroule sur un site pilote.

Ainsi les deux directrices répondent spontanément aux principes du management polyphonique de **valorisation de l'innovation** qui permet d'abandonner le **mythe de la détermination des tâches** (Pichault, 2013). Elles deviennent promoteurs du projet mais laissent la place de **traducteur** au doctorant qui peut assurer une posture neutre et dispose du temps nécessaire au déploiement d'un projet de changement qui se révèle toujours chronophage.

Ce qui est spécifique dans cet hôpital c'est la **collaboration DRH/DS autour d'un sujet commun de type « supra groupe »**: la bonne entente professionnelle entre les deux femmes permet une cohérence dans le projet, qui a certes une dimension RH dans la thématique mais qui prend en compte le public destinataire : les soignants. Elles parlent donc à l'unisson (Callon, 1986) lorsqu'elles se font les relais et présentent le projet en instances. Le fait que le projet

³⁰³ Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanité: comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Armand Colin.

viennent des deux directions équilibrent les enjeux de pouvoir et diminuent l'écueil d'un projet avec une signature RH pure qui détourne en général les services de soins. La **problématisation** consiste à construire le projet de promotion du bien-être en accompagnant les directrices dans la définition de leurs objectifs et de leurs valeurs (penser le bien-être de tous en mobilisant des ressources individuelles, collectives et institutionnelles) tout en y intégrant les éléments du diagnostic du GT. Il s'agit de valoriser ce nouveau projet comme un prolongement voire une évolution du projet attractivité et fidélisation des infirmiers à un moment où l'état de pénurie n'existe plus suite aux modifications de la démographie infirmière. Dans un souci de maintien de l'enrôlement des membres du GT, le rôle du traducteur sera primordial. Le choix du « guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail »³⁰⁴ comme **processus d'intéressement** s'est révélé pertinent. Il a fallu modifier le vocabulaire pour traduire et exprimer dans son propre langage (Callon, 1986) une partie de ce guide pour que les directrices et les membres du GT s'approprient complètement cet objet frontière qui a pris la forme d'un PPT après une traduction par le doctorant. Ainsi le terme de « neutralité bienveillante » a été retiré : il avait une co-notation négative pour les soignants qui y voyaient une fonction de « surveillance » malsaine. En revanche d'autres principes phare ont trouvé écho comme le fait que :

- si l'organisation n'est pas nécessairement la cause d'une insuffisance de bien-être au travail, elle fait toujours partie des solutions !
- la réussite de cette démarche ne dépend pas uniquement de l'originalité et de l'efficacité des solutions: il faut s'assurer que les conditions de succès sont rassemblées.

Ce guide détermine le plan d'actions détaillé à mettre en œuvre sur un site pilote aux yeux de l'ensemble des membres du GT qui enrôlés soutiennent le projet.

Quant aux **autres axes de travail** qui avaient été présentés en Mars 2013, ils peineront à trouver des processus d'intéressement efficaces : très généraux ils ne permettront pas une traduction en objectifs opérationnels. Les réunions de GT sont le lieu de **présentation d'état des lieux** de ce qui se fait déjà dans l'établissement, mais n'aboutissent jamais à des prises de décisions qui se soldent par une mise en action d'acteurs ou par la création de nouveaux outils ou de nouveaux

³⁰⁴ Jean-Pierre Brun, Caroline Biron, France St-Hilaire. Ce guide a été réalisé par la chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail, grâce au financement de l'Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Vous trouverez le contenu de ce guide sur le site Web de la CGSST et de l'IRSST

process. **Toutes les tentatives d'attribuer des rôles** aux différents membres du GT pour réaliser du travail en intercession **se soldent par un échec**. Pourtant les professionnels donnent leur accord pour participer à des projets comme la rédaction d'une check-list des actions à réaliser par le cadre de proximité pour favoriser l'intégration d'un nouveau membre de l'équipe. Cette démarche n'aboutira jamais, malgré une présentation de l'état des lieux détaillé (mobilisant un autre cadre de la direction des soins), l'infirmière qui deviendra cadre de proximité qui s'engage à améliorer cette check-list sera absente plusieurs fois aux réunions ou déclarera ne pas avoir eu le temps de gérer ce point. Nous apprendrons, au détour d'un échange informel, qu'elle est en conflit avec la direction sur une problématique professionnelle sur son site de travail et qu'elle ne reviendra plus. Finalement cet axe de travail n'aboutira pas et les deux directrices ne pousseront pas en ce sens. Comme dans l'hôpital 1 après la phase de construction du diagnostic les membres du GT deviennent spectateur du projet de fidélisation du personnel. A l'exception des deux directrices, les membres du GT n'auront aucun rôle actif dans le projet sur le bien-être même s'ils viennent régulièrement aux GT qui servent de centre de traduction des actions menées sur le site pilote. Ils sont présents, écoutent attentivement, commentent les événements mais ne participent pas : on retrouve très nettement les principes d'une **présence faussement participative**. Pendant les réunions de GT, il y a de l'écoute mais il n'y a pas de dialogue : ce sont des espaces créés pour déverser l'information mais non pour répondre à ces difficultés rapportées. Il n'y a pas de recherche de coordination de solutions³⁰⁵.

Petite histoire de L'affiche « maudite ».

Nous souhaitons ici faire le récit de l'élaboration d'une affiche qui devait permettre de présenter à l'ensemble de l'établissement le GT, ses objectifs et les actions déjà mises en œuvre. Ce travail s'est mené en collaboration avec le service de communication de l'établissement. Il répondait à l'un des axes de travail issus de la phase de co-construction du diagnostic : « communiquer ». Nous avons pourtant rencontré toutes les peines du monde pour que cette affiche voit le jour et soit affichée dans les services, ce qui était la finalité. Pendant presque 2 ans, une forme de rituel a occupé tous les GT et a consisté à faire, défaire, refaire des éléments de cette affiche sous notre regard impuissant. Nous le disons ici avec une certaine forme d'ironie, car la mise à distance des événements et le regard que nous aide à porter la ST sur ces événements

³⁰⁵ Nous portons le même constat concernant le GT de l'hôpital 1. Mais c'est l'élaboration d'un passeport favorisant le suivi du parcours d'intégration des infirmiers novices de psychiatrie qui en sera le symbole.

inexplicables sur le coup, prend aujourd'hui un sens particulier et nous éclaire sur les modalités de régulation qui ont lieu dans les GT à l'hôpital et qui se solde par une incapacité décisionnelle. Cette régulation inefficace lors des réunions qui ont lieu à l'hôpital, nous l'avons observée à plusieurs reprises, dans les deux établissements, indépendamment de la personne en charge de l'animation et de la thématique de travail. Cette affiche en a fait les frais. Nous retraçons les étapes de sa co-construction et diffusion en termes de récit tumultueux et incertain, *une histoire mouvementées, faites d'aller-retours entre conception et commercialisation* (Callon, 2006, p. 11).

Mars 2013 : une affiche présentant le GT sera réalisée et présentée au prochain GT. (Le doctorant se rend donc en intercession dans le service de communication avec une posture de coordination).

Juin 2013 : L'affiche est présentée. L'entête « un groupe de travail » sera supprimé. « Vous voulez nous faire part de vos suggestions » remplacera « vous souhaitez nous rejoindre ».

Décembre 2013 : La chargée de communication présente la nouvelle affiche du GT. Un nouveau logo a été créé dans l'établissement. Il sera utilisé pour tous les documents destinés aux professionnels de l'établissement et donc apparaîtra sur cette affiche (son emplacement sera modifié plusieurs fois). Finalement avec un peu de recul la formulation des axes de travail semble maladroite : elle est donc retravaillée. Par exemple, « Elaborer et diffuser un projet de prise en charge » se traduira par « S'inscrire dans un projet médical et de soins innovants ». La nouvelle affiche sera présentée lors de la prochaine réunion.

Mars 2014 : Le groupe pense qu'il faut renouveler l'intitulé de l'affiche car le champ de réflexion du GT ne concerne plus seulement les infirmiers : « attractivité et fidélisation » sera le nouveau titre. Dans cette perspective une photo supplémentaire s'avère nécessaire pour illustrer une autre partie du personnel mais aussi une autre « génération » pour plus de représentativité. Une fois cette nouvelle affiche validée, elle sera diffusée dans les services, accompagnée d'un courrier rédigée par le doctorant sur les thématiques de la satisfaction et le bien-être au travail.

Juin 2014 : La DS souhaite apporter des modifications qui sont validées par la DRH. Un point devra être fait avec le service de communication pour que l'affiche puisse être présentée en septembre avant le départ de la DS qui va prendre des fonctions transversales au niveau de la CHT prochainement.

Septembre 2014 : Le courrier d'accompagnement de l'affiche a été amélioré. Il va être diffusé aux cadres de santé par mailing pour confirmer sa clarté. Il devra porter la co-signature DRH, DSI et GT. La DS souligne l'unité de la charte couleur avec les affiches et les documents concernant le projet de soin et le projet médical. Le logo créé pour le groupe de travail (en complément du logo de l'établissement) est très apprécié : il témoigne du « *dynamisme et du mouvement / changement recherché par le groupe* » précise la DS. Un item sera ajouté comme axe de travail : « promouvoir le développement de compétences de haut niveau ». Il s'agit de mettre en avant l'accompagnement mis en place par l'établissement pour 3 IDE (M2 pratiques avancées) sur des projets innovants (et projet de recherche).

Janvier 2015 : L'affiche est présentée par le service communication. Quelques détails sont critiqués mais le nouveau DS rompt le rituel instauré autour de cette affiche, qui risque à ce rythme d'arriver dans les services après le départ du doctorant. L'effet d'annonce serait donc perdu. « *Il faut y aller maintenant, il faut accepter que cette affiche ne peut pas être parfaite. Je la trouve très bien moi, elle est claire. Tout est prêt : il faut la diffuser avec le courrier d'accompagnement !* » Décide le nouveau DS tout juste arrivé et présent pour la première fois en GT.

Voici une illustration d'histoire de diffusion tumultueuse et incertaine de cette affiche symbole du GT qui révèle le fonctionnement décisionnel de l'hôpital avec **une remise en cause de l'existant, mais une incapacité à acter et entériner une fois pour toute une décision collective. Au contraire on constate le report systématique pour une validation ultérieure.**



10.2 La sociologie de la traduction à visée normative : description des projets sur la deuxième période.

Nous allons ici présenter les projets de professionnalisation des parcours d'intégration dans l'hôpital 1 et le projet de promotion du bien-être au travail qui utilise la controverse en particulier sur hôpital 2. Nous montrerons les moyens de contextualisation utilisés en référence aux 9 principes du management polyphonique de F. Pichault (2013).

10.2.1 Hôpital 1, professionnaliser les parcours d'intégration des infirmiers novices en psychiatrie.

Nous avons déjà longuement décrit comment le projet valorisant les parcours d'intégration s'était déroulé dans l'établissement dans la partie 9.2.1 de façon chronologique mais nous allons désormais donner sens aux événements aux vues de la ST.

Nous avons à l'occasion de ce projet de professionnalisation des parcours d'intégration pris le temps d'une phase de **contextualisation** longue : nous avons en effet à ce moment-là de notre immersion dans l'établissement une meilleure connaissance de certains **détenteurs d'influences** (Pichault, 2013) et nous savions les contacter en ayant recours à **des circuits de communication informels** plus rapides et donc plus efficaces. Nous avons pu ainsi recueillir une information franche concernant les attentes des **utilisateurs** du parcours d'intégration (cadres de proximité et infirmiers novices mais aussi tuteurs) lors de notre enquête. L'infirmière participant au GT, Mlle H., a été une personne ressource pour contacter ses collègues et les mobiliser sur les missions du tutorat grâce au principe du bouche à oreille. Son implication sincère dans le projet a probablement trouvé sa source dans ses objectifs d'évolution de carrière : elle est rentrée à l'école des cadres en septembre 2015.

Le fait de construire un référentiel de formation en partant de l'existant dans l'établissement en matière d'intégration nous a permis **d'analyser les moyens d'actions susceptibles d'être déployés** (Pichault, 2013). Ainsi nous avons des éléments sur l'historique du précédent parcours d'intégration : Béatrice, déjà référente, a pu nous donner des éléments (documents qu'elle a pu retrouver) même si ses absences sur des longues périodes ont compliqué la démarche.

C'est ainsi que nous avons conservé le principe d'un couplage entre modules théoriques collectifs et accompagnement individuel par tutorat pour une intégration complète. Le fait de recourir à la fois à des formateurs internes et à des prestataires externes est le fruit d'une **analyse sur les capacités de mobilisation internes et externes** de l'établissement autour de ce projet comme le recommande la ST dans son usage normatif.

Enfin, même si nous avons abordé ce projet en ayant caractérisé **le système d'influence en vigueur**, à savoir un établissement reposant sur une organisation pluraliste, nous n'avons pas été en mesure de déjouer les effets d'un système centripète : la concentration du pouvoir dans les mains de la DS restera un frein à la réalisation complète du projet et en particulier sur la

partie concernant le tutorat qui ne sera donc jamais mis en œuvre. Son refus non révélé de tenir le rôle de porte-parole compliquera le déploiement du projet.

UNE TRADUCTION REUSSIE POUR LA PARTIE CONTENU THEORIQUE DU PARCOURS D'INTEGRATION.

Le fait de proposer comme axe de travail les parcours d'intégration s'avère tout à fait pertinent : le sujet répond parfaitement aux caractéristiques de **problématisation** : les acteurs du GT consentent que les parcours d'intégration soient indispensables dans le secteur de la psychiatrie mais il est bien complexe de savoir pourquoi la formation et le tutorat sont tombés en désuétude dans l'établissement. Le thème revêt donc un degré de généralité suffisamment élevé (Akrich et al, 2006) du moins dans un premier temps. Même les médecins, plutôt discrets dans les GT, signalent leur satisfaction en « Commission de Soins » lorsque le projet y est présenté par le doctorant : « *Et bien c'est une très bonne nouvelle ce parcours d'intégration. Les infirmiers en ont besoin... c'est la reconnaissance des savoirs spécifiques de la psychiatrie en tant que spécialité. Je propose d'ailleurs ma contribution sur certains modules comme intervenant en sémiologie*³⁰⁶. » Indique un médecin chef de pôle. Si la thématique de travail semble faire l'unanimité, les moyens pour résoudre cette problématique divergent. Du moins, nous le comprenons à travers la confrontation à divers points de blocage au cours de la mise en œuvre du projet : le parcours d'intégration peut-il être obligatoire, faut-il rémunérer les tuteurs, si oui avec quel montant, quelles sont les missions du tuteur dans le cadre d'une pédagogie adulte? Ces questions ont été soulevées et nous pensions que nous en avions débattu, mais comme nous l'avons plusieurs fois explicité, l'absence de controverse et d'opposition en GT quand les projets sont présentés ne permettent pas d'anticiper tous les points de blocage. Il n'y aura pas d'affrontement des forces, ni de régulation possibles (Callon, 2006), les acteurs préférant adopter des comportements fuyant reposant sur l'absence de réponses aux mails, d'absence de prise de position et donc de décisions sur les aspects tabous du parcours (statut, missions des tuteurs, leur rémunération).

³⁰⁶ Il s'agit de la présentation des symptômes et des syndromes en lien avec la clinique psychiatrique.

Les processus d'intéressement que nous avons mobilisé au cours de ce projet sont : le référentiel de formation, la fiche de mission des tuteurs et le passeport de formation qui recoupe les deux versants du parcours d'intégration.

-**Le référentiel de formation** (ensemble des modules théoriques) constitué à partir de différentes sources de données des destinataires du projet c'est-à-dire les utilisateurs (Akrich, 2006) et en particulier le module 4 complètement conçu et animé par des formateurs internes de l'hôpital.

Tableau 33 : Référentiel de formation des modules théorique. Contenu des modules du parcours d'intégration « infirmier(e) en psychiatrie. »

	Module	Intitulé de formation	Durée	Formateurs	Contenus/remarques
<p><u>Phase 1 :</u> <u>intégration :</u> Les 6 premiers mois</p>	Module 1	Accueil des nouveaux arrivants	1 jour	Formateurs internes.	Ce temps d'accueil s'adresse à tous les professionnels venant d'arriver dans l'établissement : présentation de la structure et des interlocuteurs privilégiés. Coordination assurée par le service de la formation continue.
	Module 2	Rappel de la législation. Présentation des documents et procédures internes	½ journée	Formateurs interne du service qualité (S. LXXX)	Rappel des différents modes d'hospitalisation (présentation des documents utilisés en interne) Droit des malades Impact sur les libertés individuelles de l'utilisation de la chambre de soins intensif en psychiatrie. (Amorce de questions éthiques) Mise en jeu des responsabilités. Illustrations par cas concret.
	Module 3	Représentations de la psychiatrie	½ Journée	Mme BXXX (présidente du collège des psychologues). Psychologue clinicienne Pôle Paris 11	L'objectif est la confrontation des représentations et éventuellement des expériences de situations vécues comme inquiétantes. L'accompagnement permet de verbaliser les craintes et les représentations des spécificités du travail en psychiatrie : la folie, la violence physique et verbale pour les soignants et les soignés, la chambre de soins intensifs ou chambre d'isolement.

	Module4	Mobilisation du vocabulaire professionnel dans la cadre de la Qualité des écrits et des transmissions.	1 jour	Formateurs de l'IFS et Professionnels de terrain (infirmiers)	<p>Module co-construit en partenariat avec l'IFSI.</p> <p>Cette journée à pour but de donner les outils afin que les infirmiers se sentent plus à l'aise pour transmettre à l'oral mais aussi à l'écrit en fonction de leur lieu d'exercice (intra/extra) et des supports présents dans leur unité.</p> <p>A la fin de cette journée, les infirmiers seront capables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ D'analyser leur pratique professionnelle autour des transmissions écrites et orales ➤ D'identifier leurs difficultés et proposer des axes d'amélioration ➤ De nommer les critères de qualité des transmissions ➤ De transmettre efficacement en mobilisant le vocabulaire professionnel spécifique à l'exercice en psychiatrie
<u>Phase 2 : acquisition d'outils de soins</u> (6-12 mois)	Module 5	Gestion des situations d'urgence ou difficiles.	4 jours	IRAP santé/programme OMEGA	<ul style="list-style-type: none"> ■ La formation s'appuie sur quatre valeurs : La sécurité Le respect Le professionnalisme La responsabilisation ■ Et s'organise autour des principes suivants : -Se protéger et identifier les éléments à risque, présents dans le contexte de travail -Évaluer la situation -Choisir et prendre les dispositions nécessaires pour une protection appropriée

					<ul style="list-style-type: none"> -Prévoir l'aide nécessaire à la résolution de l'intervention -Communiquer efficacement avec ses collègues pour la résolution de la crise -Se centrer sur la personne avec empathie et respect -Sélectionner le mode d'intervention verbale le plus approprié à l'agressivité exprimée -Prendre le temps nécessaire
	Module 6	Entretien infirmier en psychiatrie, relation au patient.	3 jours	Concept Formation	<p>A l'occasion de ce module, vous pourrez</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifier les principaux types d'entretien -Situer l'entretien dans le cadre de la relation d'aide. -Identifier les différentes attitudes psychologiques mobilisées dans la relation en situation d'entretien -Analyser les différentes composantes de l'écoute -vous approprier les différentes techniques d'entretien -Situer l'entretien dans le cadre général de la relation thérapeutique. La relation et les différents modes d'interaction avec l'utilisateur. - Tenir compte du concept d'équipe : en psychiatrie chaque personne travaille dans un collectif.

	Module 3 bis (suite)	Représentations de la psychiatrie (suite et évolution)	½ journée.	Mme BXXX (présidente du collège des psychologues). Psychologue clinicienne	<p>Au sortir des 3 années d'études et de stages de mise en situation, l'étudiant(e) se retrouve I.D.E. et immergé(e) dans une unité d'un pôle de psychiatrie générale. Cela ne va pas de soi, loin s'en faut !</p> <p>La seconde demi-journée va permettre de poursuivre la réflexion engagée lors de notre première rencontre au cours de laquelle nous avons pu constater combien le vécu de chacun n'est pas isolé. Pouvoir se soutenir de</p>
--	----------------------	---	------------	---	---

					l'expérience des autres participants peut aider à améliorer le quotidien de chacun.
<u>Période 3 : Analyse de pratique (12-18 mois)</u>	Module 7	Analyse des pratiques professionnelles	5 jours	M PXXX. Professeur Sciences de l'éducation, Paris Descartes Psychologue, psychanalyste Supervision des pratiques professionnelles.	Cette période consacre 5 journées à l'analyse de pratique relatant des expériences de soins vécues par les participants. L'objectif est de questionner la bonne distance relationnelle, la gestion des situations de violence ou toute autre situation jugée par les participants comme devant être discutées entre pairs. Le principe est d'adopter une posture réflexive sur sa pratique Le groupe d'analyse sera animé par M. XXX, psychologue et psychanalyste, professeur en sciences de l'éducation spécialisé en supervision des pratiques professionnelles.

-la fiche de mission du tuteur (pour l'accompagnement par tutorat des novices). Cette fiche est le fruit d'une co-construction entre les anciens tuteurs et les demandent émanant des nouveaux tuteurs. Ils ont en effet exprimé des attentes et leurs craintes au moment de la réunion d'information sur le tutorat. Ainsi les points de tensions potentiels ont été abordés par les infirmiers en présence de Béatrice qui avait bien le rôle de porte-parole de la DS. C'était une occasion de voir se mettre en place une controverse. Malheureusement elle n'a pas eu lieu et les désaccords avec la DS n'ont pu être débattus. On ne retrouve pas ici les principes du management polyphonique : il y aura un défaut d'écoute des points de vue des infirmiers pourtant consultés.

Figure 11 : Extrait du compte-rendu de la réunion de présentation du projet tutorat visant le recrutement de nouveaux tuteurs.

Le tutorat : présentation de la fiche de mission. Le référent des tuteurs.

La fiche de mission est distribuée afin de présenter le cadre du tutorat dans l'établissement tel qu'il a été pensé. Les entretiens seront rémunérés selon les principes de rémunérations des formateurs internes occasionnels. Les Nouveaux tuteurs suivront une formation au tutorat (compétences pédagogiques)

Un certain nombre de questions ont été posées et débattues. Il a donc été précisé que :

-le tuteur ne rencontre qu'un seul tutoré par rendez-vous. Les échanges lors des entretiens sont et restent CONFIDENTIELS. Une liste de suggestion de thèmes à aborder pendant les entretiens pourraient servir de guide. Pourtant il est important de garder une certaine liberté pour que le tutoré puisse s'exprimer lors de ces entretiens.

-le tuteur ne peut pas travailler dans la même unité que le tutoré. Dans la mesure du possible, le référent des tuteurs, chargé d'attribuer chaque tutoré à un tuteur évitera que les deux professionnels exercent dans le même pôle afin de favoriser une certaine liberté de parole une fois de plus.

-Une fois que le référent de tuteur donne les coordonnées professionnelles du tutoré au tuteur, c'est le tuteur qui prend contact et qui organise les temps de rendez-vous. Le lieu du rendez-vous est à définir en fonction des salles disponibles et des lieux d'exercice. Il doit être neutre, au calme et permettre une bonne qualité d'échange. La salle ne doit être occupée par personne d'autre durant l'entretien. En cas de difficultés de disponibilité de salle le tuteur prendra contact avec le référent des tuteurs pour une salle.

-la formation (les modules) et les 4 rendez-vous tuteur/tutorés sont obligatoires. Il faut donc un document qui signale à la direction que le rendez-vous a eu lieu pour qu'il soit signalé à la facturation pour rémunération. Le circuit et le document support sont à finaliser.

-les tuteurs se rencontreront une fois par an pour partager sur leurs pratiques et suivre une formation continue sur une thématique qu'ils auront choisi. Certains infirmiers semblent intéressés par le principe d'analyse de pratique.

-le tutorat devrait être mis en place pour septembre.

-le tuteur n'a pas de fonction d'évaluateur de compétences du tutoré. Ce rôle d'évaluateur est assuré par le cadre d'unité du tutoré. D'ailleurs il a été convenu que les cadres ne pouvaient avoir la double posture de cadre et de tuteur.

Enfin, le service ressources humaines devra préciser le statut des infirmiers tuteurs lors des entretiens : seront-ils dans le cadre d'un cumul des fonctions ? Si les heures sont payées seront-elles aussi récupérées ? Les entretiens devront ils avoir lieu sur les journées de repos du tuteur? Devra-t'il poser un congé pour faire l'entretien.... Une réunion en ce sens va être organisée.

Figure 12 : La fiche de mission co-construite et validée par la DS.

FICHE DE MISSION.

Intitulé	INFIRMIER TUTEUR Dans le cadre du parcours d'intégration des IDE en psychiatrie.
Durée de la mission	Le parcours d'intégration des IDE en psychiatrie est de 12 mois. Le tuteur s'engage dans sa mission pour une session soit 12 mois . Cet engagement pourra être reconduit. Le tuteur accompagne jusqu'à 4 tutorés pendant leurs parcours d'intégration au rythme de 4 rendez-vous obligatoires selon le planning suivant :
Temps consacré à la mission	1 rdv entre 2 et 8 semaines 1 rdv à 6 mois 1 rdv à 9 mois 1 rdv à 12 mois Durant cette période trois demi-journées seront consacrées à de la formation et/ou réunion organisationnelle à l'intention des tuteurs. Soit 6,5 jours par an.
Mission rémunérée	
Mission principale	Le tuteur est un infirmier des Hôpitaux de Saint-Maurice, issu des pôles de psychiatrie. Il assure une démarche d'accompagnement à la construction de l'identité professionnelle du tutoré ; il transmet ses connaissances professionnelles, il guide, soutient, conseille à l'occasion du parcours d'intégration en psychiatrie. Il partage ses bonnes pratiques dans le cadre d'une pédagogie adulte. NB : le parcours d'intégration est complété par des apports théoriques organisés par le service formation.

Relations hiérarchiques	Encadrement du pôle Direction des soins Direction des ressources humaines Direction du site
Relations fonctionnelles	Le référent des tuteurs Encadrement du service du tuteur Direction des soins Direction des ressources humaines.
Activités spécifiques	Dans le cadre de l'accompagnement des 4 tutorés : -organisation et planification des rendez-vous selon le planning -accompagnement du tutoré en particulier pour les compétences relationnelles dans une démarche d'analyse de pratique (retour sur expériences du tutoré) dans un souci du respect de la confidentialité des situations rapportées. Participation à la formation « Rôle du tuteur » dans l'année suivant la prise de fonction. Participation à un temps de construction du collectif « tuteurs » pour formation continue, supervision et analyse de pratique et réunion organisationnelle (bilan).
Savoirs attendus	Savoir (connaissances): <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances en psychopathologie (vocabulaire professionnel) • Connaissances en soins infirmiers • Connaissances du cadre réglementaire • Connaissances au regard des techniques d'entretiens: relation d'aide et entretiens infirmiers à visée thérapeutique. Savoir être relationnel - attitudes : <ul style="list-style-type: none"> • Capacités d'écoute, d'analyse et de synthèse • Capacité à partager son expérience professionnelle Savoir-faire opérationnel - aptitudes : <ul style="list-style-type: none"> • Être capable de faire preuve d'autonomie, d'initiative dans l'organisation du tutorat Etre garant de la confidentialité des échanges.

-le **passport de formation** (document qui concentre toutes les étapes du parcours d'intégration, remis à chaque infirmier débutant en psychiatrie) (**voir Annexe 3**). Ce passeport sera l'objet d'une longue attention de notre part dans le but de laisser un parcours d'intégration complètement pensé pour l'établissement. Il devait formaliser les process d'inscription et identifier tous les interlocuteurs en interaction à l'occasion de cet accompagnement institutionnel des novices. Il a été travaillé à l'occasion de plusieurs réunions avec Béatrice et Alice. Nous l'avons présenté en GT dans une première version puis à la DS. Nous avons tenu compte de ses requêtes de réajustement. Pourtant, il restera dans les tiroirs. Car il matérialise des points de tensions non résolus car non affichés (la rémunération du tutorat, qui a la responsabilité des parcours d'intégration : les pôles ? la DS ? la DRH ?...).

Ces processus ont permis **l'enrôlement de nouveaux acteurs** qui sont venus **rallonger le réseau** autour du projet « parcours d'intégration ». Le succès du processus d'enrôlement repose ici probablement sur une **définition particulièrement claire et précise du rôle attendu** pour chacun bien que les fonctions proposées autour de ce projet soient finalement assez atypiques (intervenir comme formateur interne occasionnel, se présenter dans l'établissement comme détenteur d'une expertise qui se partage avec d'autres professionnels de l'établissement, travailler dans « son établissement », pour lui mais pas dans son unité habituelle). Les entretiens préalables réalisés par le traducteur (le doctorant) ont permis une présentation globale du projet mais aussi du rôle qui était attendu par chaque acteur, à son niveau circonscrit et spécifique. Ainsi, la psychologue à la fin de notre première rencontre conclut : « *Je suis partante, c'est un beau projet. Je vois qu'il est bien construit cette fois. Je suis d'accord pour y participer : on sait où on va !* ». Ce qui facilite la traduction c'est que sur cette partie du projet (l'animation et l'organisation des modules théoriques) chaque membre du réseau est sollicité en tant qu'expert et il est reconnu comme tel par les autres membres : il est donc complètement légitime en tant que **représentant** de sa branche. Il n'y a pas de concurrence ni d'enjeu de pouvoir.

Les **signes d'enrôlement** deviennent rapidement visibles : les formateurs internes s'auto-évaluent spontanément sur leur intervention à l'occasion d'une réunion de bilan qu'ils demandent et sont force de proposition pour améliorer la prochaine session. De même, le nouveau pool de tuteurs finalement recrutés suggère des formations pour monter en compétence. Les cadres de proximité, satisfaits des apports de ces modules de formation pour

la montée en compétences des agents, font la démarche de solliciter directement le service de la formation continue pour connaître les dates de la prochaine session et y inscrire de nouveaux infirmiers.

Nous venons de souligner les domaines du projet pour lesquels la traduction a opéré et a permis de faire travailler ensemble des professionnels du secteur hospitalier mais évoluant dans des mondes différents. Pourtant certaines branches du réseau ne se sont pas développées.

UN DEFAUT D'ENROLEMENT DE LA DIRECTION DES SOINS QUI NE PERMET PAS LA MISE EN ŒUVRE DU TUTORAT.

Le défaut d'enrôlement de la direction des soins depuis le début du projet « attractivité et fidélisation » est un souci majeur. La DS refuse le rôle de porte-parole qu'on attend d'elle, sans pour autant l'affirmer ouvertement : les processus d'intéressement que nous avons déployés sont donc sans effet sur les membres de la DS qui préfèrent garder une attitude loyale vis-à-vis de leur supérieure hiérarchique. L'attitude faussement participative de la DS la conduit à nommer un **acteur frontière** référent du tutorat, illégitime à ses yeux comme nous le comprendrons par la suite. Le fait d'avoir un **acteur frontière** qui n'a pas le statut de **représentant symbolique** en la personne de Béatrice rend infertile le projet en particulier pour le tutorat qu'elle doit porter seule³⁰⁷. La situation devient alors très inconfortable pour Béatrice qui ne possède pas les ressources et la confiance en elle pour faire le lien entre la DS et le DRH. Elle n'est pas le relais, bien au contraire. « *La situation n'était pas simple, la DRH et la DS se tiraient dans les pattes. Du coup, moi prise au milieu, je ne me suis pas sentie efficace... vous avez du vous en rendre compte, parfois j'étais complètement perdue* ». Elle n'est pas dans une posture qui lui permet d'affirmer des prises de position sur le caractère obligatoire du parcours. Par un effet de contagion le projet est dénigré par la DS et les cadres supérieurs qui y travaillent : « *en fait plusieurs personnes se sont déjà cassées les dents sur le projet et puis là vraiment j'étais pas dedans. Je ne m'en sentais pas la légitimité vue le regard qu'on avait porté sur mon travail* » nous confie Béatrice... « *J'avais pas envie de m'y coller une deuxième fois alors que j'avais été accablée sur mes fonctions de cadre de pôle juste avant. J'ai été considérée comme incompétente sur mes missions donc quand j'ai été mise à la Direction des Soins je l'ai vécu comme une mise à l'épreuve. Je me sentais comme sous surveillance* ». On comprend que dès

³⁰⁷ En effet son binôme dans le cadre du parcours d'intégration, Alice, la responsable de formation continue, n'a pas de rôle à jouer dans la partie tutorat à part l'organisation de la formation.

le début du projet, la DS en confiant ce dossier à Béatrice considère le sujet comme inintéressant. Il ne s'agit pas d'un projet prioritaire à ces yeux. Les discours en interne à la direction des soins effacent donc les effets des processus d'intéressement en cours : *« je redoutais la réunion du lundi matin : à ce moment-là je devais rendre des comptes sur le projet tutorat et là on me cassait en disant que c'était nul »* nous dit Béatrice. Le projet du parcours d'intégration se retrouve pour ainsi dire « saboté ». Le défaut de soutien de la DS freine considérablement les avancées du projet qui reste longtemps sans effet visible dans les unités de soins : *« en fait ce projet n'a pas été porté sauf par la DRH. Du coup par rapport à ce positionnement RH, la vision du projet dans l'établissement était négative »* (Béatrice). La DRH fait le même constat *a posteriori* lors de l'entretien de clôture : *« Le problème du projet « attractivité », c'est qu'il a été étiqueté DRH. Pour une meilleure adhésion il faut trouver un équilibre DS/DRH. Il doit être présenté sans étiquette, au plan institutionnel. Le soutien du directeur d'établissement est alors déterminant et il a fait cruellement défaut »*. Les questions taboues sont traitées dans différentes réunions qui multiplient le recours à des « experts » de la thématique. Mais ces derniers, conscients des enjeux latents peinent finalement à prendre des décisions sur le montant de rémunération des tuteurs par exemple. Les services de DRH et DS se renvoient le dossier : *« ce point ne révèle pas de la DS...j'ai rempli ma partie sur les statuts des tuteurs mais il faudra voir le montant de rémunération à la DRH »*. Le dossier passe donc de mains en mains. Au départ de la DRH, le dossier est confié à une attachée de direction qui finalement part à la retraite et le laisse au nouveau DRH qui prend ses fonctions 6 mois plus tard (le DRH assurant l'intérim ne souhaite pas traiter ce point considéré comme non prioritaire). Cette méthode qui consiste à laisser se déliter le projet par manque de soutien d'une des directions explique que de nombreux projets qui nécessiteraient la coordination stratégique peinent à voir le jour. Nous aurions gagné beaucoup de temps et d'énergie à entendre une déclaration de refus franche de la DS sur le projet du tutorat. La première DRH reconnaît *« Finalement l'hôpital 1 s'est révélé un terrain de travail particulier et il a fallu revoir à la baisse l'ambition de tous les projets »*.

