

Faculté de santé publique

**Le rôle de l'infirmier chef dans la
conduite du changement dans les
institutions de soins :
Exemple au Centre Hospitalier
Universitaire et Psychiatrique de Mons
Borinage (CHUPMB)**

Mémoire réalisé par
Aicha Ameguine

Promoteur(s)
Patrice Gobert
Frédéric Thys

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Le rôle de l'infirmier chef dans la conduite du changement dans les institutions de soins :

**Exemple au Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique
de Mons Borinage (CHUPMB)**

Remerciement

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mon promoteur, ainsi que mon co-promoteur pour leurs disponibilités et leurs conseils.

Je remercie également ma famille et mes amis qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours universitaire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Liste des abréviations	7
INTRODUCTION GENERALE	8
PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE	10
1. Les hôpitaux à la recherche d'efficience	10
2. Le changement : notions de base	12
3. Deux axes de la conduite du changement	14
4. Les acteurs de la conduite du changement et leurs préoccupations	18
5. Leadership et changement	22
PARTIE 2 : CONTEXTUALISATION ET MÉTHODE	26
1. Présentation des établissements	26
2. Enquête préliminaire	27
3. Méthode	29
PARTIE 3 : RÉSULTATS	32
1. Présentation de l'échantillon	32
2. Présentation des résultats	33
3. Techniques de validation des résultats	51
PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION	53
1. Les acteurs	53
2. Les défis des infirmiers chefs	57
3. Les leviers et leurs limites	58
4. Pistes d'améliorations	61
Conclusion	62
Limites et perspectives	63
Bibliographie	65

Liste des abréviations

- ACI : accréditation canada international
- CHP : centre hospitalier psychiatrique
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CHUPMB : centre hospitalier universitaire et psychiatrique Mons Borinage
- DICE : durée intégrité engagement effort
- ESSEC : école supérieure des sciences économiques et commerciales
- GRH : gestion ressource humaine
- HAP : hôpital Ambroise Paré
- HP : hôpital psychiatrique
- IC : infirmier chef
- ICA : infirmier chef adjoint
- ICAP : information, compréhension, adhésion, participation
- ICS : infirmier chef de service
- PDCA : plan do check act (planifier déployer contrôler agir)
- POR : pratique organisationnelle requises
- MPL : manager de la première ligne
- RH : ressource humaine

INTRODUCTION GENERALE

Dans leur quotidien, les employés et les leaders des institutions de soins, sont confrontés à de multiples changements à différents niveaux et de différents ampleurs. Pour orchestrer et accompagner ces changements, les leaders jouent un rôle important. Toutefois, la conduite du changement dans ces organisations est loin d'être un processus simple.

En effet, non seulement ces organisations sont complexes mais en plus l'Homme est lui aussi complexe. De plus, dans les institutions de soins tels que les hôpitaux, on trouve plusieurs sources de pouvoirs. Ces sources de pouvoirs ne se trouvent pas uniquement au sommet hiérarchique, les employés eux aussi détiennent du pouvoir. Ce sont eux qui réalisent le travail de base, c'est donc sur eux que repose l'activité, il est donc essentiel que les agents adhèrent aux changements.

Face à toute cette complexité, les leaders doivent mettre en place des stratégies afin que les changements puissent s'opérer dans les meilleures conditions et qu'ils soient durables. De nombreux auteurs et chercheurs se sont intéressés à cette problématique et se sont attachés à mettre en place des « recommandations » pour la conduite du changement. Ces dernières peuvent-elles être mises en application dans le milieu hospitalier ? Aussi ces « recommandations » s'adressent aux leaders qui mènent le changement or dans le milieu hospitalier les niveaux de responsabilité sont multiples. Par exemple, un infirmier d'un service de soins dépendra de plusieurs niveaux hiérarchiques. Selon l'ampleur du changement, chacun des niveaux hiérarchiques aura un rôle à jouer afin qu'au final, le résultat du changement soit visible sur le terrain, alors comment cela se met-il en application ?

Une des conditions pour que le changement s'opère et perdure, est que l'agent comprenne le sens de ce changement. Alors, face à cette multitude d'acteurs et de personnalités, comment un changement durable peut être mis en place ?

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons aux changements d'envergures, qui concernent toute l'institution, tels que ceux engendrés par un processus d'accréditation. Il s'agit d'un projet transversal car tous les départements sont concernés (médical, paramédical, informatique...). La conduite de ce type de changement nécessite, d'une part un pilotage et d'autre part un accompagnement (par la formation, la communication...). Comment cela se déroule-t-il en pratique dans le milieu hospitalier ?

L'accréditation hospitalière est une démarche « top down¹ », il s'agit donc d'un changement imposé. Aussi, afin d'impliquer les agents dans les changements, les managers utilisent des démarches participatives, mais ces techniques sont-elles compatibles avec le projet ? Les agents sont par exemple invités à participer aux réunions de communication concernant le projet, toutefois seule une petite partie du personnel y participe, et ce pour de multiples raisons. De ce fait, le principal moyen pour ces derniers d'obtenir de l'information reste la communication via leur supérieur direct.

Le N+1 est le niveau hiérarchique le plus proche de l'agent mais c'est aussi le plus éloigné du sommet hiérarchique où tout se décide, alors comment peut-il à son niveau mener une conduite du changement optimale ? La communication est un élément essentiel pour la conduite du changement, mais la multiplicité d'intermédiaires permet-elle de fournir à l'agent toute l'information nécessaire pour comprendre les changements demandés ?

Dans le cadre de projets institutionnels tels que celui de l'accréditation, les managers (N+1) peuvent certainement compter sur le soutien de leur hiérarchie (N+2) pour le pilotage et l'accompagnement au changement. Cependant ces derniers ont de multiples tâches et sont responsables de plusieurs chantiers et services, or la gestion du changement est une démarche chronophage qui nécessite un investissement de la part des managers. Dès lors, comment procèdent-ils pour respecter les délais imposés et comment s'organise la gestion du changement dans ces conditions ?

Tous ces constats et interrogations nous amènent à nous poser la problématique suivante :

Quel est le rôle de l'infirmier chef dans la conduite du changement, dans le cadre d'un projet institutionnel tel que l'accréditation Canada ?

Dans ce travail, nous tenterons de structurer ces différentes questions et de répondre à celles qui seront pertinentes pour aborder avec efficacité et sérénité la conduite du changement dans cet environnement complexe et spécifique qu'est l'hôpital.

A cet effet, nous allons procéder à une revue de littérature internationale, ensuite nous allons réaliser une enquête de terrain au sein du CHUPMB, actuellement dans le processus d'accréditation. Les résultats de cette enquête seront analysés et discutés dans ce document avant de conclure et de donner quelques perspectives.

¹ Hiérarchie de haut en bas (traduction libre)

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE

Dans cette partie, nous verrons dans un premier temps que les hôpitaux mènent des projets à la recherche d'efficacité, puis nous ferons un rappel concernant les notions de bases concernant le changement, avant de nous intéresser plus particulièrement aux deux axes de la conduite du changement. Nous nous intéresserons ensuite aux acteurs du changement et à leurs préoccupations avant de terminer sur la notion de leadership.

1. Les hôpitaux à la recherche d'efficacité

1.a Les hôpitaux : des organisations complexes

La complexité des hôpitaux réside dans plusieurs points. Non seulement se sont des organisations fondées sur une bureaucratie professionnelle, c'est-à-dire qu'elles reposent sur le savoir-faire des collaborateurs, mais en plus ce sont des organisations pluralistes (1). En effet, plusieurs acteurs avec des objectifs différents s'y rencontrent. De plus, plusieurs logiques coexistent au sein de ces organisations. Par conséquent, ces nombreuses sources de pouvoirs peuvent créer de l'ambiguïté dans la prise de certaines décisions.

En plus des acteurs internes, il existe de nombreuses parties prenantes externes auxquelles il faut être attentif dans les institutions hospitalières tels que les politiques, les patients...

« Chaque groupe d'acteurs défendant ses valeurs et ses intérêts, les difficultés de communication et de coordination dans la fabrication d'une stratégie commune y sont courantes (Cuccurullo et Lega, 2013). » (1). Ceci implique une influence des différents acteurs dans la prise de décisions.

