

**MOTS CLÉS**

Bien-être  
 Démarche participative  
 RH  
 Lest  
 Maison-Blanche



# dossier

**MANAGEMENT**

## Une démarche participative de conduite du changement Promouvoir le bien-être au travail

Les établissements de santé de la fonction publique sont soumis à de nombreux défis afin de répondre aux attentes d'une modernisation de la fonction RH. C'est dans cette perspective et pour faire face à une pénurie d'infirmiers dans le secteur de la psychiatrie en Île-de-France que l'établissement public de santé Maison-Blanche s'est mobilisé autour d'un projet innovant de promotion du bien-être au travail.

**E**n 2012, l'établissement public de santé (EPS) Maison-Blanche, comme d'autres centres hospitaliers de la région Île-de-France, faisait face à une sévère pénurie d'infirmiers en psychiatrie. Afin d'engager la mise en œuvre de solutions pérennes pour une situation connue voire chronique pour ce type de personnel, l'intervention d'un chercheur du Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (Lest) – dans un premier temps relayé par un doctorant en contrat convention industrielle de formation pour la recherche (Cifre) – est apparue comme un vecteur favorable à une conduite du changement participative, reposant sur les interactions de l'équipe de recherche et les différents acteurs de terrain concernés par cette problématique.

Les déterminants de l'intention de départ des infirmiers ont été identifiés : 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 sur les infirmiers français, en particulier en psychiatrie – pourtant considérée comme un métier à risque sur le plan psychosocial.

Cette première période exploratoire a vu la mise en place d'un groupe de travail (GT) mixte (DRH et DS) et transdisciplinaire

qui a permis le lancement d'une phase de coconstruction d'un diagnostic affiné, propre à l'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 dominants :

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

Le groupe de travail a décidé d'affiner le recueil de données par une enquête quantitative menée grâce à un questionnaire de satisfaction au travail. Le questionnaire et les réunions du groupe de travail se sont révélés des outils pertinents pour déterminer des axes de travail et permettre de légitimer la démarche (à travers un plan de communication des résultats). Pourtant, à cette étape, nous avons dû relever un nouveau défi : si nous avons pu coconstruire un diagnostic précis et donc partagé, le véritable enjeu restait l'identification d'une méthode

**Karine BOITEAU**  
 Doctorante en sciences de gestion Lest-UMR 7317 AMU-CNRS  
 Chargée de mission RH  
 EPS Maison-Blanche

d'accompagnement du changement de politique de ressources humaines dans la fonction publique hospitalière afin de voir aboutir des modifications visibles et durables sur le terrain.

C'est ainsi que nous nous sommes engagés dans la deuxième étape du projet, reposant sur une compréhension fine des modalités du changement à l'hôpital, c'est-à-dire dans un système de bureaucratie professionnelle. Nous avons mobilisé la sociologie de la traduction (ST), qui permet d'intégrer les contraintes liées aux organisations pluralistes. La ST est compatible avec un management polyphonique propice aux changements lorsque des individus aux valeurs et aux intérêts divergents doivent coopérer autour d'une problématique commune.

C'est cette seconde partie du projet que nous présentons : il s'agit d'un projet de promotion du bien-être au travail sur un site pilote (deux unités de soins psychiatriques) découlant directement du groupe de travail attractivité et fidélisation des infirmiers de psychiatrie mené à un niveau institutionnel. Il répond aux attentes d'innovation de la direction des ressources humaines et de la directrice des soins, coordinatrice générale des soins, qui ont assuré le rôle de concepteur et de promoteur du projet. Il tient compte par ailleurs des évolutions de la démographie en Île-de-France : la situation de pénurie n'est certes plus d'actualité aujourd'hui mais la question de la fidélisation du personnel, de surcroît qualifié, reste une priorité pour l'EPS Maison-Blanche.

## Le changement à l'hôpital

Le changement à l'hôpital prend diverses formes. C'est un changement imposé par la succession des réformes, dans une perspective de modernisation d'un système bureaucratique vieillissant qui alourdit le processus décisionnel et constitue un véritable frein à l'adaptabilité des établissements de santé devenue nécessaire aujourd'hui. C'est aussi un changement recherché à l'occasion du projet de promotion du bien-être mobilisant la présence d'un chercheur-accompagnateur de la conduite du changement. L'idée du changement valorise la capacité d'adaptation d'un individu, d'une structure ou d'une organisation à son milieu. Mais le changement peut aussi être perçu comme une menace ou un projet chronophage : il apparaît dans ce cas comme source de stress et de surcharge de travail<sup>(1)</sup>. En lien avec notre projet, nous avons tenu compte de la mise en garde formulée par Minvielle et Contandriopoulos<sup>(2)</sup> : « *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 événements inattendus* ».