Un défaut de compétence organisationnelle de le référente du parcours d'intégration non pris en compte par l'établissement. Une analyse des compétences stratégiques à l'état de balbutiement.

Nous avons été amené à travailler en étroite collaboration avec Béatrice, cadre supérieur à la DS, tout au long du projet sur les parcours d'intégration et en particulier le tutorat. Nous avons bien conscience de notre rôle de traducteur mais nous avons aussi joué un rôle d'accompagnateur voire de guide auprès de Béatrice. De manière très concrète nous avons établi ensemble la fiche de mission des tuteurs. Ses ressources résident essentiellement dans sa connaissance fine du fonctionnement de la structure.

Aussi nous avons été très étonnés lorsqu'à la clôture de notre 4ème entretien, elle nous a demandé si nous pouvions mettre en format numérique le document de travail élaboré ensemble. *« Ça vous dérange pas ? Je suis désolée mais en fait je n'ai pas reçu de formation Word, Excell, Power Point... Je peux taper un texte à l'ordinateur mais je sais pas faire la mise en forme. Avant quand j'étais dans les services, je demandais aux secrétaires de me le faire mais là c'est pas possible. C'est pareil pour les Power Point ! »*

Afin de ne pas ralentir le projet, nous nous en sommes chargés. Mais nous avons été un plus dans l'embarras quand, 3 mois plus tard, elle nous a demandé nos notes de travail pour préparer une intervention aux cadres supérieurs de pôles de l'ensemble de l'établissement. Nous devons exposer les avancées du projet « parcours d'intégration », les modalités du tutorat et les intervenants sur les modules théoriques. *« Je suis embêtée ...mais vous pourriez me donner ou me faire une copie de vos notes, enfin des points qu'on a travaillé ensemble. Je ne retrouve plus les miennes ; je les ai classées dans des pochettes mais je ne remets pas la main dessus. »*

Ce défaut de compétence n'est pas pris en compte : il constitue pourtant un frein majeur pour la réalisation des missions qui sont attribuées à Béatrice. Il semblerait que l'accompagnement de la montée en compétences lors de la formation continue des cadres ne soit pas pris en compte dans l'établissement. La capacité de l'établissement à coordonner ses actions ne semble pas être un objectif.

L'arrivée de la nouvelle DS ne change pas complètement la donne. Malgré nos efforts pour mettre en place **des centres de traduction** qui réunissent les personnes concernées par les parcours d'intégration, le tutorat n'est pas mis en place. Pourtant le nouveau DRH et la nouvelle

DS affichent un discours favorable à une collaboration DS/DRH. L'atmosphère de conflit social inquiète la DS et le juriste de l'établissement : « *Est-ce que le parcours d'intégration ne peut pas être instrumentalisé et être retourné contre nous par les syndicats. Ils vont nous dire, qu'on ne peut pas faire l'évaluation d'un agent au bout d'un an alors que les modules du parcours d'intégration s'étalent sur 18 mois. On va encore se retrouver bloqué avec des agents incompetents et on pourra rien y faire.* » s'inquiète la DS. « *Je ne peux pas lancer le tutorat comme ça : je dois voir ça en réunion cadre...dès que la grève sera finie* ».

Ainsi le tutorat, non soutenu par la DS, soulevant des questions sensibles en lien avec la rémunération, représentée par un référent peu légitime dans l'établissement, ne permet qu'un rallongement partiel du réseau (le recrutement d'un vivier plus conséquent de tuteurs mais qui reste non utilisé). Il soulève trop de questions taboues qu'il paraît prématuré de traiter aux yeux des directions.

SYNTHESE DE LA TRADUCTION DES PROJETS DANS L'HOPITAL 1.

Le bilan de la conduite du changement dans l'établissement est en demi-teinte. Le défaut de coordination stratégique autour d'un projet uniquement porté par le service RH rend la démarche très complexe. Nous retiendrons que la première période diagnostique est particulièrement efficace grâce à la mobilisation de centres de traduction pertinents et qui permettent l'échange de vécus autour d'une situation problématique de pénurie d'infirmier. Pour autant, l'évolution du rôle attendu par les membres du GT déroute, et la fonction du centre de traduction s'essouffle. Malgré tout, quelques groupes projets permettent un enrôlement suffisant des acteurs pour favoriser la production d'outils utilisés dans l'établissement. On constate ainsi des mobilisations effectives des acteurs signifiant l'aboutissement d'un processus de traduction.

Malgré l'utilisation de la ST dans une visée normative et une longue phase de contextualisation permettant une bonne connaissance de la structure, nous ne pouvons pas déjouer les effets d'une organisation pluraliste. Ainsi, l'utilisation de la ST, même si elle reste un guide normatif pertinent, ne conduit pas à lever tous les obstacles et en particulier ceux liés aux variables de contexte comme la grève des cadres au moment de l'arrivée de la seconde DS qui stoppera tous les projets managériaux pendant près de 20 mois. La présence de conflits latents accompagnés

d'un déséquilibre majeur du pouvoir rend impossible le développement du projet jusqu'à sa mise en œuvre. La traduction ne peut opérer que si les acteurs acceptent d'échanger autour d'un sujet qu'ils reconnaissent problématique d'une part et conflictuels d'autre part afin de vivre une controverse.

Selon le nouveau DRH, les interventions développées à l'occasion du GT « attractivités et fidélisation » « *sont anachroniques bien que complètement pertinentes face aux besoins en matière de RH. D'ailleurs c'est exactement ce qui se développe outre-Atlantique mais l'établissement vit une fin de cycle (celui de la direction générale à venir et celui des directions fonctionnelles). Il y a un problème de timing : c'est un projet à contre-courant ou plutôt les éléments externes poussent à contre sens des objectifs du projet* ». Pour autant le travail mené n'est pas vain : pour lui il s'agit d'un catalyseur pour les projets de la DRH en 2016 : « *à partir du travail mené nous aurons un axe sur l'accompagnement des carrières : la fin de carrière, l'accompagnement des compétences puis en 2017 nous reviendrons sur les parcours d'intégration. C'est important car il s'agit d'un catalyseur de l'esprit d'entreprise.* »

10.2.2 Favoriser le développement d'un projet de promotion de bien-être au travail sur un site pilote dans deux unités de psychiatrie d'un même pôle.

Ce projet, qui rencontre des difficultés lui aussi au moment de l'élaboration de son plan d'action, révèle là encore un enrôlement partiel et difficile des acteurs, même si finalement le processus de traduction se déroule complètement. La ST a été un guide judicieux qui nous a permis de comprendre et de prendre le temps de désamorcer les points de blocage afin d'élaborer un plan d'action plus pertinent aux yeux des soignants. Le nouveau plan d'action composé **d'objectifs plus proches des préoccupations de travail des professionnels a été un processus d'intéressement remarquable**, véritable déclencheur du processus de traduction permettant le rallongement du réseau et des micro-changements reconnus et valorisés localement et institutionnellement. Nous avons en effet tenu compte de nos premières expériences dans les deux établissements, et tenté de ne pas reproduire les mêmes erreurs en tenant compte par exemple des dangers de l'absence de controverse ou du manque de franchise dans certains échanges ne permettant pas de traiter les problèmes à leurs sources. De plus nous avons compris qu'il était inutile d'avancer « seul » : notre priorité était la mise en place d'un

processus d'intéressement favorable à l'enrôlement des acteurs sur le site pilote, ce que nous avons finalement pu observer. Pour cela nous avons ciblé nos efforts sur la création de nouveaux espaces de discussions sur les pratiques de travail qui permettraient d'aborder des sujets tabous mais dans le respect de chacun. C'est en ce sens que la charte de fonctionnement du groupe s'est révélé utile³⁰⁸.

Le projet est présenté en CHSCT par le doctorant afin de **communiquer en permanence sur le processus en cours: le processus d'intéressement reste le même et** repose sur le PPT qui présente les différentes étapes du projet dans une logique participative et propose de travailler sur les pratiques réelles de travail. Le choix du site pilote fait débat mais ce sont deux unités que nous appellerons Psy1 et Psy2 qui ont été retenues. Des situations d'absentéisme marqué, de non-respect des règles et de la hiérarchie sont rapportées par la DRH et la DS d'une part et confirmées par les membres du CHSCT ainsi que du GT qui soulignent la présence d'une « omerta³⁰⁹ ». « Les messes basses » et « les bruits qui courent » pour reprendre le vocabulaire de la cadre de l'unité 2 sont présentés comme des freins managériaux.

Le doctorant, en tant que traducteur rencontre le cadre supérieur du site puis les cadres de proximité de Psy1 et Psy2 en utilisant le même PPT afin de poursuivre le **processus d'enrôlement des futurs porte-paroles**. Il est essentiel pour le doctorant de prendre le temps de **socialiser ces nouveaux entrants** dans le projet puisqu'il s'agit ici d'un **rallongement du réseau** ne reposant pas sur la base du volontariat. L'objectif pour le doctorant est aussi de créer un autre type de relation et de circulation de l'information entre les différents niveaux hiérarchiques.

Dans cette phase du projet, lors de l'implantation sur le site pilote, le doctorant est particulièrement attentif à la mise en place de la phase de **contextualisation** comme étape préalable à la problématisation puis à l'intéressement et à l'enrôlement même si dans les faits nous avons pu constater que les phases se chevauchent.

³⁰⁸ La charte en elle-même ne suffit pas ici. En revanche nous avons veillé à ce que ces principes soient effectivement appliqués. En ce sens nous avons veillé à la circulation de la parole pour tous les acteurs comme nous l'avons évoqué dans la présentation de la méthodologie.

³⁰⁹ Nous reprenons ici le mot exact utilisé par les cadres des autres unités et repris par la DRH et la DS. Ce terme est aussi utilisé par les professionnels siégeant au CHSCT.

Contextualisation : une équipe de soignants fragiles. Transfert de l'infirmière pour sa prise en charge en urgence en psychiatrie.

Jeudi 13h30, nous arrivons sur le site de Psy2 pour la 4eme réunion de la phase diagnostique du bien-être au travail dans le service. Comme à notre habitude, après avoir sonné pour que l'on nous « ouvre », c'est un service « fermé », nous nous dirigeons vers le bureau de la cadre. « Ah, Madame Boiteau, allez-y entrez. Tenez asseyez-vous là en face de moi. Ma collègue n'est pas là aujourd'hui...Par contre il faut me laisser quelques minutes là parce qu'on doit gérer une urgence. J'attends le médecin du service qui est en entretien justement ».

Nous sommes habitués : il est logique que la priorité soit donnée aux soins. Pourtant nous sommes surpris d'apprendre que finalement la réunion ne pourra pas avoir lieu aujourd'hui puisque « *La dernière IDE est en pleine consultation avec le psychiatre du service : pour elle ! Elle revient d'un an d'arrêt maladie et là ce matin elle craque complètement au 3eme jour de travail* ». Le médecin du service nous rejoint dans le bureau de la cadre de proximité et confirme : « *Faut organiser son transfert en ambulance pour les urgences maintenant. On ne peut pas la renvoyer chez elle dans cet état, c'est trop dangereux pour elle !* »

Cette situation à contre-pied de ce que l'on attend d'un service de soin ne semble pas dérouter plus que ça ni le médecin, ni la cadre. Elles utilisent leurs compétences de prises en charge des patients sans s'étonner de mobiliser leurs compétences pour gérer le personnel soignant. Nous sommes dans une situation de soins qui conduit *les plus vulnérables face aux plus fragiles* (Bautzer, 2012, p.187)

Nous avons donc pris en compte le **système d'influence** propre aux deux unités reposant bien entendu sur les caractéristiques d'une organisation pluraliste avec un encadrement assurant un management plutôt « top-down » mais aussi une équipe encline au détournement des règles ce qui se révèle peu compatible avec les principes de l'innovation. Ainsi, les cadres « imposent » des règles de fonctionnement dans un discours reposant sur une liste d'injonctions pendant que les soignants détournent les règles de fonctionnement qui ne leur paraissent pas réalisables dans l'unité. Cela concerne l'organisation des soins, les modalités de transmissions, le port de la blouse en tant que tenue professionnelle.

Mais ces points de vue divergents ne peuvent être débattus faute d'espace de discussion. Ainsi, en filigrane de notre présence, nous avons à l'idée **d'accompagner l'encadrement à s'ouvrir**

sur les principes d'un management participatif au moins à l'occasion du projet bien-être en adoptant la collégialité comme nouveau mode de prise de décision.

Nous souhaitons mettre en valeur le **principe de partage de bonnes pratiques** même si ces dernières n'avaient pas encore eu l'occasion d'être débattues entre pairs. Il nous semblait en effet que la confrontation des idées et le conflit aurait un rôle moteur dans les dynamiques sociales à condition que le management institutionnel et de proximité s'en empare (Simmel, 1995) car c'est en ce sens que la controverse porte ses fruits. Si l'encadrement ne met pas en débat les points de tension dans des centres de traduction, on **observe des situations d'affrontements à distance sans possibilité d'apprentissage collectif** comme nous avons pu les observer au début de notre intervention dans ces unités.

CO-CONSTRUCTION D'UN DIAGNOSTIC PERCUTANT.

Lors de la **problématisation** chacun exprime ses attentes vis-à-vis d'un projet non désiré, pour identifier collectivement des signes d'absence de bien-être au travail à la fois individuels et collectifs et construire une cartographie des bonnes pratiques managériales favorables au bien-être au travail. Le thème de bien être devait s'apparenter à un sujet « **supragroupe** » en étant suffisamment général mais il s'avère qu'il est au départ étranger à tous. Nous apprendrons après-coup qu'il est même perçu comme une provocation de la part des directions à leur égard : *« comment parler de bien-être au travail dans une situation chronique de manque de personnel³¹⁰ »*. Les soignants nous préciseront à la fin de notre intervention : *« On a eu besoin de temps pour être apprivoisés et avoir confiance car vous veniez de la part de la DRH. C'est un projet pas évidant au départ... C'est un nouveau type de projet, inconnu donc effrayant »*. La participation des soignants se fait en demi-teinte, les réunions commencent souvent en retard, les soignants indiquent qu'ils ne sont pas au courant du projet, ni des dates de réunion. Cette première partie est l'occasion de repérer **les détenteurs d'influence**, les soignants qui boycottent le projet, ceux qui n'osent pas prendre la parole en groupe et qui se révèlent pourtant

³¹⁰ Pour être exact dans ces unités le recours aux intérimaires est quasi quotidien pour pallier à des arrêts maladies longue durée et des congés maternité. Sur les plannings, on ne peut pas à proprement parler de manque de personnel mais pour le personnel, un intérimaire n'assure pas la même quantité de travail qu'un membre de l'équipe. Il faut passer du temps à lui présenter le service. D'autre part, les intérimaires n'ont pas les mêmes horaires de travail : ils arrivent une heure plus tard comme l'exige la direction des soins. Il faut donc refaire des transmissions à leur arrivée ce qui constitue une perte de temps.

prolixes en entretien privé, ceux qui, sans s'en rendre compte, sont des défenseurs de l'innovation au quotidien et qui relatent des astuces de travail révélant ainsi des **capacités de mobilisation interne**...Mais ces réunions sont aussi l'occasion d'aborder des sujets tabous conduisant chacun à exprimer son point de vue et ses arguments concernant par exemple les modalités et les horaires de transmissions, la participation des ASH (agent de service hospitalier) aux transmissions, la participation des soignants aux réunions de synthèse médicale. Cette thématique reviendra animer les échanges dès la 2ème réunion et cela sur plus d'une année : elle trouve toute sa place dans un projet qui traite du bien-être au travail puisqu'elle traite de la coordination et l'organisation collective nécessaire pour que chacun puisse prendre sa pause. Elle permet au soignant, au titre de prendre soin d'eux au travail, de respecter leur pause déjeuner pour se ressourcer. C'est un discours qui avaient jusque-là du mal à être entendu par la cadre supérieure, pour qui le dévouement au travail permet de « sauter » cette pause déjeuner.

L'épineuse question de l'horaire de la pause déjeuner pendant la relève inter équipe.

Les échanges autour de l'horaire de la pause déjeuner seront un véritable fil rouge des thématiques traitées lors de nos interventions sur Psy1 et Psy2. Nous comprenons à travers cette récurrence du thème qu'il possède un fort pouvoir symbolique et qu'il fait complètement écho à notre thématique de bien-être au travail. Nous saisissons aussi au fur et à mesure des échanges qu'il s'agit d'un point de discorde cadre-équipe et que même au sein de l'équipe les points de vues ne sont pas partagés : « il faut prendre nos pauses avant/après les transmissions », « on peut très bien manger en salle de soin pendant les transmissions », « la pause déjeuner ça doit être une vraie coupure un moment où on se ressource », « c'est pas hygiénique de manger en salle de soin »... Les cadres imposent des transmissions à 13H et autorise ensuite la pause déjeuner en salle de repos pour l'équipe du matin pendant que l'équipe de l'après-midi assure la continuité des soins. Les équipes demandent pour leur part de partager ce temps de repas comme moment convivial et fédérateur de l'équipe, même pour l'équipe d'après-midi qui vient pourtant de prendre son poste. Les soignants ont une préférence pour la salle d'activité au bout du couloir pour prendre son repas : c'est le meilleur endroit pour ne pas être dérangés par les patients. Au départ, les « règles » concernant la prise de pause déjeuner ont été imposées mais non suivies. Mais à l'occasion des interventions, nous avons favorisé l'expression de la controverse sur le sujet en invitant chacun à avancer ses arguments. Les soignants ont reconnu

qu'il n'y avait pas moyen de faire l'impasse sur la continuité des soins. Les cadres ont entendu le besoin des équipes de partager un moment convivial qui ne soit pas le temps de transmissions autour d'un café après la pause repas de l'équipe du matin. Les débats ont conduit les soignants à accepter de ne plus s'attendre pour prendre la pause, ce qui conduisait toujours à la réduire, les uns et les autres étant toujours interpellés par un patient, un médecin ou un collègue de l'après-midi. Ces débats ont permis de redonner de la valeur aux temps de pause, de la reconnaître comme un droit et un devoir qui permet la qualité du travail. De leur côté les cadres ont accepté d'être un peu plus souples : lorsque la matinée a été particulièrement chargée et que l'équipe du matin a travaillé sans interruption, elles proposent aux équipes de prendre 5 min pour souffler, manger un petit quelque chose avant de commencer les transmissions qui ne s'étalent plus dans le temps et ne dépassent pas 20 minutes. Ces signes d'attention et de reconnaissance de la charge de travail accomplie par les soignants sont très appréciés.

L'analyse de ce recueil de données est présentée en janvier 2015 dans un contexte particulièrement tendu en lien avec le projet de modification des horaires des plannings. Cette fois les soignants réagissent à la présentation des éléments du diagnostic : le doctorant révèle **des visions opposées voire contradictoires, un défaut d'organisation du travail pensée collectivement et une absence de temps dédié au partage de bonnes pratiques ou d'astuces innovantes**. Il en découle un fort sentiment de **manque de reconnaissance** de la hiérarchie pour le travail bien fait. La présentation des résultats du diagnostic, présenté par un professionnel neutre et extérieur de l'établissement, a aussi pour but de **constituer un processus d'intéressement** en soulignant les problèmes partagés par tous sur un même lieu de travail. Lors de la présentation le traducteur a pu éviter cette fois le biais d'un diagnostic qui donne le sentiment de « déjà vu ». Le fait de travailler sur un site pilote permet le recueil de données beaucoup plus fines et intimes, proches de la réalité de travail. Il ne présente pas des généralités mais révèle une situation tendue, méconnue par une partie des soignants. La cadre supérieure de l'unité le souligne en entretien individuel : *« Cette expérience c'est avant tout une chance incroyable de pouvoir prendre du recul sur les événements qui ont eu lieu dans le service. A travers vos retours et vos analyses de la situation, nous avons pu verbaliser, reformuler, mettre à distance les événements et donc mieux les comprendre. C'est une aide managériale considérable de pouvoir s'appuyer sur votre analyse de la situation, ça a permis d'augmenter la crédibilité de nos arguments. Quand vous avez présenté le diagnostic, c'était comme une réassurance. Vous confirmiez ce que je pensais. Je commençais à douter de tout,*

j'avais l'impression de lutter contre une montagne. J'avais l'impression d'être incapable de trouver une solution ».

Le traducteur insiste sur le fait que **les moyens d'action susceptibles d'être déployés** (Pichault, 2013) à l'occasion du projet doivent être réalistes : le traducteur n'a pas de baguettes magiques et son rôle n'est pas d'obtenir auprès de la direction l'ouverture de postes soignants supplémentaires, comme certains ont pu en faire la demande. En revanche l'objectif est de travailler ensemble sur l'organisation du travail en prenant en compte le travail réel et non le travail prescrit. Pour la cadre supérieur « *Ce diagnostic, c'était un vrai levier d'action* », c'est-à-dire un processus d'intéressement.

UNE PHASE DE MISE EN ACTION DU PLAN D'ACTION QUI NECESSITE UNE VISIBILITE DU POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL ET UNE TRADUCTION DU PROJET PLUS OPERATIONNELLE.

Malgré l'intérêt porté par les équipes aux éléments révélés par le diagnostic du projet de promotion du bien-être au travail pouvant faire espérer **une problématisation aboutie**, la phase suivante visant le choix d'axes de travail est un échec³¹¹. De nouveaux les soignants évitent les séances.

Modification des horaires de travail imposée par la cadre et le médecin coordonnateurs de pôle.

Alors que nous venons de présenter le diagnostic co-construit, des évènements de contexte marquent largement les esprits du personnel des deux unités. Dénotant des pratiques managériales favorables au bien-être au travail, les décisions imposées de l'encadrement arrivent à contre-courant. La communication autour du projet de modification des horaires de travail est maladroite. Les soignants travaillant en 12H se sentent « mis dehors ». Le défaut d'accompagnement individuel pour proposer un autre poste dans l'établissement, dans un service tournant en 12H, rend pesante l'atmosphère dans les unités. La possibilité d'un choix pour les agents n'est pas visible

³¹¹ Nous constatons que ce phénomène est récurrent sur l'ensemble de nos projet est que cette étape permet de vérifier l'enrôlement des acteurs.

Dans ce contexte, le dialogue est rompu. Tout le travail engagé en termes de problématisation est donc à réenclencher.

En accord avec l'encadrement et les deux directions nous estimons qu'un soutien institutionnel visible est nécessaire à la poursuite du projet : la DRH et le nouveau DS proposent de rencontrer l'encadrement sur le site pour envisager ensemble une **évaluation du processus de traduction** et penser un second souffle à ce projet. C'est ainsi qu'en mai 2015, le doctorant suggère de travailler sur la valorisation des transmissions inter équipes comme point d'entrée à une réflexion partagée sur l'organisation du travail. C'est un temps formel de discussions autour du travail qui existe déjà et qui pourrait être ainsi valorisé. On peut y favoriser la reconnaissance du travail bien fait. De plus en fonction des éléments recueillis lors des entretiens certains avaient exprimé leur inconfort à travailler sans être certains de disposer de toutes les informations concernant les patients et donc craignaient de faire une erreur. Or l'incertitude sur sa capacité à fournir un travail de qualité a un impact sur le bien-être au travail (Estryn Behar, 2008). Le fait de travailler sur un thème plus proche de leur quotidien favorise une meilleure adhésion au projet. **Le traducteur révèle ici tout son rôle : il est capable de traduire un modèle conceptuel voulu par la DRH en projet plus opérationnel apportant des solutions sur l'organisation du travail des soignants.**

Le nouveau projet « transmissions » est présenté aux équipes en juin 2015 : le projet initial est rappelé pour **socialiser les nouveaux-arrivants** car une partie conséquente de l'équipe a été renouvelée en raison des changements d'horaires. Il s'agit d'un rallongement du réseau sur une branche supplémentaire. L'encadrement direct adopte une autre posture : les cadres deviennent **des portes paroles** et insistent dès cette réunion sur l'intérêt du projet. Le doctorant vient faire trois séances d'observation des transmissions dans chaque unité en se focalisant sur la forme et non sur le fond. L'accueil réservé au doctorant montre une volonté de coopérer autour du projet que la cadre soit présente ou non: on le reconnaît, on sait pourquoi il vient, dans quel but : on lui fait une place dans la salle de transmission pour favoriser ses observations. Son rôle d'accompagnateur est reconnu.

Ces temps de réunions agissent comme des **centres de traduction** pendant lesquelles les soignants parlent échantent autour de leurs pratiques professionnelles et en présence de leur hiérarchie directe. Ils permettent de **valoriser les bonnes pratiques** concernant les transmissions (respect d'un temps circonscrit, attitude d'écoute, partage du temps de parole...)

et de **renvoyer un discours positif sur la qualité du travail**. Ceci est apprécié par l'équipe. Ils révèlent aussi des dysfonctionnements très concrets comme les difficultés des soignants à rédiger des transmissions écrites sous une forme narrative en cas de transfert d'un patient dans une autre structure ou des erreurs dans l'utilisation de tubes pour les prélèvements sanguins : le laboratoire téléphone pendant les transmissions pour que des bilans soient réalisés de nouveau. Ces thèmes ont donc été discutés puis travaillés lors de nouvelles séances d'une heure. En pointant du doigt des problèmes pragmatiques du quotidien des soignants, le doctorant traducteur a gagné en **légitimité**. La mise en œuvre de solutions certes simples mais visibles a permis **un rallongement du réseau** et une **boucle de traduction** complète. Enfin en tant que **processus d'intéressement**, l'élaboration d'un guide à la rédaction de transmissions écrites sous forme narrative a été constituée : il est utilisé désormais dans le service. Ces points simplifient le travail des soignants et concourent à l'amélioration du bien-être au travail puisqu'ils « *permettent de dégager du temps auprès du patient* ».

Afin de **valoriser le travail mené sur les transmissions et donner une dimension institutionnelle au projet**, une charte de bonnes pratiques sur les transmissions est élaborée à la demande de la DRH et le DS. Il s'agit d'un **processus d'intéressement complémentaire** qui s'adresse aux autres professionnels de l'établissement pour favoriser **l'adoption de nouvelles pratiques qui deviendront la norme grâce au rallongement du réseau**.

Figure 13 Charte des transmissions de Psy 1 et Psy 2.

1-Les transmissions traitent d'éléments concernant le patient (nouveau concernant son état clinique, son comportement, ses interactions, son ressenti, sa prise en charge, les projets qui le concernent, ses activités thérapeutiques...) mais aussi des éléments concernant l'organisation (répartition des tâches en fonction des entrées, des sorties, des accompagnements) afin d'évaluer rapidement les situations à risque. Dans une volonté d'efficience les transmissions reposent sur la priorisation des informations.

2- Les transmissions se déroulent dans un temps circonscrit : 15 min le matin et le soir, 30 min pendant la relève équipe matin/après-midi. Elles conjuguent des temps formels et informels et se prolongent tout au long de la journée de travail pour réorganiser l'activité si besoin en particulier pour l'accueil d'un nouveau patient.

3-Les transmissions ont lieu en salle de soins/ bureau soignant, porte fermée, afin de disposer des sources d'informations, de respecter le secret professionnel et pour favoriser le bien-être au travail des soignants (distinction temps de travail/temps de pause).

4- Les agents de service hospitaliers, les infirmiers et les aides-soignants participent aux transmissions. Les transmissions constituent un travail réalisé en équipe (Chacun dispose d'informations utiles pour les autres).

5- Les transmissions garantissent la continuité des soins ; c'est le moyen de passer le relais à un autre professionnel. Qu'on les donne ou qu'on les reçoive, elles permettent une prise en charge holistique et harmonisée en partageant avec l'équipe élargie (en complément des temps de synthèse).

6- Les transmissions orales et écrites se complètent et mobilisent toujours du vocabulaire professionnel. Mais elles ne répondent pas aux mêmes intentions ni aux mêmes temporalités.

L'enjeu pour les transmissions orales est de savoir à quel moment et à qui distribuer les informations que l'on détient au fil de la journée en fonction des connaissances que l'on a du travail de chacun au sein de l'équipe.

L'enjeu à l'écrit est d'intégrer le principe de traçabilité « pas écrit, pas fait ». Ecrire favorise l'adoption d'un regard et d'une posture professionnels à travers une phase de recul et de réflexion au moment de la rédaction. Cette mise à distance est un gage de qualité.

7- Les transmissions nécessitent des compétences de communication spécifiques pour permettre le respect de chacun. Il faut choisir ses mots et le bon ton pour exprimer son éventuel désaccord sur une prise en charge sans porter du jugement sur le travail d'autrui.

8- C'est un moment de partage autour des pratiques de soins qui doit permettre une ouverture d'esprit pour favoriser l'évolution et la qualité des prises en charge. L'équipe peut ainsi réaliser qu'il existe une finalité commune malgré des pratiques différentes : celle d'accueillir et de placer l'humain au cœur de son travail.

Le médecin du service présent à la réunion de clôture prend une place dans la chaîne du réseau en soulignant les apports du projet et ses bénéfices en termes de « libération de la parole ». Les cadres, parties prenantes, avancent le travail en intercessions avec leurs équipes prouvant ainsi que leur **enrôlement** est effectif. Une fois validée en GT cette charte sera diffusée dans l'ensemble de l'établissement et contribuera un peu plus au **rallongement du réseau**. Par ailleurs un travail est mené de manière transversale avec l'encadrement du site et les cadres du GT pour partager les bonnes pratiques concernant les transmissions vues comme un outil managérial.

Des représentants syndicaux, membres du personnel du site pilote, qui restent en marge de la démarche et ne favorisent pas la controverse par un affichage de leur point de vue.

Lorsque le site pilote est choisi, on nous indique (les directions, les membres du GT, la cadre supérieure de pôle) que les syndicats sont très influents sur ces unités. Leur attitude de blocage pour divers projets est signalée. Lors de notre présence dans l'unité, nous avons fait attention de nous rendre disponible pour favoriser le recueil d'informations. Il nous est arrivé de poursuivre des conversations de manière informelle après les réunions, mais jamais un membre du personnel ne s'est présenté à nous en tant que porte-parole des syndicats. Aussi nous avons été surpris de recevoir le mail ci-dessous, rédigée par une infirmière que nous avons pourtant entendu en entretien individuel. Nous mettons ici les échanges de mails.

Le 25 juin 2015 à 14:31, XXX > a écrit :

> >

> >

> > Bonjour Mme Boiteau,

>

> >

> > Suite à votre intervention sur mon ancien secteur (29ème) j'ai pris connaissance de la dernière note d'information du groupe attractivité et fidélisation des professionnels.

> >

> > J'ai pu assister à la restitution de votre travail lors d'une réunion et avant mon départ j'attendais de pouvoir en rediscuter avec vous, mais après un RDV à la DRH, j'ai été informée que vous deviez programmer une réunion avant de pouvoir réintervenir dans le service.

> >

> > A la suite de la lecture de cette note d'information , j'en déduis que la réunion a donc eu lieu.

> >

> > Et je me demande si suite à votre analyse de la situation , il était prévu de rencontrer les 9 IDE qui ont quitté le 29 ème secteur au cours des deux derniers mois?