D'autres facteurs entrent en compte dans la prise de décision au sein de ces structures. Par exemple, les facteurs économiques, car les financements ne sont pas illimités et les établissements sont tenus de respecter leurs budgets (2).

Au-delà de cette complexité organisationnelle, le monde hospitalier est actuellement en pleine crise. En effet, la pénurie de soignant est un problème international, qui n'épargne pas la Belgique. De plus, la crise sanitaire actuelle a accentué la tension qui pèse sur les métiers du soin. Les projets doivent donc se faire avec des effectifs réduits et des budgets restreints (3).

Malgré ce contexte, les établissements de santé sont constamment à la recherche d'efficacité et de performance. La sécurité et la qualité des soins sont des critères auxquels sont attachés

les acteurs de ces établissements, ils sont donc régulièrement amenés à changer afin d'atteindre leurs buts.

1.b L'accréditation canada : un projet institutionnel

L'accréditation hospitalière est un moyen d'évaluation des hôpitaux. Cette évaluation se fait par un organisme externe tel que « Accréditation Canada International ».

L'accréditation s'apparente à une organisation mécaniste, avec notamment une standardisation des procédures (4). Elle vise à mettre en œuvre une série de processus et de procédures connues de chacun pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Il s'agit d'un projet transversal, qui s'inscrit dans un cycle continu. Il se déroule en plusieurs phases et implique plusieurs départements. En effet, plusieurs métiers sont concernés et doivent collaborer pour satisfaire des objectifs définis, dans un délai imparti. De plus, il entraîne un investissement important de la part des institutions qui s'engagent dans ce projet à grande échelle. Il renferme plusieurs sous-projets (ce sont les référentiels ou les lots), auxquels l'ensemble des acteurs des institutions devra prendre part afin de garantir la réussite du projet. Cela implique aussi bien le corps médical, que le personnel soignant, administratif... C'est un processus qui amène de nombreux changements au sein des établissements qui se lancent dans ce projet. Par conséquent, l'implication des acteurs est un enjeu important.

Au-delà de l'engagement dans ce projet, le travail de base ne doit pas être négligé. En effet, il faut d'un côté continuer d'assurer les soins aux patients mais également s'investir dans le projet. L'équilibre entre les deux n'est pas chose facile, cela nécessite un effort de la part de tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation, ainsi qu'une gestion efficace du travail quotidien. Pour les soignants, le patient est la priorité, par conséquent si les changements qui sont réalisés les éloignent de leur travail de base, cela peut créer de l'insatisfaction voire des comportements négatifs envers le projet. (5)

Pour rappel, un projet peut être défini comme « un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, telles que les contraintes de délais, de coûts et de ressources » (6). L'ensemble de ces éléments peuvent se retrouver dans un processus d'accréditation.

A ce stade, il nous semble opportun d'apporter quelques précisions quant aux termes qui seront utilisés dans la suite de ce document. Ils sont repris dans le schéma « Lexique de la

gestion de projet » en annexe 1. Il s'agit des termes gestion de projet, management de projet, conduite du changement, pilotage et accompagnement du changement. Pour la réalisation de ce lexique, nous nous sommes appuyés sur l'ouvrage d'Autissier et Moutot « Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage » (7) ainsi que sur l'article « L'organisation par projets : raisons, leviers d'accompagnement et difficultés de ce type de changement » de Sabrina Loufrani-Fedid (14).

Au vu des enjeux pour les institutions, il est nécessaire que ces projets soient conduits de manière stratégique afin de favoriser leur succès.

2. Le changement : notions de base

2.a Les types de changement

Le changement peut être défini comme le passage d'un état à un autre (7). Autissier et Moutot parlent d'« une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès »(8). Il peut être classé en plusieurs catégories en fonction de « l'axe » auquel on s'intéresse, nous allons en citer quelques-uns ci-dessous.

Tout d'abord, G. Bateson de l'école de Paolo Alto, distingue deux niveaux de changement :

- Le premier niveau qui correspond à des changements qui s'exercent à l'intérieur du système, il s'agit de la manière de faire.
- Le second niveau qui correspond à des changements qui affectent le système lui-même, il s'agit ici d'une nouvelle perception de la réalité.

Ainsi, nous avons d'une part des changements dits d'adaptation et de l'autre des changements plus importants dits de transformations (9). On parle de changement incrémental (ajustement et adaptation) et de changement radical (transformation). (10)

Ensuite, on peut distinguer le changement organisationnel qui en plus de modifier l'organisation, amène des changements individuels. Bareil et ses collègues définissent le changement organisationnel comme étant la « perception d'une différence ou d'une modification de la forme de l'organisation (de A à A') entre un temps X et X+1 » (11). Quant au changement individuel, il peut se définir « comme une adaptation des comportements individuels à un nouveau contexte. » (12)

Aussi, le changement peut être prescrit, (qui vient d'en haut) ou alors construit (avec la participation active de la base).

D'autres éléments permettent de classier le changement tel que, les modes de diffusion (brutale ou progressive) (13). Ces classifications permettent d'analyser le changement afin de pouvoir éventuellement mettre en évidence les leviers ou encore les points d'attention, pour mener à bien sa gestion. Selon le type de changement, les managers pourront mettre en place différents outils de gestion, car « (la) conduite du changement fait appel aux outils de la gestion de projet » (12).

Dans le cadre de l'accréditation hospitalière, le changement peut être qualifié de progressif en considérant le temps dont disposent les institutions de soins pour sa mise en place. Toutefois, il peut être également qualifié de radical, car l'accréditation amène des changements profonds au sein des établissements. Et comme il s'agit d'une démarche « top down », il pourra être qualifié de prescrit.

Toutes ces caractéristiques annoncent un processus de changement complexe.

2.b Les stratégies de changement

Les notions de conduite de projet et conduite du changement font couler de l'encre depuis des années. Au vu du grand nombre d'échecs de projets rapportés par des études, tel que l'étude Mc Kinsey (14), il s'agit d'un sujet qui intéresse beaucoup les managers.

Bien que certains auteurs disent qu'« il s'avèrerait futile de chercher un modèle applicable indistinctement à toute forme de changement dans tout type d'organisation et en toute circonstance » (1), on peut trouver dans les littératures plusieurs méthodes, guides et conseils concernant la conduite du changement. Au fil des années et des recherches, les paradigmes de la gestion du changement ont évolué, passant d'un paradigme sociologique dans les années 50 avec Lewin, à un paradigme expérientiel en 2013 avec Autissier et al (15). Il existe donc une quantité non exhaustive de théories de changement, de ce fait il nous est impossible de toutes les répertorier dans le cadre de ce travail. Nous avons toutefois repris quelques modèles rencontrés dans nos lectures dans le tableau « Les étapes du changement » en annexe 2.

Ces modèles s'appuient sur celui de Lewin qui développe trois phases (Unfreeze, Change, Refreeze²), même si certains des modèles présentés comportent plus de trois étapes (16). Par

² Dégeler Changement, Recongeler

conséquent, dans l'ensemble de ces modèles on trouve une constante qui est la suivante : d'abord une analyse de la situation, ensuite la mise en place du changement et enfin des activités en vue du maintien du changement.

Dans ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement à la phase « d'action », appelée aussi phase « de mise en œuvre », car c'est dans cette dernière que le rôle du manager prend toute sa place.

2.c Les perturbations des changements

Tout changement amène des perturbations chez les individus, donc du temps et de la compréhension leur sont nécessaires pour y faire face. Non seulement, les agents doivent faire « le deuil » du connu, mais en plus, ils doivent produire des efforts pour acquérir le changement (8). Elisabeth Kubler Ross fait référence à ce processus dans sa courbe du changement qui comporte plusieurs étapes par lesquelles passent les individus (17). Le rôle du leader dans l'accompagnement sera de faire en sorte que cette courbe soit la plus courte possible. Contandriopoulos souligne à cet effet, que « (...) toutes sortes d'influences non rationnelles interviennent et font partie intégrante de la gestion du changement » (18).

Les préoccupations des acteurs lors des changements ont fait l'objet de nombreux travaux. Bareil et ses collaborateurs ont répertorié sept phases lors d'un changement organisationnel, qu'ils ont classé dans un modèle. Elles sont amenées à évoluer dans le temps et grâce à l'accompagnement des responsables du changement (11).