### Les défis de la conduite du changement

Au vu des multiples réformes qui frappent les organisations hospitalières, nous pourrions penser que l'hôpital est

une référence en termes de conduite du changement, mais il n'en est rien. Afin de contrôler le coût de la santé, les gouvernements successifs ont réalisé une « rafale de réformes enchevêtrées<sup>(3)</sup> » depuis les années 1970 afin de produire des changements nombreux, polymorphes<sup>(4)</sup>, simultanés<sup>(5)</sup>, mais aussi brutaux<sup>(6)</sup>.

De plus, l'hôpital public, du fait même de sa structure et de son organisation, rencontre des difficultés dans la conduite de stratégies du changement. Caractérisé selon les auteurs de « bureaucratie professionnelle<sup>(7)</sup> » ou d'« organisation pluraliste<sup>(8)</sup> », 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. Un changement stratégique qui « *implique une mobilisation importante de ressources et qui engage le devenir et l'organisation tout entière*<sup>(9)</sup> » est donc complexe à mener.

Il convient de trouver un modèle permettant de créer une vision partagée par tous, en clarifiant les objectifs du projet et en identifiant des critères de réussite du changement, aussi modestes soient-ils, afin de rompre avec une réputation d'immobilisme à l'hôpital.

Enfin, il est à noter que les innovations managériales – par nature transversales et non techniques – sont moins valorisées. Malgré tout, quelques écrits nous ont encouragés à poursuivre dans la voie de la construction de sens sur un projet, à travers la mise en lumière de « convergences cachées de préoccupations » qui donnent à voir aux acteurs des buts « supra-groupes » justifiant des processus de coopération<sup>(10)</sup>.

### NOTES

- (1) D. Autissier, F. Bensebaa, J.-M. Moutot, *Les Stratégies du changement*, Dunod, 2013.
- (2) É. Minvielle, A.-P. Contandriopoulos, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière? », *Revue française de gestion*, vol. 3, n° 150, 2004, pp. 29-53.
- (3) N. Krief, « L'impact de la tarification à l'activité sur le lien social à l'hôpital : étude du Plan Hôpital 2007 », 16<sup>e</sup> conférence de l'AGRH, Paris, 2005.
- (4) P. Mossé, C. Paradeise, « Restructurations de l'hôpital, recompositions des hôpitaux. Réflexions sur un programme », *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, n° 3, 2003, pp. 141-155.
- (5) S. Gagnon, « Gérer le changement au sein d'une main-d'œuvre professionnelle : le cas d'un centre hospitalier », *Gestion*, vol. 34, n° 1, 2009, pp. 20-26.
- (6) I. Franchistéguy, « Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur », thèse de doctorat en sciences de gestion, université Jean-Moulin, Lyon-III, 2001.
- (7) S. Glouberman, H. Mintzberg, « Managing the care of health and the cure of disease », in R.-A. Thietart et al., *Méthodes de recherche en management*, Dunod, 2001, pp. 13-33.
- (8) J.-L. Denis, A. Langley, L. Rouleau, « La formation des stratégies dans les organisations pluralistes : vers de nouvelles avenues théoriques? », 13<sup>e</sup> conférence de l'AIMS, Normandie, 2004.
- (9) Abé J. Antagana, « La légitimité et le changement stratégique », in T. Hafsi (dir.), *La Stratégie des organisations : une synthèse*, Éditions Transcontinental, 2000, pp. 641-648.
- (10) N. Krief, « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », 23<sup>e</sup> congrès de l'AGRH, Nancy, 2012.

## Les modèles mobilisés

En tenant compte des expériences antérieures et de la revue de littérature réalisée par le doctorant, nous avons donc cherché à mobiliser des modèles répondant au défi de la conduite de projet ressources humaines visant le changement à l'hôpital. Nous avons ainsi croisé deux modèles.