> >

> > Nous étions 7 IDE avec un départ programmé (tous titulaires) et je viend d'apprendre 2 départs de 2 collègues en CDD qui ont rompu leur contrat...

> >

> > Je pense qu'étant donné l'intitulé du groupe de travail, une vague aussi importante de départs doit alerter et pouvoir faire l'objet d'un travail de fond.;

> >

> > Je suis à votre disposition si ces quelques lignes vous paraissent exploitable pour votre recherche, et probablement d'autre collègues le seront aussi.

> >

> >

> > Cordialement.

XXX

> Objet: Re: Fidélisation du personnel

>

> Bonjour ,

> Je viens de prendre connaissance de votre mail.

> Le projet de promotion de bien-être au travail sur les unités Psy 1 et Psy2 se poursuit depuis Juin en fonction des axes de travail issus de l'analyse des données recueillies à la fin de l'année 2014. Ces données ont été présentées en janvier dans les unités puis en CHSCT et en réunion de GT attractivité et fidélisation. Les axes de travail ont été validés en GT avec les directions et l'encadrement du site puis présentés aux équipes.

>

> Le renouvellement de l'équipe ne m'a pas échappé mais n'est-il pas lié au passage des horaires de 12 en 8h00?

>

> Si vous le souhaitez nous pouvons convenir d'un rendez-vous téléphonique. Dans ce cas faites-moi par de vos disponibilités à partir de la semaine prochaine. (Jour et heure)

>

> Bien cordialement.

> Karine Boiteau.

> Bonjour Mme Boiteau,

>

> Personnellement je suis surprise que le seul axe soient les transmissions et que les soignants ne puissent participer à la définition des axes de travail.

>

> Quant au motif du passage des 12h en 8h il me paraît totalement erroné pour ma part et celle de certains de mes anciens collègues, le départ s'explique plus par la pression exercée par la hiérarchie, la pression, le harcèlement et l'épuisement professionnel. Cet argument me paraît aussi peut recevable étant donné que les deux dernières personnes qui ont demandé leur rupture de contrat était des personnes embauchées en 8h....

>

> Je pense qu'il faut réfléchir à une manière d'analyser la vague démentielle de départ sur le 29 eme ou alors la réflexion sur la fidélisation sur ce secteur me paraît franchement obsolète.

>

> Peut être qu'il faut réfléchir à une rencontre avec les agents en fonction de vos objectifs de travail.

>

> Pour l'instant je suis en vacances mais on peut s'écrire si vous le souhaitez.

>

> Cordialement .

XXX

Bonjour mademoiselle,

Vous avez visiblement un avis à faire partager sur la question mais à vous lire je suppose que vous ne disposez pas de tous les éléments sur l'ensemble du travail qui a été engagé .

Peut-être devriez-vous nous rejoindre dans le groupe de travail fidélisation afin de nous faire part des éléments dont nous ne disposons pas de notre côté pour faire une analyse plus complète. Ainsi nous aurions la possibilité de vous expliquer les étapes du projet qui nous ont conduit sur la thématique des transmissions et qui nécessite bien plus que quelques lignes dans un mail.

N'hésitez pas à être force de propositions vous et vos collègues si vous disposez de solutions que nous n'aurions pas encore envisagées. Je regrette malgré tout que vous ne soyez pas venue vers moi en janvier sur Psy1 pour m'en faire part lors de la réunion sur les axes de travail du projet bien être par exemple. J'ai en effet plusieurs fois attendu en vain les équipes pendant les temps de réunions programmés. Il s'agissait pourtant bien de temps d'écoute et de co-construction qui étaient proposés...

Je vous reconduit ma proposition de rendez-vous téléphonique lorsque vous le souhaiterez à partir du mois d'août.

Cordialement.

Karine Boiteau.

Bonjour Mme Boiteau,

Je pense avoir assister à la réunion de janvier de restitution? mais je n'étais pas au courant que nous étions conviés à un réunion sur les axes de travail...?

Personnelement comme je vous l'avais précisé lors de notre entretien sur Avron je n'étais même pas au courant de votre venue ni du travail engagé... pourtant présente sur le secteur depuis 4 années... la charge de travail et le manque de personnel n'aidant pas non plus au détachement des agents pour se réunir...

Je réfléchis à une manière de pouvoir vous rapporter les éléments de mes anciens collègues et ce que leur évoque la thématique du groupe de travail et nos départs précipités du 29ème secteur... J'en discute avec eux et reviendrai vers vous.

Cordialement.

XXX

Les échanges de mails se sont arrêtés là et nous n'avons jamais pu échanger davantage avec les représentants des syndicats. Ils ne sont donc pas venus alimenter les débats dans le GT pour nous ouvrir à d'autres pistes d'analyse.

Le récit tumultueux de l'accompagnement au changement dans cet hôpital relate l'évolution d'un projet long, incertain, reposant sur de nombreux acteurs, avec comme personnage constant la traducteur qui pense continuellement la mobilisation de **centres de traduction** amenant des professionnels à se rencontrer autrement pour apprendre progressivement à parler de leur travail, partager leurs bonnes pratiques mais aussi parler de leurs visions différentes en tirant bénéfice des controverses. Pour la cadre supérieur les apports sont multiples mais surtout visibles : *« Il y a surtout comme conséquences une augmentation de la relation de confiance équipe/hierarchie. Le dialogue est rétabli. La plaisanterie est de nouveau possible. En cas de problème les choses sont abordées. Par exemple j'ai appris grâce à des membres de la nouvelle équipe de Psy 2 que dans les toilettes du vestiaire il était écrit « Psy 2 assassin³¹² ». C'est affreux mais comme je n'étais pas au courant je ne pouvais pas régler les choses. Un coup de peinture et tout rentre dans l'ordre. Aujourd'hui les choses me reviennent. Les organisations ont bougé aussi ! »* L'utilisation de centre de traduction permet d'atteindre un objectif « supra groupe » : celui d'une meilleure qualité de soins perçue par tous alimentant ainsi l'idée du cercle vertueux entre satisfaction au travail des soignants, de l'encadrement et de la direction des soins et haute qualité de soin. Ainsi la cadre supérieure conclut : *« Tout ça fait que même la relation soignant / soigné a évolué. Avant quand on entrait dans le service ça donnait l'effet d'une cocotte-minute. Tout le monde était sous pression, les soignants, les patients. Aujourd'hui les patients sont bien plus apaisés même si l'équipe reste jeune dans le métier. Il faut dire qu'elle est capable de remise en question. Cette qualité des soins passe aussi par une disparition des fiches de déclaration d'évènements indésirables liés aux soins ! On en a plus besoin. L'autre signe révélateur c'est qu'on a plus autant d'arrêts maladie. C'est un bon baromètre tout comme le fait que l'on a moins recours aux intérimaires. »*

³¹² Cette inscription fait probablement référence aux événements dramatiques dont le service a été le théâtre en 2008 lorsqu'un patient a assassiné un autre malade dans le service. On imagine aisément le choc pour les nouveaux soignants qui prennent leur fonction lorsqu'il lise ce « mot d'accueil » au moment de mettre leur tenue de travail.

SYNTHESE DU CHAPITRE 10.

Nous venons de présenter les évolutions du projet attractivité et fidélisation des infirmiers en psychiatrie dans les deux établissements au regard de la sociologie de la traduction. Ce modèle conceptuel souligne l'intérêt d'avoir recours à des GT pluridisciplinaires en tant que centres de traduction au moment de la problématisation même si la coordination de plusieurs centres de traduction contemporains se révèle délicate à manier. De plus l'utilisation de la ST à visée normative a permis la réalisation de micro-changements, en particulier sur le site pilote de l'hôpital 2, grâce à la mise en place d'un management polyphonique et l'ouverture d'espaces de discussion autour du travail et une circulation de l'information à double flux entre les différentes strates hiérarchiques.

Nous avons mis en valeur l'importance de la controverse pour permettre une traduction complète et donc la réalisation d'actions visibles par les acteurs enrôlés. La définition précise des rôles attendus par les membres du réseau a permis de dépasser les freins au projet du parcours d'intégration dans l'hôpital 1, en particulier sur l'animation des modèles théoriques. La ST ne garantit pas l'aboutissement d'un changement de manière systématique: nous avons illustré les limites dans le cadre du projet de tutorat. Les conflits latents, des portes paroles qui refusent de jouer leur rôle ou encore des acteurs frontières illégitimes enrayent le processus de traduction. Enfin nous avons connu l'influence de facteurs externes incontrôlables par le traducteur comme le renouvellement des directeurs, les mouvements de grève, la modification des rythmes de travail ou la modification de la démographie infirmière.

Dans les deux établissements, les projets, même s'ils n'ont pas eu l'ampleur et le déroulement attendus, ont permis la mobilisation d'un nombre croissant d'acteurs autour d'une démarche RH innovante et transversale. La mobilisation de la ST a permis de sortir du discours « à l'hôpital rien ne bouge ». Les deux établissements ont su tirer profit de l'accompagnement du doctorant. Le fruit du travail mené a été réinvesti sur des projets à l'agenda 2016 soit à la DS soit à la DRH.

Nous allons désormais présenter une discussion autour des résultats afin d'identifier les freins et les moteurs du changement à l'hôpital que nous compléterons par une discussion autour des limites de la ST qui ne permet pas une approche plus complète contexte-contenu-processus.

CHAPITRE 11 DISCUSSION DES RESULTATS SUR LES MODALITES DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL.

Nous avons accompagné à l'occasion d'une recherche intervention deux établissements de santé réputés pour leur « résistance au changement ». Nous avons donc exploré un nouveau modèle d'implantation intégrée des principes du NPM afin d'envisager un changement socialement plus acceptable prenant en comptes les normes sociales et les attentes des différents groupes d'acteurs à l'hôpital. Aussi nous avons identifié les déterminants de l'intention de départ des infirmiers exerçant en psychiatrie qui nous a informé sur les attentes des soignants. En mobilisant la ST dans une logique normative nous avons envisagé les modalités de mise en action des acteurs de terrain autour d'un projet RH transversal. Nous avons décliné les projets d'attractivité et de fidélisation des infirmiers de psychiatrie dans des champs plus opérationnels qui ont contribué à l'enrôlement puis la collaboration inhabituelle d'acteurs issus de mondes différents. En se basant sur le travail réel, les espaces de discussions (dans les centres de traduction) ont contribué à une sensibilisation progressive à la culture de l'innovation au niveau institutionnel. Ainsi la recherche-intervention a pu répondre en particulier dans l'hôpital 2 à une volonté d'intervention socialement responsable (Pichault, et al., 2008), c'est-à-dire à une intervention qui prend en compte la pérennité des dynamiques déclenchées.

Nous retraçons dans ce chapitre les freins et les facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital afin de dégager quelques recommandations qui trouvent écho dans la littérature et nous informent sur la possibilité d'observer et de valoriser les innovations du quotidien comme autant de micro-changements. Nous montrerons ensuite les limites de notre modèle conceptuel : cette dénégarion des évolutions du contexte et des enjeux de pouvoirs affaiblit le niveau d'analyse.

11.1 Les freins à la conduite du changement à l'hôpital.

11.1.1 Des rythmes et des temporalités de travail incompatibles.

Notre recherche intervention repose assurément sur la gestion délicate des diverses temporalités qui rythment le fonctionnement de l'hôpital. Une impression **d'anachronisme ou de dyschronie** semble alors caractéristique de la conduite du changement dans les établissements de santé.

PARADOXE DES RYTHMES.

Nous avons dû conjuguer avec le rythme lent qu'impose un long processus de traduction (et en particulier la phase de contextualisation et de problématisation) et en même temps répondre aux attentes fortes des acteurs de terrain qui souhaitent voir rapidement des problèmes résolus (surcharge de travail, pénurie de personnel). L'accompagnement doit donc répondre à une double injonction : mettre en place dans des délais brefs des solutions innovantes et pérennes sur des problématiques de fond déjà anciennes. Le respect des logiques participatives ralentissent un peu plus le processus puisqu'il faut recueillir les avis de chacun et les réunir sur des temps de concertation communs.

LE RYTHME DES PROJETS DEPENDANT DU TURN-OVER RAPIDE DES DIRECTEURS D'HOPITAUX

L'autre difficulté c'est de conduire des projets de longue haleine (environ 4 ans) en parallèle **d'une forte mobilité du personnel** : le turn-over des directeurs, promoteurs du projet et directement concernés par la problématique des GT, a fortement ralenti le processus de traduction dans les 2 établissements³¹³. Ces cycles courts de direction se révèlent incompatibles avec la mise en place et l'évaluation d'actions répondant à l'intégration de nouvelles politiques RH en lien avec le déploiement des principes du NPM. Ils favorisent les phénomènes de superposition des réformes sans qu'elles soient pleinement intégrées par les acteurs de terrains

³¹³ Dans l'hôpital 1, les décisions autour du projet attractivité et fidélisation et en particulier le parcours d'intégration ont été suspendu pendant près de 10 mois suite au départ de la DRH et l'arrivée récente de la nouvelle DS qui prenait ses marques. Quant à l'hôpital 2, nous avons rapporté la nécessité de reprendre la phase de problématisation à l'arrivée de la DRH en janvier 2013.

qui répondent aux injonctions de participations aux projets sans pour autant saisir les finalités où les enjeux des actions menées à moyens et long terme.

Ces périodes de flottements entre deux directeurs desservent les projets RH qui semblent (à tort) non suivis, voire abandonnés. Ce renouvellement fréquent des DRH est d'autant plus regrettable que l'hôpital vit de profondes réorganisations telles que la mise en place des pôles (voir partie 3.1.3). Les modalités de régulation des établissements en sont fortement perturbées et impactées : de nouvelles missions et de nouvelles responsabilités sont progressivement redistribuées à des professionnels non gestionnaires et non accompagnés à la montée en compétence dans ce domaine sur nos terrains. Le recrutement, les plans de formations, les évaluations du personnel avec de nouveaux outils puis, dans l'hôpital 1, la gestion financière autonome des pôles sont autant de responsabilités intégrées par les pôles. Ces changements créent un sentiment d'insécurité fort qui n'est pas apaisé par le renouvellement fréquent des directeurs. Il peut faire craindre un manque de vision stratégique à moyen terme et un défaut de cohérence dans la mise en œuvre de ces réorganisations. Y aura-t'il un suivi des projets engagés ? Ainsi, les DRH ont du mal à faire entendre leur discours valorisant leur posture de « structure d'appui » qui offre des outils de gestion à disposition de ces nouveaux profils de cadres supérieurs de santé et médecins chefs de pôle alors même que des stratégies opposées rendent incertain l'aboutissement des processus d'institutionnalisation des pôles (Gavault, Laude, Baret, 2015).

Le turn-over d'acteurs clé renforce l'impression que rien ne bouge : « *encore un projet qui sert à rien* » déclare un cadre agacé lorsque que le projet 2 est « reporté ». Le départ de nombreux acteurs du réseau pour d'autres établissements, ou leur départ en retraite, fragilisent le réseau de traduction. Certes nous avons veillé à rallonger le réseau mais des chainons initiaux manquent (chef de projet, membres du GT, soignants sur le site pilote, DS) et le sens du projet se perd peu à peu. Il a fallu à plusieurs reprises rappeler aux participants l'historique du projet et ses finalités.

FAVORISER LA « CONCORDANCE DES TEMPS » HOSPITALIERS.

Nous avons souligné l'utilité du caractère pluridisciplinaire des GT pour co-construire un diagnostic qui joue le rôle de processus d'intéressement. Plusieurs groupes ont ainsi été en mesure de produire des outils, signe d'un enrôlement réussi mais il a fallu pour cela trouver les créneaux correspondant aux disponibilités du plus grand nombre pour qu'ils se réunissent, se

rencontrent et échangent. La constitution de ce type de groupe doit dépasser les différences de valeurs **mais aussi les différences de rythme de travail** : horaires nuit/jour/décalés, période calendaire de forte activité décalée (correction de copies à l'IFSI en janvier, clôture du plan de formation au service RH en décembre, période d'évaluation du personnel pour les cadres en septembre)...Ainsi, à écouter les réponses des membres du GT, la date et l'heure de réunion ne semblent jamais adaptées. C'est un argument mis en avant par les professionnels qui ne participent plus au projet : « *En ce moment c'est pas possible, j'ai trop de dossiers à gérer ... je dois clôturer le plan de formation* » nous indique Alice lorsque nous lui proposons d'organiser un temps de rencontre avec la DS au sujet du passeport de formation.

DES TEMPORALITES SUBJECTIVES.

L'autre point délicat est la concordance des priorités : ce qui est urgent pour un cadre d'unité peut rester secondaire pour la DRH qui doit gérer d'autres difficultés, de niveaux de gravité identiques, simultanément sur plusieurs sites. Ainsi, la cadre du site regrette d'avoir à attendre 5 mois pour que le DRH et le DS se déplacent conjointement.

Il ne faut pas pour autant négliger les enjeux de pouvoir : « *Tout est question de temps à l'hôpital...Le « donateur temporel » domine la vie et cette domination est source de pouvoir* » (Bourgeon, 2013, p.157). Faire attendre et donc s'appropriier le temps d'autrui vient signaler comme tels les détenteurs de pouvoirs à l'hôpital : attendre est le lot des subalternes et des patients (Pouchelle, 2003). Cette règle du jeu tacite, nous en avons plusieurs fois fait l'expérience (attendre pour obtenir un rendez-vous, attendre que les participants arrivent à la réunion sur le site pilote, attendre une réponse aux mails) mais nous en avons compris le sens tardivement. Derrière la phrase « *je n'ai pas le temps, je suis débordé* » il faut comprendre « *je n'ai pas de temps à consacrer à ce type de projet* ».

11.1.2 Absence de controverse et attitude faussement participative.

Le danger des postures faussement participatives des acteurs et l'absence de controverse, très fréquente dans la culture hospitalière publique et dans le cadre de la gestion de projet, justifient des échecs rencontrés au moment de la phase de mise en œuvre. La participation aux réunions

ne garantit pas le succès de l'enrôlement. La mise en action effective et collective (en particulier l'identification de porte-paroles légitime) est garante d'une traduction efficace en rallongeant le réseau.

POURQUOI LA CONTROVERSE EST-ELLE SI COMPLEXE A REALISER A L'HOPITAL ?

Les résultats de nos recherches mettent largement en valeur les conséquences délétères de l'absence de controverse. Elle conduit systématiquement à l'échec de la traduction parfois de façon insidieuse. Malheureusement, nous n'avons jamais observé de conflit pendant les diverses réunions qu'il s'agisse de celles du GT ou d'autres instances. Le regard négatif porté sur le conflit conduit à son évitement mais il reste pourtant nécessaire à la construction d'une problématique pertinente : *Le conflit est considéré, par de nombreuses théories du management, comme un dysfonctionnement temporaire de l'organisation, que l'on doit à tout prix chercher à dépasser par des moyens appropriés* » (Pichault, 2013, p. 144).

Les mobilisations contestataires à l'hôpital se caractérisent par leur rareté empirique ce qui limite le débat démocratique (Sainsaulieu, 2013). Les critiques à propos du projet ne sont jamais faites ouvertement (excepté par la DRH et la DS de l'hôpital 2 au moment de la présentation des axes de travail, ce qui a d'ailleurs permis une controverse et une nouvelle phase de problématisation). L'hôpital a donc **besoin d'apprendre à s'exprimer dans des espaces de traduction dans lesquelles les règles habituelles de régulation et de pouvoir n'ont plus cours**, comme nous avons pu les mettre en place sur le site pilote. Dans le cas contraire « *la participation reste incantatoire, une révolution managériale de papier* » (Pierru, 1999, p.28³¹⁴) : elle reste dans le discours des DRH mais peine à prendre vie dans le management des cadres de proximité. Cet apprentissage collectif est un préalable au processus de traduction conduisant au changement. Le traducteur joue donc un rôle de régulateur dans cet espace en invitant à des relations moins hiérarchisées, une écoute de la parole d'autrui et de son argumentaire. Mais la controverse ne sera efficace que si les avis contradictoires sont entendus et pris en compte au moins partiellement. « *La solution pour l'observateur est donc un « agnosticisme » managérial, à savoir que toutes les parties prenantes au changement doivent être capables d'exprimer leur opinion sur un changement éventuel, opinions qui doivent être*

³¹⁴ Pierru, F, 1999, « L'hôpital-entreprise. Une *self-fulfilling prophecy* avortée », *Pilitx*, 12, 46, pp 7-47.

prises en considération » (Walsh, Renaud, 2010, p.289³¹⁵). Les principes du management polyphonique sont autant d'outils qui permettent l'expression des voix discordantes : « *Si nous retenons la notion de polyphonie dans la gestion du changement traduit, c'est aussi et surtout dans le sens que Carter, Clegg, Hogan and Kornberger³¹⁶ (2003) donnent à ce terme, c'est-à-dire l'écoute de voix discordantes, souvent rendues silencieuses dans les organisations, dans un but d'alignement* » (Walsh, Renaud, 2010, p.290).

Au contraire le conflit à l'hôpital conduit plutôt à des comportements de fuite ou d'évitement (absence aux réunions, non réponses aux mails, travail d'intercession non réalisé, réunions ou entretiens reportés plusieurs fois de suite) : **le conflit consensuel** (Sainsaulieu, 2012), sans heurt, qui le caractérise est un frein majeur des capacités de l'hôpital à conduire le changement. « *La mobilisation collective requiert ainsi un combat contre l'inertie des autres* » (Sainsaulieu, 2012, p. 466) qui épuisent les acteurs qui soutiennent, coordonnent ou assurent la promotion du projet. Ainsi « jouer la montre » est la stratégie payante utilisée par certains acteurs qui manquent de pouvoir d'influence comme la DS de l'IFSI ou comme les infirmiers sur le site pilote. Ces derniers sont amenés à déroger aux règles ou à les arranger en réalisant un travail « d'organisation » (Terssac, 2003³¹⁷). Par cette attitude d'inertie, ils freinent le processus sans prendre le risque de perdre la face lors d'un conflit ouvert. La première DRH de l'hôpital 1 reconnaît après coup : « *A l'hôpital, tous les changements trouvent un écho favorable. Il est peu critique vis-à-vis des propositions de projets* ». Nous avons pourtant un regard plus nuancé car l'absence de critique ne signifie pas pour autant l'adhésion au projet. Les attitudes faussement participatives sont fréquentes.

COMMENT EXPLIQUER CES AFFRONTEMENTS A DISTANCE ? DES FACTEURS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS.

Jouer la montre, attendre que le DRH change pour qu'un projet « gênant » s'arrête sans qu'aucune action n'ait vu le jour, être présent aux réunions sans y faire de proposition sont autant d'attitudes favorisées par la nature même de l'hôpital comme organisation pluraliste. L'organisation en silo, le poids du corporatisme, l'impact de la formation et de la socialisation

³¹⁵ Walsh, I., & Renaud, A. (2011). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information. *Management & Avenir*, (9), 283-302.

³¹⁶ Carter, C., Clegg, S., Hogan, J., & Kornberger, M. (2003). The polyphonic spree: the case of the Liverpool dockers. *Industrial Relations Journal*, 34(4), 290-304.

³¹⁷ De Terssac, G. (2003). 7. Travail d'organisation et travail de régulation. *Recherches*, 121-134.

des groupes professionnels (Nobre, 1999) ne permettent pas de droit de regard sur l'implication des autres professionnels autour d'un projet transversal. Ainsi la DS et les cadres formateurs de l'IFSI, même s'ils font partie de l'hôpital 1, que leurs locaux sont sur le même site, ont un fonctionnement indépendant du service RH. Le DRH n'a aucune emprise, aucun pouvoir hiérarchique ou financier. Les partenariats se font donc en fonction du bon vouloir de la directrice et de ses affinités relationnelles. En cas d'opposition au projet, elle n'a aucun bénéfice à tirer en affichant son hostilité. Le système de prise de décision demeurant obscur (Moison, Tonneau, 1997), pris entre les rapports de pouvoir des différentes hiérarchies et les stratégies individuelles, les différents acteurs (DS, médecins chef de pôle lors du co-pil, cadre supérieure de la DS, chefs des projets 2&3...) se sentent protégés dans leur inertie qui reste discrète. Puisqu'on ne sait pas qui pilote le projet « attractivité et fidélisation », comme l'indique Alice, responsable de la formation continue, il est bien délicat de déterminer à qui incombe le retard de la mise en œuvre du projet, en particulier si les opposants se font discrets. L'incertitude autour des projets visant la conduite du changement, dans une organisation pluraliste comme l'hôpital, est une dimension favorable à l'affrontement à distance et à l'absence de controverse.

Nous faisons ici le lien avec l'article de Hensman (2001)³¹⁸ qui illustre le phénomène d'inertie stratégique qui s'observe dans les organisations pluralistes. Il indique comment certains acteurs tentent de conserver un rôle clé dans l'organisation en adoptant une stratégie qui demeure ambiguë. Ce groupe d'acteurs (dans notre cas le personnel de la direction des soins), devient « un trou noir » qui en attirant la plupart des initiatives stratégiques n'arrive pas lui-même à produire le changement qu'il désire. On peut dire que dans cette logique, la DS souhaite devenir un point de passage obligé (Pichault, 2013) et donc préserver son positionnement dans les décisions stratégiques qui concernent les professionnels soignants.

On retrouve ici les phénomènes liés à **l'autonomie individuelle** qui produit la paralysie collective. Nous avons expliqué dans la partie 7.2.3 comment les organisations pluralistes fournissent un large éventail pour l'action individuelle en encourageant le développement local et la flexibilité. D'ailleurs nous notons que de nombreux professionnels ont pu tirer profit de leur participation au GT ou au groupe projet en termes de promotion professionnelle: plusieurs infirmiers sont partis ensuite à l'école des cadres³¹⁹, la DS de l'hôpital 2 occupe désormais un poste à la DS transversale de la GHT et la DRH de l'hôpital 1 est devenue directrice d'un autre

³¹⁸ Hensman, M., (2001) « Problematization strategy : When structural holes turn black », *Presentation at Academy of Management Meeting*.

³¹⁹ La participation à des projets institutionnels est un atout dans la constitution du dossier pour l'oral du concours pour rentrer à l'école des cadres.

établissement de psychiatrie. Ce constat se retrouve dans la littérature : Detchessahar et Grevin indique comment « *la directrice, qui est rompue aux outils de pilotage et à la stratégie, a fortement conscience du lien, très étroit et réciproque, existant entre la trajectoire de l'établissement et sa trajectoire personnelle en termes d'opportunités de carrière ultérieures* » (2009, p.31). Bien entendu la participation au projet n'est pas le seul point favorable à leur évolution de carrière mais il y a toutefois concouru. Le poids des stratégies individuelles encourage l'idée que les projets sont ceux d'hommes et de femmes et non ceux d'une institution. Il suffit donc que le porteur de projet parte pour que le projet s'interrompe.

Dans une bureaucratie professionnelle (Glouberman, Mintzberg, 2001) chacun est invité à rester à sa place, ce qui favorise les affrontements à distance: ceux qui veulent le changement (la direction, les managers), ceux qui ont l'expertise du processus organisationnel (les cadres de proximité) et ceux qui en ont le pouvoir (les chefs de pôles) (Nobre 2013) sont enclavés dans des rôles que l'organisation ne leur permet pas de quitter. L'intérêt des centres de traduction est d'offrir un lieu neutre d'échanges qui permet l'élaboration de nouvelles relations et la mise en place de nouveau rôle à l'occasion du projet déterminé.

REUNION IMPRODUCTIVE ET ATTITUDE FAUSSEMENT PARTICIPATIVE : DES FACTEURS D'IMMOBILISME VISIBLES A L'HOPITAL.

L'absence d'expression d'avis contraires et donc de controverse rend les réunions particulièrement improductives quelle que soit la nature de l'ordre du jour et le public réuni. Malgré la volonté participative de la direction dans les GT et le Co-pil, nous avons fait plusieurs fois fait le constat d'un pouvoir décisionnel factice avec la préparation préalable des réunions pour gagner du temps.

La plupart des **réunions reposent sur la présentation de données**, ce qui entraîne une réponse silencieuse, passive voire léthargique des participants. De ce fait il faut renouveler les réunions, les multiplier en espérant vainement aboutir à une prise de décision concertée, ce qui est chronophage et inefficace, et renforce l'idée d'un cercle vicieux bureaucratique (Crozier, 1961³²⁰). Devant ce foisonnement de temps de **concertation factice**, les professionnels se plaignent de ne pas avoir le temps de faire leur travail : « *J'ai deux réunions ce matin et deux autres cet après-midi : quand est-ce que je vais pouvoir faire mes plannings. Mon équipe se*

³²⁰ Crozier, M. (1961). De la bureaucratie comme système d'organisation. *European Journal of Sociology*, 2(01), 18-50.

plaint de ne jamais me voir dans le service ». (Cadre de psy 1). On retrouve en filigrane le discours sur le manque de temps des cadres et l'impact sur leur quotidien de travail. Ces propos font écho à l'étude de cas rapporté par Detchessahar et Grévin (1999³²¹) décrivant un hôpital souffrant de **gestionnisme**. Elle « illustre la manière dont le « tournant gestionnaire » actuel a conduit l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'alimentation de « machines de gestion » (Detchessahar, Grévin, 1999, p.27) et plus spécifiquement en participant à des groupes de travail, en contribuant à la création d'outils gestionnaires ou en utilisant ces derniers (donner les éléments pour remplir un tableau de bord). Ainsi les équipes sur le site pilote se plaignent que leurs cadres ne perçoivent pas les difficultés à affronter quotidiennement la surcharge de travail (plusieurs entrées de patients), en particulier si le second infirmier est un intérimaire ou un jeune diplômé inexpérimenté. « Les managers ne sont plus sur le terrain ; ils ne connaissent plus le travail, ses contraintes et les difficultés auxquelles les opérationnels sont confrontés. Ils n'ont plus le temps de s'y intéresser. La dynamique de l'équipe en pâtit et l'organisation du travail aussi » (Detchessahar, Grévin, 1999, p.31).

A son tour un infirmier justifie le manque de participation des soignants aux interventions sur le bien-être au travail : « On n'a pas le temps, faut nous comprendre...en plus toutes ces réunions ça sert à rien : on perd tous notre temps ». Pour les soignants l'inefficacité de ces temps de réunion décourage. Il faut dire que le mode de **communication monologique** usuelle ne permet pas l'écoute des attentes. Aussi nous notons le contraste, à première vue assez paradoxal, entre l'absence de communication effective et l'abondance des lieux d'expression dans les établissements de santé (Detchessahar, Grévin, 2009).

Les passifs, les acteurs ni pour ni contre, sont finalement plutôt des freins au changement en tant que simples figurants. La seconde DS de l'hôpital 1 précise : « Les chaises sont occupées mais les personnes présentes ne prennent pas pour autant position ». Les réunions souvent longues, permettent l'annonce d'informations mais ne conduisent pas à une prise de décision reconnue par tous les acteurs. La DS indique en décembre 2015: « Je veux changer le format des réunions cadres pour qu'elles ne soient plus des lieux où on prend acte de ce qui a été décidé mais au contraire je voudrais que ce soit un lieu d'échange et de concertation pour une

³²¹ Detchessahar, M., & Grévin, A. (2009, December). Un organisme de santé... malade de «gestionnisme». In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA.

prise de décision ». Le mode de fonctionnement, faussement participatif, explique la difficulté de passer à la phase de mise en œuvre du plan d'action. Il conduit inévitablement à l'absence de résolution de problème en attendant patiemment que les promoteurs de projet s'épuisent, changent de postes ou que le projet se délite dans le temps. Penser le management et l'animation de nouvelles formes de réunion par l'ensemble des directions est un des leviers à actionner afin de conduire le changement à l'hôpital.

Nous faisons par ailleurs **un lien entre l'absence de controverse et le choix maladroit des porte-paroles ou d'acteurs frontières**. En complément du travail du traducteur, ces derniers auraient dû (dans l'hôpital 1) être en mesure de retranscrire les avis de leur groupe professionnel pour alimenter les débats. Nous comprenons ici que le choix d'un acteur représentatif de son groupe est indispensable pour alimenter la controverse pendant les réunions: nous avons pu voir l'inefficacité d'un acteur-frontière illégitime à travers l'absence de positionnement de Béatrice, finalement exclue des deux mondes. Elle n'a pas pu gommer le vécu d'ambivalence par rapport au projet ressenti par les soignants. Le positionnement des infirmiers et de leur ligne hiérarchique est resté flou (Rouleau, 1999). Aussi nous recommandons dans une logique normative de mieux présenter le rôle attendu par les porte-paroles afin que les directeurs puissent mieux les identifier parmi les ressources de l'établissement. *Leur désignation doit en principe être proposée par le traducteur* (Pichault, 2013, p.140) mais dans l'hôpital, 1 à notre arrivée sur le terrain, nous n'avons pas les éléments en main pour faire ce choix en tant que personne extérieure à l'hôpital.