Autissier et Moutot quant à eux, dans leur modèle instrumental, différencient deux cycles dans la conduite du changement, le pilotage et l'accompagnement. C'est dans la phase de pilotage que l'on retrouve le volet humain, avec ce qu'ils appellent « la gestion des hommes ». (8)

A la lumière de ces éléments, nous pouvons avancer que les leaders auront un rôle important à jouer sur le facteur humain, afin de permettre la réalisation du changement.

3. Deux axes de la conduite du changement

3.a Le pilotage

Le pilotage consiste à l'utilisation d'outils de gestion tels que des indicateurs, des cartographies, ou encore des enquêtes, en vue d'évaluer la progression des projets, et de mettre en place des actions adaptées de conduite de changement (19). « Cordier et Al (2008) définissent les mécanismes de pilotage comme nécessaires au pilotage de la performance des organisations hospitalières, en vue de conduire le changement grâce aux indicateurs de performances » (19).

Certains auteurs parlent d'une « gestion sur mesure » (18). Le pilotage se fait en amont, pendant et en aval du changement, ce qui permet de définir des leviers pour la conduite du changement. De plus, les différentes mesures effectuées permettront de rendre compte aux différentes parties prenantes du projet.

Autissier et ses collaborateurs différencient trois niveaux de pilotages : activités, projets, changements. Chacun de ces niveaux a des outils qui lui sont propres. L'outil ICAP en est un exemple, il permet une évaluation à différents moments de manière locale mais aussi globale (15).

L'accréditation est une démarche qui s'inscrit dans une logique pérenne ainsi que dans une démarche d'amélioration continue. Par conséquent, le pilotage aura une place importante en vue de la transformation.

3.b L'accompagnement

3.b.1 La communication

Dès les années 70, Rosabeth Ross Kanter avec la « roue du changement » fait de la communication un des leviers essentiels. Il s'agit d'un point qui est présent dans l'ensemble des modèles de changement (15).

« C'est le dispositif par lequel les changements sont présentés et expliqués aux principaux bénéficiaires » (8). Cette communication doit permettre de rendre compte non seulement du pourquoi du changement, c'est-à-dire le sens, l'objectif mais aussi le comment c'est-à-dire le processus, le plan. Elle peut se faire par différents biais, suivant le public cible.

Autissier et Moutot préconisent un plan de communication, avec des méthodes différentes suivant les personnes mais aussi selon le message et les attentes (8). Ce plan correspond généralement aux grandes étapes du projet. Ces auteurs soulignent également qu'en l'absence de communication officielle, il risque d'y avoir des communications officieuses avec de

possibles informations erronées mais aussi négatives envers le projet. En effet, une communication déficiente peut conduire à l'échec (8).

Les rumeurs et les représentations peuvent avoir des effets néfastes sur le projet c'est pourquoi les responsables devront y être attentif. La marguerite sociologique concerne ces points. Il s'agit d'un outil permettant la réalisation d'un diagnostic socio organisationnel de l'environnement dans lequel sera déployé le changement (8).

La perception du changement par les acteurs occupe une place importante en vue de l'acceptation ainsi que de l'adhésion des acteurs (19). W. Chan Kim et Renée Mauborgne dans un article de la Harvard Business School nous parlent de « leadership du point de basculement » (20). Ainsi, il s'agit de l'idée qu'une fois que les croyances et énergies des personnes sont engagées dans toute l'organisation, alors la conversion se réalise rapidement. Ceci n'est possible que grâce à une communication efficace permettant non seulement de mobiliser l'engagement des acteurs mais aussi de « faire taire » les opposants (20).

De plus, les cadres tiennent une place centrale concernant la communication. Ce sont eux qui font remonter l'information venant d'en bas et également descendre l'information qui vient d'en haut. Par conséquent, afin de pouvoir transmettre à leurs équipes un message correct, ces derniers doivent eux même avoir reçu l'information au préalable. Le cadre est donc au centre de ce canal de communication, et doit être un relais efficace non seulement pour que son équipe comprenne le changement mais également pour faire part à sa hiérarchie des éventuels retours de la base. (21)

Bien sûr, il ne suffit pas de diffuser l'information pour que celle-ci soit directement comprise et appliquée. Il faudra également veiller à ce que cette information soit comprise par tous. Pour cela, le manager pourra d'une part s'appuyer sur des outils de pilotage tel que le modèle ICAP et d'autre part, sur son observation du terrain. De plus, la réalisation d'ateliers participatifs pourra également permettre au manager de vérifier la compréhension de ses équipes et d'ajuster sa communication le cas échéant.

3.b.2 La participation

Cette notion apparaît avec le modèle expérientiel. Elle vise à faire participer les bénéficiaires afin de leur expliquer le changement et le mettre en œuvre ; le changement est alors coconstruit (15).

La participation des agents peut se faire à plusieurs niveaux et ce dès le début du processus de changement. Le fait de faire participer les gens de terrain à la construction du changement permet de les engager dans celui-ci. C'est d'ailleurs ce que met en avant la conduite du changement en mode agile (Autissier, Moutot) (22). Cette méthode vise à mettre le bénéficiaire en situation d'expérience dès la phase dite de « définition » mais c'est dans la phase dite « d'expérimentation » que la participation des acteurs est la plus importante par le biais notamment d'atelier participatif. (22)

Ces ateliers participatifs sont des moments d'écoute et d'échange, où la parole est donnée aux agents à travers des techniques dites de « latéralisation » (15). Le manager doit prendre en compte ces témoignages afin de permettre l'adhésion de ses collaborateurs.

Il existe différents types d'ateliers participatifs, ces derniers sont mis en place en fonction de l'objectif visé par les managers. Ces échanges permettent notamment de mettre en place des actions de correction à partir des éléments recueillis lors des ateliers. (22)

3.b.3 La formation

C'est Kotter qui amène cette notion avec le modèle managérial. Elle vise à approfondir les connaissances des collaborateurs du changement. Pour cela, il faut déterminer en amont les modalités, c'est-à-dire qui doit être formé, à quoi, par quel biais et quand. Les ateliers participatifs peuvent constituer une formation, suivant le type d'atelier qui aura été réalisé. (15)

Pour Bareil et Rondeau « (...) les cadres doivent dresser le bilan le plus juste possible de la performance actuelle de leur unité et brosser un tableau des besoins à combler pour satisfaire aux exigences du changement visé » (21). Les formations prennent du temps et ont un coût, c'est pourquoi on voit apparaître dans les organisations des formateurs relais. Ces personnes auront reçu une formation au préalable et auront la tâche de transmettre à leurs équipes le contenu. Ces personnes relais peuvent être des cadres ou encore des agents de la base. (15)

L'utilisation de ces leviers permet de légitimer le changement. C'est-à-dire « (...) inculquer dans toute l'organisation un sentiment qui constitue une réponse valable aux difficultés auxquelles cette dernière fait face ou aux nouvelles exigences de son environnement d'affaires » (21), pour Bareil et Rondeau « Sans légitimation, le changement s'apparente à une décision arbitraire, imposée d'autorité (...) » (21).

4. Les acteurs de la conduite du changement et leurs préoccupations

Pour Bareil et al, « Le changement n'est sous le contrôle d'aucun acteur spécifique, mais tous y contribuent selon leurs rôles, leurs pouvoirs, leurs capacités et leurs limites. » (23). On peut toutefois mettre en évidence trois catégories d'acteurs qui jouent un rôle important, il s'agit de la direction, du corps managérial et des bénéficiaires. Le rôle peut être défini comme « un ensemble de comportements attendus du responsable par les autres personnes » (24).

4.a Les destinataires

Les hôpitaux sont des organisations composées de groupes restreints où coexistent des équipes de travail multidisciplinaires. « Une équipe de travail correspond à un groupe formel composé d'au moins deux individus responsables collectivement de l'accomplissement d'une ou de plusieurs tâches définies par l'organisation (Rousseau et al., 2006a) » (24). Ainsi, le travail de groupe peut permettre de produire plus de résultats grâce à la synergie des participants même si parfois, des effets contre productifs peuvent être observés. (24)

Dans ce travail, s'agissant de l'accréditation hospitalière, les destinataires sont principalement les soignants. Les objectifs de cette catégorie d'acteurs sont souvent différents de ceux des gestionnaires.