### Une démarche stratégique de prévention

Dans une logique très opérationnelle, nous avons monté le projet de promotion du bien-être au travail en nous inspirant du « Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail <sup>(11)</sup> » élaboré par des chercheurs québécois de l'université de Laval. Après une adaptation du vocabulaire par les membres du GT, ce guide nous a permis de lancer une démarche construite, d'annoncer les différentes étapes du projet, de penser sa communication au sein du GT, en instance puis sur le site pilote. Il a pu inspirer la création d'outils qui se sont révélés nécessaires à notre démarche comme une grille de recueil des signes de mal-être au travail individuel ou collectif, mais aussi un guide d'analyse pour identifier la cartographie des pratiques managériales favorables au bien-être au travail. Ce guide a retenu notre attention car il ne propose pas de solutions toutes faites à reproduire dans tous les établissements. Au contraire, il amène les participants du projet à se poser certaines questions sur le bien-être au travail. Enfin, nous avons retenu le principe d'identification de solutions réalisables dans l'établissement afin de voir aboutir des changements certes modestes mais qui évitaient de grandes déceptions. Pour cela, nous avons porté une attention constante à l'identification et à la valorisation des bonnes pratiques préexistantes, et à l'amélioration des autres pratiques.

### Le rôle clé du management polyphonique

La sociologie de la traduction (ST) consiste à faire travailler ensemble des mondes différents et à les réunir pour un temps autour d'un problème circonscrit. Il s'agit d'une sociologie mobilisable dans l'action comme outil d'aide à la prise de décision (logique normative). L'enjeu est de déterminer, au regard d'un projet identifié, les acteurs à solliciter en mobilisant des centres de traduction (espaces d'échanges) qui permettront l'expression de la controverse – c'est-à-dire d'avis contraires – pour permettre dans un deuxième temps l'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. C'est une sociologie qui s'intéresse aux innovations et qui réfute le principe de résistance au changement pour en expliquer les échecs. 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* <sup>(12)</sup> ».

Puisque les gestionnaires ont peu de prise sur les variables de contexte (évolution de l'offre de soin, de la démographie infirmière, évolution de la législation des modes d'hospitalisation en psychiatrie...), ils doivent se mobiliser sur les variables de pilotage, c'est-à-dire sur le style de management caractéristique de leurs actions : c'est la seule marge de manœuvre qui leur soit accessible. François Pichault oppose deux grands modes de management : le changement géré de manière panoptique <sup>(13)</sup> ; et le changement conduit de manière polyphonique <sup>(14)</sup>, qui repose sur neuf principes que nous avons utilisés <sup>(15)</sup> :

- » caractériser le système d'influence en vigueur ;
- » repérer les circuits de communication informels ;
- » identifier les principaux détenteurs d'influence ;
- » analyser les capacités de mobilisation internes et externes ;
- » anticiper les moyens d'action susceptibles d'être déployés ;
- » identifier un traducteur (ici le doctorant) ;
- » mobiliser et enrôler les porte-parole des différentes parties prenantes ;
- » dégager une formulation commune du problème à résoudre ;
- » 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,
  - évaluer le processus en continu pour réajuster,
  - communiquer en permanence sur le processus en cours,
  - socialiser les nouveaux entrants.

## Le déroulement du projet

### Méthodologie

Nous avons pris le parti de mettre en œuvre le projet de promotion du bien-être au travail localement dans deux unités considérées comme site pilote. Ces unités avaient été identifiées par le groupe de travail et le CHSCT comme des services en souffrance <sup>(16)</sup> nécessitant un mode d'accompagnement innovant permettant de travailler au niveau

#### NOTES

(11) Par J.-P. Brun, C. Biron et F. Saint-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.

(12) V. Boussard, S. Craipeau, E. Drais, O. Guillaume, J.-L. Metger, *Le socio-manager : sociologies pour une pratique managériale*, Dunod, 2004.

(13) Ce terme fait référence aux écrits de Foucault en lien avec les modes de surveillance et de punition.

(14) Ce terme a été utilisé pour décrire une organisation par Hazen afin de plaider une compréhension intersubjective dans la conduite du changement. La polyphonie devient synonyme de dialogue permanent, voire de confrontation d'idées.

(15) Nous reprenons ici les principes évoqués par François Pichault dans *Gestion du changement. Vers un management polyphonique*, chap. V, « Un processus à gérer » (Bruxelles, De Boeck, 2013).