Si le porte-parole doit être compétent d'un point de vue managérial (conduite de projet) et disposer de compétences techniques en lien avec le projet (chargé du recrutement), il doit aussi être légitime auprès de sa hiérarchie et de ses pairs. C'est une condition pour que le management présente le changement comme un challenge plutôt que comme une menace (Cuevas 2013). Ils le suivront au moment de la mise en œuvre des actions au lieu d'adopter des comportements de fuite en jouant la montre jusqu'à ce qu'un nouveau projet prenne le devant de la scène.

11.1.3 Multiplication de projets contingents et sur sollicitation des acteurs ressources.

La conduite de projet à l'hôpital se caractérise par son **aspect contingent** (Pichault, 2013) : il convient donc d'adopter une posture de vigilance et d'ouverture d'esprit pour que le projet aboutisse même s'il emprunte des chemins insoupçonnés au départ. Le rôle du traducteur est ici de montrer au promoteur du projet et aux parties prenantes qu'en s'adaptant au contexte interne et externe de l'hôpital, le projet n'en est pas pour autant dénaturé. Il faut donc convaincre de l'adoption d'une posture moins rigide et sortir des approches rationalistes de planification qui faussent l'évaluation du processus de changement. Comme les projets de fond se déroulent sur de longues périodes, ils doivent être « revisités » pour rester pertinents dans l'actualité de l'établissement.

La difficulté complémentaire réside dans la **multiplication des projets à l'hôpital**, et ce pour plusieurs raisons. Les établissements de soins doivent faire face à de nombreuses injonctions de réorganisation qui conduisent forcément à des nombreux chantiers concomitants, souvent interdépendants et utilisant des méthodes participatives: mise en place de la GPMC, travail sur la professionnalisation des évaluations annuelles, amélioration des circuits de recrutement, mise en place des nouvelles gouvernances (contrat de pôle)... Il n'y a pas de lisibilité sur l'ensemble des projets en cours dans l'établissement. Au moment du projet 4, alors que nous en avons présenté les objectifs en GT, nous apprenons au détour d'une conversation informelle qu'un travail similaire est géré à la DS : « *Mais c'est pas ce que fait Charles à la Direction des soins ça...y a pas déjà eu un groupe là-dessus...oui faudrait voir avec lui quand-même...* ». Nous apprendrons finalement que le projet à la DS n'avait pas vu le jour.

De plus le défaut de coordination stratégique (planification, prise de décision, leadership) met en concurrence ces projets, chacun pensant que son projet est prioritaire. Ainsi ils occupent des strates hiérarchiques différentes : projet institutionnel concurrent des projets de pôles, eux-mêmes concurrents des projets d'unité. Ils concernent aussi des mondes différents : les projets RH (modernisation RH, mise en place de la GPMC), les projets médicaux, les projets de soins (amélioration du temps de la gestion des repas, qualité de la distribution des traitements...). Certains agents se retrouvent donc à la croisées de plusieurs projets de niveaux différents et qui les impactent directement ou indirectement. Ces acteurs, compétents, reconnus pour leur loyauté par la hiérarchie se retrouvent sur-sollicités sur tous les projets, omniprésents quelle que soit la thématique.

On comprend donc qu'une certaine confusion entoure cette nébuleuse de projets et rende suspectes les intentions réelles des promoteurs, d'autant plus que peu aboutissent à des actions visibles. Les planifications stratégiques à l'hôpital apparaissent peu claires au personnel et peuvent laisser penser que des éléments sont volontairement cachés (Denis et al., 1995). Ainsi, la collaboration des deux établissements hôpital 1 et hôpital 2 apparaît comme douteuse à plusieurs reprises : serait-ce les premiers pas vers un nouveau type d'engagement de l'hôpital 1 dans le CHT ? Le défaut qualitatif de communication de la part des directions est considérable : la formulation de la stratégie par l'équipe de direction est non pertinente (Denis et al, 2004) en particulier dans l'hôpital 1 puisque la DS et la DRH ne travaillent pas de concert autour de la thématique de la fidélisation. Les temps de communication sont en conséquence dissonants.

L'utilité d'une personne coordinatrice d'un projet tentaculaire (hôpital 1) entièrement dédiée au suivi sur le long terme permet donc de garder une vision cohérente et unifiée du projet (historique) sans répondre à la nécessité de penser autrement les canaux de communication des visions stratégiques de l'établissement concernant les projets en cours. Cela permet de **lutter contre le risque d'un projet « vitrine », abandonné car chronophage, noyé parmi d'autres projets et dilué dans le temps.**

11.1.4 Les projets RH, des projets peu considérés.

Puisque les professionnels sont sollicités sur de nombreux groupes de travail, il y a une forme de concurrence entre les projets comme nous venons de l'évoquer. Dans ce cadre, les projets RH sont toujours des projets secondaires (Audet, 2009) puisqu'ils ne sont pas directement liés à la prise en charge des patients. Ils pâtissent d'une mauvaise réputation : les agents associent les projets RH aux restrictions de moyens humains et matériels. Le caractère transversal le dessert par ailleurs : puisque c'est le problème de tous, personne ne s'en occupe vraiment. La première DRH de l'hôpital 1 confirme nos conclusions : « *lorsque j'étais DRH, influencée par ma fonction, je n'avais pas mesuré à quel point les projets RH étaient perçus comme secondaires* ». De plus la gestion est dénigrée tout autant qu'elle reste méconnue ; les professionnels soignants ont bien du mal à comprendre comment elle pourrait apporter des

solutions à leur quotidien de travail sans fournir du personnel supplémentaire. Il convient donc de **traduire des projets RH en les formulant à travers des problématiques professionnelles** comme nous l'avons fait sur le site pilote. Dans le cas contraire, on fait le constat d'un cercle vicieux : dénigrés, les projets RH n'aboutissent pas faute de mobilisation, ce qui semble justifier l'inefficacité des apports du management et des questions d'organisation du travail.

L'incertitude à voir aboutir les projets est propice aux jeux de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977) : ils prennent forme dans les conflits latents autour de la thématique des parcours d'intégration entre les services DRH et la DS. Ainsi donner une étiquette « RH » à un projet présente le risque de ne pas le voir investi par les professionnels de santé : cela entraîne les clivages et les inerties bureaucratiques des organisations pluralistes. Nous retiendrons que le projet sera plus porteur s'il est « institutionnel » ce qui nécessite un niveau suffisant de coordination stratégique. Les nouvelles gouvernances entraînent un peu plus la dilution du pouvoir décisionnel (Cooper et al., 1996) : les acteurs ne savent plus qui décide sur la problématique traitée, qui aura le dernier mot et surtout qui sera en mesure de faire appliquer la décision prise. Si ces trois étapes ne se déroulent pas au sein de la même direction, du même monde ou de la même lignée hiérarchique, le projet est mis en péril car chacun pourra user de son droit de veto à l'étape qui lui incombe. Nous en avons eu l'illustration autour de la thématique du **recrutement** du personnel soignant ; avec la mise en place des pôles, nous avons pu observer une strate hiérarchique supplémentaire dans les processus de recrutement, les rendant plus complexes, plus longs et donc moins efficaces. Les directions de pôles sont devenues de nouveaux interlocuteurs du recrutement en indiquant leurs besoins en termes de postes vacants, en organisant en interne leur propre circuit de recrutement (CV directement reçus par la cadre coordinatrice de pôle sans passer par la DS). Il est courant depuis quelques mois que les directions de pôles procèdent à « l'échange » d'infirmiers reconnus comme compétents et qui souhaitent une mobilité interne ou qu'ils adressent un candidat directement à la DRH pour la rédaction du contrat sans que celui-ci ait rencontré la DS. Aussi la DS se retrouve plus ou moins dépossédée de son pouvoir décisionnel pour le recrutement. Elle doit envisager autrement sa mission en centralisant les informations, en tant que soutien complémentaire (constitution d'un vivier de CV) sans imposer une régulation de contrôle dans la dotation en personnel. Progressivement les procédures de recrutement obsolètes sont remises en cause mais les réunions visant la création de nouveaux processus n'ont pas permis la construction de nouveaux circuits et le partage d'informations.

La zone d'incertitude est d'autant plus grande que les clivages entre les mondes de l'hôpital conduisent à des rejets de principe. C'est-à-dire que les projets sont critiqués sans en prendre pleinement connaissance. Alice nous confie : « *Il y a un conflit fort entre la DS et la DRH : il y a une méconnaissance du travail de l'autre. Déjà nous, au service RH, on rencontre des difficultés à s'approprier les nouveaux objectifs de notre DRH. Souvent on a du mal à travailler ensemble : on ne sait pas vraiment pourquoi on est là !* ».

11.1.5 Un défaut de compétence managériale localement (encadrement) et de coordination stratégique au niveau institutionnel pour permettre un management polyphonique.

La conduite du changement opéré selon les principes de la traduction rencontre deux freins majeurs à l'hôpital : un déficit des compétences managériales (Minvielle, Contadriopoulos, 2004) couplées à un défaut de coordination stratégique largement favorisé par le maintien des frontières organisationnelles ou professionnelles.

LA COORDINATION STRATEGIQUE.

Ce défaut de coordination stratégique explique le foisonnement de projets aux objectifs parfois contradictoires dans un même établissement. Nous avons eu à plusieurs reprises l'impression d'être sur un navire sans capitaine à bord. Pourtant il y a quelqu'un à la barre, un autre qui coordonne les rameurs, quelqu'un chargé du plan de route pendant qu'un autre est en charge des voiles. Tout le monde semble attendre le « top départ » (mise en œuvre du projet). Mais dans le meilleur des cas, si celui-ci est effectivement donné, chacun réalisera sa mission de son côté, sans concertation et pour aller dans la direction choisie par son groupe professionnel.

Dans ces conditions le risque est grand

- que le navire ne bouge pas (immobilisme) comme dans le projet 2 de l'hôpital 1

- d'aller dans des directions opposées simultanément en produisant des injonctions contradictoires. Les forces exercées s'annulant, le navire ne bouge pas d'avantage mais le personnel s'est épuisé à fournir l'énergie nécessaire pour aller dans la direction qui lui tenait à cœur. C'est ce qui s'est produit au moment de l'organisation du statut de formateur interne

occasionnel qui n'a pas complètement vu le jour (en particulier sur la question de la rémunération).

-que le navire sous l'impulsion des actions successives de chaque groupe bouge, avance dans différentes directions sur des périodes différentes pour finalement revenir à sa place initiale, laissant croire que rien ne bouge. Dans cette situation, tour à tour chaque participant s'épuise dans l'effort qu'il fait pour soutenir son projet et finit par l'abandonner. C'est ce qui s'est produit pour la partie tutorat. Ce fonctionnement alimente l'impression de dyschronie.

Dans tous les cas, le manque de coordination des efforts visant l'avancement du projet donne l'impression d'une perte de temps, d'un gaspillage d'énergie et d'une fausse impression d'inertie qui découragent les participants. En revanche la coopération des deux directions dans l'hôpital 2 a permis une implantation plus favorable du projet sur le site pilote : « *L'intérêt du projet c'est qu'il est mixte dans sa conceptualisation qui s'est faite à trois, avec le doctorant* » concède la DS.

Ainsi même si les collaborations locales existent à l'hôpital permettant de « *mettre entre parenthèses les frontières organisationnelles pour envisager des interactions à géométrie variable* » (Sainsaulieu, 2012, p. 467), les bénéfices de ces collaborations ont du mal à rayonner à l'échelle institutionnelle. Nous avons pu observer toutefois une synergie des projets autour du groupe 4 dans l'hôpital 1 puisque la fiche métier/filière s'est constituée en s'appuyant sur le travail institutionnel qui évoluait sur le thème de la GPMC mais aussi sur un projet conduit à l'échelle d'un pôle qui avait retravaillé sur la rédaction de ses fiches de postes en lien avec ses besoins en compétence. Nous recommandons malgré tout de conduire des projets à l'échelle d'un site pilote pour permettre un processus de traduction efficace. L'enrôlement semble plus aisé dans ce cas. Peut-être les acteurs se sentent-ils plus libres de prendre position en petit groupe. Ils s'expriment sans avoir peur de trahir les valeurs professionnelles de leurs pairs.

UN DEF AUT DE COMPETENCES MANAGERIALES.

Nous avons relevé un manque de compétence managériale reconnue par les acteurs eux-mêmes en entretiens individuels aussi bien dans le service RH, qu'à la direction des soins ou les unités de soins. « *On a des soucis de pilotage, on sait pas vraiment comment on va s'y prendre à la DRH* » ; « *j'ai eu du mal à conduire le projet...je ne me suis pas sentie efficace, parfois j'étais complètement perdue* » ; « *Les pratiques avancées, c'est nouveau, c'est pas évident. Au départ*

je ne voyais pas où elle voulait en venir ». Finalement, l'hôpital n'est pas « malade de gestion » mais il souffre d'un défaut culturel de gestion en tant qu'outil permettant de faire face aux défis qui lui sont imposés et qui le conduisent à la transformation d'une configuration bureaucratique vers une configuration plutôt adhocratique³²² (Minzberg, 1982). Cette transformation rend nécessaire l'apprentissage d'un nouveau mode de communication fondée sur le dialogue pour devenir « une institution dialogique »³²³ reposant sur un management par la discussion (Detchessahar et al, 2015).

Les cadres de proximité expriment leur désarroi et se disent mal préparés à la conduite de changement dans une logique participative. La démarche est d'autant plus périlleuse que le mode participatif ne va pas de soi, même si théoriquement il remporte l'adhésion des directions. L'accompagnement des équipes sur le site pilote repose sur la création d'espaces de discussion mais aussi sur l'accompagnement des cadres de proximité pour qu'elles fassent l'expérience du management polyphonique. Sortir des attitudes de contrôle du travail effectué leur a permis de porter un autre regard sur les pratiques professionnelles pour adopter des modes de travail collaboratif. Elles ont donc adopté une posture de partenaire stratégique et d'accompagnateur du changement en particulier sur la partie du projet concernant les transmissions (Côté et al., 2014). Elles n'ont plus cherché à prescrire les bonnes pratiques et ont accepté de valoriser les bonnes pratiques de leurs subordonnées. Elles ont pu soutenir « *l'émergence et l'affirmation de l'identité de l'innovation, même lorsqu'elle leur paraît contredire les règles et les valeurs prônées par les promoteurs du changement. Sortant de leur rôle traditionnel de gardiens de la loi, elles sont alors invitées à jouer les négociateurs entre la base et le sommet* » (Pichault, 2013, p.150). La DS à la réunion de clôture constate « *un véritable changement de paradigme sur les sites pilotes qui fait voir les transmissions non plus sous l'angle du soin mais dans une perspective managériale et RH. Ça montre le succès de la sensibilisation des soignants* ». D'ailleurs à l'occasion de la réunion réunissant les deux établissements, les DRH ont exprimé les besoins en compétences à travers l'émergence de nouveaux métiers de type « conducteur de changement ».

³²² Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris: Les éditions d'organisation.

³²³ Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations?. @ GRH, (3), 63-89.

11.1.6 Une invisibilité du travail en ressources humaines qui justifie un manque de légitimité des projets. Logiques de *care* dans le domaine du management.

Alors que nous avons présenté la sociologie des professions des infirmiers sous l'influence d'une distinction *cure / care*, il nous apparaît que les services RH sont soumis aux mêmes difficultés de reconnaissance et de légitimité lorsqu'ils conduisent une politique développant un management durable et bienveillant. L'efficacité des démarches menées sont discrètes alors que les manquements auront un écho qui conduira à des plaintes du personnel et seront relayés par les syndicats. Nous souhaitons donc conduire un parallèle entre les services de soins et les services RH (dont l'encadrement). Si la majeure partie du travail des services RH repose sur le contrôle de la masse salariale, le recrutement, l'application du règlement intérieur et les sanctions disciplinaires, il se dessine d'autres missions. En effet, les RH sont amenées à sortir de leur fonction purement administrative et autoritaire comme nous l'avons souligné dans le chapitre 3, pour s'adapter à des missions complémentaires qui lui ont été attribuées (prévention des RPS). Elles se voient contraintes à l'acquisition de nouvelles compétences de pilotage par l'accompagnement et la recherche de nouvelles collaborations afin d'appréhender une éthique du *care* « *qui désigne avant tout une manière de penser collectivement ce qui constitue le travail bien fait en tenant compte du souci de l'autre* »³²⁴. (Molinier, 2010, p.161). On peut dire que le DRH apparaît en effet comme un chef d'orchestre du *cure* et du *care* puisque le *cure* s'inscrit généralement dans l'immédiateté du traitement de dysfonctionnements alors que la logique du *care* cherche des évolutions majeures pour prévenir l'ensemble du système social (Pierre, 2005³²⁵).

PROMOTEURS DE BIEN-ÊTRE ET PROMOTEUR DE BIEN ÊTRE AU TRAVAIL : PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS.

Les services RH et les professionnels qui conduisent ou appliquent les politiques RH d'un hôpital partagent les mêmes logiques que les professionnels du soin dans les unités au moins pour une partie de leur activité.

³²⁴ Molinier, P. (2010). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport?. *Clinique du travail*, 157-167.

³²⁵ Pierre, P. (2005). Mobilité internationale et identité des cadres: pour une sociologie 'immergée': des usages de l'ethnicité dans l'entreprise mondialisée. " *Mobilité internationale et identité des cadres: pour une sociologie'immergée': des usages de l'ethnicité dans l'entreprise mondialisée*".

Ainsi si les soignants ont pour mission de prendre soin des patients, les services RH et les cadres de proximité, à leur tour, doivent prendre soins des soignants. Les services RH se voient en effet attribuer une nouvelle mission : préserver la santé de son personnel y compris sa santé mentale. Dans les deux univers on observe une bascule rhétorique : les soignants ont dû lutter contre la maltraitance pour évoluer vers la promotion de la bientraitance lors des soins, quant aux services RH ils devront justifier lors de la certification des établissements à partir de 2016³²⁶ non seulement de la prévention des risques psychosociaux mais de la promotion du bien-être au travail. De la même manière le travail entrepris s'inscrit sur le long court et les problématiques traitées sont chroniques, voire récurrentes, qu'il s'agisse de la prise en charge de la pénurie d'infirmière ou des conséquences d'un diabète (pathologie chronique).

Les moyens pour y parvenir sont assez similaires, l'encadrement, comme le soignant, doit prendre en considération l'individu qu'il accompagne dans sa globalité en tant qu'être biopsychosocial dans une logique participative valorisant l'autonomie. Il s'agit en effet de ne « pas faire à la place de » l'agent mais plutôt « de faire avec » lui. Dans les deux cas les démarches reposent sur une individualisation du suivi pour accompagner le patient dans un parcours de soin ou accompagner un agent dans son parcours professionnel (intégration, formation, départ à la retraite). Il est indispensable de rentrer jusqu'à l'intimité de la personne accompagnée, de la connaître tout en gardant une posture professionnelle de manager bienveillant ce qui correspond aux principes du *care*. Cette « bonne » distance relationnelle est une compétence managériale et soignante qui ne va pas de soi mais s'acquiert par l'expérience puisque « *on ne naît pas bien traitant mais on peut le devenir* »³²⁷ (Longneaux, 2010) : elle repose par exemple sur les capacités d'écoute des besoins propres à chaque professionnel ou patient.

HIERARCHISATION DU CARE : CARE FOR ET CARE ABOUT.

Nous souhaitons apporter une distinction notable dans les démarches de *care* : il y a les actions concrètes qui conduisent à prendre de soin de quelqu'un et le fait de penser et d'organiser le bien être d'autrui. Ainsi Caroll Gilligan (2008³²⁸) explique le principe d'une hiérarchie dans les

³²⁶ Discours de clôture du premier ministre et feuille de route publié le 21.01.16, mise à jour le 17.02.16. Mesure 16.

³²⁷ Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gérontologie et société*, (2), 33-41.

³²⁸ Gilligan, C., & Laugier, S. (2008). *Une voix différente: pour une éthique du "care"*. Paris: Flammarion.

travaux que l'on relie aux activités domestiques (et donc du *care*) depuis l'entretien ménager jusqu'à l'implication dans une association caritative. Selon cette logique, Self et Jecker³²⁹ nous invitent plus spécifiquement à distinguer *Care for* et *Care about*. Cette nuance s'applique aussi bien dans le secteur de la santé que du management.

Ainsi le *care for* serait l'attitude concrète des soignants qui, au lit du patient, au quotidien prennent soin, dans leur pratique, des personnes dont elles ont la responsabilité. Il s'agit donc du travail des infirmiers de terrain. Le *care about* est une démarche plus intellectuelle de prendre soin, tout aussi indispensable mais les manifestations en sont différentes. Il s'agit pour les cadres de santé et les médecins d'organiser, de penser la prise en charge du patient pour que le soin se déroule effectivement dans le souci de l'autre tels les « parcours patients ». Poursuivons le parallèle avec le thème du prendre soin : les cadres de proximité se chargent d'instaurer un management favorable au bien-être au travail pour les soignants telles que la gestion des plannings dans le respect de l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle ou la mise en place de signes de reconnaissance du travail bien fait. Il s'agit d'un bien être de proximité se traduisant concrètement. En revanche les DRH agissent pour le bien-être au travail à un niveau plus politique : il s'agit de penser l'accompagnement des carrières par exemple. Les DRH conçoivent le *care* tandis que l'encadrement manage le *care*. Ils ont pour rôle d'apprendre aux soignants à prendre soin d'eux-mêmes pour prendre soin des patients. C'est un revirement de paradigme qui nous a conduit aux débats concernant la pause déjeuner des soignants par exemple : certains infirmiers, anciens dans la profession, ont eu du mal à voir ce temps de pause comme un devoir pour rester disponible pour le patient et donc *in fine* favoriser une qualité de soin.

Ainsi le *care* peut être une action, un métier, une attitude, une pensée, une politique d'établissement.

³²⁹Jecker" N."Self" D.,"(1991),"«Separating care and cure: An analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine », *Journal of Medicine and Philosophy*,16"(3),"pp."285O30.

MANQUE DE RECONNAISSANCE ET INVISIBILITE DU TRAVAIL BIEN FAIT DES PROJETS RH.

Le travail du *care*, c'est prendre soin de soi et des autres quand nous sommes en situation de besoin. On se rend surtout compte de son importance en son absence (Kittay, 2002³³⁰) et son efficacité se caractérise par son invisibilité (Molinier, 2006³³¹). Dans le cadre de mission RH, nous constatons que la règle s'applique parfaitement. Toutes les actions mises en œuvre (personnel recruté à temps, compétent et adapté au poste, les politiques de lutte contre l'absentéisme, la mobilité externe, les parcours qualifiants), si elles sont bien conduites, permettent un fonctionnement optimum des services et une satisfaction du personnel et passent donc inaperçues. Ainsi personne ne se préoccupe de ses aspects : il est bien difficile d'imaginer le travail qu'il en coûte pour coordonner ces politiques RH. Quant aux plannings, tant qu'ils sont gérés correctement, qu'il n'y a pas de modifications de dernières minutes, que les vacances demandées sont accordées, on peine à prendre en considération le travail conduit par le cadre de proximité pour coordonner des impératifs divergents. On peut donc dire que les services RH et le management souffrent comme certains soignants d'une invisibilité de leur travail bien fait. Il est ainsi pertinent de chercher à valoriser le travail mené (et nous avons insisté sur les efforts de communication autour des projets de conduite de changement menés dans les hôpitaux 1 & 2 pour allonger le réseau) et à valoriser les expertises développées en ressources humaines. Cette fois, contrairement au monde soignant, les RH peuvent s'appuyer sur des modèles académiques qui vont donner de la légitimité et de la visibilité à des savoirs discrets. « *Faire appel à un doctorant ou au milieu académique en général est primordial. Il faut des garde-fous méthodologiques et scientifiques solides* » (première DRH de l'hôpital 1). « *En fait ce projet montre l'importance d'un accompagnement académique car derrière chaque technique de changement mobilisée, il faut un appui conceptuel et une traduction du modèle en projet plus opérationnel* ». (DRH de l'hôpital 2)

A contrario, un dysfonctionnement de nature RH ou managériale sera rapidement visible et aura un impact sur le travail médical et soignant : manque de personnel par défaut de recrutement, incident de prise en charge lié à un défaut de compétence, départ massif des soignants d'une unité lié à un défaut de satisfaction au travail, mouvement de grève. On peut donc dire que ce qui « fait du bruit » ce sont les problématiques RH non résolues, ce qui contribue à ternir

³³⁰ Kittay, E. F. (2002). Caring for the vulnerable by caring for the caregiver: The case of mental retardation. *Health Care and Distributive Justice*, 290-300.

³³¹ Molinier, P. (2006). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Éditions de l'EHESS, Coll. *Raisons Pratiques*, 299-316.

l'image des RH à l'hôpital. « *Le souci c'est que cette visibilité du travail réalisé par la DRH ne se fait que pour résoudre des situations problématiques ou des crises* ». (Première DRH, hôpital 1).

CARE ET NOUVELLE PRATIQUE DE L'AUTORITE.

Notons enfin que cette nouvelle posture managériale remet en cause le lien de subordination qui existait entre la DRH et les services mais aussi entre l'encadrement de proximité et les équipes. Cet affaiblissement du lien de subordination conduit à repenser la pratique de l'autorité dans les organisations hospitalières. Nos résultats de recherches soulignent l'intérêt d'une **autorité subsidiaire** qui promeut et permet la prise de paroles des subordonnés qui sont alors considérés comme des collaborateurs autour d'une thématique de travail circonscrite. Dans ces conditions « *la discussion, en ce qu'elle est un appel au dialogue et à la collégialité, loin de s'opposer à l'autorité, en serait le ferment ou le renfort. Pour le comprendre, il faut entendre l'autorité au sens d'Arendt (1967), comme étant bien différente du pouvoir, en ce qu'elle suscite « l'obéissance volontaire » de ceux à qui elle s'adresse, en dehors de toute forme de coercition. Dans ce sens, on se met volontairement à l'écoute de l'autorité (ob-audire) car celle-ci augmente (augmenter – augere – est la racine latine de l'autorité) la communauté en lui permettant à la fois d'agir (de décider), de prendre en compte la pluralité des personnes qui la compose, tout en maintenant sa cohésion (là où le simple exercice du pouvoir menace toujours la communauté d'explosion et d'un retour à la violence)* ». (Detchessahar et al 2015, p.82). On constate un intérêt de la littérature sur les organisations contemporaines qui doivent faire face à « *un tour technocratique grandissant et une affaiblissement du pouvoir d'agir des personnes qui y travaillent* » (Dechessahar et al., 2015, p.83). L'originalité de la subsidiarité est de vouloir conjuguer la liberté et l'autorité (Merceron, 2012). Il s'agit alors pour les directions d'exercer une forme d'autorité qui en permet de suppléer un groupe inférieur dans la ligne hiérarchique tout en respectant son autonomie dans les domaines pour lesquels il peut agir par lui-même. La légitimité du supérieur hiérarchique repose bien sur sa capacité à entendre les besoins et à construire en conséquence des réponses adaptées. Pour cela, dans une phase d'apprentissage de l'utilisation des centres de traduction comme des espaces de discussions, le traducteur joue un rôle clé dans la traduction des attentes de toutes les parties prenantes. Notre recherche interroge donc la question de l'autorité. Nous avons vu l'importance d'attendre le positionnement institutionnel dans l'hôpital 2 pour penser une intervention plus opérationnelle du projet de

promotion de bien-être au travail. Ce positionnement a permis une meilleure visibilité de l'autorité de la DRH et du DS, non pas à travers une prise de décision arbitraire et imposée, mais plutôt à l'occasion d'un soutien du projet après avoir entendu la voix des différentes parties prenantes (résultats de la phase diagnostique faisant état du point de vue des équipes, ressentis des cadres de proximité et de la cadre supérieure).

DIFFICILE DE MOBILISER SUR DES PROJETS PEU LEGITMES CAR ELOIGNES DU PATIENT.

Les mécanismes que nous venons d'expliquer justifient du manque d'intérêt que représentent les projets RH transversaux à l'hôpital et les difficultés d'enrôlement du personnel qui en découlent. S'investir dans un projet à l'issue incertaine, chronophage et qui apporte peu de reconnaissance paraît peu pertinent. Le manque de légitimité repose dans l'invisibilité du travail couplé à l'éloignement du patient qui ne bénéficie pas directement des effets produits par les projets RH. Selon cette logique, les projets médicaux remportent de principe une plus grande adhésion (Arbuz et Debrosse, 1996 ; Djellal et al. 2004 ; Pitti, 2005). « *Le problème c'est que la DRH ne s'occupe pas directement du patient, donc son travail paraît moins prioritaire car elle n'a pas de légitimité visible* » (DRH de l'hôpital 1).

L'éloignement du patient, l'invisibilité du travail bien fait sur des projets parfois immatériels comme le bien-être au travail sont des freins supplémentaires à la conduite de projet RH transversal à l'hôpital. Pour répondre à la demande de mise en chiffre de type *evidence-based*, il convient donc de communiquer sur des critères qui viendraient objectiver l'évaluation de la démarche menée pour limiter les situations où « *les faits sont contestés, les valeurs sont complexes et les différences partisans sont nettes* » (Robertson, 1991, p.55). Dans l'hôpital 1 nous n'avons pas été en mesure de mettre en place des tableaux de bord fiables. En revanche dans l'hôpital 2, à l'échelle du site pilote, la cadre coordinatrice de pôle a spontanément trouvé les critères d'évaluation du projet de promotion de bien-être au travail avec la baisse du nombre de déclarations d'évènements indésirables symbolisant une amélioration de la qualité des soins et une baisse des arrêts maladie et de l'absentéisme en général indiquant une meilleure satisfaction des soignants.

Par ailleurs nous faisons un parallèle intéressant dans la similarité des missions relevant du *care* que doivent conduire les soignants et les services RH. Mettre en valeur ce rapprochement pourrait permettre une meilleure adhésion des cadres en diminuant le conflit de rôle

(Detchessahar, Grevin ,2009) qu'ils expriment souvent entre la prise de posture de manager et le deuil du soin. Finalement plutôt qu'une rupture fondamentale, il nous semble que l'on pourrait souligner le recours à des compétences proches mais mobilisées pour un autre public. Il s'agit d'une continuité.

Enfin puisque les professionnels se mobilisent plus facilement sur des projets techniques en lien avec leur quotidien de travail (comme les transmissions sur le site pilote), il paraît opportun de s'appuyer sur ce type de projet et d'y apporter une dimension RH dans un second temps. Ainsi on retrouve l'idée d'une direction support qui délivre des outils pour le bon fonctionnement des unités et des pôles et non un fonctionnement autonome du service RH.

Nous venons de recenser la liste des freins rencontrés pour accompagner le changement y compris dans une logique normative selon les principes de la ST. Nous allons désormais indiquer les facilitateurs du changement que nous avons pu mobiliser.

11.2 Les facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital.

11.2.1 Neutralité, bienveillance et compétence méthodologique du traducteur.

L'utilité d'un soutien méthodologique rigoureux tout au long de la démarche, accompagné d'apports académiques pour nourrir la réflexion et donner au sens aux événements « dans l'action », ont particulièrement été appréciés par les acteurs et ont permis de lutter contre les effets de dilution du projet que nous avons explicités (sans pour autant réussir à les gommer totalement). La fonction de traducteur est centrale puisqu'il s'agit d'un coordonnateur de projets multiniveaux opérant dans les différents mondes de l'hôpital. Nous avons assuré la continuité du projet dans le temps et sur différents sites au plan institutionnel et local. Le fait d'être entièrement dédié à cette mission spécifique dans l'établissement est un avantage considérable : « *Une attention particulière doit être portée à l'engagement temporel du traducteur en vue de garantir sa disponibilité pour la conduite du changement* » (Pichault, 2013, p.138). Notre extériorité nous crédite d'une neutralité qui est alors synonyme de confiance du fait de la non-implication dans les rouages de l'établissement (Pierre, 2005). Mais la partie la plus délicate du

rôle de traducteur réside dans l'adoption d'une neutralité bienveillante avec chacun des acteurs gravitant autour du projet. Il s'agit de tenir compte des avantages de chacun des groupes participants au projet. Nous avons dû identifier les objectifs de chacun dans les différentes phases de problématisation (systèmes d'influence et circuits informels) pour rester un traducteur faisant preuve de légitimité, de crédibilité et d'équidistance (Pichault, 2013). Il a fallu se montrer légitime auprès des différentes parties prenantes (voir chapitre 9, tableau 31) et adopter les différents jargons professionnels.

ENTREtenir SA LEGITIMITE.

Si on comprend bien que le traducteur doit obtenir une légitimité auprès de personnes qui n'ont pas les mêmes valeurs, l'enjeu, une fois la confiance installée, une fois les rôles distribués et acceptés, est d'entretenir sa légitimité en organisant le relais d'informations réguliers et à tous les niveaux hiérarchiques sur les avancées du projet. Les nouveaux outils et les décisions prises doivent être validés par les supérieurs hiérarchiques. L'évolution du projet en toute transparence, quel que soit l'angle de vue, s'impose. Comme il existe différents centres de traduction (GT, séances dans chaque unité, séances réunissant les deux unités, réunions avec l'encadrement, réunions avec le DRH et le DS...), il faut s'assurer que des décalages d'avancées dans la problématisation ne perturbent pas la traduction et le rallongement du réseau.