Face à un changement organisationnel, les individus vont adopter des comportements différents afin de s'adapter à ce nouveau contexte (12). Bareil parle de préoccupations. Pour elle, ce sont des réponses rationnelles aux changements, elles peuvent être variées et évoluent dans le temps (23).

Au travers de nos lectures, nous avons pu mettre en évidence 3 types de comportement face au changement : les opposants, les proactifs et les passifs. Bien que les opposants ne représentent pas la part la plus importante des comportements observés en général, les responsables de la gestion du changement y accordent tout de même une grande importance. En effet, le défi du manager sera de garder les proactifs convaincus, et de convaincre les autres. Les managers sont donc invités à utiliser des outils dit de « pilotages » pour évaluer l'évolution des acteurs dans le processus de changement (Autissier et Moutot) (8).

La grande majorité des lectures réalisées nous parlent donc des résistances aux changements comme d'un comportement négatif auquel doivent faire face les managers. Elles sont présentées comme des obstacles à la réalisation des projets. Or des auteurs comme Bareil en parle au contraire de manière positive (23). En les qualifiant de réactions normales face au processus qui confronte les individus. Elle appelle donc à les prendre en compte et à les utiliser comme appui pour ouvrir le dialogue avec les destinataires des changements.

Autissier et Moutot nous rappellent que « (...) rien ne peut se faire sans la participation des salariés qui sont les principaux artisans des changements » (8), c'est pourquoi « la dimension humaine est primordiale » (8).

4.b Le management : l'encadrement

Nous allons nous intéresser principalement au département infirmier, et plus particulièrement aux managers dits de la première ligne (appelés aussi manager opérationnel) qui sont représentés par les infirmiers chef (dans le secteur des soins) au sein des hôpitaux. Comme dans tout projet, l'équipe projet occupe une place importante dans le processus du changement. Toutefois, ce sont les cadres aussi bien managers intermédiaires, que manager de la première ligne (Infirmier Chef de Service et Infirmier Chef) qui gèrent les équipes. On attendra de ces derniers qu'ils soient exemplaires. De plus, bien que les managers soient eux même des destinataires du changement, ils sont chargés de « traduire en action les aspirations des dirigeants » (24).

Les managers ont une tâche difficile dans le processus du changement, du fait notamment de l'existence de deux tensions majeures qui sont d'une part, maintenir la performance et de l'autre, réaliser le changement (25). Bien qu'ils puissent compter sur le soutien de leur hiérarchie, ce sont eux les traducteurs du changement auprès des équipes dont ils ont la charge. Ils sont le lien entre le top management et les opérateurs, c'est pourquoi une relation de confiance devra être présente entre ces différents groupes (3).

Les managers doivent maîtriser les mécanismes du changement ainsi que les outils et les méthodes de gestion du changement. Ils doivent non seulement faire preuve de pédagogie pour donner du sens à leurs équipes, mais aussi veiller à ce que ces dernières puissent expérimenter. Aussi, ils ont pour rôle de vérifier l'ancrage dans les pratiques quotidiennes par le biais d'indicateurs par exemple (15). Ils sont chargés de ce que Mintzberg appelle « la supervision directe ». La surveillance et le contrôle sont nécessaires au pilotage du

changement afin d'entreprendre des actions correctrices le cas échéant. Toutefois, les fonctions du manager ne se limite pas à cela.

Exercer des fonctions de management humain nécessite donc des savoirs et des savoir-faire. Il est légitime de se demander si les IC disposent de ces aptitudes. Bien que l'accès aux postes de cadres soit conditionné à l'obtention de diplômes spécifiques laissant supposer les compétences requises, cela ne signifie pas nécessairement que les personnes disposent des compétences de gestion nécessaire. Certaines aptitudes peuvent être innées mais bien d'autres doivent s'acquérir afin de réaliser une gestion de projet de qualité (5).

En effet, les managers en tant qu'humain ont des différences, certains seront donc plus agiles que d'autres pour l'exercice de la gestion du changement. Nous avons pu relever dans nos lectures des qualités humaines attendues telles que : bienveillance, écoute, respect... mais aussi des compétences plus techniques tels que : vision stratégique, gestion des processus, travail en équipe... L'acquisition de ces compétences peut nécessiter des formations supplémentaires [3, 5].

Les cadres doivent être conscients de leurs propres préoccupations pour pouvoir changer. En effet, un grand nombre d'entre eux s'inquiètent de la capacité à changer leur organisation (23). Les résistances aux changements sont souvent abordées dans le sens des agents (la base) or dans le contexte de changement institutionnel, les managers peuvent aussi faire preuve de résistance.

Autissier et Vandangeon-Derumez mettent en avant une typologie de comportement des managers de la première ligne dans les projets de changement : légitimiste, négociateur, indifférents, contestataires. Ces comportements peuvent être mis en lien avec « le triptyque « Opposants - Neutres - Proactifs » (Autissier et Moutot,) » (24).

Pour Autissier, ces comportements que les managers adoptent évoluent en fonction de l'image que ces derniers se construisent du projet. Cela peut être lié au manque d'implication de ces acteurs ou encore au manque de sens, tout comme les autres bénéficiaires du changement. C'est pourquoi la direction devra communiquer et dialoguer avec les managers dès le début du projet (10).

4.c La direction : les décideurs

Les dirigeants sont chargés de donner la vision et de définir la direction des changements. Ce sont les niveaux inférieurs qui les matérialisent (26).

Plusieurs rôles sont attendus de la part des leaders. Mintzberg en met en évidence dix, qu'il répartit en trois grandes catégories : les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels. Ces différents rôles permettent aux dirigeants de réaliser ses fonctions de management au quotidien. Cependant, cette approche fonctionnaliste a été critiquée du fait que chaque individu est différent (25).

Selon Autissier et Moutot, les directeurs doivent montrer en quoi le projet s'inscrit dans une démarche globale de l'organisation afin de légitimer leur démarche. C'est pourquoi, il est nécessaire que la direction démontre d'un engagement fort pour le projet à mener (8).

Des auteurs comme David A. Garvin et Michael A. Roberto préconisent une gestion du changement par la persuasion afin de créer une différenciation par rapport au passé (20). D'après ces auteurs sans menace grave, les employés risquent de continuer à travailler comme à leur habitude. Cette idée rejoint les travaux que Kotter quand il parle de « créer un sentiment d'urgence » (26). Il revient donc au top management de jouer ce rôle.

La direction a également un rôle à jouer pour légitimer la place des managers. Comme vu précédemment, les managers n'ont pas un rôle facile à tenir dans la gestion du changement. Il peut être perçu comme l'« exécuter des basses œuvres de la direction et se prendre les critiques à la place de (...) » (21). C'est pourquoi la direction doit soutenir ses cadres, à travers différentes actions ; telles qu'en favorisant le dialogue avec ces derniers ou encore en les aidant à acquérir de nouvelles compétences (21). Le top management, souvent éloigné du terrain, doit nécessairement collaborer avec les managers pour mener à bien les changements, afin de ne pas être perçu comme déconnecté de la réalité ou encore comme non disponible avec beaucoup de tâches et de réunions (27).

Aussi, il est attendu d'eux qu'ils donnent l'exemple pour l'ensemble des autres niveaux de l'organisation. En effet, la manière dont ils sont perçus par leurs subordonnés a un impact sur le changement. Toutefois, ce n'est pas une tâche facile, les dirigeants devront gérer leurs propres vulnérabilités pour pouvoir diriger les changements. Pour cela, ils devront prendre conscience de leurs limites. En effet, « L'expérience et les sentiments personnels tout autant que l'orientation cognitive des dirigeants affectent leurs choix stratégiques ainsi que ceux liés au changement (Hasfi et Demers, 1997) » (1). Dans leur article *Guide de survie du dirigeant* de la Harvard Business School, Ronald A. Heifetz et Marty Linsky, parle de « gérer ses freins » et « ancrer » (20).

4.d La GRH

A ces trois catégories d'acteurs peut s'ajouter la GRH. La fonction RH a un rôle actif dans les projets de changement. J.M Peretti (professeur à l'ESSEC) parle de GRHT, le T indiquant la transformation. (15)

Pour Dave Ulrich, l'accompagnement fait partie des missions RH. Certes, comme vu précédemment, les différents acteurs peuvent nécessiter des formations en vue du changement. Toutefois, la fonction RH pourra intervenir à d'autres niveaux. En effet, l'implication de la fonction RH, permettra de prendre en compte l'impact des changements sur les personnes. (28)

Les organisations et leurs leaders doivent prendre conscience de l'importance de la « compétence changement » qu'ils doivent acquérir. Cette aptitude, doit également être développée au sein de la fonction RH (15).