(16) Le choix d'implanter le projet de bien-être au travail dans des services faisant face à des situations graves et violentes avec un impact sur la qualité des soins et sur la qualité de vie au travail a fait débat. Pourtant le développement de ce projet a permis le passage pour ces unités du statut d'« antimodèle » à celui de site « modèle » de la promotion du bien-être au travail.

de l'organisation du travail (un travail d'écoute réalisé par un psychologue du travail avait été conduit en amont). Le doctorant est intervenu pour des séances de travail d'une heure tous les quinze jours dans chaque unité réunissant les membres de l'équipe présents. Il est parfois resté plus longtemps pour débriefer avec les cadres de proximité et les sensibiliser aux principes du management polyphonique. Des retours réguliers trimestriels au cadre supérieur et aux membres du GT ont permis de réguler les axes de travail et les modalités de réalisation du projet en fonction des propos recueillis et des observations faites par le doctorant ; des réajustements majeurs ont parfois été nécessaires pour permettre une adhésion des soignants aux projets. En effet, dans un premier temps, ces derniers ont été un peu surpris par la thématique même du projet : habitués à se soucier du bien-être des patients, ils ont eu des difficultés à concevoir l'intérêt de leur bien-être au travail. Il était par ailleurs complexe d'envisager comment se matérialiserait ce projet dans leur travail quotidien. Afin de clarifier les objectifs, le doctorant a régulièrement présenté des synthèses des avancées du projet, des données collectées et des orientations choisies collectivement.

Ce projet s'est déroulé sur deux ans à partir de la conception et du choix du guide, puis du site pilote, jusqu'à la démarche de valorisation que nous réalisons actuellement. Cette longue période a permis de consolider la légitimité du doctorant comme accompagnateur neutre tenant compte des avis de toutes les parties prenantes.

### **L'implantation du projet : utilisation d'un guide**

Cette première période du projet était destinée à l'appropriation de la thématique du bien-être au travail, méconnue des soignants. Il s'agissait d'une phase diagnostique indispensable permettant à chacun d'exprimer ses attentes vis-à-vis de l'existence de ce projet, d'identifier collectivement des signes d'absence de bien-être au travail, à la fois individuels et collectifs, et enfin de constituer un cartographie des bonnes pratiques managériales pour le bien-être au travail – mais aussi de ce qui pourrait être amélioré. Il s'agissait de porter un regard critique et constructif sur les situations de travail, sans chercher à identifier les responsables. Le thème du bien-être devait s'apparenter à un sujet général « supragroupe ». La participation des soignants s'est faite en demi-teinte, les réunions ont commencé souvent en retard, les soignants indiquant qu'ils n'étaient pas au courant du projet ni des dates de réunion (malgré les communications faites par les cadres de proximité). Cette première partie a été l'occasion de repérer les détenteurs d'influence, les soignants qui boycottaient le projet, ceux qui n'osaient pas prendre la parole en groupe mais qui se révélaient pourtant prolixes en entretien privé, ceux qui sans s'en rendre compte étaient des défenseurs de l'innovation au quotidien et qui rendaient compte d'astuces de travail (révélant ainsi des capacités de mobilisation interne)... L'analyse de ce recueil de données a été présentée en janvier 2015 : les soignants ont réagi à la présentation des éléments du diagnostic. Ils étaient surpris de voir que les entretiens individuels complémentaires menés par le doctorant révélaient des

« Les soignants étaient surpris de voir que les entretiens individuels complémentaires menés par le doctorant révélaient des visions opposées voire contradictoires, un défaut d'organisation du travail et une absence de temps dédié au partage de bonnes pratiques ou d'astuces innovantes.

visions opposées voire contradictoires, un défaut d'organisation du travail et une absence de temps dédié au partage de bonnes pratiques ou d'astuces innovantes. Il en découlait un fort sentiment de manque de reconnaissance de la hiérarchie pour le travail bien fait. Lors de la présentation, le doctorant a insisté sur le fait que les moyens d'action susceptibles d'être déployés à l'occasion du projet devaient être réalistes : l'objectif était de travailler ensemble sur l'organisation du travail en prenant en compte le travail réel et non le travail prescrit.

Malgré l'intérêt porté par les équipes aux éléments révélés par le diagnostic, la phase suivante portant sur le choix des axes de travail a été un échec. De nouveau, les soignants ont évité les séances. En accord avec l'encadrement et les deux directions, nous avons estimé qu'un soutien institutionnel était nécessaire à la poursuite du projet : la DRH et le nouveau directeur des soins ont proposé de rencontrer l'encadrement sur le site pour envisager avec lui une évaluation du processus de traduction et donner ainsi un second souffle à ce projet.