INCARNER LA SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION.

« Finalement, vous nous avez non seulement apporté un modèle conceptuel mais vous l'avez aussi incarné » souligne la DRH de l'hôpital 2 lors de la réunion conjointe de clôture. L'intérêt est en effet de pouvoir relier les différents univers, mondes et strates hiérarchiques qui se côtoient à l'hôpital. La capacité que nous avons eu à décliner le projet initial d'attractivité de l'établissement, pour lui faire prendre vie sur un site pilote autour de l'élaboration d'une charte sur les transmissions soignantes, représente bien le travail complexe de traduction qui permet la réalisation d'un processus de changement. Ce constat traduit la relation particulière qui lie le chercheur à son terrain de recherche et l'implication qu'impose une recherche-intervention.

11.2.2 Le diagnostic spécifique et le recours à des sites pilotes comme éléments favorables au déploiement des projets.

Nous avons constaté les effets positifs des phases de partage de diagnostic, tenant compte des spécificités du terrain, dans des centres de traduction comme la co-construction de l'identification des déterminants de l'intention de départ ou l'élaboration d'une cartographie des pratiques managériales favorables au bien-être au travail. Elles ont permis la mise en évidence de buts "supragroupes" (Krief, 2012) au niveau institutionnel faisant résonance aux vécus professionnels de chacun : cette phase garantit une problématisation réussie.

Nous notons également les effets positifs du déploiement de projet à l'échelle d'un service pilote : il permet de contrer plus facilement les enjeux de pouvoir (telles que les tensions entre les infirmiers issus de formations différentes comme indiqué dans la partie 3.3), les acteurs étant réunis sur un même site nous avons une meilleure visibilité des points de blocage. De plus la proximité avec les acteurs du réseau raccourcit les délais de transmissions d'information. On peut ainsi déjouer, au moins partiellement, les attitudes de fuite et aller chercher de visu la réponse aux questions. Mais surtout le projet sur site pilote favorise la mise en place de changements visibles (baisse des déclarations d'évènements indésirables), aux effets mesurables rapidement (gain de temps sur les prises de sang par l'utilisation du tube de la bonne couleur). Il crée des espaces qui autorisent la discussion entre différents professionnels autour d'une activité de travail partagée : les tabous sont plus aisés à circonscrire. « *La communication doit être sans tabou, même si l'ouverture de l'espace de parole risque d'attiser les conflits... une communication aseptisée, contrôlée, peu transparente, sans possibilité de contradiction est bien davantage susceptible d'accroître la méfiance et les réactions de rejet à l'égard du changement* » (Pichault, 2013 p.163). Sur ce site pilote, le centre de traduction permet d'aborder la question du travail bien fait et les bonnes pratiques non comme l'imposition de normes émanant d'une hiérarchie déconnectée de la réalité du terrain mais par une mise en débat au sein de l'équipe. « *La qualité du travail devient discutable* » (Clot, 2010, p.24) grâce à la controverse professionnelle entre « connaisseurs ». Cette démarche a un impact sur les collectifs pour lutter contre la perte de capacité d'agir (Clot, 2008).

Cette dynamique temporelle ainsi que les échanges autour de l'activité quotidienne de travail permettent de susciter et de maintenir l'engagement : les actions déployées sont adaptées car elles sont spécifiques à une réalité locale et les effets rapides des actions motivent les acteurs à participer aux réunions suivantes sans être tentés de les reporter. L'utilité reconnue au projet,

parce qu'il permet de régler des questions qui préoccupent au quotidien les professionnels, le hisse en tête des priorités et favorise l'investissement des agents.

Cette implantation locale a permis le développement de raisonnement d'exploration qui envisage le soin comme un processus ouvert, qui implique la participation d'acteurs qui coopèrent (De Conninck, 2000), ce qui repose sur une mise entre parenthèses des hiérarchies professionnelles à l'œuvre. Ce travail coopératif est susceptible de limiter les erreurs, d'innover en trouvant des solutions à des situations mouvantes et incertaines. Mais le raisonnement requis est distinct du style d'apprentissage classique ou traditionnel. La relation de confiance établie auprès des équipes du site pilote aura permis ce mode d'exploration. Cette généralisation, et le nécessaire caractère collectif de ce mode de raisonnement, bouleversent les relations professionnelles basées sur une division du travail qui limite le travail de chacun dans des cadres précis (Bautzer, 2012, p.207). L'aplanissement des liens hiérarchiques entre cadre de proximité, infirmiers, aides-soignants et ASH s'est effectivement mis en place dans les centres de traduction pour apaiser les tensions en lien avec la division du travail (circulation de la parole pour tous, écoute, décisions concertées sur les modalités des transmissions de qualité).

11.2.3 Une définition précise des rôles attendus qui positionne les acteurs du réseau comme des experts pour une collaboration pluridisciplinaire inhabituelle.

Ce qui a largement favorisé la traduction, c'est la rencontre, dans des espaces de discussions démocratiques, d'acteurs qui se connaissent peu et n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et méconnaissent le travail d'autrui. Dans cet espace protégé des enjeux de pouvoirs, les acteurs s'autorisent à questionner l'autre sur son monde, son activité et commence à envisager une activité partagée sur un mode collaboratif pour répondre à une problématique qu'il se surprend à partager et qu'il reconnaît ne pas pouvoir résoudre seul. On peut dire que les acteurs de terrain ont fait l'expérience de la collégialité à travers des délibérations entre personnes d'égale dignité et regroupées en un groupe stable. C'est ce que nous avons pu observer, dans les réunions du projet 4 et les réunions préparatoires au module 4 dans l'hôpital 1 en particulier, mais aussi sur le site pilote.

CREER DES ESPACES DE DISCUSSION AUTOUR DU TRAVAIL.

Utiliser les centres de traduction pour parler du **travail réel** s'est révélé payant. Les professionnels de santé ont apprécié de parler de leur activité, des situations complexes et des astuces développées jusqu'alors clandestinement. Cela répond à un besoin puisqu'ils regrettent de ne pas avoir l'occasion de dialoguer sur leurs pratiques professionnelles et donc encore moins de les mettre en débat entre pairs. Cette thématique est fédératrice du groupe de travail. Ainsi, parler de leur activité a conduit ces professionnels à vivre l'expérience de la controverse, pour finalement co-construire des solutions d'amélioration de l'organisation du travail sans qu'elles soient imposées par la direction des soins dans une logique top-down comme ils en avaient l'habitude. Des solutions issues de la base, puis validées par la hiérarchie, voilà une démarche innovante en termes de management qui a fait écho dans l'ensemble de l'établissement. Ici la construction d'espace de mise en discussion du travail a eu un effet habilitant pour les acteurs d'une structure jusque-là marquée par un mode de management descendant. Dans ces conditions, « *en travaillant à rendre un peu plus dicible et discutable l'expérience de travail, on peut permettre aux professionnels de repenser et de développer la portée des concepts ou des savoirs du métier qu'ils mobilisent au quotidien* ³³²» (Katia Kostulski, 2010, p.37).

Ces espaces de discussions autour du travail ont permis la résolution des contradictions et des conflits de normes non résolues (Dujarier, 2006, Detchessahar, 2011) ainsi que la baisse du malaise ressenti par les équipes et l'encadrement de proximité. « *Du coup, les désaccords sont un moteur de la conception : on recherche des solutions qui respectent la diversité des problèmes vécus* » (Béguin, 2007, p.378). Notons que cette discussion participe au développement du métier (Clot, 2010) et à l'apprentissage collectif. Elle permet l'activité de normalisation du travail repérée dans la tradition ergologique. (Roth, 2009).

DEFINITION PRECISE DES ROLES FAVORABLE A L'ENROLEMENT.

Lorsque nous avons été en mesure de définir précisément le rôle attendu dans le réseau, l'enrôlement des acteurs a pu se concrétiser. Ainsi la phase d'enrôlement ne repose pas uniquement sur la qualité du processus d'intéressement et les outils supports utilisés à cette fin. Etre reconnu pour un domaine d'expertise, se sentir légitime pour représenter cette expertise

³³² Kostulski, K. (2010). *Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail?* (pp. 27-38). ERES.

dans l'établissement sont autant de facteurs non négligeables à un enrôlement réussi. Le traducteur est amené subtilement à justifier publiquement de la présence et de la place de chaque acteur en tant que chainons du réseau. Il faut donc être en mesure de définir ce que l'on attend des acteurs à chacune des étapes du projet. Cela s'est avéré complexe dans la phase de construction du plan d'action institutionnel, lorsque nous connaissions peu les deux institutions. La présentation du rôle attendu permet aux membres du réseau de définir le degré de légitimité de l'acteur vis à vis des différentes parties prenantes : elles pourront choisir en connaissance de cause de le laisser occuper sa place.

UNE COMMUNICATION TOUT AU LONG DU PROJET.

Nous avons eu à l'esprit de communiquer en permanence sur les évolutions du projet dans un souci de transparence et pour donner sens aux actions entreprises. « *Le rôle joué par la communication fait partie de toutes les études relatives aux facteurs clés du succès dans les processus de changement stratégique* » (Pichault, 2013, p.163) Le lien entre bien-être au travail et transmissions a dû ainsi être rappelés à plusieurs reprises en faisant le lien avec la diminution du sentiment d'incertitude peu favorable à la satisfaction au travail (Estryn-Béhar, 2008). La communication sur le rôle et les objectifs de chaque groupe s'est révélé primordiale bien qu'insuffisante. Malheureusement lorsque la communication a été gérée en interne, elle s'est réduite la plupart du temps à une simple transmission d'information du haut vers le bas de la hiérarchie, exceptée sur le site pilote qui a pu favoriser l'échange interactif à tous les niveaux.

11.2.4 Identifier, valoriser et communiquer sur les micro-changements : rendre visible le changement à l'hôpital.

FAVORISER DES ECHANGES A DOUBLE FLUX ENTRE LES DIFFERENTS NIVEAUX HIERARCHIQUES (POLYPHONIE) ET LES DIFFERENTS CENTRES DE TRADUCTION.

Si nous avons décliné le projet initial jusqu'à un niveau opérationnel (parcours d'intégration, charte des transmissions), les bénéfices de cette traduction reposent aussi sur le maintien du lien entre les différents espaces de discussions en particulier dans l'hôpital 2 pour lequel nous avons joué un rôle de relais entre les services, le GT et les directions. Nous avons assuré la

communication entre les différents niveaux hiérarchiques concernés par le projet du bien-être au travail : nous avons communiqué dans **une logique de double flux** les questions, les décisions, les avancées sur ce projet. « Ces allers-retours » permettent de maintenir le lien entre les chainons du réseau : ils rendent intelligible à tous la démarche en cours. L'enrôlement est maintenu. Il s'agit d'un relai organisationnel, local et managérial qui donne sens au projet. La manifestation de l'appui hiérarchique (courrier, déplacement des directeurs sur le site pilote) a aussi fortement contribué à légitimer le projet et à renforcer le poids des rôles attribués.

Ainsi les divers espaces de discussions doivent dialoguer entre eux afin de voir aboutir un changement. Ces espaces sont ouverts à la fois pour animer des dialogues entre pairs (aux seins des unités Psy 1 & 2) mais surtout pour développer des dialogues verticaux dans toute la ligne managériale. Ainsi les espaces de discussion ont non seulement des fonctions psychologiques (apprentissage), sociales (construction de lien dans les collectifs de travail) mais ils ont aussi un rôle politique rendant accessibles les transformations de l'organisation. Aussi, organiser la discussion avec la hiérarchie s'avère indispensable pour que les espaces de discussions (et donc les centres de traduction) deviennent des espaces de décisions. La discussion ne serait pas la finalité mais le moteur à la mise en action des acteurs de l'organisation pour résoudre des dysfonctionnements. Ces relais entre les différents centres de discussion permettent la mise en œuvre du principe de la délégation inversée : *« chaque niveau inférieur actionne le niveau supérieur en sollicitant son soutien ou son arbitrage sur certaines dimensions problématiques de l'activité ou en vue d'obtenir des moyens pour la mise en place d'innovations conçues au niveau local, au plus proche de l'activité »* (Detchessahar et al, 2015). On peut ainsi faire le lien avec la théorie de l'organisation fondée sur le management par la discussion sur le travail qui repose sur la création d'espaces d'échanges sécurisés.

PORTER ATTENTION A LA COMMUNICATION DES MICRO-CHANGEMENTS.

Aussi modestes soient-ils, il est important de communiquer sur les changements en cours afin de dépasser l'impression d'une fatalité de « résistance au changement » contre laquelle on ne peut rien. Sortir du discours préconstruit sur l'immobilisme à l'hôpital et sa grande inertie rendant toute transformation difficile à établir (Contandriopoulos, 2002), tenait à cœur des deux DRH : *« il faut sortir du discours négatif, de la morosité »* même s'il s'agit de petites améliorations. Les cadres de proximité ont apprécié, elles aussi, de pouvoir échanger avec leurs équipes sur leurs réussites. Parler d'un projet qui aboutit est suffisamment rare pour se priver

du plaisir de communiquer, hors et dans l'établissement. Finalement les infirmiers sont fiers de dire que leur établissement a conduit une démarche de bien être au changement et le revendique (à l'école des cadres par exemple). La cadre de proximité de Psy 1 accepte d'ailleurs de s'initier à l'écriture d'un article pour une revue professionnelle. Nous indiquons ici des signes d'engagement institutionnel qui faisaient défaut au moment du questionnaire (décembre 2013).

Finalement on ne peut plus dire que rien ne bouge à l'hôpital : c'est une inversion de tendance. L'exemple de ce projet, qui a permis une évolution favorable des deux unités, ouvre le champ des possibles à la conduite du changement sur d'autres thématiques. Ces établissements construisent une nouvelle vision du changement à l'hôpital en étant capable de mettre en lumière les micro-changements qui ont eu lieu (Audet, 2009).

11.2.5 Insuffler une culture de l'innovation en partant du partage des bonnes pratiques.

En initiant le dialogue sur le travail, nous avons conduit les professionnels à échanger autour de leurs bonnes pratiques, comme autant d'innovations ordinaires insoupçonnées (Alter, 2002) par l'organisation. Par ailleurs nous avons reconnu des innovateurs du quotidien qui s'ignorent. Progressivement ils n'ont plus craint d'être dénigrés pour des soins considérés comme relevant d'un « détournement de la règle » par leurs pairs ou leur hiérarchie mais au contraire ces échanges ont été progressivement le terreau d'une culture de l'innovation. Ils ont contribué à l'émergence de nouvelles pratiques sociales (Alter, 2002) concernant les transmissions inter équipes. On pourrait parler d'un cercle vertueux favorable à l'adoption de nouvelles pratiques qui existaient auparavant, mais dans la clandestinité, afin de définir de nouvelles normes (par exemple celles des conditions pour des transmissions de qualité).

L'identification de bonnes pratiques, reconnues comme telles, encouragent les soignants à poursuivre leurs efforts pour les mettre en œuvre (commencer les transmissions à l'heure, faire des transmissions écrites sans jugement de valeur...). Les cadres constatant les bénéfices d'un management polyphonique (reposant principalement sur un management par la discussion dans l'hôpital 2) sont encouragés à une évolution de leur management moins « top-down ». L'innovation dans ce cas « *engage et concerne de facto une multitude d'acteurs, mais aussi un nouveau produit qui nécessite que plusieurs parties prenantes concourent à sa conception* » (Gaglio, 2011, p.37).

APPRENTISSAGE COLLECTIF ET ESPACES CAPACITANTS.

Le site pilote a fait l'apprentissage collectif de la controverse rendu accessible par l'ouverture d'espace de discussion: oser s'exprimer sur des avis différents est un point essentiel pour la dynamique d'équipe et pour une prise de posture managériale adaptée. Il a permis de poser un nouveau regard sur les innovations du quotidien, sur l'importance de les mettre en débat pour faire évoluer les pratiques. Nous faisons le lien ici avec les recherches en ergonomie sur les espaces capacitants selon Falzon (2005, 2006, 2008), s'intéressant aux questions de santé et de bien-être au travail. On peut définir un environnement capacitant (EC) comme un environnement qui permet aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur autonomie (Oudet, 2012³³³). Les enjeux de partage d'expériences et de résultats pour développer un sentiment d'appartenance portent leur fruit, y compris dans les organisations pluralistes. Ainsi une organisation qui propose des espaces capacitants fournit aux individus « *l'occasion de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles compétences, d'élargir leurs possibilités d'action et leur degré de contrôle sur leur tâche.* » (Pavageau, Nascimento, & Falzon, 2007³³⁴)

Penser notre accompagnement au changement selon les principes des EC permet de sortir d'une structure prescrite statique pour évoluer vers un système dynamique et co-construit plus favorable au changement. Une autre caractéristique qui nous a guidés lors de notre accompagnement sur le site pilote et lors de la journée de l'encadrement dans l'hôpital 1, c'est la volonté de conduire les professionnels vers une démarche réflexive à partir des pratiques réelles observables et non en restant focalisés sur ce qui est prescrit ou ce qu'il serait souhaitable de faire. Ainsi les principes d'EC s'accordent avec notre modèle de la sociologie de la traduction à visée normative pour « *replacer les acteurs au cœur du changement et promouvoir la conception d'organisation « adaptables »-la conception se poursuit dans l'usage- et « capacitantes »-des ressources sont disponibles et effectives.* » (Arnoud, Falzon, 2013, p.110)

³³³ Oudet, S. F. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants: l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, (3), 7-27.

³³⁴ Pavageau, P., Nascimento, A., & Falzon, P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (9-2).

DES COMPETENCES COLLECTIVES EN DEVENIR POUR DES CAPACITES AU CHANGEMENT PERENNES.

Enfin, pour terminer, nous souhaitons souligner que notre accompagnement a permis de travailler à la fidélisation du personnel soignant mais il a surtout sensibilisé le personnel de l'hôpital à la possibilité de conduire le changement dans les établissements. Il s'agit d'un apprentissage collectif culturel à divers niveaux hiérarchiques. Les nouveaux canaux de communication à double flux constituent, au même titre que l'apprentissage de la controverse et la culture de l'innovation, des compétences collectives qui pourront être mobilisées de nouveaux sur d'autres projets. Nous avons donc apporté les outils aux établissements pour que la démarche soit pérenne. Nous retiendrons que notre présence dans le cadre de la recherche-intervention n'aura pas permis de conduire, ni piloter le changement mais au contraire il aura constitué une voie de choix pour l'accompagner voire le catalyser (Lorino, 2005 ; Petit, 2005) en provoquant un processus d'apprentissage et de développement naissant. Cette volonté de transformation durable de l'organisation repose sur un rallongement du réseau selon les principes de la sociologie de la traduction mais aussi sur un processus d'acculturation des managers réussi dans l'hôpital 2 afin de s'approprier les principes d'un management par la discussion sur le travail (Detchessahar et al, 2015). Il répond aux principes du management polyphonique lui-même favorable à un usage normatif de la sociologie de la traduction. Cette évolution culturelle resterait lettre morte si elle se cantonnait à une application localisée à l'échelle d'un site pilote. Le changement devient pérenne si l'organisation, dans ses différentes strates hiérarchiques, accepte de nouvelles règles de régulation basées sur une communication à double flux autorisant l'innovation c'est-à-dire une organisation qui accepte le développement d'EC. « Rien ne servirait en effet de libérer la parole sur le travail si cela ne permettait pas une transformation de l'organisation et de ses règles du jeu, si les produits de cette parole n'étaient pas considérés comme légitimes et si les espaces du politiques restaient l'apanage des dirigeants ou des concepteurs de l'organisation » (Detchessahar et al, 2015, p.86). Ainsi nos résultats soulignent que l'accès à une parole qui s'exprime dans des lieux coupés des espaces de décision de l'organisation ne permet pas l'accompagnement à la conduite du changement. Si les principes d'espaces de discussion comme mode de fonctionnement des centres de traduction ont été concluants, rappelons que la finalité n'était pas de créer de simple groupe d'écoute psychologique ou de co-développement mais qu'il s'agissait plutôt de relier les espaces de discussions entre eux afin que ces espaces prennent une dimension politique capable d'influencer l'organisation de l'hôpital.

Nous venons de présenter l'analyse de nos résultats qui permettent de signaler les freins et les facilitateurs du changement à l'hôpital. Nous avons en effet indiqué comment l'articulation des principes de la Sociologie de la traduction avec les principes des espaces de discussion et des environnements capacitants avaient permis la mise en place de micro-changements et un apprentissage collectif favorable à une démarche pérenne. Pour autant notre analyse rencontre quelques limites que nous souhaitons souligner.

11.3 Les limites de la sociologie de la traduction.

UNE ANALYSE DU PROCESSUS INSUFISANTE.

Nous avons à travers nos résultats mis en avant le modèle de la sociologie de la traduction afin de donner sens à notre accompagnement du processus de changement. Nous avons expliqué les différentes étapes des projets et leurs évolutions en fonction des étapes de la traduction. Nous avons détaillé certains aspects qui nous ont interpellés sur le terrain comme l'absence de controverse et ses effets, la place prépondérante des porte-paroles légitimes, l'intérêt du recours à des GT multidisciplinaires comme centres de traduction favorables à la problématisation ou encore l'intérêt de recourir à une implantation sur un site pilote. Pourtant si nous avons pu donner sens à des situations, nous notons que la ST même dans un usage normatif, ne permet pas d'aborder l'analyse au plan des enjeux de pouvoir qui ont cours entre les acteurs. A elle seule, la ST est donc insuffisante pour expliciter l'origine du comportement des acteurs. De plus nous notons que la ST peine à intégrer les éléments du contexte dans lequel évolue le processus : si elle permet ainsi d'être transposée à priori dans n'importe quelle organisation, elle se prive d'éléments de contexte majeurs dans le cadre de notre recherche-intervention en ne tenant pas compte des évolutions que connaissent actuellement les hôpitaux publics et en particulier le secteur de la psychiatrie avec la mise en place de nouvelles gouvernances.

Nous pensons donc que notre analyse doit être complétée par une approche intégrant le contexte comme nous avons été en mesure de le prendre en compte dans l'hôpital 2 alors que nous arrivions sur le terrain, renseignés des difficultés rencontrées (déclarations d'évènements indésirables, agression physique de la cadre supérieure, non-respect des règles concernant le port de tenues professionnelles...). Nous avons alors cherché à mettre en œuvre une ST à visée

normative. Lorsqu'elle repose sur l'accompagnement au changement par un intervenant extérieur, la démarche se fonde sur les principes du management polyphonique (Pichault, 2013). Mais est-ce suffisant ? Nous pouvons craindre aux vues de nos résultats que cette importation soit une incantation supplémentaire qui peine à trouver un écho dans les systèmes d'influence centripètes. Ces principes sont donc nécessaires sans être suffisants.

Aussi nous souhaitons ici porter un regard critique sur notre modèle lorsque le changement se caractérise par son aspect incrémental et contingent comme nous en avons fait l'expérience. Par ailleurs nous compléterons l'analyse des résultats par un axe relevant de la sociologie des professions en traitant des aires de juridiction qui viennent nous éclairer sur le comportement des acteurs dans l'hôpital 1 et plus particulièrement concernant le conflit latent DS/DRH.

11.3.1 Peut-on importer un style de management polyphonique (Pichault, 2013, p.169)?

Si la DRH de l'hôpital 2 a pu apprécier notre capacité à incarner la sociologie de la traduction, nous avons à l'esprit qu'il reste délicat de faire un usage normatif de notre modèle sans importer un style de management polyphonique qui se révèle indispensable dans les organisations pluralistes. Cela nous a conduits à mettre en place, autant que possible, ses principes clés:

- **autonomie** accrue du management de proximité et des équipes de soins dans l'organisation du travail ;
- **stratégie de négociation** à l'occasion des temps d'intervention comme centre de traduction ;
- **imprévisibilité, absence de prédétermination**, au moment de la réorientation du projet bien-être au travail sur le thème des transmissions ;
- **bottom-up management** par la recherche de solutions concertées se matérialisant par exemple par co-construction de la charte des bonnes pratiques sur les transmissions.

Notre positionnement dans cette volonté d'importation du management polyphonique repose sur une vision d'une intervention qui n'est pas seulement une décision ponctuelle mais aussi un processus. Comme le souligne Friedberg : « *Il ne s'agit pas seulement de donner une impulsion*

initiale. Il faut assurer un pilotage continu qui recadre les vicissitudes au jour le jour dans une vision de développement institutionnel à moyen terme, qui amorce, accompagne et soutienne les processus d'apprentissage nécessaires » (1993, p. 322). Nous avons illustré, à travers les monographies, comment les principes du management polyphonique nous ont guidés telles des « balises intéressantes pour l'intervenant externe » (Pichault, 2013, p.175) en favorisant un autre positionnement managérial des cadres de proximité sur le site pilote par exemple. Ils ont progressivement abandonné le contrôle et l'homogénéisation des pratiques soignantes. Ainsi nous avons pu « contrer le réflexe panoptique qui continue à caractériser un bon nombre d'attitudes managériales en distillant une autre manière d'envisager le changement » (Pichault, 2013, p. 174) lorsque nous avons, dans le cadre de négociations permanentes, pu apporter des solutions concrètes (Nikolova et al., 2009) concernant la régulation des temps de pause déjeuner ou en contribuant au guide d'aide à la rédaction de transmissions narratives écrites.

Notre accompagnement nous a pourtant montré à quel point « *il n'est pas naturel d'adopter un style de management polyphonique* » (Pichault, 2013, p.169) pour le diffuser à un niveau institutionnel. Nous avons en effet eu du mal à dépasser le stade de collaborations locales (sur site pilote) reflet des enrôlements partiels des acteurs. Dans l'hôpital, le jeu des interactions sociales s'est révélé être un frein à la mise en œuvre du processus de changement à l'échelle institutionnelle, en particulier autour de la mise en place du tutorat. Il semble en effet complexe de dépasser les freins liés aux systèmes d'influence centripètes dominant dans cet établissement (hôpital 1) dans lequel le directeur d'établissement est surnommé « le roi soleil » selon plusieurs agents de la DS, des unités de soins mais aussi à la DRH.

Ainsi pour reprendre la classification proposée par Pichault (2013, p.116), nous pouvons dire que l'hôpital 1 est soumis à un système d'influence centripète (reposant plus particulièrement sur des conflits de territoire DS/DRH/ pôle). Même si nous avons pu localement mettre en place un style de management polyphonique dans les groupes 1 & 4 en mettant en place des espaces de discussion favorables à la collégialité, on assiste la plupart du temps à un management panoptique. Les interactions sociales régressives qui en découlent sont favorables à des réactions de rejet ou de boycott (**logique de perpétuation**) expliquant la situation d'inertie. Dans le cas du projet parcours d'intégration, on assiste à « *des situations de rupture entre le centre et la périphérie, poursuivant son propre projet de changement* » (Pichault, 2013, p. 115). Les effets des centres de traduction sont restés localisés, et l'organisation n'a pas su évoluer vers des espaces capacitants.

En revanche dans l'hôpital 2, l'implantation des principes du management polyphonique a été plus efficace engendrant des interactions progressives favorisées par une communication à double flux entre les différents niveaux hiérarchiques. Aussi nous avons pu observer dans un premier temps sur le site pilote des **logiques d'adaptation** pendant la mise en place du projet de promotion du bien-être au travail jusqu'à la présentation du diagnostic: le management polyphonique « *conduit à des ajustements réciproques entre les différentes parties, avec à la clé des améliorations locales qui demeurent néanmoins à l'intérieur d'un schéma organisationnel marqué par le clivage entre acteurs du « haut » et du « bas », mais qui n'excluent pas à terme, la mise en place d'un système d'influence centrifuge* » (Pichault, 2013, p. 115). Puis, après le passage des DRH et DS dans les unités de soins pour redéfinir les objectifs du projet avec l'équipe d'encadrement vers le thème des transmissions, nous avons constaté une **logique d'innovation** à l'occasion de laquelle « *des situations nouvelles d'équilibre provisoire entre les différentes parties prenantes parviennent à converger temporairement* » (Pichault, 2013, p.115).

Aussi, même si nous avons voulu mobiliser le management polyphonique en contexte d'intervention, les effets n'en auront pas eu la même portée dans chaque établissement. Les logiques d'adaptation auront été probablement facilitées dans l'hôpital 2 par l'implantation du projet sur un site pilote et une collaboration non conflictuelle DS/DRH. Les relations de confiance mises en place ont favorisé les apprentissages collectifs et ont permis le développement d'un management par la discussion autour du travail. Ce type de management constitue un terreau à la polyphonie et donne à l'organisation des capacités de changement.

Cet élément du contexte, le conflit latent DRH/DS, récurrent dans notre analyse mérite d'être explicitée. Aussi nous allons analyser le sens que l'on peut donner à ces tensions DS/DRH dans le cadre de la redéfinition des rôles des directions en lien avec la mise en place des nouvelles gouvernances et plus particulièrement les pôles.

11.3.2 Chevauchement des aires de juridiction DRH/DS/Pôles suite à la mise en place des nouvelles gouvernances.

Pour déterminer l'origine des points de blocage, en particulier dans l'hôpital 1 autour du projet parcours d'intégration, nous souhaitons mobiliser la sociologie des professions qui vient compléter le regard porté sur nos résultats à l'aide de la sociologie de la traduction. En effet, dans cet établissement, nous avons pu observer des attitudes de figuration faussement participative récurrentes de la part des membres de la direction des soins qui ont rejeté le projet dans une logique de conflit latent, mettant en péril la controverse et donc le processus de traduction.

Mais comment pouvons-nous expliquer le comportement des acteurs dans l'établissement ? Nous avons renoncé à l'idée simpliste d'invoquer la « résistance au changement » (Boussard, 2008), mais comment expliquer l'hostilité de la DS à l'encontre des projets RH alors que ces derniers ont pour objet principal la satisfaction au travail du personnel soignant. Nous pensons que le contexte de la mise en place des nouvelles gouvernances hospitalières répond à ce questionnement. En effet, la mise en place des pôles tend à redistribuer les cartes du pouvoir à l'hôpital. Les frontières définissant les missions des pôles, de la DRH et de la DS sont d'une part devenues floues et d'autre part mouvantes, d'un établissement à l'autre et, au fil du temps, dans un même établissement. Cette zone d'incertitude est propice aux enjeux de pouvoir dans des établissements à fortes revendications corporatistes et dont les organigrammes sont variables (voir figure 3). On peut donc parler d'une forme de concurrence qui oppose la DRH et la DS dans l'accompagnement des soignants à l'hôpital. La sociologie des professions nous apprend comment des reconfigurations de gestion de territoire sont propices à de fortes tensions (Abbot, 1988, Menger, 2003) comme nous les avons observées dans l'hôpital 1.

IMPORTATION A L'HOPITAL DE NOUVELLES MISSIONS POUR L'INTEGRATION DES PRINCIPES DU NPM.

Nous avons longuement présenté dans le chapitre 3.1 comment l'hôpital doit subir ces 25 dernières années un ensemble de réformes pour s'approprier les principes du NPM. Il en découle l'arrivée de nouvelles tâches qui doivent être gérées par l'hôpital pour s'outiller de nouvelles compétences et répondre aux attentes d'efficience, d'économie et d'efficacité pour maîtriser l'offre hospitalière (Routelous, 2013). De nouvelles fonctions sont donc à se partager

pour intégrer le paradigme gestionnaire qui imprègne la fonction publique hospitalière dans les différents mondes qui la composent. Ainsi dans une logique de modernisation RH, la mise en place de la GPMC se diffuse dans les deux directions (DRH/DS) : co-construire des outils (fiche métier), les utiliser, les réajuster. L'hôpital doit désormais anticiper son activité et ses besoins en compétences à moyen et long termes pour un positionnement plus stratégique sur des territoires de santé. A cette fin de nouveaux rôles sont à distribuer à l'hôpital en particulier pour accompagner les professionnels dans leurs évolutions de carrières.

DE NOUVEAUX ROLES POUR MODERNISER LA FONCTION RH ET DE NOUVEAUX ACTEURS SUR LA SCENE DE L'HOPITAL.

La mise en place des nouvelles gouvernances, et plus spécifiquement les pôles, a profondément modifié l'organisation de l'hôpital. Ainsi les tâches que se réservait « juridictionnellement » la DS sont redistribuées, comme le recrutement, le suivi des carrières, la notation, la gestion de la mobilité interne, le tutorat ou la formation continue. Sur ces thématiques, elle doit désormais composer avec les pôles et les outils proposés par la DRH (tableaux de bord), alors qu'elle était complètement autonome auparavant. On peut donc dire que le décloisonnement des directions entraîne une concurrence pour établir et défendre des zones de contrôle qui appartenaient plus spécifiquement à la DS. Ces zones de contrôle sont nommées **aires de juridiction des activités par Abbot (1988)**.