Au regard de ces différentes catégories d'acteurs, nous pouvons supposer qu'une communication de qualité sera nécessaire entre les différentes parties afin que tous puissent comprendre le changement et y prendre part.

5. Leadership et changement

5.a Qu'est-ce que le leadership ?

Il existe plusieurs définitions du leadership, toutefois un élément est commun à toutes ces définitions, à savoir la notion « d'exercice d'une influence sur autrui » (29). Cette influence est réalisée par un individu appelé « leader ».

Jusqu'à présent dans ce travail, le mot leader faisait référence à la direction. A présent nous utiliserons ce terme pour parler du leader comme « (...) étant celui qui guide (perspective comportementaliste), celui qui obtient un résultat (exercice du pouvoir) et celui qui est « avant » les autres (trait significatif). (Pesqueux (2012)) » (29).

Le leader doit donc être capable de motiver ses collaborateurs afin qu'ils le suivent dans l'atteinte d'un objectif commun. Dans la littérature il est fait référence à plusieurs types de leader. On peut citer le leader visionnaire, ou encore le leader instrumental (10). Même si un style de comportement adopté par le leader n'est pas nécessairement gage de succès dans la

fonction d'encadrement, certaines caractéristiques seront néanmoins attendues du leader telles que : « l'intelligence, la confiance en soi, une orientation vers les personnes, la capacité de résister au stress ». (30)

Le leadership est une compétence attendue des managers au vu de l'influence que ces personnes doivent avoir au sein d'une équipe de travail. Ceci fait que parfois le terme manager et leader sont confondus, or ils ne sont pas synonymes et renvoient à des notions différentes. « Le manager est désigné par la hiérarchie » alors que « le leader est reconnu comme tel par les membres de son équipe ». (29)

5.b Quel leadership pour le changement ?

Le leader est libre quant au choix de son style de leadership. Toutefois, dans l'optique d'une conduite de changement efficace, nous avons pu voir dans la littérature que certains styles sont préférés. Le manager doit avoir une bonne connaissance de ses agents afin de les accompagner au mieux dans le processus de changement. En effet, les besoins des équipes sont différents. Certaines équipes peuvent nécessiter plus de cadrage de la part du leader ou encore des formations.

Michael Beer et Nitin Nohria dans un article de la Harvard Business School apportent une méthode mixte pour « craquer les codes du changement »³ en partant de deux théories (20). D'une part, la théorie des méthodes dites « dures » (accès sur des incitations économiques, des restrictions) et d'un autre par la théorie des méthodes dites « douces » (plus accès sur l'engagement, la loyauté). Ces auteurs préconisent d'utiliser des éléments des deux méthodes mais d'une manière réfléchie afin d'obtenir le changement souhaité avec l'implication des employés. Dans cette méthode, la direction est définie à partir du haut, tout en engageant les personnes en dessous.

Le leadership collectif est une notion que nous avons pu lire dans plusieurs articles. Il semblerait que ce type de management soit favorable pour la gestion du changement. « (...) (La) construction d'un leadership collectif est une condition essentielle de la transformation organisationnelle (Denis et al., 2001, 2007, 2012). » (1). Bien que ce type de leadership ne soit pas nécessairement gage de succès, il permet toutefois de favoriser l'engagement des acteurs pour le projet. « (...) le leadership collectif se définit comme un processus dynamique

³ Traduit de l'anglais « Cracking the Code of Change »

de construction de coalitions au sein duquel les participants, les rôles et les influences évoluent au cours du temps (Denis et al., 2001 ; Pearce et Conger, 2003). » (1)

Pour Lewin et ses collaborateurs, le leadership démocratique est le plus approprié pour la conduite du changement car il permet de mobiliser les acteurs par le sens (29). Il se situe entre le leadership autoritaire et le laisser faire. Dans ce style de leadership, le leader suggère, donne les informations et aide le groupe à décider. (31)

Pour certains auteurs, il n'y a pas un style de leadership. Selon P. Hersey, par exemple, les leaders qui réussissent le mieux « sont ceux qui peuvent adapter leur comportement pour répondre aux exigences particulières de leur situation unique » (32). Pour cela, le leader doit être attentif aux besoins de ses collaborateurs. Cette adaptation se fait en fonction du « niveau de maturité » des équipes. Il s'agit du leadership situationnel.

Les outils de pilotage tel que le questionnaire ICAP permettent d'adapter le style de leadership. D'autres outils existent tel que le score DICE (20) ou encore les niveaux de maturité de Hersey et Blanchard. Certes, ils prennent du temps à être mis en place et demandent un investissement important de la part des leaders, par la nécessaire analyse détaillée des équipes. Cependant, ils contribuent à la réussite des projets de changement.

5.c Mobilisation et engagement

Finalement, quel que soit le type de leadership utilisé, le but sera pour le leader en tant qu'agent d'influence d'obtenir la mobilisation et l'engagement des collaborateurs. (29). Il s'agit de deux leviers qui permettent d'écarter les résistances au changement (28). En effet, sans investissement de la part des agents, le changement ne pourra pas être mis en place.

La mobilisation peut se définir comme « une masse critique d'employés qui accomplissent des actions (faisant partie ou non de leur contrat de travail, rémunérées ou non) bénéfiques au bien-être des autres, de leur organisation et à l'accomplissement d'une œuvre collective » (34).

L'engagement quant à lui peut se définir comme « un état psychologique qui (...) caractérise la relation de l'employé à son organisation et (...) qui a des effets sur la décision de rester ou de ne plus rester membre de l'entreprise » (Meyer et Allen, 1991, p. 67) » (33). Trois types sont mis en évidence dans la littérature : affectif, de continuation et normatif. « Seul l'engagement affectif a pu être lié de façon relativement constante à travers les études à la performance (...) ». (33)

Le leader, en tant que modèle, devra d'abord être lui-même mobiliser et faire preuve d'engagement envers son organisation (22).

Pour donner suite à cette revue de littérature, il serait intéressant de voir comment cela se matérialise sur le terrain. En effet, nous avons pu mettre en évidence l'existence d'outils et de recommandation pour l'encadrement. De plus, nous avons vu que la gestion du changement nécessitait des compétences et des connaissances de la part des leaders.

Dans la seconde partie de ce travail, nous allons voir comment cela est mis en place dans la réalité de terrain.

PARTIE 2 : CONTEXTUALISATION ET MÉTHODE

Nous commencerons cette section par la **présentation des établissements** où sera réalisée l'enquête. Nous nous intéresserons ensuite aux informations recueillies lors d'une **enquête préliminaire** avant d'expliquer **la méthode** de recherche.

1. Présentation des établissements

Afin de tenter de répondre à notre question de recherche, nous allons réaliser une enquête auprès de deux établissements de santé, faisant partie du même groupe et qui sont entrés ensemble dans le processus d'accréditation Canada International (ACI). Il s'agit d'une part d'un hôpital psychiatrique, et d'autre part d'un hôpital général.

Le Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré de Mons et le Centre Hospitalier Psychiatrique Chêne Aux Haies font partie de l'intercommunale Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique Mons-Borinage (CHUPMB). Cette intercommunale couvre un large territoire et permet d'accueillir une clientèle variée du fait de la diversité des structures qui la composent (maison de repos, crèche, hôpitaux de jours...). Elle a pour but officiel de *"Contribuer à la santé globale de la population de Mons-Borinage en lui offrant divers soins et services hospitaliers et extrahospitaliers"*. (34) Le CHUPMB est en cours de fusion avec d'autres établissements de santé en vue de devenir le réseau hospitalier HELORA.

Cela fait déjà près de trois ans que le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et le Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP) se sont engagés avec l'accréditation Canada. Cette démarche s'inscrit dans les valeurs de l'institution et vise à améliorer la qualité et la sécurité pour les patients et le personnel. La crise sanitaire a eu un impact sur la préparation des différents services, surtout au niveau de l'hôpital général, ce qui explique que ce dernier n'a pas passé la visite définitive en même temps que l'hôpital psychiatrique.