### **La réorientation du projet : travail sur les transmissions**

C'est ainsi qu'en mai 2015, le doctorant a suggéré de travailler sur la valorisation des transmissions interéquipes comme point d'entrée à une réflexion partagée sur l'organisation du travail. C'est un

### **NOTES**

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

(18) Auparavant, les équipes étaient composées de soignants travaillant en 8 et en 12 heures. Depuis juin, les plannings ne présentent plus que des horaires en 8 heures. Ces modifications ont entraîné des mouvements de mobilité interne conséquents.

## « Ces changements simplifient le travail des soignants et concourent à l'amélioration du bien-être au travail. Ils permettent également de dégager du temps auprès du patient, au centre du concept de soin.

temps formel de discussions autour du travail qui existait déjà et qui pouvait être valorisé. On pouvait y favoriser la reconnaissance du travail bien fait. De plus, en fonction des éléments recueillis lors des entretiens, certains soignants avaient exprimé leur inconfort à travailler sans être certains de disposer de toutes les informations concernant les patients, et ils craignaient donc de faire une erreur. Or l'incertitude sur la capacité à fournir un travail de qualité a un impact sur le bien-être au travail<sup>(17)</sup>. En outre, le fait de travailler sur un projet plus proche de leur quotidien devait favoriser l'adhésion des soignants au projet.

Le nouveau projet transmissions a été présenté aux équipes en juin 2015 : le projet initial a été rappelé pour les nouveaux arrivants, car une partie conséquente de l'équipe avait été renouvelée à cause de changements d'horaires<sup>(18)</sup>. L'encadrement direct a pris le rôle de porte-parole et a insisté dès cette réunion sur l'intérêt du projet. Le doctorant est venu faire trois séances d'observation des transmissions dans chaque unité, en se focalisant sur la forme et non sur le fond. L'accueil qui lui a été réservé montre une volonté de coopérer autour du projet : on le reconnaissait, on savait pourquoi il venait et dans quel cadre, on lui faisait une place dans la salle de transmissions pour faciliter ses observations.

### NOTE

(19) Le chapitre VI du projet de loi de santé, qui redéfinit la place de l'hôpital, introduit une nouvelle modalité de coopération entre les établissements de santé publics : le groupement hospitalier de territoire (GHT).

Ces observations ont permis 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, ce qui a été apprécié par l'équipe. Elles ont révélé aussi des dysfonctionnements très concrets, par exemple 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 (si bien que le laboratoire téléphonait pendant les transmissions pour que des bilans soient de nouveau réalisés). Ces thèmes ont donc été discutés puis travaillés lors de nouvelles séances d'une heure. En pointant du doigt les problèmes concrets des soignants, le doctorant traducteur a gagné en légitimité. La mise en œuvre de solutions certes très simples mais visibles dans leur quotidien de travail a permis un rallongement du réseau et une traduction complète. En effet, les séances ont permis de révéler que certains documents de laboratoire présents dans la salle de soins étaient obsolètes et induisaient les soignants en erreur. Enfin, en tant que processus d'intéressement, un guide à la rédaction de transmissions écrites sous forme narrative a été élaboré ; il est désormais utilisé dans le service. Ces changements simplifient le travail des soignants et concourent à l'amélioration du bien-être au travail. Ils permettent également de dégager du temps auprès du patient, au centre du concept de soin.

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 en cours d'élaboration. Les cadres y travaillent en intercessions avec leurs équipes, prouvant ainsi une fois de plus que leur participation est effective. Une fois validée en GT, cette charte sera diffusée dans l'ensemble de l'établissement. 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, désormais considérées comme un outil managérial.

Le récit de l'accompagnement au changement dans notre établissement relate l'évolution d'un projet long, incertain, reposant sur de nombreux acteurs, en particulier le traducteur qui pense continuellement la mobilisation de centres de traduction et amène les professionnels à se rencontrer autrement pour apprendre progressivement à parler de leur travail, à partager leurs bonnes pratiques, mais aussi à tirer bénéfice de leurs divergences et des controverses.