Nous avons indiqué dans la partie 3.1 comment les services RH étaient passés d'une posture passive à une posture active pour endosser aujourd'hui une posture stratégique et offensive. De la même manière, la DS est invitée à sortir de sa posture de contrôle de la qualité des soins pour évoluer vers une démarche de valorisation des compétences et des expertises de soins à l'occasion des projets de pratiques avancées, en participant par exemple à l'organisation de l'identification des compétences clés dans chaque spécialité médicale. Cette prise de posture, nous proposons à la DS de l'investir à travers les projets 2 & 3 mais elle n'a pas souhaité les explorer dans ce contexte d'incertitude sur l'évolution des rôles à tenir.

Nos résultats montrent comment le savoir et le savoir-faire de la direction des soins, détenus par les cadres de la DS (contrôle de la qualité des soins, recrutement du personnel), constituent le fondement de son statut alors qu'elle se sent écrasée par le pouvoir médical surplombant le secteur hospitalier. Aussi, renoncer à ses aires de juridiction est difficile pour la DS qui manque par ailleurs de reconnaissance dans son segment. D'ailleurs, au détour de conversations

informelles, nous avons pu entendre les inquiétudes et les réserves autour de la question de la pérennité de la présence d'une direction des soins à l'hôpital dans le cadre d'une mise en place effective des pôles, alors que des missions se retrouvent partagées entre les 3 types d'acteurs (pôles/DS/DRH).

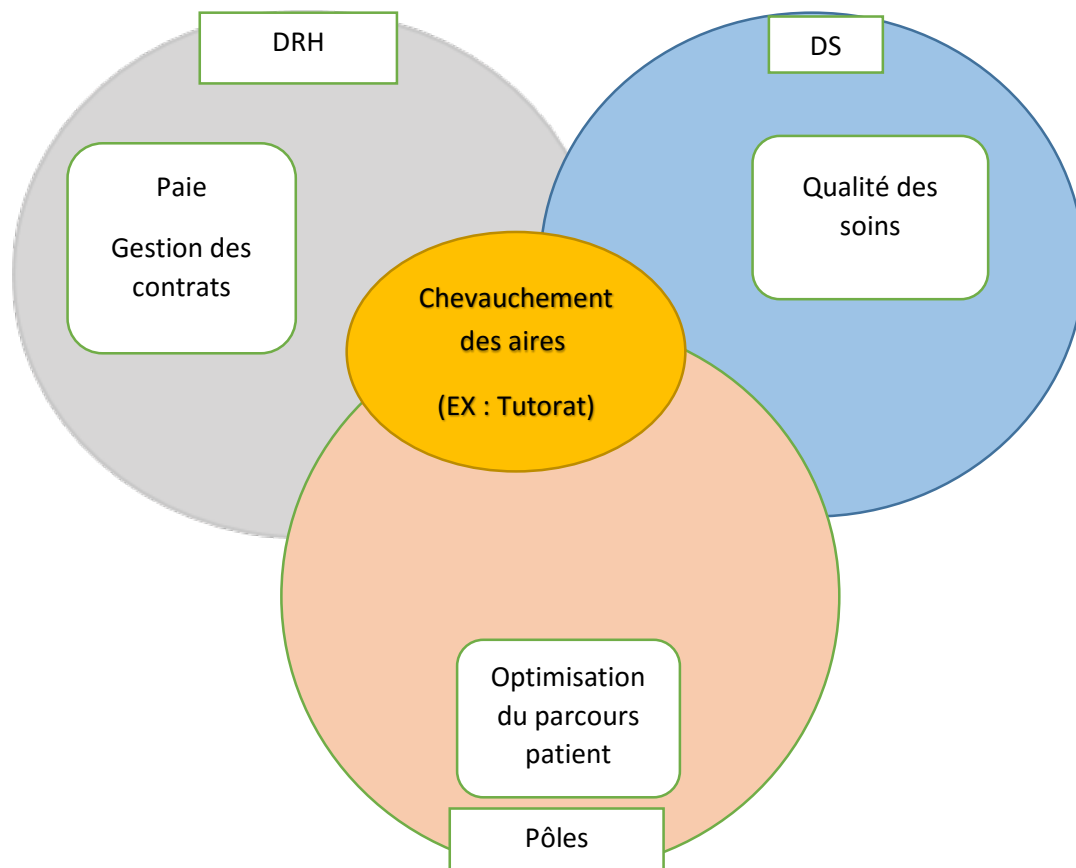
CHEVAUCHEMENT DES AIRES DE JURIDICTION POUR LE SUIVI DES SOIGNANTS.

Si nous venons de préciser que la DS se sent dépariée d'un segment de son activité autonome qui lui était « juridictionnellement » réservée, les sources de tensions sont renforcées par le chevauchement des aires de juridiction sur des thèmes tels que le recrutement, la GPMC, le tutorat. On peut comprendre que la DS peine à renoncer à son aire de juridiction. En freinant l'avancée du projet « parcours d'intégration », elle tente de repositionner son pouvoir dans l'établissement : elle montre comment, en l'absence de son aval, le projet ne peut aboutir. Elle justifie donc sa place dans l'établissement.

Progressivement, les rôles, les missions et les aires de juridiction se redessinent et précisent de nouvelles frontières. La DRH s'engage à fournir les outils de gestion co-construits avec les professionnels comme autant de moyens d'aide à la prise de décision pour gérer des thèmes qui restent d'actualité comme la fidélisation du personnel, le bien-être au travail, l'accompagnement des carrières des agents (intégration, formation continue), tandis que les pôles assurent la responsabilité du fonctionnement des unités de soin en termes de qualité de prise en charge du patient, en garantissant un personnel en nombre suffisant, qualifié ou accompagné dans une montée en compétence cohérente avec la stratégie de l'établissement.

Nous notons que l'incertitude sur l'évolution des rôles à tenir dans le cadre des gouvernances reste à observer, en particulier à l'occasion de la mise en place des GHT qui impose à son tour des modifications organisationnelles.

Figure 14 : Evolution des rôles dans le cadre de la nouvelle gouvernance et chevauchement des aires de juridiction.



PRECONISATION MANAGERIALES.

Nous avons présenté au cours de ce chapitre l'analyse de nos résultats en matière de conduite du changement à l'hôpital en tant qu'organisation pluraliste qui doit faire face à de nombreuses réformes. Nous pouvons en tirer un certain nombre de recommandations afin de favoriser la réalisation d'un processus de traduction favorable à la conduite du changement. Nous en présentons ici la synthèse :

1-Soigner la communication tout au long du projet et à destination de tous les membres du réseau, quel que soit leur positionnement hiérarchique.

. La communication à double flux entre les différents centres de traduction favorise le management polyphonique. La communication des micro-changements permet d'engager un cercle vertueux pour donner de la visibilité aux actions RH.

2-S'assurer de la présence de conditions favorables à la controverse. Définir précisément les rôles des porte-paroles afin de les désigner habilement : ils oseront ainsi alimenter la controverse.

3-Penser le management et l'animation de nouvelles formes de réunion. Favoriser des espaces de discussion démocratiques aplanissant les enjeux de pouvoirs. Lutter contre les passifs et les figures faussement participatives.

4-Penser la coordination stratégique à l'échelle institutionnelle des projets concomitants et interdépendants pour limiter leur nombre et la concurrence. La coordination de ces projets, traduits en problématiques professionnelles concrètes du public destinataire, requiert neutralité, bienveillance et compétences méthodologiques.

5-Faciliter le développement du projet par **une implantation sur site pilote** plus favorable. Accélération du processus de traduction par une limitation du nombre d'intermédiaires et une meilleure visibilité sur les micro-changements.

6- Centrer les échanges sur le travail réel, sur les bonnes pratiques existantes (environnements capacitants) pour une sensibilisation à la culture de l'innovation.

Ces quelques recommandations sont à coupler avec les principes du management polyphonique (Pichault, 2013) dans une ST à visée normative. Ils se mobilisent dans l'action pour éclairer un peu plus les traducteurs lors d'un accompagnement à la conduite du changement. En effet, nous avons montré comment la sociologie de la traduction, utilisée dans une logique analytique du processus de changement, ne permet pas la prise en compte des spécificités du contexte. Or, à travers la présentation de nos recherches, nous avons souligné le caractère incrémental et contingent du changement. Cela justifie le recours à un usage normatif de la sociologie de la traduction. Dans cette perspective, elle est couplée aux principes du management polyphonique qui nous a permis, dans l'hôpital 2, de limiter les freins liés à l'existence d'un système d'influence centripète. Nous avons pu voir des signes d'adaptation qui ont conduit dans un deuxième temps à l'appropriation d'une logique d'innovation.

Pour autant nous n'avons pas su importer le style de management polyphonique dans l'hôpital 1. L'absence de controverse entre la DS et la DRH ne nous a pas permis d'engager le jeu des négociations entre les acteurs. Les expériences de synergie entre des membres du réseau issus de mondes différents sont malheureusement restées localisées et n'ont pas permis la diffusion des principes de la discussion entre les différents centres de traduction. En effet, le contexte de chevauchement des aires de juridiction que connaît l'hôpital actuellement, avec la mise en place des pôles compétents jusqu'au stade de la contractualisation, induit le maintien d'une volonté d'un management panoptique. Les DS cherchent davantage à préserver une vision globale de leur juridiction alors qu'un certain nombre de missions, partagées avec les services RH ou les directions de pôles, leur échappent. A leurs yeux, le management panoptique reste une solution de contrôle. Nous avons donc fait le constat que *« le style de management restaure une possibilité d'intervention pour les gestionnaires en tant que créateurs de sens, mais ne signifie en aucun cas que les conflits d'intérêts autour du processus de changement puissent être éliminés, réduits ou maîtrisés à la suite des actions managériales : il faut ici réaffirmer avec force l'issue fondamentalement incertaine des rapports de pouvoir »* (Pichault, 2013, p.180).

SYNTHESE DE LA PARTIE 3.

Nous avons consacré cette troisième partie de notre thèse à la conduite du changement à l'hôpital. Nous avons donc analysé notre posture en tant qu'accompagnateur à la conduite de projet dans le cadre d'une recherche intervention pour une mobilisation effective des acteurs autour d'un projet transversal.

A la lecture de la revue de littérature détaillée, nous avons pu réunir les éléments de compréhension fine des enjeux de l'accompagnement des établissements pour l'adoption d'une nouvelle culture du changement et de l'innovation. Nous avons vu en effet comment l'hôpital, en tant qu'organisation pluraliste, rencontre a priori des difficultés à coordonner des projets multiples et concomitants. Les mondes professionnels évoluant en vase clos, l'exercice de pouvoirs diffus, les objectifs divergents comme les valeurs professionnelles sont signalés comme autant de freins au changement. Conduire un projet lorsque les problèmes, les solutions et les choix ne sont pas couplés (Cohen et al., 1972) relève alors d'un véritable défi.

Pour poser un regard juste sur le processus du changement et construire avec les acteurs de terrain une grille de lecture commune autour d'un projet RH, nous nous sommes appropriés les principes de la sociologie de la traduction qui répond aux spécificités de notre terrain de recherche. Cette sociologie, mobilisable dans l'action, s'est révélée être un modèle pertinent aussi bien comme modèle d'analyse que dans un usage normatif. En considérant l'innovation comme le résultat d'une opération de traduction, nous avons pu définir notre posture en tant que traducteur d'un projet dans différents registres pour enrôler les porte-paroles des différents groupes concernés et ainsi rallonger le réseau des membres participants au projet.

La méthodologie utilisée repose sur la recherche intervention dont nous avons présenté les principes dans la première partie. Nous avons eu recours à des entretiens collectifs et individuels à l'occasion des GT, Co-pil et groupes action. Ils ont été complétés par une observation participante pour l'animation du projet bien-être au travail sur un site pilote. Ainsi, nous avons porté attention à décrire la variation du nombre de participants et le rythme des temps d'échange au cours des projets en tant que révélateurs du processus de traduction évoluant dans les structures. L'évolution de la dynamique et du rôle des GT a été précisé tout comme les difficultés rencontrées systématiquement dans la phase de mise en œuvre des projets initiaux et de leurs ramifications. Dans un souci d'éthique de recherche, nous avons précisé les modalités de notre départ du terrain avec une reprise en main encourageante des acteurs. Pour finir sur le

volet méthodologique nous avons souligné à quel point les entretiens de clôture s'étaient révélés précieux pour donner de la perspective à notre analyse. Nous avons pu en effet collecter des éléments venant confirmés et donner du poids à nos pistes de résultats. Le recours au verbatim nous est apparu particulièrement pertinent.

A travers la monographie de ces longs et tentaculaires projets, nous sommes venus donner un autre sens aux événements sous le prisme de la sociologie de la traduction. Nous avons donc explicité les comportements de certains professionnels ainsi que les évolutions des projets comme l'abandon de certaines branches (référént de soins) ou le piétinement de certains aspects (affiche de communication du projet ou tutorat). Sans se satisfaire du recours au principe de « résistance au changement » nous avons pu identifier des régularités sur nos terrains nous informant des facilitateurs et des freins à la conduite du changement à l'hôpital, complétant les principes du management polyphonique au regard des apports de l'ergonomie (espaces de discussion, management par la discussion, environnements capacitants).

Ainsi, même si le processus de traduction est long, en particulier pendant les deux premières phases qui peuvent paraître non productives pour l'œil non éduqué à la ST, le temps nécessaire à l'identification d'acteurs frontières légitimes aux yeux de leurs pairs et de leur hiérarchie (représentativité) est indispensable pour permettre la controverse. Il s'agit d'un prérequis dont l'hôpital ne peut faire l'économie même s'il y est peu habitué. L'apprentissage collectif de cette aptitude à exprimer son avis, surtout opposé, est favorisé par une étape de co-construction de diagnostic en lien avec la problématique du groupe de travail. Ces échanges doivent avoir lieu dans des centres de traduction : il s'agit d'espaces de discussions démocratiques qui ne doivent pas laisser cours aux enjeux de pouvoir. L'enrôlement des acteurs pour participer aux projets repose sur plusieurs atouts :

- un processus d'intéressement pertinent qui va amener les professionnels à échanger sur leur activité pour construire un outil synthétisant leurs échanges ;
- une définition fine des rôles attendus par chacun, afin d'éviter les attitudes faussement participatives, et où chacun prend sa place dans le réseau pour contribuer à une traduction complète jusqu'à la réalisation d'actions ;
- la réalisation rapide de micro-changements visibles légitimant le projet.

La mise en place de nouvelles formes de management plus participatif, reposant sur la concertation, la valorisation des solutions issues de la base puis validées par la hiérarchie a

apporté une grande satisfaction aux acteurs de terrain. Elle est soutenue par de nouveaux modes de communication à double flux et le recours à des réunions ne reposant pas seulement sur l'information des participants mais sur une capacité de prise de décision collégiale.

L'analyse de nos résultats nous conduit donc à formuler un certain nombre de recommandations qui visent à réduire les freins de la conduite du changement identifiés. Nous avons pu ainsi accompagner des changements à l'hôpital. Nous avons initié une culture naissante à l'innovation qu'il conviendra de consolider malgré le renouvellement fréquent des directions, le défaut de coordination stratégique et les stratégies de fuite individuelles visant la dilution des projets. Pourtant, bien que le recours aux principes du management polyphonique soit une ressource considérable à la conduite du changement, nous gardons à l'esprit « *qu'il est vain de croire que le changement puisse être piloté d'en haut, même s'il prend en compte les conflits d'intérêt et tente de les traduire* » (Pichault, 2013, p.180).

CONCLUSION

Nous venons de rapporter nos travaux de recherche évoluant autour de la question des modalités d'accompagnement à la conduite du changement dans la fonction publique hospitalière. Nous avons identifié une méthode d'humanisation des principes du NPM qui rend socialement plus acceptable leur implantation dans une logique participative. La question de l'attractivité et de la fidélisation des infirmiers en psychiatrie tient lieu ici d'illustration d'une des thématiques auxquelles sont confrontés les services RH. Ces modalités restent donc mobilisables à l'occasion d'autres projets et à destination de publics variés exerçant dans le secteur de la santé. En effet, nous avons montré les difficultés à mettre en œuvre des actions collectives pour résoudre une problématique transversale identifiée, comme la pénurie d'infirmiers. La finalité générale de notre travail réside dans l'identification d'un modèle conceptuel mobilisable dans l'action, adaptée aux organisations pluralistes, facilitant l'enrôlement des professionnels de l'hôpital : la sociologie de la traduction. Nos résultats permettent de dégager les spécificités de son usage lorsqu'elle est couplée au management polyphonique alors que peu d'écrits traitent du changement au plan RH malgré des besoins avérés (Djellal et al, 2004, Schweyer, 2006). Ces caractéristiques propres au secteur hospitalier sont autant de leviers identifiés. Nous avons ainsi pu identifier les freins et les facilitateurs à la conduite du changement dans la fonction publique hospitalière.

SYNTHESE DE NOS RESULTATS.

Les travaux menés dans le secteur de la fonction publique hospitalière lors d'une recherche-intervention nous conduisent à présenter des résultats s'articulant autour de deux axes, en lien avec l'évolution de notre objet de recherche.

Concernant l'identification des déterminants de l'intention de départ nous avons montré qu'une littérature riche existait, mais que peu d'études concernaient les infirmiers et de surcroît en psychiatrie. La consultation de la revue de littérature met en exergue les concepts de satisfaction au travail, d'hôpitaux magnétiques et d'implication organisationnelle en les liants à l'intention de départ. Ainsi nous avons distingué quatre catégories de déterminants :

- le sens du travail : réalisation de soi, soins de haute qualité permettant l'estime de soi ;

- les relations professionnelles: relations avec les médecins, soutien et reconnaissance du cadre, coopération entre professionnels ;
- les conditions de travail : charge de travail, violences subies ;
- les compétences : tutorat, formation, opportunités de carrière.

Cette grille de lecture a permis d'analyser les données de terrain recueillies (entretiens individuels et collectifs, questionnaire SAPHORA-JOB). Nous avons expliqué comment les soignants dénoncent une dégradation globale du contenu du travail. Les situations de surcharge de travail ne leur permettent plus de se consacrer à leur cœur de métier. Elles sont d'autant plus mal vécues qu'elles se révèlent désorganisantes pour les unités de soin. Une part croissante de leur activité relève à leurs yeux du sale boulot : les appels à renforts et les tâches administratives. Ces surcharges de travail contribuent donc à une perte de sens de l'activité soignante puisqu'à leurs yeux, les soins prodigués ne sont pas de haute qualité. Enfin les infirmiers sont préoccupés par le risque d'appauvrissement des compétences en psychiatrie (soins relationnels et techniques d'entretien). Ces interrogations sont d'autant plus légitimes que les experts actuels (les ISP) partent à la retraite sans avoir su formaliser leurs savoirs. Par ailleurs, si le personnel des établissements hospitaliers est sensible à la richesse des formations proposées, à l'atmosphère positive des ambiances de travail entre collègue ou encore à la possibilité de se voir confier des responsabilités, il n'est pas pour autant en mesure de se projeter professionnellement à moyen termes dans l'établissement faute d'engagement suffisant.

Nos résultats nous informent sur les facteurs d'influence de l'intention de départ pour construire des projets de fidélisation du personnel infirmier. Pourtant, à ce stade de notre recherche, nous ne disposons d'aucun élément nous éclairant sur les moyens de mobiliser le personnel hospitalier pour mettre en œuvre des axes de travail validés comme prioritaires afin de répondre à cette difficulté chronique.

C'est ainsi que nous avons constitué une seconde revue de littérature sur le changement à l'hôpital, puis sur la sociologie de la traduction et de l'innovation. Ainsi, nous avons déterminé que la conduite du changement à l'hôpital en tant qu'organisation pluraliste est un véritable défi puisque les problèmes, les solutions et les choix ne sont pas couplés (Cohen et al., 1972). De plus nous avons pris en considération qu'une innovation ne repose pas sur la qualité intrinsèque de l'outil mais sur l'intérêt que portent les acteurs, ce qui permet l'adhésion de nombreux alliés. En nous donnant les outils pour une étude à chaud des démarches innovantes, la ST nous évite l'écueil du jugement après-coup (Akrich, Callon, Latour, 1988). Elle présente le changement

comme le résultat d'une opération de traduction lorsqu'un promoteur de projet joue le rôle de traducteur et transpose le projet dans différents registres pour enrôler les porte-paroles des différents groupes concernés et ainsi rallonger le réseau. Refusant le principe de la culture de l'inertie, nous avons compris que le seul levier d'action dont nous disposions dans le cadre d'un changement contingent et incrémental était le mode de management. C'est la seule marge de manœuvre qui soit accessible puisque les gestionnaires ont peu de prise sur les variables de contexte (évolution de l'offre de soin, de la démographie infirmière, évolutions de la législation des modes d'hospitalisation en psychiatrie...). Ils doivent donc actionner les variables de pilotage c'est-à-dire le style de management caractéristique de leurs actions. François Pichault (2013) souligne dans ce cadre l'intérêt d'une approche polyphonique prenant en considération la présence d'expertises implicites et la possibilité de construire des rapports d'alliance et d'équilibre entre les différents groupes d'acteurs.

L'analyse de nos résultats nous a permis d'identifier les freins et les facilitateurs du changement dans le secteur de la santé. Les freins principaux sont des rythmes et des temporalités de travail incompatibles entre les divers acteurs, une absence de controverse pourtant indispensable à la traduction, des attitudes faussement participatives en réunion, la multiplication de projets contingents entraînant une sur-sollicitation des acteurs ressources, un défaut de compétence managériale et de coordination stratégique au niveau institutionnel, et enfin un défaut de considération portée aux projets RH, favorisé par une invisibilité du travail réalisé selon les principes du *care* appliqués au management. En revanche, nous retenons que la conduite de projet visant un changement à l'hôpital sera facilitée par la neutralité, la bienveillance et les compétences méthodologiques du traducteur, la co-construction d'un diagnostic et l'implantation du projet sur un site pilote pour favoriser son déploiement, une définition précise des rôles attendus des différents acteurs dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire inhabituelle, une communication tout au long du projet, y compris pour des micro-changements afin de rendre visible le changement à l'hôpital et enfin insuffler une culture de l'innovation reposant sur le partage de bonnes pratiques.

APPORTS ET LIMITES DE NOS RECHERCHES

Les apports de notre recherche résident, comme nous venons de le rappeler, sur la présentation de la sociologie de la traduction mobilisée dans le cadre d'une recherche intervention pour identifier des facilitateurs et des freins lors de la conduite de projet dans la fonction publique

hospitalière. Nous avons ainsi pu répondre à notre intention d'identifier des modalités de conduite du changement répondant aux principes du NPM qui soient socialement acceptables, y compris pour les professionnels du soin. Nous avons présenté la pertinence de notre posture épistémologique, la cohérence entre notre objet de recherche, le changement, et une volonté de posture transformative. Par ailleurs, nous avons su tirer profit du rapport ethnographique au terrain, compatible avec la ST et la facilité d'accès au terrain dans le cadre d'une CIFRE. Ainsi nous avons pu apporter des connaissances fines sur le fonctionnement de l'hôpital vu de l'intérieur par une étude longitudinale.

Nous avons pu justifier de l'utilité de la ST pour analyser un processus de changement en cours en indiquant les étapes favorables au rallongement du réseau et donc à l'adoption de nouvelles pratiques. Nous avons souligné la pertinence de ce modèle conceptuel dans un usage destiné à une organisation pluraliste structurée en silos professionnels. Notre recherche met en valeur le modèle de la ST lorsqu'il s'agit d'interroger la formation de stratégies au sein des organisations pluralistes. Ce modèle nous a permis de « *décrire et d'expliquer comment, en dépit de la fragmentation des lieux de pouvoir et des buts, il est possible de construire des réseaux de support* » (Denis et al., 2004, p.6) autour d'un projet de changement. L'étude de cas montre, dans certaines conditions, comment l'application de la ST participe à la formation de stratégies dans une organisation pluraliste, alors que peu d'illustrations empiriques sont accessibles dans la littérature (Denis et al., 2004, p.7).

Coupler aux principes du management polyphonique pour un usage normatif, la ST prend en compte le caractère incrémental et contingent du changement. La phase de contextualisation, souvent chronophage, permet de mieux identifier les systèmes d'influence en jeu dans l'organisation. Elle nous a permis d'accompagner les deux établissements à des micro-changements, favorables au moins localement, à l'apprentissage d'une culture de l'innovation reposant sur la mise en place d'espaces de discussion au sein des centres de traduction. Dans l'hôpital 2 l'adoption de style de management polyphonique y compris au niveau institutionnel repose sur la mise en place réussie d'une communication à double flux entre les différents centres de traduction, à des niveaux hiérarchiques variés favorables aux principes des environnements capacitants.

Pourtant, il y a une limite à l'usage de la ST : en focalisant l'analyse au plan du processus, nous n'avons pas eu accès à une partie du contexte dans l'analyse. Aussi le style de management polyphonique peine parfois à être importé lorsque les enjeux de pouvoirs sont trop conséquents.

Il convient donc de poursuivre l'analyse plus finement au plan du contexte. Nous avons montré comment la sociologie des professions vient éclairer sur la nature conflictuelle des comportements des acteurs. Ainsi, nous avons expliqué comment la mise en place des nouvelles gouvernances et plus spécifiquement la contractualisation des pôles entraînaient la redéfinition des rôles des directions à l'hôpital. Cette situation remet en cause les aires de juridiction jusque-là réservées à la DS, par un chevauchement de tâches désormais partagées avec les directions de pôles et la DRH. Se sentant menacée, la DS refuse de coopérer sur des projets la mettant directement en concurrence avec la DRH. Toutefois, elle le fait sans afficher son opposition et tire profit des stratégies ambiguës accessibles aux groupes qui désirent conserver un rôle clé dans le réseau des organisations pluralistes (Hensman, 2001).

De plus les syndicats (tout comme les médecins) sont les grands absents de l'analyse des projets. Notre travail de recherche mériterait d'être approfondi dans cette perspective. Loin d'être évincés, nous les avons rencontrés, dans leurs bureaux, en CHSCT, dans les services mais dans ce cas rarement à « visage découvert » et enfin par mail. Ils nous ont dans ce cas reproché de mauvaises orientations des axes de travail qui ne prendraient pas suffisamment en considération les « vraies » problèmes du site pilote. Il faut dire que les services RH se retrouvent de nouveau en concurrence mais cette fois avec les syndicats sur des questions du bien-être au travail. Les syndicats s'en sentent quelque peu déstabilisés et n'ont pas pour habitude de travailler en collaboration avec les services de direction.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE.

Notre travail nous apporte une meilleure connaissance du changement à l'hôpital alors que ce dernier continue d'absorber une succession de réformes qui se succèdent et se chevauchent. En tant qu'organisation pluraliste, la conduite du changement à l'hôpital relève d'un véritable défi. Nous avons pu distinguer des modalités d'accompagnement à la conduite du changement à l'hôpital sur une mode d'avantage participatif afin de rendre socialement plus acceptables les principes du NPM dans la fonction publique. Pour autant, le contexte mouvant de réorganisation qui affecte le secteur de la santé n'est pas encore stabilisé. L'hôpital poursuit sa réorganisation dans une dimension paradoxale qui interpelle et mérite d'être observée puis analysée en profondeur. Nous souhaitons tout d'abord signaler une expansion au plan macro de l'organisation de l'hôpital avec la mise en place des GHT. Elle fait suite, plus localement à la mise en place des pôles au plan micro pour une prise en charge des patients sur des territoires

de santé. Ces effets de taille restent à étudier, le centre hospitalier, en tant qu'unité organisationnelle, pourrait en effet être remis en cause. Ainsi de nouvelles collaborations entre les acteurs et les divers mondes à l'hôpital sont à étudier comme autant de nouveaux modèles potentiels de collaborations informelles, tout comme l'émergence de nouveaux métiers. De nouvelles formes de stratégies pourraient émerger afin de voir se développer des réseaux d'acteurs hétérogènes réunis autour de projets innovants.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Table des tableaux.

TABLEAU 1 : PRESENTATION DES DEUX HOPITAUX, TERRAIN DE RECHERCHE.....	32
TABLEAU 2 : SYNTHESE DES APPROCHES POSITIVISTES ET CONSTRUCTIVISTES	42
TABLEAU 3 : PARADIGME CONSTRUCTIVISTE.	43
TABLEAU 4 TABLEAU DES PRINCIPES DE L'ETUDE DE CAS, D'APRES YIN, 1989 IN GRENIER, C., & PAUGET, B. (2007). QU'EST-CE QUE LA RECHERCHE EN MANAGEMENT? RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 91(4), 12-23. P.20.....	51
TABLEAU 5 : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA COMPLEMENTARITE DES DEUX ETUDES DE CAS CONTEMPORAINES : PERIODES DE PRESENCE CONTINUE ET REGULIERE D'INTERACTIONS AVEC LES ACTEURS.	53
TABLEAU 6 : LISTE DES ENTRETIENS CREATIFS AU FIL DES PERIODES DE LA RECHERCHE-INTERVENTION DANS CHAQUE HOPITAL.	63
TABLEAU 7 : LES ENTRETIENS DE DEBRIEFING.....	66
TABLEAU 8 : TABLEAU DE SYNTHESE DES DIFFERENTS TYPES DE GROUPES (GAVARD-PERRET, 2012, p. 121-122):	69
TABLEAU 9 : SYSTEME D'OBSERVATION DYNAMIQUE :	77
TABLEAU 10 : LISTE DES DOCUMENTS RECUEILLIS ET CONSULTES.	80
TABLEAU 11 : RECAPITULATIF DES SOURCES DE DONNEES DANS LE CADRE DE NOTRE RECHERCHE.	82
TABLEAU 12: LES DIFFERENTS NIVEAUX D'INFERENCE POUR LA FORMATION DES CATEGORIES (ALLARD-POESI, 2003, p.263).....	87
TABLEAU 13 : CONSTITUTION DE L'ARBRE THEMATIQUE	89
TABLEAU 14 : SYNTHESE DE NOTRE PROCESSUS DE RECHERCHE (EPISTEMOLOGIE, METHODOLOGIE ET COHERENCE CONCEPTUELLE).....	94
TABLEAU 15 : SYNTHESE DU DESIGN DE RECHERCHE.	104
TABLEAU 16 : PRINCIPES GENERAUX DU NPM SELON ENRIQUE SARAVIA ET JEAN-JACQUES LEGRAND.	116
TABLEAU 17 : PRINCIPES ET APPLICATIONS DU NPM DANS LE SECTEUR PUBLIC SELON BEATRICE VAN HEPEREN (2012, p 85, 86).	117
TABLEAU 18: EVOLUTION DE LA POSTURE RH A L'HOPITAL.....	132
TABLEAU 19 : THEORIE BI-FACTORIELLE OU DUALE D'HERZBERG ET AL (1959).	180
TABLEAU 20 : LISTE DES PARTICIPANTS AU GT EN DECEMBRE 2012, HOPITAL 1.	185
TABLEAU 21 : LISTE DES PARTICIPANTS DU GT EN DECEMBRE 2012, HOPITAL 2.	186
TABLEAU 22 : EXEMPLES DE THEMATIQUES ABORDEES PENDANT LES REUNIONS DU GT.	187
TABLEAU 23 : COMPOSITION DU COPIL.	189
TABLEAU 24 : LES DIFFERENTS PARADIGMES DU CHANGEMENT (AUTISSIER, 2013) :.....	228
TABLEAU 25 : RECAPITULATIF DES DIFFERENTS MODELES DU CHANGEMENT SELON VAS ET JASPAR (2010, p. 81-82).	230
TABLEAU 26 : REPARTITION DES LEVIERS DU CHANGEMENT ENTRE LES DIFFERENTES CATEGORIES D'ACTEURS SELON THIERRY NOBRE (2013 p.159).	241
TABLEAU 27 : SYNTHESE DES DIFFERENTES PHASES D'UNE BOUCLE DU PROCESSUS DE TRADUCTION.	267
TABLEAU 28 : LES DIFFERENTES APPROCHES DU CHANGEMENT POUR UNE EVALUATION MULTI-NIVEAUX.....	269
TABLEAU 29 : LES 9 PRINCIPES DU MANAGEMENT POLYPHONIQUE COUPLES AUX PHASES DE LA TRADUCTION...	272
TABLEAU 30 : LES 4 GROUPES ACTIONS DE L'HOPITAL 1, REUNIONS ET PRODUCTIONS.	285
TABLEAU 31 : RECAPITULATIF DE L'EXPRESSION DE LA DEMANDE DES DIFFERENTS ACTEURS DU PROJET « PROMOTION DU BIEN-ETRE AU TRAVAIL ».	292
TABLEAU 32 : TABLEAU DE CORRESPONDANCE DE LA FICHE METIER POUR ILLUSTRATION.	318
TABLEAU 33 : REFERENTIEL DE FORMATION DES MODULES THEORIQUE. CONTENU DES MODULES DU PARCOURS D'INTEGRATION « INFIRMIER(E) EN PSYCHIATRIE. ».....	344

Table des figures.