Le CHP a récemment obtenu un niveau d'accréditation platine, « ce qui fait de cet établissement le premier hôpital psychiatrique à être accrédité à un si haut niveau de qualité » (35). Au CHU, l'ensemble des secteurs de l'établissement poursuivent leur préparation afin de répondre aux exigences et aux normes prédéterminées dans les différents référentiels d'accréditation.

Ces deux établissements ont plutôt une configuration professionnelle, chaque acteur poursuit des buts spécifiques. Une grande partie des acteurs qui y travaillent sont des opérateurs

(qualifiés ou non). Ils réalisent le travail de base dans l'ensemble des départements. Le mécanisme de coordination est celui de la standardisation des qualifications, complété par une standardisation des procédures. La division du travail verticale est faible par rapport à l'autonomie des agents dans la conception et la réalisation des tâches à effectuer. La communication est descendante. Le pouvoir est décentralisé : les décisions stratégiques sont prises au niveau de la direction par les dirigeants, les décisions opérationnelles sont décentralisées aux niveaux inférieurs auprès des chefs de service, chefs d'unité... Les agents ont aussi du pouvoir, car sans eux l'organisation ne peut fonctionner.

Bien que ces deux établissements accueillent des populations différentes et qu'ils doivent satisfaire des référentiels différents, il nous a semblé pertinent de pouvoir interviewer d'une part des cadres faisant partie du CHU et d'autre part des cadres faisant partie du CHP. En effet, ces établissements se situant à des niveaux distincts du processus d'accréditation, l'expérience des cadres de ces secteurs pourra nous apporter de nombreux éléments qui nous permettront de répondre à notre question de recherche.

Au moment du lancement du projet, l'équipe de direction générale était commune aux deux établissements. Toutefois, chacun disposait de sa propre direction médicale et infirmière⁴. Le département qualité, qui a la charge du projet d'accréditation est commun aux deux structures, cependant, un référent est désigné pour chacun des secteurs. L'équipe RH, quant à elle, est également commune aux deux établissements avec des représentants pour chacun des deux sites.

2. Enquête préliminaire

Une enquête préalable au sein du Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré de Mons nous a permis de mettre en évidence certains éléments. Cette enquête a été réalisée durant l'année 2021 dans le cadre d'un stage au sein de la cellule qualité de l'établissement (37). Il s'agit d'entretiens semi directifs et d'observations, réalisés auprès d'acteurs principaux du processus d'accréditation, à savoir : le directeur qualité, le directeur général, un infirmier chef et un infirmier chef de service.

⁴ « Organigramme du CHUPMB » en annexe 3(36)

Ces acteurs ont chacun exposé leurs points de vue concernant les points favorisant le processus d'accréditation présent dans l'institution. Les éléments suivants ont pu être relevés :

- Les ressources humaines en général dans l'hôpital, aussi bien au niveau des directions (avec l'existence d'un comité qualité), que des médecins et des infirmiers chef. Également les compétences des différentes équipes (avec la création de la fonction d'ambassadeur qualité) et la collaboration entre les différents départements.
- La présence d'un directeur qualité et d'une équipe qualité suffisamment staffée. D'ailleurs, la disponibilité de l'équipe qualité est un point qui revient dans plusieurs entretiens.
- L'existence d'un outil documentaire performant et de certaines procédures,
- Un directeur général engagé,
- Les valeurs de l'institution (amélioration continue) et la mission qu'elle s'est fixée,
- Et enfin, le climat non « oppressant » des supérieurs hiérarchiques, qui reconnaissent que certains services n'ont pas la possibilité de se consacrer pleinement à l'accréditation.

Ces acteurs nous ont également exposé leur point de vue concernant les éléments défavorables pour le succès de ce processus. Nous avons pu relever :

- La covid19, c'est d'ailleurs l'élément qui revient dans l'ensemble des entretiens comme élément contextuel ayant un impact négatif pour le projet en cours. Notamment du fait que plusieurs réunions et d'autres activités permettant d'être en contact avec les équipes et de favoriser la communication autour du projet ont dû être annulées. Toutefois, cette crise sanitaire n'a pas eu que des répercussions négatives (exemple : les services moins touchés ont pu avancer plus aisément dans leur préparation).
- L'absence de standardisation au départ, mais cela a vite été modifié,
- Le fait que l'hôpital a une activité intense et le manque d'effectif dans certains services empêchant de réaliser pleinement les préparations,
- Et pour finir, le manque d'adhésion de certains agents du fait, peut-être du manque d'explication par rapport au processus d'accréditation, de ses finalités... L'institution tente de pallier cela et veille à expliquer la démarche lors de la journée d'accueil des nouveaux (par la cellule qualité et par le directeur général).

L'établissement a formé ses directeurs au Lean management en tant que modèle de la gestion du changement⁵. A cet effet, l'utilisation des outils de ce modèle tels que le cycle PDCA pour la résolution de problème, l'approche par processus et la mesure d'indicateurs ou encore les Gemba, sont plébiscités.

A travers cette première enquête, nous pouvons voir quelques convergences avec la littérature. Toutefois, ces points de vue ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des deux institutions. Ainsi, afin de pouvoir étudier le rôle de l'infirmier chef dans la conduite du changement, dans le cadre d'un projet institutionnel tel que l'ACI, une enquête plus en profondeur est nécessaire.

3. Méthode

3.a Présentation de l'outil

Afin de tenter de répondre à notre question de recherche, nous allons réaliser une enquête auprès de différents managers. Nous utiliserons une méthode qualitative à travers des entretiens individuels. Les entretiens seront semi directifs : « L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. » (Lincoln, 1995) » » (40)

Les objectifs de l'enquête seront, non seulement de mieux comprendre comment les infirmiers chefs conduisent le changement, mais également, par quels processus les changements durables se réalisent. L'enquête a aussi pour objet, de voir comment les infirmiers chefs sont soutenus pour la gestion du changement (par qui, par quoi), et éventuellement de faire émerger des recommandations pour soutenir les infirmiers chefs dans leur gestion du changement.

3.b Stratégie d'échantillonnage

L'enquête a été réalisée au sein de deux sites du CHUPMB, à savoir le centre hospitalier général (CHU) et l'hôpital psychiatrique (CHP). Nous avons prédéfini la taille de

⁵ « Model de gestion de projet au CHUPMB » en annexe 4

l'échantillon afin de restreindre notre recherche, car il nous était impossible d'interviewer l'ensemble de la population dans le cadre de ce travail. Un objectif de 12 participants répartis de manière égale sur les 2 sites nous a semblé suffisant pour obtenir des résultats pertinents. Dans ces 12 participants, nous souhaitons inclure un directeur infirmier pour chaque établissement ainsi qu'un ICS pour l'établissement CHP, afin de pouvoir trianguler les résultats.

Au sein de l'hôpital général, l'échantillon sera constitué d'infirmiers chefs (IC) ou adjoints de l'institution, qui répondent de manière favorable à l'invitation d'entretien. En effet, il s'agit de la population cible de notre recherche⁶.

Autissier et Vandangeon-Derumez différencient les managers de la première ligne (MPL) des « middle managers » (27). Dans ce travail les IC représentent les MPL. Le directeur infirmier qui représente le top management sera également sollicité⁷.

Au sein de l'hôpital psychiatrique, l'échantillon sera constitué des IC des services qui ont reçu la visite des inspecteurs de l'accréditation et qui auront répondu favorablement à notre demande d'entretien⁸, ainsi que de leurs infirmiers chef de service. Le choix de cette population nous a semblé opportun pour la recherche du fait que, non seulement elle correspond à la cible, mais également du fait de leur récent succès. Ici aussi, le directeur infirmier sera sollicité en sa qualité de top management.

Afin de pouvoir garantir l'anonymat dans les réponses de l'ICS et des directeurs du département infirmier dans les deux établissements, nous les avons regroupées dans la même catégorie. Cette catégorie sera appelée dans le travail « top management » bien que nous ayons conscience que les ICS font partie du management intermédiaire. Le même guide d'entretien sera utilisé pour ces personnes⁹.

Les participants des deux sites, ont été contactés par mail, via leur adresse professionnelle après obtention de l'accord du comité d'éthique pour la réalisation de l'enquête. Un accord préalable a également été demandé aux directeurs infirmiers.