## Vers la résolution de problèmes effectifs

### Apprivoiser la controverse

Progressivement, grâce aux étapes de problématisation et de coconstruction de diagnostics, aux processus d'intéressement (présentation des résultats d'enquêtes par questionnaire ou par entretien, construction de charte...), les professionnels ont appris à utiliser les séances sur le projet de promotion de bien-être comme des centres de traduction pour

aborder des problèmes d'équipe, des points d'organisation avec lesquels ils ne sont pas d'accord entre eux ou avec l'encadrement. Les sujets considérés jusqu'alors comme tabous peuvent être abordés. À l'occasion de ces moments privilégiés, les soignants ont appris à s'exprimer en groupe sur leur vécu professionnel, leur ressenti, leurs craintes ou leur agacement. Autour d'un objectif commun, ils ont su résoudre les controverses (en particulier sur la deuxième période concernant les transmissions) indispensables au processus de traduction. L'exemple du temps de pause des soignants avant les transmissions en est une bonne illustration : ce sujet de tension entre l'équipe et l'encadrement n'avait jamais été traité en profondeur. L'encadrement avait jusqu'alors imposé un règlement qui n'était pas respecté par les soignants ; ils avaient pris le parti d'adopter des attitudes de contournement de la règle. Cette expérience pourra être mobilisée pour répondre à d'autres thématiques.

### Rendre visibles les micro-changements

Le cercle vertueux qui s'est mis en place démontre l'efficacité du projet transmissions. Les constats posés par tous encouragent les soignants à participer activement au projet. La démarche globale de valorisation du temps des transmissions est désormais considérée comme essentielle pour la qualité des soins, par tous (soignants, encadrement, DRH, DS). L'identification de bonnes pratiques soulignées comme telles par le doctorant encourage les professionnels à poursuivre leurs efforts pour les maintenir. Ainsi, le respect des horaires des transmissions ne dépend plus désormais de la présence des cadres, les équipes s'autorégulent. L'évolution des pratiques est aussi d'ordre managérial. Les logiques dominantes *top-down* s'estompent : l'encadrement adopte une posture plus proche de l'accompagnement que de la supervision ; son discours se transforme, incluant la consultation de l'équipe dans la résolution d'un problème (« Je vais voir ça avec eux », « On va travailler ça ensemble »). Le dialogue sur des points de désaccord équipe/cadres est plus aisé.

Enfin, soulignons que la rédaction d'une charte des transmissions n'était pas la finalité du projet mais elle a constitué un vecteur de dialogue qui a permis de sensibiliser les soignants à la démarche. Son caractère innovant ne repose pas sur la présence d'un nouvel outil (comme la charte), mais sur le chemin parcouru par les équipes pour aboutir à ce construit collectif. L'intérêt de la démarche, c'est la libération de la parole dans des espaces de discussion dédiés à la controverse.

## Conclusion

Le récit de notre expérience nous oblige à souligner le défi de la conduite de projet RH dans un établissement de la fonction publique hospitalière : son évolution a mobilisé notre capacité à rebondir et à nous adapter en tenant compte des éléments externes (évolution de la démographie) et des événements internes (arrivée d'un nouveau directeur des soins, modification des horaires et donc renouvellement d'une partie conséquente de l'équipe). La prise en compte

des attentes des acteurs de terrain à différents niveaux hiérarchiques a largement concouru au succès de la démarche.

Les soignants ont pris conscience de l'intérêt de cet accompagnement qui leur a permis l'apprentissage de la controverse : oser s'exprimer sur des avis différents est un point essentiel pour la dynamique d'équipe et pour une prise de posture managériale adaptée.

Soulignons aussi que le changement est plus aisé sur site pilote, de surcroît lorsqu'il mobilise des méthodes participatives inclusives. Celles-ci favorisent les trajets des informations dans une communication à double sens entre les services et les directions, pour une meilleure compréhension des attentes et des objectifs de chacun. Ces allers-retours d'informations, traduites par le doctorant aux différentes parties prenantes du projet et à tous les niveaux hiérarchiques, sont les garants du succès de la conduite du changement à l'hôpital.

Afin de faire part de ce bilan positif et partager les bonnes pratiques professionnelles et managériales au sein de l'établissement et dans la littérature professionnelle, un plan de communication est en cours de réalisation.

Les compétences acquises lors cette expérience réussie de conduite de changement participatif constitueront sans doute une ressource considérable à l'heure de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans le cadre de la nouvelle loi de santé<sup>(25)</sup>. Elles permettront de relever le défi de la fidélisation du personnel et de l'accompagnement des agents tout au long de leur carrière sous couvert de la maîtrise de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). ●

### AUTRES RÉFÉRENCES

M. Audet, « Vision planification et évaluation : les conditions clés du succès d'un changement », *Gestion*, vol. 34, n° 4, 2009.

F. Djellal, C. Gallouj, F. Gallouj, « De l'hôpital fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux : les différentes facettes de l'innovation hospitalière », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 1, 2004.

K. E. Weick, *Sensemaking in Organizations*, Londres, Sage, 1995.