FIGURE 1 : PRESENTATION DES LOGIQUES INDUCTIVE ET DEDUCTIVE	48
FIGURE 2 : L' ARTICULATION TERRAIN/MILIEU ACADEMIQUE DE LA RECHERCHE INTERVENTION :	55
FIGURE 3 : ILLUSTRATIONS D' ORGANIGRAMMES HOSPITALIERS.	134
FIGURE 4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS D' HOSPITALISATION DE PSYCHIATRIE ET INEGALE REPARTITION DU NOMBRE DE LIT DE PSYCHIATRIE POUR 100 000 HABITANTS EN FRANCE. RESULTATS COMMUNIQUEES PAR LA COURS DES COMPTES EN 2010.....	153
FIGURE 5 : FICHE DE PRESENTATION DES AXES DE TRAVAIL DANS L' HOPITAL 1.	191
FIGURE 6 : EXEMPLE D' UNE DIAPOSITIVE DU PPT DE PRESENTATION DES RESULTATS FAITES EN GT, AUX EQUIPES DE SOINS ET EN CHSCT.	196
FIGURE 7 : REPRESENTATION DE L' EVALUATION DE LA SATISFACTION GENERALE DANS L' HOPITAL 2.	212
FIGURE 8 : VARIATION DE L' INTENTION DE DEPART EN FONCTION DE L' AGE DU REpondANT.	215
FIGURE 9 : ILLUSTRATION D' UNE COMPOSITION ATTENDUE DE GROUPE MULTI-NIVEAUX, TRAVAILLANT DE JOUR OU DE NUIT, EN INTRA OU EN EXTRA HOSPITALIER POUR UNE MEILLEURE REPRESENTATIVITE :	283
FIGURE 10 : DOCUMENT SUPPORT DE COMMUNICATION POUR FAVORISER LE RALLONGEMENT DU RESEAU.	328
FIGURE 11 : EXTRAIT DU COMPTE-RENDU DE LA REUNION DE PRESENTATION DU PROJET TUTORAT VISANT LE RECRUTEMENT DE NOUVEAUX TUTEURS.	348
FIGURE 12 : LA FICHE DE MISSION CO-CONSTRUITE ET VALIDEE PAR LA DS.	349
FIGURE 13 CHARTE DES TRANSMISSIONS DE PSY 1 ET PSY 2.....	364
FIGURE 14 : EVOLUTION DES ROLES DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE ET CHEVAUchement DES AIRES DE JURIDICTION.	410

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, Chicago
- Abé Antagana, J., 2000, « La légitimité et le changement stratégique », dans Hafsi T, Seguin F (dir), *La stratégie des organisations : une synthèse*, Les éditions transcontinental, p. 641-648.
- Akrich M., Callon M., Latour B., (1988a), *A quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : l'art de l'intéressement*, Annales des Mines « Gérer et Comprendre », Juin, p.4-17
- Akrich M., Callon M., Latour B., (1988b), *A quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : l'art de choisir les bons porte-parole*, Annales des Mines « Gérer et Comprendre », Septembre, p.14-29
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1991). L'art de l'intéressement. *Gestion de la recherche. Nouveaux problèmes, nouveaux outils*, Bruxelles: De Boeck Université, 27-52.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction: textes fondateurs*. Presses des MINES.
- Alexander, J., Lichtenstein R., Oh, H, Ullman, E., (1998), "A causal model of voluntary turnover among nursing personnel in long term psychiatric settings" *Research in Nursing & Health*, 21, 415–427
- Allard-Poesi, F., & Marechal, C. (2003). Chapitre 2: Construction de l'objet de la recherche. *Méthode de recherche en management*, Éditions Dunod, Collection Gestion Sup., Paris, 34-46.
- Allen NJ, Meyer JP (1990), "The Measurement and Antecedents of Affective continuance and Normative Commitment to the Organisation", *Journal of Occupational Psychology*, vol 63, p.118.
- Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le nouveau management public: avantages et limites. *Gestion et management publics*, 5, 1-14.
- Andréani, JC, (2001) « Marketing du produit nouveau : 95% des produits nouveaux échouent, les managers sont en cause, les études de marché aussi », *Revue française de marketing*, n°182, p5-11.
- Alter, N. (2000). L'innovation ordinaire, PUF, coll. *Sociologies*, Paris.
- Arbuz, G., & Debrosse, D. (1996). *Réussir le changement de l'hôpital*. InterEditions.
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*.
- Arnoud, J., & Falzon, P. (2013). La co-analyse constructive des pratiques. *Falzon, P.(2013). Ergonomie constructive. Paris: Presses Universitaires de France.*, 223-236.
- Arnoud, J., & Falzon, P. (2013). Changement organisationnel et reconception de l'organisation: des ressources aux capacités. *Activités*, 10 (2), 109-130.
- Audet M., (2006), *La mise en œuvre d'un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles : le cas du regroupement cardiopulmonaire au CHUS*. Thèse, Université de Sherbrooke, 29 mai 2006

- Audet M., (2009), *Vision planification et évaluation : les conditions clés du succès d'un changement*, Gestion, vol 34, p.55-63.
- Autissier, D., & Moutot, J. M. (2013). *La boîte à outils de la conduite du changement*. Dunod.
- Ayerbe, C, Missonier, A, (2007), « Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel, *Finance Contrôle, Stratégie*, volume 10, n°2, juin 2007, p.37-62.
- Baelen, M. (1997). Les évolutions du management stratégique dans le secteur hospitalier. *GESTION 2000*, 13, 67-84.
- Bareil, Céline, Costa, Giovanni, Cuevas, Fernando, *et al.* Regards croisés.
- Baret, C., Codello-Guijarro, P., Koffi, P., & Oiry, E. (2011). Surmonter les difficultés de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public: les apports d'une approche en termes d'effectivité. *Vers un management des ressources humaines durables et bienveillant*.
- Baret, C., Oiry, E, Codello-Guijarro, P., Koffi, P, (2011), « Regards sur « l'effectivité » de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences (GPMC) à l'hôpital public. », *Journal d'Economie Médical*, volume 29, n°6-7, p.3.
- Bareil, C., & Savoie, A. (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *GESTION-MONTREAL-*, 24, 86-95.
- Barlet, M., & Cavillon, M. La démographie des infirmiers à l'horizon 2030: un exercice de projections aux niveaux national et régional.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, 98-114.
- Bartoli, A. (2005). *Le Management dans les organisations publiques*. Dunod.
- Batista, MG, Cunha, MP, (2008), « Improvisation in Tightly Controlled Work Environments- the case of Medical Practice », WP 537, Universidade Nova de Lisboa
- Baumard, P., Donada, C., Ibert, J., & Xuereb, J. M. (2007). *La collecte de données et la gestion de leurs sources*. HAL.
- Bautzer, É. R. (2012). *Entre cure et care: les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Lamarre.
- Becker, H., (1969, 1985 tr.fr), *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression: enquête sur le nouveau management public*. La Découverte.
- Bezes, P. (2005). Le renouveau du contrôle des bureaucraties. *Informations sociales*, (6), 26-37.
- Blau, G, Boal KB (1987), "Conceptualizing how job involvement and Organizational Commitment Affect Turnover and absenteeism", *Academy of Management review*, n°12, p. 288-300.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). De la justification les économies de la grandeur.

- Boje, D, « Mapping the different kind of action research practices into Transorganizational Development Gameboard », *EGOS*, 17th Colloque, Juillet 2001 ; David, A., « Intervention-Research. A General Framework for management research ?, *EGOS*
- Bosselut, C., Paperman, P., & Laugier, S. (2006). *Le souci des autres. Éthique et politique du care.*
- Boussard V. et al, (2004) *Le socio-manager : sociologie pour une pratique managériale*, Dunod, Paris
- Boussard, V. (2008), *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*, Paris, Belin.
- Brient, P. (2007). Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités de psychiatrie générale: bilan d'une expérience. *Pratiques psychologiques*, 13(4), 459-464.
- Brun J.P. et al., (2002), *Evaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Montréal, IRSST.
- Brunelle, Y., (2009) « Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et organisations des soins*, 2009, vol 40.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 36, 169-208.
- Callon M. (1994), « L'innovation technologique et ses mythes », *Gérer & Comprendre*, mars
- Callon, M., Akrich, M., & Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction: textes fondateurs. Sciences sociales, les Presses.*
- Callon, M., & Law, J. (1997). L'irruption des non-humains dans les sciences humaines: quelques leçons tirées de la sociologie des sciences et des techniques. *Recherches*, 99-118.
- Carter, C., Clegg, S., Hogan, J., & Kornberger, M. (2003). The polyphonic spree: the case of the Liverpool dockers. *Industrial Relations Journal*, 34(4), 290-304.
- Gatignon H. et Robertson T. S. (1991), *Innovative decision processes*, in *Handbook of consumer behavior*, eds. T. S. Robertson et H. H. Kassarian, New Jersey, Prentice Hall Englewood Cliffs, 316 - 348
- Champagne, F. (1991). Évaluation des programmes de santé. *Notes de cours, Département d'administration de la sante, Université de Montréal.*
- Chanut, V., & Rojot, J. (2012). Réinventer l'évaluation. Les nouvelles règles du jeu RH dans une administration publique. *Management & Avenir*, (9), 195-222.
- Charreire, S., & Huault, I. (2002). *Cohérence épistémologique: les recherches constructivistes françaises en management" revisités"*. Paris Dauphine University.
- Chédotel, F. (2005). L'improvisation organisationnelle. *Revue française de gestion*, (1), 123-140.
- Chevallier, J. (1997), *Le service public*, 4^eEd, Paris, PUF, « Que sais-je »
- Cicourel A., V, (1981) de l'ethnométhodologie au problème micro/macro en sciences sociales. Introduction au texte d'Aaron V. Cicourel, «Micro-processus et macro-structures». *SociologieS.*
- Cintas, C., (2009), « Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique », *Pistes*, Vol 11, n°1.

- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: Presses universitaires de France.
- Clot, Y, Lhuillier, D, (2010), *Agir en clinique du travail*, Erès.
- Cohen, M.D., March, J.G. and Olsen, J.P., « A garbage-can model of organizational choice », *Administrative Science Quarterly*, n° 1, vol. 17, 1972.
- Coffin, J. C. (2009). La psychiatrie par temps de crise. *Etudes*, 410(6), 751-761.
- Coldefy M. (2011). « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée », *La Santé de l'Homme*, Inpes, n°413, 05/06.
- Contandriopoulos, A. P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable?. *Gestion*, 27(3), 142-150.
- Contandriopoulos, A. P., & Souteyrand, Y. (1996). L'hôpital en mutation: d'un modèle à l'autre. *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, 3-18.
- Côté, M., Harvey, J. F., & Picard, A. (2014). Vers un accompagnement des cadres dans l'adoption d'une vision moderne de la gestion: le rôle de la direction des ressources humaines. *Gestion*, 39(3), 85-96.
- Crozier, M. (1961). De la bureaucratie comme système d'organisation. *European Journal of Sociology*, 2(01), 18-50.
- Crozier, M. (1967). Sociologie des organisations et institutions internationales. *Social Science Information*, 6(4), 53-62.
- Currivan D. (1999), « The Causal Order of Job Satisfaction and Organizational Commitment in Models of Employee Turnover » *Human Resource Management Review*, n°9 (4), p. 495-524.
- Dares, (2013), *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs*, Dares Analyses, n°10
- Daumézon, G. (1935). *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*. Imp. A. Coueslant
- David A. (1999), « Logique, épistémologie, et méthodologie en sciences de gestion », Conférence de l'AIMS, mai 1999
- David, A. (2000), La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?, IXème conférence de l'AIMS, Montpellier : 22 p.
- David, A. Hatchuel and R. Laufer (eds), *The New Foundations of Management Science*. Vuibert/FNEGE, Paris.
- De Coninck, F. (2000). Des nouvelles «postures cognitives» dans le travail aux nouveaux processus sociaux d'apprentissage. *Education permanente*, (143), 29-49
- Dejours, C. (1998), *La souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. Ed seuil.
- Delion, P., (2013), *Ecouter, soigner. La souffrance psychique de l'enfant*. Paris. Albin Michel.
- Demilly L., Autès M., (2012), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin, coll. « Recherches », 2012, 232 p
- Demilly, L., Dembinski, O., (2011), « Réinventer le secteur sur ses marges ? Rendre le secteur disponible et mobile ? », *Sociologie de la santé*, n°34.

- Dembinski, O., (2013) « L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ? », *La nouvelle revue du travail* (en ligne), 2/ 2013, mis en ligne le 30 mars 2013, consulté le 4 avril 2013, URL : <http://nrt.revues.org/886>.
- Denis, J-L., Langley, A., Cazale, L. (1996), *Leadership and strategic change under ambiguity*, *Organization Studies*, vol. 17, n° 4, p. 673-699
- Denis JP, (2000), *Conception d'un système de contrôle et de développement du groupe. Architectures et principes ingénieriques*, Thèse de doctorat, université Jean-Moulin Lyon III.
- Denis J-L., Langley A., Rouleau L., (2004), *La formation des stratégies dans les organisations pluralistes : vers de nouvelles avenues théoriques?*, 13^e conférence de l'AIMS, Normandie
- Dervaux A., Pichault F., Renier Nathalie., (2011), *L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier*, 13^e conférence de l'AIMS, Normandie
- Des Horts, C. H. B., & Nguyen, V. (2010). Satisfaction, implication, engagement, enracinement et intention de départ des jeunes cadres- Une relation ambiguë. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 16(40), 143-160.
- Detchessahar M, Grevin A, (2009), *Le « tournant gestionnaire » des établissements de santé et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soins de suite malade de « gestionnaire »*, AGRH, Dakar
- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations?. @ *GRH*, (3), 63-89.
- De Terssac, G. (2003). 7. Travail d'organisation et travail de régulation. *Recherches*, 121-134
- Djellal F., Gallouj C., Gallouj F., (2004), *De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et noeud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière*, *Revue française des affaires sociales*, vol.1, n° 1, p. 223-248
- Doonay I., Koos Y., (2005), *La gestion du changement par la « traduction » : regard critique*, *Pyramide*, n°10, p. 57-74
- Dreyffus, L., (2013), « La prise en compte du sens donné au travail et l'enjeu des métiers : facteurs clé pour une GRH praticable », 24^e eme congrès AGRH Paris, 20-22 novembre 2013. La GRH : pour une connaissance praticable.
- Dubost, J. (2001). Réflexions sur les passés de la recherche-action et son actualité. *Revue internationale de psychosociologie*, 7(16), 9-18.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., Tinkler, J. (2006), "New Public Management Is Dead -Long Live Digital -Era Governance", *Journal of Public administration Research and Theory*, 16 (3), pp. 467-494
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4), 532-550.
- Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (2000). La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2. La régulation du système hospitalier. *SeLi Arslan*.
- Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, M. L., Le Foll, S., Le Nézet, O., & Bocher, R. (2006, November). Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. In *Annales Medico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 9, pp. 732-748). Elsevier Masson.

- Estryn-Béhar, M, (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- Eymeri-Douzans, J.-M. (2008), « Les réformes administratives en Europe : logiques managériales globales, acclimations locales », *Pyramides*, n°15.
- Falzon, C. (2006). *Foucault and social dialogue: Beyond fragmentation*. Routledge.
- Feltner, A., Mitchell, B., Norris, E., & Wolfle, C. (2008). Nurses' views on the characteristics of an effective leader. *AORN Journal*, 87(2), 363.
- Floyd S, Wooldridge B, (2000), *building startegy from the middle*, thousand Oaks, London, Sage
- Forest M., Kleiner B., (2011), "Effects of Current Nursing Management Styles on the Retention and Recruitment of Nurses: A Review of the Literature", *International Journal of Management*, Vol. 28 No. 4 Part 2.
- Fournier, C. (2012). La prise en compte des motivations des élèves soignants: éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 29(6), 323-335.
- Franchistéguy I., (2001), *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3.
- Freyssinet-Dominjon, J. (1997). *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Montchrestien.
- Friedberg, E. (1967). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*, Paris, Seuil, 1993. Garfinkel H. *Studies in Ethnomethodology*, Prentice Hall, Inc.
- Friedberg, E (1993) *Organisation et Action Collective*, F. Chazel (Ed.), *Action Collective et Mouvements Sociaux*, Presses Universitaires de France, pp. 225-247.
- Gaglio, G, (2011) *Sociologie de l'innovation*_Que sais-je ?PUF, Paris, p.15.
- Gagnon S., (2009), *Gérer le changement au sein d'une main d'œuvre professionnelle : le cas d'un centre hospitalier*, *Revue Gestion*, vol 34, n°1, p. 20-26.
- Gambino, K., (2010), « Motivation for entry, occupationnal commitment and intent to remain: a survey regarding Registered Nurse Retention » *Journal of Advenced Nursing*, (66), 11, p. 2532-2541.
- Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion*. Pearson, Montreuil.
- Gavault, S., Laude, L., & Baret, C. (2015). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale: entre agir stratégique et agir projectif. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 463-480.
- Gentil, S. (2012). *Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins. Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire* (Doctoral dissertation, IEMN-IAE (Université de Nantes)).
- Glaser, B. S., & Strauss, A. (1968). A. (1967). The discovery of grounded theory. *Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson.

- Gilbert, P., (2008), « Un ou quatre managements publics ? », *Politiques et Management Publics*, volume 26.
- Gilligan, C., & Laugier, S. (2008). *Une voix différente: pour une éthique du "care"*. Paris: Flammarion
- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative* (No. halshs-00440011).
- Girin, J. (1986). L'objectivation des données subjectives. Eléments pour une théorie du dispositif dans la recherche interactive. *Qualité des informations scientifiques en gestion, Méthodologies fondamentales en gestion*, 170-186.
- Giroux, N. (2003). L'étude de cas. *Conduire un projet de recherche*.
- Glaserfeld (Von), E. (1998), « Introduction à un constructivisme radical », dans Wtazlawick P., (Dir), *L'invention de la réalité, contribution au constructivisme*, Paris, Seuil.
- Glouberman S., Mintzberg H., (2001), *Managing the care of health and the cure of disease*, in Thietart R., *Méthodes de recherche en management*, p13-33, Paris, Dunod.
- Goffman, Erving, *Asile, étude sur la condition sociale des malades mentaux* (1961), Paris, Minuit 2002.
- Guimaître, B. (1977). Les relations de travail dans les hôpitaux publics. *Revue française des Affaires sociales*, (1), 83-104.
- Grenier, C., & Josserand, E. (1999). *Méthodes de recherche en management*.
- Grenier, C., Pauget, B., (2007), "Qu'est ce que la recherche en management", *recherche en soins infirmiers*, N°91, p.12-23.
- Grevin, A. (2011). *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail: l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionniste"* (Doctoral dissertation, Université de Nantes).
- Groleau, C. (2003). L'observation. *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative. Editions EMS. Colombelles*, 211-244.
- Guigner, S., (2013), « Gouverner par la comparaison : usages et mésusages des comparaisons internationales des systèmes de santé », *Quaderni n°82*, automne 2013, p.27-37.
- Haroche, A., (2010) « L'emploi infirmier touché par une crise singulière », *Soins Cadre*, 2010 ; Vol 19, N°74, p.10
- Hatchuel, A., & Moison, J. C. (1984). Théorie de la décision et pratiques organisationnelles: le cas des investissements pétroliers. *Economies et Sociétés*, 249-289.
- Hatchuel, A. (2001). New horizons for the management sciences: Towards a theory of collective action. *English translation of 'Quelle horizon pour les sciences de gestion'*. In: A.
- Havens, D. (2001). Comparing nursing infrastructure and outcomes: ANCC magnet and nonmagnet CNEs report... chief nurse executives. *Nursing Economic\$, 19(6)*, 258-266.
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 804-814.

- Hellman C.M. (1997), "Job satisfaction and intent to leave", *Journal of Social Psychology*, 137, 6, 677-689.
- Hensman, M., (2001) « Problematising strategy : When structural holes turn black », *Presentation at Academy of Management Meeting*.
- Herreros, G. (2007). L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation. *Socio-anthropologie*, (21), 23-36.
- Herzberg, F., Mausner, B. et Snyderman, B.B. (1959), *The motivation to work*, New York, John Wiley
- Hirschman Jr, I. I., & Hughes, D. E. (1976). Extreme Eigen Values of Toeplitz operators.
- Hughes, E. (1996). Division du travail et rôle social (1956). *Le Regard Sociologique. École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris*, 69-73.
- Igalens, J, (1999), Satisfaction au travail, *Encyclopédie de la gestion du management*, Dalloz, pp. 1246-1247
- Iglesias, K, Renaud, O., Tschan, F., (2010) « La satisfaction au travail, une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH » *Revue internationale de psychosociologie*, pp. 245-270.
- Ito, H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H, (2001), "Factors Affecting, Psychiatric Nurse' intention to Leave their Current Job», *Psychiatric services*, February, vol 52, N°2.
- Jaeger, M, (1989), *La psychiatrie en France*, Paris, Syros/Alternatives.
- Jaeger, M, (1990), « Garder, surveiller, soigner », essai d'histoire de la profession d'infirmier en psychiatrie, *cahier VST*, n°3.
- Jecker" N."Self" D.,(1991),"«Separating care and cure: An analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine »,*Journal of Medicine and Philosophy*,16"(3),"pp."285-300.
- Joshua-Amadi, M. , (2002), « Recruitment and retention, a study in motivation, *Nursing Management*, vol 9 n°8, P.17-22.
- Juven, P. A. (2015). Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes. L'hôpital public aux prises avec la Tarification à l'activité. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, (17).
- Kanter, R. M. (1992). *L'entreprise en éveil: maîtriser les stratégies du management post-industriel*. InterÉditions.
- Kervasdoué, J., & Kimberly, J. (1981). *La santé rationnée?*. Economica.
- Kervasdoué, J. (2009). Réformes de l'hôpital: quo vadis?. *Regards croisés sur l'économie*, (1), 171-177.
- Kets de Vries MFR, Miller, D, (1985), *L'entreprise névrosée*, Mc Graw-Hill, traduit de *The Neurotic organization: diagnosing and changing counter-productive styles of management*, San Francisco, Jossey Bass, 1984.
- Kittay, E. F. (2002). Caring for the vulnerable by caring for the caregiver: The case of mental retardation. *Health Care and Distributive Justice*, 290-300.

- Kostulski, K. (2010). *Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail?* (pp. 27-38). ERES.
- Krief N., (2005), *L'impact de la tarification à l'activité sur le lien social à l'hôpital : étude du « Plan Hôpital 2007 »*, 16^e conférence de l'AGRH, Paris.
- Krief, N. (2012). Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question: analyse croisée et dynamique de construction collective. @ *GRH*, (2), 43-67.
- Kübler-Ross, E. (1997). *Vivre avec la mort et les mourants*. Éditions du Rocher.
- Kuhlmann, E., Allsop, J., Saks, M., « Professional Governance and Public Control : A comparison of Healthcare in the United Kingdom and Germany » *Current Sociology* 57 (4), 2009, pp.511-528.
- Lacasse, F. (1995). La Gestion publique en mutation. Les réformes dans les pays de l'OCDE.
- Lallé, B. (2004). Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, (1), 45-65.
- Langlois, G., (2013), « Burnout, quand le travail consume », *L'infirmière magazine*, N°138, pp.22-25.
- Latour, B, Woolgar, S, (1979), *Laboratory life*, Sage, Los angeles
- Latour, B, (1987), *Science in action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Cambridge, MA : Harvard, University Press
- Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet? Remarques sur l'inter objectivité. *Sociologie du travail*, 587-607.
- Latour, B. (2005). *La science en action: introduction à la sociologie des sciences*. La Découverte/Poche.
- Laufer, R., (2008), « Où est passé le management public » ? *Politiques et management publics*, Volume 26.
- Leclercq, E., Scheydeker, JL., Cauvin, JC, *Combien coûtent les codeurs du PMSI en MCO ?* Département d'Information Médicale, CHU de Brest.
- Lemaire, C., & Nobre, T. (2015). Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 431-461
- Le Moigne, J. L. (1990). La modélisation des systèmes complexes. *Paris: Bordas, Dunot, 1990, 1.*
- Leroy, F., Robert, M., & Giuliani, P. (2012). Quels liens entre l'innovation technologique et l'innovation managériale? In *Conférence AIMS*.
- Levina N., Vaast E. (2005), «The emergence of boudary spanning competence in practice: implications for implementation and use of information systems », *MIS Quarterly*, Vol.29, No. 2, p. 335-363
- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. *Readings in social psychology*, 3, 197-211.
- Lewin, K, (1968), *Resolving Social conflict*, New York, Haper.

- Lincoln, YS, Guba, EG, (1985), *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills.
- Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gérontologie et société*, (2), 33-41.
- Lorini, P, (1995), *Comptes et récits de la performance*, Editions d'organisation
- Lu et al. (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *J. Prof. Nurs.*, 18(4) :250-263.
- Matejko, A. J. (1985). Craig C. Pinder: Work Motivation. Theory, Issues and Applications. Glenview, Scott, Foresman and Corp., 1984, 365 pp., ISBN 0-673-15799-7 Craig C. Pinder: Work Motivation. Theory, Issues and Applications. Glenview, Scott, Foresman and Corp., 1984, 365 pp., ISBN 0-673-15799-7. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 40(3), 680-680.
- Meaney, M., Pung, C. (2008), *McKinsey global results: creating organizational transformations*, The McKinsey Quarterly, August, pp. 1-7.
- Menger, P. M. (2003). *Les professions et leurs sociologies: modèles théoriques, catégorisations, évolutions: actes du colloque de la Société française de sociologie-Paris, octobre 1999*. Les Editions de la MSH.
- Merrien, F. X. (1999). La nouvelle gestion publique: un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103.
- Meyssonnier, R., & Roger, A. (2006). L'impact du cocooning organisationnel et des opportunités d'emploi sur le lien entre satisfaction au travail et intention de quitter. XVIIème Congrès de l'AGRH. Reims.
- Meyer, J., Herscovitch, L., (2001), "Commitment in the workplace: Toward a general model", *Human Resource Management Review*, vol. 11, no. 3, pp. 299-326.
- Meyer J., Stanley D., Hercovitch L. et Topolnitsky L., (2001) "Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organisation: a Meta-Analysis of Antecedents, Correlates and Consequences", *Journal of Vocational Behaviour*, n°59, p. 1-33.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2005). *Analyse des données qualitatives* (MH Rispal, Trans.)(deuxième ed.): De Boeck.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. *Paris: Les éditions d'organisation*.
- Mintzberg, H., & McHugh, A. (1985). Strategy formation in an adhocracy. *Administrative science quarterly*, 160-197.
- Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic management journal*, 6(3), 257-272.
- Minvielle, É. (2014). Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades?. *Quaderni*, (3), 83-98.
- Minvielle, É., & Contandriopoulos, A. P. (2004). La conduite du changement. *Revue française de gestion*, (3), 29-53.

- Moisdon, J.C. (2000), «Que vaut ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du Travail*, vol 42, n°1.
- Moisdon, J. C. (2013). Une histoire de la T2A. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(2), 107-120.
- Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (1997). Gestion externe et gestion interne du système hospitalier français. Tendances actuelles. *Dix ans d'avancées en économie de la santé, Actes des XIXes Journées des Économistes de la Santé Français*. Ed: John Libbey.
- Molinier, P. (2006). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Le souci des autres. Éthique et politique du care, Éditions de l'EHESS, Coll. Raisons Pratiques*, 299-316.
- Molinier, P. (2010). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport?. *Clinique du travail*, 157-167.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La Dispute.
- Mossé P., Paradeise C., (2003), *Restructuration de l'hôpital ; Recomposition des hôpitaux. Réflexions sur un programme*, Revue française des affaires sociales, vol. 3, n°3, p. 141-155.
- Mowday RT, Porter LW, Steers RM (1982), *Employee-Otganisation: the Psychology of Commitment, Absentism and Turnover*, New York, Academic Press.
- Mzabi H. (2011), «La direction des ressources humaines face à la défection des infirmières des établissements publics de santé», communication à la 11ème journée de recherche Prospective des métiers, ESSEC, Mars 2011, 18 p.
- Nascimento, A., Falzon, P., Thellier, S., & Jeffroy, F. (2008). Concevoir la sécurité: La chaîne de production en radiothérapie. In *conférence self 2011*.
- Nikolova, N, Reihlen, M & Schlapfner, J, (2009), « Client-Consultant Interaction : capturing social practices of professionnall service production », *Scandinavian Journal of management*, Vol 25, N°3, pp 289-298.
- Nobre, T. (1999). Performance et pouvoirs dans l'hôpital. *Politiques et management public*, 17(3), 71-91.
- Nobre T., (2006), *Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital*, Finance Contrôle Stratégie, vol.9, n°4, décembre, p143-168
- Nobre T., (2013a), *Désapprendre ce qui n'a pas été appris. Le paradoxe de la conduite du changement organisationnel à l'hôpital*, Revue internationale de psychologie et de gestion des comportements organisationnels, n°47, vol. XIX, p. 151-163
- Nobre T., (2013b), *L'innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour que rien ne change ?*, Revue Française de gestion, n °235, vol6.
- Oomkens, R. F. (2010). Professionals under supervision: performance-based contracting in hospital care and home care. In *IRSPM Conference, April, Berne, Switzerland*.
- Oudet, S. F. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants: l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, (3), 7-27.
- Paillé, P. et Mucchielli, A.(2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 13.

- Pavageau, P., Nascimento, A., & Falzon, P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (9-2).
- Pellemans, P. (1999). *Recherche qualitative en marketing: perspective psychoscopique*. De Boeck Supérieur.
- Persson-Gehin, S. (2005). Contribution à la connaissance du phénomène coaching en entreprise. *Étude exploratoire des représentations au travers des discours des praticiens*.
- Perret V., Seville M. (2007), Fondements épistémologiques de la recherche, in Méthodes de recherche en management, Thietart R.A. et Al., Dunod, 2007
- Pesqueux, Y., & Triboulois, B. (2004). *La dérive organisationnelle*. Editions L'Harmattan.
- Pettigrew, AM (1985). *The Awakening Giant*, Oxford, Basil. Blackwell.
- Pichault, F. (2013). *Gestion du changement. Vers un management polyphonique*. De Boeck.
- Pichault, F., & Pleyers, M. (2010). Pour en finir avec la génération Y... Enquête sur une représentation managériale. XXI e Congrès AGRH. *Nouveaux comportements, nouvelle GRH*.
- Pierre, P. (2005). Mobilité internationale et identité des cadres: pour une sociologie 'immergée': des usages de l'ethnicité dans l'entreprise mondialisée. " *Mobilité internationale et identité des cadres: pour une sociologie'immergée': des usages de l'ethnicité dans l'entreprise mondialisée*".
- Pierru, F, 1999, « L'hôpital-entreprise. Une *self-fulfilling prophecy* avortée », *Pilitx*, 12, 46, pp 7-47.
- Pillon, V. (2003). *Normes et déviations*. Bréal.
- Plane, JM, (2000, *Méthodes de recherches-interventions en management*, Préface de R. Pérez, L'harmattant, 2000, 256 p.)
- Pollit, C, (1993), *Managérialism and the Public Services* (2e ed.), Blackwell, Oxford.
- Porter L.W., Steers R.M., Mowday R.T. et Boulian P., (1974), «Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover Among Psychiatric Technicians» *Journal of Applied Psychology*, vol. 59, p.603-609.
- Pouchelle, M. C. (2003). L'hôpital corps et âmes. *Paris, Seli Arslan*.
- Powell, MJ, Brock, DM, Hinings CR (1999), "The changing professional organization", in Brock
- Prat dit Hauret C., (2006), « L'implication organisationnelle et la satisfaction au travail sont-ils des concepts pertinents pour les experts-comptables stagiaires ? », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 12, p.125-146.
- Ragin, C. C., & Becker, H. S. (1992). *What is a case? exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge university press.
- Rapiau M.T., Riondet J., (2009), *Le recrutement des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé*, l'Harmattan, Logiques sociales, 290 p.
- Raveyre, M., Ughetto, P., (2003), « Le travail, la part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, pp 95-119.