⁶ Guide d'entretien en annexe 5

⁷ Guide d'entretien en annexe 7

⁸ Guide d'entretien en annexe 6

⁹ Guide d'entretien en annexe 7

Pour constituer notre échantillon sélectif, nous avons procédé différemment suivant la population à interviewer :

- Concernant la direction infirmière, un mail a été envoyé aux 2 directeurs
- Concernant les IC de l'hôpital psychiatrique un mail a été envoyé à l'ensemble de cette population en précisant que l'ICA pouvait répondre à la place de l'IC si celui-ci n'était pas disponible durant la période de l'enquête.
- Pour les IC de l'hôpital général un mail a été adressé à 8 IC, en faisant la même précisions que pour l'hôpital psychiatrique concernant les ICA ;
- Concernant l'ICS de l'hôpital psychiatrique, il s'agit d'un échantillon de convenance à qui un mail a également été adressé.

L'ensemble des participants ont reçu une information concernant les modalités de l'enquête et ont signé un consentement éclairé reprenant le contexte, les objectifs de l'enquête et les modalités de feedback. Tous les participants ont également donné leur accord pour que leurs entretiens soient enregistrés en vue d'une analyse.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

Nous allons, tout d'abord, procéder à **une présentation de l'échantillon** avant de présenter **les résultats** par groupe de répondants. Nous clôturerons cette section par une explication des **techniques de validation des résultats** utilisées.

1. Présentation de l'échantillon

Parmi les personnes contactées pour la réalisation des entretiens, les 2 directeurs infirmiers ont répondu favorablement ainsi que l'ICS du CHP. Concernant les IC du CHP, sur l'ensemble de la population contacté, 4 ont répondu favorablement, un cinquième aurait voulu participer mais le délai de l'enquête était dépassé. Concernant les IC de HAP, 5 ont répondu favorablement sur les 8 contactés.

Les entretiens ont été menés sur la période du 9 au 18 mai 2022. Ils ont été menés dans les bureaux des différents managers. Un des entretiens (E6), a été effectué en présence de deux infirmières de l'unité.

Au total, nous avons réalisé 4,27 heures (267 minutes), allant de 13 min à 41min d'entretiens.

L'échantillon est composé de 12 individus. Ils ont tous une formation d'infirmier et ont eu recours à une reprise d'étude afin de leur permettre d'accéder à des postes de management sauf une personne qui a eu accès à ce poste du fait de son ancienneté.

Les participants sont répartis comme suit :

- Totale de 4 femmes et 8 hommes,
- Dont 2 femmes au CHU et 2 femmes au CHP,
- Dont 3 hommes au CHU comprenant un membre du « top management »,
- Et dont 5 hommes au CHP comprenant 2 membres du « top management ».

Le choix a été fait de ne pas présenter de données sociodémographiques détaillées afin de préserver l'anonymat des répondants. Toutefois, nous pouvons dire que l'ensemble des personnes interrogées ont des niveaux d'expériences très variés tant sur le changement que sur le nombre d'années d'ancienneté au poste de manager allant de 1 an à plus de 30 ans. Un tableau reprenant quelques données est disponible en annexe 8.

Chaque entretien a été retranscrit puis analysé dans une démarche inductive par thématisation continue, ce qui nous a permis d'obtenir de nombreuses données. Ces dernières ont fait l'objet de classement, de regroupement et de fusions comme le montre les tableaux de synthèse et les arbres thématiques dans les annexes de 9 à 14.

A la lumière des premiers résultats obtenus, il nous a semblé opportun de compléter l'échantillon par un ICS de l'hôpital général. A cet effet, nous avons pris contact avec un ICS mais nous sommes restés sans réponse de ce dernier. Nous avons donc décidé d'inclure l'entretien réalisé avec l'ICS lors du stage de management au CHU en 2021, étant donné que la grille d'entretien de ce dernier comporte des similitudes avec la grille utilisée pour le « top management »¹⁰. Après avoir obtenu l'accord de ce manager, il a été ajouté au groupe « top management ». Ce qui porte l'échantillon à 13 individus. Cet entretien a été analysé de la même manière que les autres entretiens.

2. Présentation des résultats

Les résultats récoltés ont été divisés en 3 catégories détaillées ci-dessous. Dans un premier temps, nous mettrons en avant les éléments retenus lors des entretiens réalisés auprès des **IC du CHP**. Une synthèse des entretiens réalisés auprès des **IC du CHU** sera ensuite présentée. Nous terminerons par la présentation des résultats obtenus par le biais des entretiens auprès du « **top management** » des 2 établissements. Une synthèse comparative de ces résultats sera présentée dans la section discussion de ce travail.

2.a Synthèse des résultats des infirmiers chefs de l'hôpital psychiatrique

À la suite de l'analyse des entretiens effectués auprès des IC du CHP, nous avons pu mettre en avant 7 catégories thématiques : **les préoccupations des IC**, leurs **rôles**, **les défis**, les **ressources** à leurs dispositions, **les limites de l'accompagnement**, une série de **conseils pour les IC** et enfin un retour sur **l'expérience de la visite**. Ces différentes unités d'analyse vont être détaillées ci-dessous. Un tableau de synthèse ainsi qu'un arbre thématique des entretiens se trouvent en annexe 9 et 10. Ces répondants correspondent aux entretiens, 1, 3, 6 et 10.

¹⁰ Guide d'entretien IC HAP 2021 en annexe 15

• Préoccupation des IC

Nous avons pu objectiver par les entretiens que les IC sont sujets à de nombreuses préoccupations. Tout d'abord, ils ont à cœur de donner du sens au changement auprès des agents afin **de favoriser leur adhésion** mais aussi de permettre **la pérennisation du projet**. En effet, comme tout projet de changement, l'ACI n'échappe pas à la question de la pérennisation des changements. Maintenant que la visite est passée, cette question est au cœur des préoccupations des IC : « J'espère que tous ces acquis (...) vont perdurer » nous confie E1 ligne 95. L'accréditation a permis de créer des outils qui permettent de veiller à cela. E10 nous explique ligne 291 : « (...) il y a toutes des procédures qui sont sorties et qui nous permettent de pérenniser ce système d'accréditation ».

Les répondants nous ont également fait part de préoccupations qu'ils avaient envers les agents concernant **les changements de culture** amenés par l'ACI. Bien qu'il existe un référentiel propre à la psychiatrie, l'ACI amène un changement de valeur. Les soins de santé mentale ne sont pas les mêmes au Canada qu'en Belgique ce qui peut parfois non seulement rendre compliqué l'application de certaines exigences mais aussi provoquer une fuite du personnel comme l'indique E1 ligne 423 « (...) risque de fuite du personnel s'il ne se reconnaît pas dans les valeurs de l'institution ».

De plus, les IC ont donné une attention particulière à **la préparation des agents** à la visite. A cet effet, ils ont utilisé les outils institutionnels à leur disposition : E3 ligne 56 « Avec une lecture après chaque staff, d'un quart d'heure, ça ne durait pas très, très longtemps et on parcourait à chaque fois le memento¹¹ un quart d'heure (...) je pense qu'on a dû relire 4 ou 5 fois le memento pour s'en imprégner ».

Un des IC nous indique également que le fait **d'avoir une temporalité** permettait d'organiser la préparation à la visite : E10 ligne 174 « (...) ce qu'il faut finalement, c'est de l'organisation et te dire que petit à petit, on va y arriver, donc il faut te programmer un échéancier, toi en tant que chef en disant qu'il serait bien que d'ici la fin du mois on ait vu tel et tel rubrique, le mois prochain on attaque tel et tel rubrique et de fixer une espèce de répétition (...) »

Aussi, en vue de la préparation, des audits ont été réalisés, ce qui a permis de **faire participer les agents**. La majorité des répondants ont trouvé cette expérience enrichissante, toutefois une des personnes interrogées nous explique que ce n'a pas toujours été le cas : E6 ligne 93 «

¹¹ Document interne reprenant des questions d'accréditation

alors elles étaient là avec leur questionnaire, à nous poser des questions culpabilisantes (E6 insiste sur ce terme) (...) ».

- Rôle des IC

« Ce n'est pas une implication, c'est vraiment une abnégation de soi vraiment, faut vraiment y aller et donner une grosse, grosse impulsion et après ça voilà, c'est comme une toupie (sourire) » ligne 126 nous indique le répondant E3.