- Rispal, M. H. (2002). *La méthode des cas: application à la recherche en gestion*. De Boeck Supérieur.
- Riveline, C., « De Maurice Allais à Emile Durkheim. Itinéraire d'un chercheur en gestion » ; Les Annales de l'École de Paris, Volume 1, 1995, p. 367-378, p369.
- Robertson, DB, (1991), « political conflict and lesson drawing », *Journal of Public Policy*, 11(1), 1991.
- Robillard, D., « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », rapport d'information N° 1662 rédigé par la commission des affaires sociales.
- Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Méthodes & Recherches*, 101-137.
- Roth, X. (2009). De la renormalisation. *Ergologia*, (1), pp-123.
- Rothwell, W.J., Sullivan, R.L., (2005), «Introduction», in *Practicing Organization Development: A Guide for Consultants*, Pfeiffer
- Rouban, L., (1989), « La fin du Welfare State aux Etats-Unis : le reaganisme et l'appareil de l'Etat ». *RFSP*, Vol 39, N°4, p.495
- Rouleau, L. (1999). Le <> du management intermédiaire en contexte de réorganisation: éclatement et renouvellement identitaires. *GESTION-MONTREAL-*, 24, 96-101.
- Roussel, Patrice et al. (2009), « Théorie de la motivation au travail et management », *comportement organisationnel*, De Boeck, 2009, Vol 3,5, pp 215-234.
- Routelous, C. (2014). L'hôpital à l'épreuve de la performance économique: doctrines, instruments et hybridations des valeurs. *Quaderni*, (3), 5-16.
- Royer I, Zarlowski P., (1999), « Le design de la recherche » p.139-168, in Thièrtart, Raymond-Alain (sous la direction de) , *Méthodes de recherche en management*, Dunod.
- Sainsaulieu, I., (2007), *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*, Belin
- Sainsaulieu, I, (2012), *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle*, *Revue française de sociologie*, vol 53, p.461-492.
- Saint-Martin, D, (1998), « The new managerialism and the policy influence of consultants in government », *Gouvernance* 3, 319-356.
- Schweyer, F. X. (2006). L'hôpital, une transformation sous contrainte. *Revue française des affaires sociales*, (4), 203-223.
- Sibé, M. (2014). *L'hôpital magnétique: définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail* (Doctoral dissertation, Rennes 1).
- Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A. P. (1999). *La performance organisationnelle des organismes publics de santé*. *Ruptures*, 6(1), 34.
- Soparnot, R. (2010). *Stratégie des organisations*. Hachette supérieur.
- Tett R.P, Meyer J.P., (1993), « Job satisfaction, organisational commitment, turnover intention, and turnover : path analyses based on meta-analytic findings », *Personnel Psychology*. Volume 46, Issue 2, pages 259–293, June.
- Thévenot, L. (1986). Les investissements de forme. *Conventions économiques*, 29, 21-71

- Thuderoz, C. (1997) « l'usine et le petit pot, pour une sociologie de l'innovation industrielle », *Sociologie du travail*, n°3, p.347-369.
- Trinkoff, AM, Storr CL, Lipscomb, JA (2001), physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses, *Journal of occupational and environmental medicine/ american college of occupational and environmental medicine*, 43 (4), 355-363.
- Trosa, S, (2007), *Vers un management post bureaucratique, La réforme de l'Etat, la réforme de la société*. Etude (broché). L'Harmattan.
- Upnieks, V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Upnieks, V., & Abelew, S. (2006). The Magnet designation process: a qualitative approach using Donabedian's conceptual framework. *Health Care Manager*, 25(3), 243-253.
- Upnieks, V., & Sitterding, M. (2008). Achieving Magnet redesignation: a framework for cultural change. *Journal of Nursing Administration*, 38(10), 419-428.
- Vallerand, R.J. et Thill, E.E. (1993), « Introduction au concept de motivation », in Vallerand, J. et Thill, E.E. (Eds), *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval (Québec), Editions études vivantes - Vigot, p.3-39.
- Valléry, G., & Leduc, S. (2014). *Les risques psychosociaux: «Que sais-je?» n° 3958*. Presses universitaires de France, p.11.
- Van Haeperen, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus?. Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 51(2), 83-99.
- Vas, A, (2005), « les processus de changement organisationnel à l'épreuve des faits : une approche multi paradigmatique » *Management International*, vol 9, n°2, 21-36 ; (2002) « la propagation des changements majeurs au sein des grandes organisations : une approche diachronique », thèse de doctorat non publiée, université Paris XII, val de Marne, 2002.
- Vas, A., Jaspard, F., (2010), « Quels modèles d'analyse pour appréhender le processus de changement organisationnel ? », in *Le management du changement*, Soparnot, R., Vuibert, p.73-95.
- Vernazobres, P. (2009). La mise en place d'un design de la recherche basé sur une approche ethnographique pour investiguer les pratiques confidentielles du coaching. *Revue de gestion des ressources humaines*, (4), 42-62.
- Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Economica.
- Walsh, I., & Renaud, A. (2011). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information. *Management & Avenir*, (9), 283-302.
- Weber, RP, (1990), *Basic Content Analysis*, Newbury, Sage Publications.
- Weick, K. E. (1979). Cognitive processes in organizations. *Research in organizational behavior*, 1(1), 41-74.
- Weick, K. E., (2001), *Making sense of the organization*, Oxford, Blackwell Publishers, xii-483 p.

Weir R et al, (1997) The efficacy and effectiveness of process consultation in improving staff morale and absenteeism. *Medical care*, 35(4) : 334-353.

Westhley FR, (1990), « Middle managers and strategy: micro dynamics of inclusion », *Strategic Management, Journal*, vol 11, n°5, 337-351.

Wilkin L., Bernard B, « Introduction. Les réformes de l'administration vues d'en bas-volume III », *Pyramides* N° 19, 2010, 9-14. p.9.

Worms, J. P. (2006). Le management sauvera-t-il le service public?. *Empan*, (1), 12-19.

Xerri, J. G. (2011). *Le soin dans tous ses états*. Desclée de Brouwer.

Yin (1984/1991), *Case Study Research. Designs and Methods*, Newberry Park, Sage.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien d'identification de la cartographie des pratiques managériales utilisé en décembre 2014 dans l'unité 1 (site pilote de l'hôpital 2).

Unité 1.

Cartographie des moyens existants dans l'unité pour promouvoir le bien-être au travail dans les situations à risque identifiées par la littérature académique.

FACTEURS DE RISQUE	PRATIQUES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EXISTANTES (A MAISON BLANCHE ET DANS L'UNITE EN PARTICULIER).
Reconnaissance de mon travail. (qualité et quantité) Prise en compte de mon projet professionnel	
Changement. Je suis consulté en cas de changement au travail, je suis informé des modalités de changement.	
Reconnaissance. Soutien Estime de l'entourage. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues. Je me sens soutenu dans les situations difficiles. Mes collègues me viennent en aide.	
Soutien de l'encadrement. Je reçois des commentaires positifs sur mon travail, on m'encourage. L'encadrement me vient en aide en cas de besoin y compris au plan émotionnel.	

<p>Charge de travail.</p> <p>Je dois négliger certaines tâches parce qu'on me demande trop de travail à faire.</p> <p>On me fait pression pour que je travaille vite.</p>	
<p>Contrôle et autonomie.</p> <p>Je peux décider quand prendre une pause.</p> <p>Je peux choisir comment faire mon travail.</p>	
<p>Autres problèmes</p>	

Recueil de données unité 1.

Cartographie des moyens existants dans l'unité pour promouvoir le bien-être au travail dans les situations à risque identifiées par la littérature académique.

FACTEURS DE RISQUE	PRATIQUES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EXISTANTES (A MAISON BLANCHE ET DANS L'UNITE EN PARTICULIER).
<p>Reconnaissance de mon travail. (qualité et quantité)</p> <p>Prise en compte de mon projet professionnel</p>	<p>Remerciement de la part de l'encadrement de proximité en cas de bonne gestion d'une situation d'urgence.</p> <p>L'encadrement direct et supérieur « le dit » sur le vif. C'est respectueux.</p> <p>Pas de reproche pour rien.</p> <p>Quand y a eu un problème on nous dit rien.</p> <p>Les médecins nous disent quand on a bien réagi. C'est rare mais c'est bien agréable. Ça se fait en aparté</p> <p>Le projet professionnel</p> <p>Il est pris en compte pendant l'entretien annuel à travers les propositions de formation.</p> <p>Beaucoup de formations mais pas d'évolution de carrière.</p>
<p>Changement.</p>	<p>Nous sommes consultés mais pas si une décision rapide doit être prise.</p>

<p>Je suis consulté en cas de changement au travail, je suis informé des modalités de changement.</p>	<p>Notre cadre nous en parle, elle nous demande notre avis.</p> <p>Ex : groupe sur la clé des stup ou les horaires des portes du service, les horaires en 8 ou 12H. On a été consulté pour la gestion des médicaments et les bilans sanguins.</p>
<p>Reconnaissance. Soutien</p> <p>Estime de l'entourage.</p> <p>Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.</p> <p>Je me sens soutenu dans les situations difficiles. Mes collègues me viennent en aide.</p>	<p>Bonne qualité de communication dans l'équipe.</p> <p>On travaille bien en binôme dans mon équipe : c'est un grand soutien physique et moral. Les collègues répondent à mes appels.</p> <p>Les collègues acceptent facilement de faire des heures sup en cas de problème de planning.</p> <p>Je me sens soutenu par mes collègues.</p> <p>Si un patient est agité on y va à plusieurs. On peut en parler avec le médecin.</p> <p>Si un collègue a mal au dos je l'aide. je respecte sa santé : on peut dire stop je passe la main.</p> <p>Quand on travaille depuis longtemps avec la même personne, on se complète bien. On se parle plusieurs fois dans la journée pour se réorganiser : c'est plus simple.</p> <p>Le soutien est moral et physique. Les binômes AS/IDE fonctionnent bien.</p> <p>On se dit bonjour, on se fait la bise. On peut discuter</p> <p>L'équipe sait se réorganiser si besoin ça fonctionne bien.</p> <p>Il y a le soutien de tous. Si besoin la psychologue vient tous les mois pendant 2H</p>
<p>Soutien de l'encadrement.</p> <p>Je reçois des commentaires positifs sur mon travail, on m'encourage.</p> <p>L'encadrement me vient en aide en cas de besoin y compris au plan émotionnel.</p>	<p>Proposition d'un temps de débriefing après une situation de travail difficile (violence) mais finalement il n'a jamais eu lieu.</p> <p>L'encadrement a le sourire. Ici on ne se sent pas un numéro. C'est assez petit comme unité : on peut parler de nos souffrances.</p> <p>Un médecin est revenu discuter sur un évènement désagréable (gifle donnée par un patient)</p> <p>Parfois y a des réunions d'équipe avec un psychologue. J'aime bien ces réunions une fois par mois.</p>
<p>Charge de travail.</p>	<p>Actuellement les traitements sont bien gérés et les patients sont donc plus faciles à prendre en charge. La présence de la diététicienne est un plus.</p>

<p>Je dois négliger certaines tâches parce qu'on me demande trop de travail à faire.</p> <p>On me fait pression pour que je travaille vite.</p>	
<p>Contrôle et autonomie.</p> <p>Je peux décider quand prendre une pause.</p> <p>Je peux choisir comment faire mon travail.</p>	<p>C'est une autonomie d'équipe. Je ne peux pas faire ce que je veux. On dépend des autres et des patients mais on arrive à prendre des pauses partagées dans une bonne ambiance. On fait une vraie coupure. On se ressource ensemble.</p> <p>On sait à quelle heure on doit prendre la pause avec nos collègues. On a le temps de prendre notre pause.</p> <p>Je me sens autonome dans mon organisation</p> <p>On a le temps de manger</p> <p>Les pauses et la liberté : c'est ok ici.</p>
<p>Autres problèmes</p>	<p>Le WE on a un peu plus de temps avec le patient. C'est une autre atmosphère, c'est agréable. J'avance au maximum le travail le samedi (TA- draps) et j'ai du temps pour le relationnel le dimanche.</p>

Recueil de données unités 2

Les points à améliorer.

Cartographie des points à améliorer dans l'unité pour promouvoir le bien être au travail dans les situations à risque identifiées par la littérature académique.

FACTEURS DE RISQUE	POINTS A AMELIORER DANS L'UNITE EN PARTICULIER).
<p>Reconnaissance de mon travail. (qualité et quantité)</p> <p>Prise en compte de mon projet professionnel</p>	<p>Les signes de reconnaissance sont trop tardifs.</p> <p>Il n'y a pas de reconnaissance du travail bien fait car il n'y a pas de surveillance du travail mal fait. Il faut qu'un collègue se plaigne ce qui fait qu'il n'y a pas de confiance entre collègues.</p> <p>Parfois on a l'impression que nos efforts vont de soi. Il n'y a pas assez de reconnaissance de la difficulté de notre travail.</p>

	<p>Ça pourrait passer par le fait de nous donner les moyens de bien faire notre travail. Par exemple ça fait 2 semaines qu'on a pas de tensiomètre, même si les cadres font des fiches...ça a un gros impact sur le travail.</p> <p>Il faudrait que cette reconnaissance soit plus fréquente, lors des entretiens avec la cadre. Souligner les améliorations en particulier les initiatives serait un plus. C'est peut-être dû à des différences de perception de la charge de travail entre l'encadrement et l'équipe : il y a beaucoup de tâches : VAD, papiers, la famille...les taches sociales et administratives.</p> <p>Il n'y a pas de reconnaissance émotionnelle des évènements mais aussi des services somatiques des autres structures. On est pas crédible : c'est un problème (situation d'occlusion intestinale d'un patient)</p> <p>On nous dit jamais que c'est bien.</p>
<p>Changement.</p> <p>Je suis consulté en cas de changement au travail, je suis informé des modalités de changement.</p>	<p>Il est très mal vécu dans le service : certains veulent continuer de travailler comme à Neuilly ; il n'y a pas de volonté d'évolution. On ne peut donc pas améliorer les choses.</p> <p>Il y a beaucoup de réticences, de craintes au changement.</p> <p>Les changements de planning de dernière minute c'est dur : il faudrait revoir comment l'annoncer, prévenir. Il faudrait nous prévenir à l'oral quand il y a un changement de planning, le dire au moment de la prise de poste.</p> <p>On est seulement prévenu des changements dans certains cas : c'est pas systématique.</p> <p>Je ne trouve pas que je suis consulté.</p> <p>C'est imposé mais on est quand même tenu au courant. Les décisions sont prises plus haut.</p>
<p>Reconnaissance. Soutien</p> <p>Estime de l'entourage.</p> <p>Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.</p> <p>Je me sens soutenu dans les situations difficiles. Mes collègues me viennent en aide.</p>	<p>Le respect c'est quand on écoute et c'est à améliorer. On fonctionne par affinité, il y a un impact de notre communauté d'origine c'est dommage. Il y a un problème de circulation de l'information dans le service.</p> <p>Parfois l'équipe est un peu dispatchée.</p> <p>Certains s'isolent sur leur portable : ça ne permet pas d'échanger, de parler d'autre chose que du boulot et de rire ensemble...c'est tellement important quand les journées sont difficiles.</p>

<p>Soutien de l'encadrement.</p> <p>Je reçois des commentaires positifs sur mon travail, on m'encourage.</p> <p>L'encadrement me vient en aide en cas de besoin y compris au plan émotionnel.</p>	<p>Il y a une mauvaise gestion des malentendus dans l'équipe. Ex : il faut serrer la main de tout le monde ou de personne.</p> <p>J'ai vécu une situation de violence dans le service, un incident. Les collègues m'ont appelé mais j'aurais aimé qu'on m'adresse un mot de soutien pendant mon arrêt. Et puis je regrette d'avoir continué ma journée de travail après.</p> <p>Il n'y a pas eu de discussion commune d'équipe.</p> <p>Le soutien de l'encadrement est à améliorer. Ça serait bien de reparler des événements compliqués de temps en temps pour évacuer.</p>
<p>Charge de travail.</p> <p>Je dois négliger certaines tâches parce qu'on me demande trop de travail à faire.</p> <p>On me fait pression pour que je travaille vite.</p>	<p>Il nous faudrait des effectifs supplémentaires.</p> <p>C'est un service d'entrants : on a trop d'entrées.</p> <p>Charge de travail inégale et imprévisible.</p> <p>Oui je néglige le relationnel : je ne peux pas repasser dans les chambres pour discuter avec le patient, lui faire les ongles...</p> <p>ça arrive quelque fois...</p> <p>C'est un peu le bazar. On nage. On n'a pas l'habitude de refaire un point dans la journée pour se réorganiser.</p> <p>Dans les situations d'urgence c'est pas toujours évident de gérer les priorités. Les lundis et vendredis c'est souvent plus chargé (entrées/sorties/changements de chambre) donc on est moins disponible. Il faudrait éviter les VAD.</p> <p>Ca dépend des jours. Ce qui serait bien c'est de limiter les interruptions dans le travail avec une planification des soins plutôt que de travailler « comme ça vient ». Par exemple on pourrait avoir un moment dédié à la distribution des cigarettes pour limiter les demandes incessantes et les allers-retours qui font perdre du temps.</p>
<p>Contrôle et autonomie.</p> <p>Je peux décider quand prendre une pause.</p> <p>Je peux choisir comment faire mon travail.</p>	<p>L'organisation du travail nous est imposée.</p> <p>J'ai l'impression de ne pas avoir le choix pour prendre ma pause : ce n'est jamais le bon moment. Du coup on prend notre pause quand on en peut plus.</p> <p>Pas le temps de faire une pause sauf le dimanche</p> <p>Il y a trop d'interruption dans notre travail.</p>

	<p>C'est l'encadrement qui se réunit avec l'équipe médicale pour prendre des décisions sur l'organisation du travail infirmier. J'ai pas envie d'une trame trop précise.</p> <p>L'autonomie et les pauses...ça dépend des collègues, ils n'ont pas tous la même organisation...parfois il y a beaucoup de nursing.</p>
<p>Autres problèmes</p>	<p>Les gens ne veulent pas changer alors que le monde change.</p> <p>Il faut faire les IMC en systématique</p> <p>Il y a besoin de changement : ça fait pas hôpital ici...tout le monde circule. Ce n'est pas assez stricte, il n'y a pas assez de réglementation. C'est pas sécurisant : par exemple les patients fument dans leur chambre.</p> <p>Nous n'avons plus de temps pour les activités thérapeutiques, pour être aussi avec les patients à l'extérieur car il y a trop d'arrêts (absence, congés maladie, le recours aux intérimaires).</p>

Annexe 2 : les chartes de bon fonctionnement du projet de promotion du bien-être au travail des unités 1&2.

Unité 1

- Madame Boiteau s'engage à utiliser le vouvoiement pour échanger avec les équipes en utilisant. Ceux qui se tutoient dans l'équipe continueront à se tutoyer bien sûr.
- Valoriser la liberté de parole : permettre le respect de l'expression des idées de chacun même si on ne les partage pas. Mettre en débat les idées mais ne pas fermer les discussions.
- Ne pas mettre la pression sur les autres en cas d'idées différentes pour respecter le bien-être de tous
- Absence de lien hiérarchique pendant la réunion : les idées et les propositions de tous sont les bienvenus ! la participation des ASH serait un plus.
- Se rappeler que ce n'est pas le lieu des règlements de compte mais de la recherche de solution.

Unité 2

- Madame Boiteau s'engage à utiliser le vouvoiement pour échanger avec les équipes en utilisant. Ceux qui se tutoient dans l'équipe continueront à se tutoyer bien sûr.
- Valoriser la liberté de parole : permettre le respect de l'expression des idées de chacun même si on ne les partage pas. Mettre en débat les idées mais ne pas fermer les discussions. Sinon nous ne pourrions pas trouver de solutions qui font consensus. Nous serons donc probablement tous amenés à renoncer à une partie de nos attentes...
- Absence de lien hiérarchique pendant la réunion : les idées et les propositions de tous sont les bienvenus !
- Faire preuve d'écoute
- S'attacher à ne pas interrompre la parole de l'autre
- Partager son point de vue, exprimer son opinion. Inscrive par écrit ce que l'on ne peut pas dire parce que l'on est trop timide ou parce que l'on pense que le sujet est trop mal perçu.
- Se rappeler que ce n'est pas le lieu des règlements de compte mais de la recherche de solution.
- Pour faire preuve de respect : essayer de comprendre le sens du propos de l'autre en posant des questions, en reformulant, en demandant ou en donnant des exemples, ne pas souffler ni gesticuler ou lever les yeux au ciel.

Annexe 3 : Le livret du parcours d'intégration dans l'hôpital 1.

Livret de parcours d'intégration des infirmiers en psychiatrie.

Voici votre livret de parcours d'intégration en psychiatrie dans les hôpitaux de Saint-Maurice. A travers cet outil vous trouverez les différentes étapes de cette période d'accueil et d'accompagnement du professionnel. Elle doit vous permettre la montée en compétences par rapport à la fiche de poste ainsi qu'une autonomie progressivement acquise.

Table des matières

<u>1-Les principes généraux du tutorat</u>	451
<u>2-Modalité de construction du parcours d'intégration : des modules de formation « à la carte » pour notre établissement.</u>	452
<u>3- Présentation du circuit du parcours d'intégration.</u>	452
<u>4-Déroulement et contenu des modules de formation</u>	Erreur ! Signet non défini.
<u>4-Le tutorat.</u>	458
<u>Documents annexes (si besoin).</u>	Erreur ! Signet non défini.

1-Les principes généraux du tutorat

La mise en place d'un parcours d'intégration des infirmiers débutant leur activité en psychiatrie répond aux attentes de la circulaire du 16 janvier 2006³³⁵ qui précise les modalités souhaitables pour ce type d'accompagnement dans cette spécialité médicale. Dans notre établissement ce parcours comporte des **apports théoriques** organisés sous forme de 7 modules complétés par l'accompagnement d'un pair expérimenté en psychiatrie, **le tuteur**. Il s'adresse à tout infirmier débutant une activité en psychiatrie, jeune diplômé ou expérimenté dans d'autres spécialités médicales.

Les avantages de la mise en place d'un parcours d'intégration dans l'établissement sont multiples :

- Favoriser le **bien-être** au travail des professionnels débutants en psychiatrie.
- Améliorer la **qualité des soins** par un accompagnement suivi de la montée en compétences des soignants.
- Permettre aux professionnels débutant leur carrière en psychiatrie d'avoir confiance en leur capacité à savoir faire face aux situations de travail.
- Permettre la constitution de « réseaux professionnels » élargis par la connaissance d'un groupe de pairs en complément des professionnels de l'unité.
- Penser la transmission de savoirs pratiques élaborés en situation de travail afin de construire des compétences qui relèvent d'une confrontation à une réalité professionnelle souvent peu transposable au plan pédagogique³³⁶. La partie tutorat permet dans une logique de management intergénérationnel de valoriser les compétences des infirmiers seniors en particulier ceux formés avant 1992.

³³⁵ **Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.** Bien conscient de ces enjeux, l'établissement avait su se mobiliser et mettre en place tout un « protocole tutorat » soutenu financièrement par les ARH dès janvier 2009.

³³⁶ Jacky Sauzeau. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008, p.6.

2-Modalité de construction du parcours d'intégration : des modules de formation « à la carte » pour notre établissement.

La construction du référentiel des modules s'est réalisée à partir des données de l'enquête menée en 2013 avec la collaboration des services des soins et des ressources humaines. Elle a permis de croiser les regards et les attentes des différents publics concernés directement et indirectement par le tutorat pour affiner l'identification des besoins spécifiques : infirmiers débutants en psychiatrie, cadres formateurs de l'IFSI, les cadres des unités et leurs équipes et les bilans de formation recueillis par le service de formation continue. La nécessité d'aborder des connaissances utilisables directement sur le terrain s'est fait sentir.

Ces éléments recueillis ont permis la construction d'un nouveau **référentiel modulaire** comprenant trois phases : **l'intégration, l'acquisition d'outil puis l'analyse de pratique**. L'animation de ces modules mobilise en partie les compétences internes de l'établissement (modules 1, 2, 3 et 4). D'autres modules sont assurés par des organismes de formation extérieurs.

3- Présentation du circuit du parcours d'intégration.

Les modules sont regroupés en 3 périodes pour permettre l'intégration dans l'établissement, l'acquisition d'outils professionnels puis une sensibilisation à la démarche d'analyse de pratique.³³⁷

Contenu des modules du parcours d'intégration « infirmier(e) en psychiatrie. »

	Module	Intitulé de formation	durée	formateurs	Contenus/remarques
<u>Phase 1 :</u> <u>intégration :</u> Les 6 premiers mois	Module 1	Accueil des nouveaux arrivants	1 jour	Formateurs internes.	Ce temps d'accueil s'adresse à tous les professionnels venant d'arriver dans l'établissement : présentation de la structure et des interlocuteurs privilégiés. Coordination assurée par le service de la formation continue.
	Module 2	Rappel de la législation. Présentation des documents et procédures internes	½ journée	Formateur interne du service qualité	Rappel des différents modes d'hospitalisation (présentation des documents utilisés en interne) Droit des malades Impact sur les libertés individuelles de l'utilisation de la chambre de soins intensif en psychiatrie. (Amorce de questions éthiques) Mise en jeu des responsabilités. Illustrations par cas concret.
	Module 3	Représentations de la psychiatrie	½ journée	Présidente du collège des psychologues. Psychologue clinicienne Pôle Paris 11	L'objectif est la confrontation des représentations et éventuellement des expériences de situations vécues comme inquiétantes. L'accompagnement permet de verbaliser les craintes et les représentations des spécificités du travail en psychiatrie : la folie, la violence physique et verbale pour les soignants et les soignés, la chambre de soins intensifs ou chambre d'isolement.
	Module 4	Mobilisation du vocabulaire	1 jour	Formateurs de l'IFSI et	Module co-construit en partenariat avec l'IFSI.

³³⁷Personne contact : Alice, responsable formation, direction des ressources humaines, poste 6515 .

		<p>professionnel dans la cadre de la Qualité des écrits et des transmissions.</p>		<p>Professionnels de terrain (infirmiers)</p> <p>Cette journée à pour but de donner les outils afin que les infirmiers se sentent plus à l'aise pour transmettre à l'oral mais aussi à l'écrit en fonction de leur lieu d'exercice (intra/extra) et des supports présents dans leur unité.</p> <p>A la fin de cette journée, les infirmiers seront capables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ D'analyser leur pratique professionnelle autour des transmissions écrites et orales ➤ D'identifier leurs difficultés et proposer des axes d'amélioration ➤ De nommer les critères de qualité des transmissions ➤ De transmettre efficacement en mobilisant le vocabulaire professionnel spécifique à l'exercice en psychiatrie
--	--	--	--	---

<p><u>Phase 2 :</u> <u>acquisition</u> <u>d'outils de</u> <u>soins</u></p> <p>(6-12 mois)</p>	Module 5	Gestion des situations d'urgence ou difficiles.	4 jours	IRAP santé : programme OMEGA	<p>■ La formation s'appuie sur quatre valeurs :</p> <p>La sécurité Le respect Le professionnalisme La responsabilisation</p> <p>■ Et s'organise autour des principes suivants :</p> <p>-Se protéger et identifier les éléments à risque, présents dans le contexte de travail</p> <p>-Évaluer la situation</p> <p>-Choisir et prendre les dispositions nécessaires pour une protection appropriée</p> <p>-Prévoir l'aide nécessaire à la résolution de l'intervention - Communiquer efficacement avec ses collègues pour la résolution de la crise</p> <p>-Se centrer sur la personne avec empathie et respect</p> <p>-Sélectionner le mode d'intervention verbale le plus approprié à l'agressivité exprimée</p> <p>-Prendre le temps nécessaire</p>
	Module 6	Entretien infirmier en psychiatrie, relation au patient.	3 jours	Concept Formation	<p>Ce module vous permet :</p> <p>-Identifier les principaux types d'entretien</p> <p>-Situer l'entretien dans le cadre de la relation d'aide.</p> <p>-Identifier les différentes attitudes psychologiques mobilisées dans la relation en situation d'entretien</p> <p>-Analyser les différentes composantes de l'écoute</p>

					<p>-vous appropriier les différentes techniques d'entretien</p> <p>-Situer l'entretien dans le cadre général de la relation thérapeutique. La relation et les différents modes d'interaction avec l'utilisateur.</p> <p>- Tenir compte du concept d'équipe : en psychiatrie chaque personne travaille dans un collectif.</p>
	<u>Module 3 bis (suite)</u>	Représentations de la psychiatrie (suite et évolution)	½ journée.	Présidente du collège des psychologues. Psychologue	<p>Au sortir des 3 années d'études et de stages de mise en situation, l'étudiant(e) se retrouve I.D.E. et immergé(e) dans une unité d'un pôle de psychiatrie générale. Cela ne va pas de soi, loin s'en faut !</p> <p>La seconde demi-journée va permettre de poursuivre la réflexion engagée lors de notre première rencontre au cours de laquelle nous avons pu constater combien le vécu de chacun n'est pas isolé. Pouvoir se soutenir de l'expérience des autres participants peut aider à améliorer le quotidien de chacun.</p> <p>XXX.</p>

<u>Phase 3 : Analyse de pratique</u> (12-18 mois)	Module 7	Analyse des pratiques professionnelles	6 jours	M PXXX. Professeur Sciences de l'éducation, Paris Descartes Psychologue, psychanalyste	Cette période consacre 5 journées à l'analyse de pratique relatant des expériences de soins vécues par les participants. L'objectif est de questionner la bonne distance relationnelle, la gestion des situations de violence ou toute autre situation jugée par les participants comme devant être discutées entre pairs.
---	----------	--	---------	--	--

				Supervision des pratiques professionnelles.	<p>Le principe est d'adopter une posture réflexive sur sa pratique</p> <p>Le groupe d'analyse sera animé par M. XXX</p> <p>psychologue et psychanalyste, professeur en sciences de l'éducation spécialisé en supervision des pratiques professionnelles.</p>
--	--	--	--	---	--

4-Le tutorat.

En parallèle de l'accompagnement par des contenus théoriques, la période d'intégration contient aussi un tutorat « institutionnel ». Ce tutorat complète l'attention portée par le cadre et son équipe à l'intégration d'un infirmier dans une unité. Il est assuré par des infirmiers exerçant en psychiatrie et ayant suivi une formation aux missions spécifiques de **tuteurs** et en particulier à la posture pédagogique. Leurs missions sont coordonnées par le référent des tuteurs, Mme XX

Présentation de la charte du tutorat infirmier en psychiatrie.

Le collectif des tuteurs a mis au point une « charte du tutorat infirmier en psychiatrie » qui définit le tutorat, la fonction de tuteur mais aussi les principes d'engagement : il s'agit d'une démarche d'accompagnement à l'acquisition de compétences attendues en psychiatrie qui mobilise les principes de partages de bonnes pratiques dans le cadre d'une pédagogie adulte.

Inclure la charte du tutorat validée : document qui sera remis par Mme XX.

Principe de la relation contractuelle tuteur/tutoré/cadre de proximité

Le tutorat lie le tuteur, le tutoré et son cadre de proximité par une relation contractuelle qui doit permettre au préalable de définir les attentes de chacun à l'occasion de cet accompagnement en complément des principes d'engagement définis par la charte du tutorat.

Aussi à l'occasion d'un premier rendez-vous permettant la rencontre des trois parties, le tuteur, le tutoré et son cadre de proximité, le contrat ci-dessous devra être complété et signé par les trois parties.

CONTRAT DE TUTORAT
DES INFIRMIERS DE PSYCHIATRIE
DANS LES HOPITAUX XXX.

ENTRE

Nom et prénom :

Le tuteur occupant les fonctions d'**infirmier** dans l'unité du pôle.....des Hôpitaux XXX.

ET

Nom et prénom :

Occupant les fonctions **de tuteur**, tels que l'entend la charte du tutorat dans l'établissement, Infirmier expérimenté dans l'unité du pôle..... des Hôpitaux XXX

ET

Nom et prénom :

Occupant les fonctions **de cadre de proximité** de l'unité dans laquelle exerce le tuteur dans les hôpitaux de XXX.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Rappel : Le tutorat répond aux attentes de la Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Article 1 : Durée.

L'accompagnement du tuteur par le tuteur est prévu pour une durée de un an à partir de la date de la première rencontre avec les 3 parties.

Date de la première rencontre :

Article 2 : Modalités de rencontre.

Les parties s'engagent à dégager le temps nécessaire au tutorat à savoir 4 rendez-vous d'une demi-journée sur 12 mois, dans un lieu neutre sur les sites des Hôpitaux de Saint Maurice convenu au moment de la prise de rendez-vous.

Articles 3 : Définition des objectifs et des attentes des 3 parties pour la période du tutorat.

Chaque partie est invitée à préciser ci-dessous ses attentes concernant le tutorat afin de rendre l'accompagnement le plus ciblé possible. Les objectifs pourront être affinés à l'occasion des échanges réalisés lors de ce rendez-vous préalable réunissant le tuteur, le tutoré et la cadre de proximité.

Ces objectifs serviront par ailleurs au bilan de fin de tutorat.

OBJECTIFS ET ATTENTES DU TUTEUR

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

OBJECTIS ET ATTENTES DU CADRES DE PROXIMITE

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

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

OBJECTIFS ET ATTENTES DU TUTEUR

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

Les parties s'engagent à mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs et des attentes de chacun.

Un exemplaire de ce contrat sera remis à chacune des trois parties.

Fait à :

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Fait à :

Nom du **tuteur**:

Nom du **tutoré** :

Nom du **cadre** :

.....

.....

.....

Signature :

Signature :

Signature :