Le répondant E1 résume les rôles devant être effectués par l'IC comme ceux d'une « **bonne mère de famille** » ligne 164. A cet effet, la bienveillance, l'écoute, la pédagogie et la disponibilité pour son équipe sont les principales caractéristiques énumérées par les IC interrogés. Toutefois, l'IC ne doit pas hésiter à recadrer, si nécessaire, ses agents. Les répondants s'accordent sur le fait que l'IC doit **être sur le terrain** : « (...) pour moi, un manager, ce n'est pas quelqu'un qui est sur sa chaise et qui donne des ordres à droite à gauche, c'est quelqu'un qui est sur le terrain, qui se rend compte des réalités de terrain pour justement participer avec l'équipe. » nous indique E10 ligne 39. Cette présence sur le terrain lui permet de pouvoir observer les agents en action afin, dans un premier temps, de jouer **un rôle de contrôle** : E2 ligne 148 « (...) après je pense que le rôle de responsable c'est de pouvoir vérifier derrière aussi, être sûr que voilà, que c'est toujours d'application, que les gens n'ont pas repris de mauvaises habitudes voilà, pouvoir refaire une sorte de petit audit régulièrement (...) ». Dans un second temps, cela permet de **valoriser** les membres du personnel : E1 ligne 354 « (...) les équipes, elles, sont plus là pour le travail avec les patients donc il faut de temps en temps restimuler, (...) et surtout valoriser (...) »

Aussi l'idée de **donner du sens** aux agents est partagée par ces managers : E3 ligne 70 « C'est en apportant de la profondeur et un sens au travail qu'on fait, (...) ». Cela permet l'adhésion des personnes. E10 ligne 150 nous explique d'ailleurs que : « Communication, bienveillance et participation, et réflexion. Si tu n'amènes pas ton équipe à réfléchir sur quelque chose, encore une fois, ils ne vont pas se l'approprier, ça va être quelque chose d'imposé, donc tu dois amener la réflexivité au sein de ton groupe (...) ».

Ce sont les IC qui **communiquent** principalement avec les agents concernant les changements : E2 ligne 35 « Chaque fois qu'il y avait quelque chose de nouveau à refaire, c'était clairement dit lors des réunions de service de fonctionnement et tout était implémenté comme ça ... au fur et à mesure tout simplement ». Ils sont amenés à devoir reformuler, recontextualiser ou encore trier les informations : E1 ligne 113 « (...) généralement j'ai essayé

de lire la procédure et de pointer pour l'équipe, les morceaux qui concernaient vraiment le service (...) »

Au-delà de son rôle envers son équipe, l'IC a **un rôle envers sa hiérarchie**, notamment, le fait de faire remonter les difficultés de terrain : E1 ligne 149 « faire remonter lors des réunions au responsable du département les manques et besoins ».

- Les défis

Les IC sont unanimes sur le fait que **la crise sanitaire** a eu un impact sur le processus, notamment en ce qui concerne les effectifs et la charge de travail : E1 ligne 326 « (...) nous, ici, on a eu une grosse pénurie de personnel, on a été en difficulté, enfin les gens étaient à bout (...) ». Un des IC interrogés nous fait également part de l'impact psychologique que cela a eu sur les équipes, du fait de la réaction de la hiérarchie : E1 ligne 84 « la réponse que l'institution nous a donné ici c'est de venir nous chercher tout notre matériel est d'aller le porter au général à Ambroise Paré et ici nous faire rentrer dans les isolements sans le matériel donc ça, on l'a quand même très mal vécu. »

Chacun des services nous a fait part **des spécificités de son unité** qui ont parfois été un frein dans le processus (petite équipe, service fermé, architecture), ainsi que les spécificités de la patientèle en psychiatrie : E1 ligne 195 « (...) les patients délirants en psychiatrie qui vous disent moi je suis Dieu et je suis né en 2049 ou un truc comme ça... (...) ».

La charge de travail dans les unités a été rapportée par les IC interrogés : E1 ligne 300 « (...) quand la direction est venue avec ça (l'accréditation), je vous avouerai que les équipes ont dit : on est déjà en train de courir tout le temps elle nous ennuie avec ces histoires. Mais finalement, il y en a toujours un ou 2 dans l'équipe qui se prennent au jeu. »

Les dynamiques des équipes ont été évoquées par les répondants. Ils mettent en évidence ce qu'on peut appeler des chocs générationnels pouvant exister au sein des équipes : E10 ligne 96 « (...) C'est la toute la difficulté au sein d'une équipe, surtout quand tu as des plus anciens qui ont connu il y a 20 ans (...) ». Les réfractaires sont également cités : E10 ligne 200 « (...) forcément on a eu des gens réfractaires, ça c'est un obstacle, j'ai envie de dire, inévitable, et là c'est ce que je te disais tout à l'heure c'est engager la conversation de groupe et la réflexivité pour justement les accompagner, qu'ils comprennent ce qui leur ait demandé et l'intérêt qui est sous-jacent (...) ». L'impact que les collègues peuvent avoir entre eux : E1 ligne 143 « (...) ce qu'il y a eu c'est une forme d'émulation parce que quand c'est une collègue qui vient

vous expliquer, on veut faire plaisir à la collègue, on veut montrer qu'on fait partie de l'équipe, c'est plus intéressant que quand c'est la chef qui dit ce qu'il faut faire ».

La transversalité du projet a parfois ralenti le projet, comme l'indique le répondant E10 ligne 46 : « (...) un projet de grande envergure, et plus on a d'intervenants, plus on a de participants, de collaborateurs, plus on a d'avis et plus parfois c'est difficile à combiner (...) ». A cela s'ajoute le ressenti des IC concernant les manques d'implication des paramédicaux : E1 ligne 68 « (...) on dérangeait rarement la psychologue qui était en entretien, l'ergo qui était dans sa salle et tout ça, donc on se retrouvait finalement à devoir nous en tant que nursing justifier notre travail et pas se sentir tellement soutenu par les autres membres de l'équipe (...) ».

Des comparaisons ont été faites avec d'autres projets de changement auxquels les IC ont pu participer. Ces derniers mettent en avant les particularités du projet ACI qui diffèrent. A ce sujet, E3 dit ligne 17 : « Projet d'accréditation il y avait un canevas à suivre et donc des formations bien précises à suivre, les autres c'étaient des projets à construire sur le temps. (...) »

• Les ressources

La principale ressource évoquée par les répondants est **la ressource humaine**. En effet, afin de permettre l'adhésion des agents, l'hôpital a mis en place le système d'ambassadeur qualité, ce qui a permis à des agents des unités d'être au plus près des coulisses du projet. Aussi ces agents étaient chargés de réaliser des audits auprès de différents services, ce qui a permis la participation d'un grand nombre d'agents : E6 ligne 46 « On a eu beaucoup de questionnaires, des ambassadeurs qui venaient une fois par mois, qui venaient, qui posaient des questions. (...) ».

D'autres référents étaient nommés au sein des unités, ce qui permettait à l'IC de déléguer certaines tâches et en même temps de faire participer les agents, à l'image du référent hygiène ou encore du référent pharmacie. La hiérarchie et les autres ICS ont également été cités par deux des personnes interrogées comme ressources. A la question « Quel a été le rôle de votre hiérarchie au niveau de l'accompagnement dans le processus d'accréditation ? », E6 nous répond « Ils viennent régulièrement (...) et les cadres intermédiaires aussi. ». Toutefois, E1 nous a fait part des difficultés rencontrées suite à la réaction de la hiérarchie face de la crise sanitaire : ligne 84 verbatim plus haut.

Les échanges entre paires ont aussi été rapportés comme ressource humaine par plusieurs des répondants à l'image de E6 ligne 72 « (...) j'ai toutes mes autres collègues comme la kiné, (...) qui me renvoyait, (...) qui est assistante sociale et qui venait régulièrement me donner des petits filons, voilà... ».

La culture de changement déjà existante dans l'institution a été présentée comme levier par les IC, à cet effet E1 nous rapporte « (...) c'est des gens qui sont formés à la qualité nous ici historiquement notre ancienne directrice de nursing, Madame FD, elle est devenue qualitiicienne donc elle nous avait pas mal ouvert les yeux sur certaines choses ».

L'existence de bonne pratique déjà dans les unités est aussi rapporté par deux des répondants, E6 indique ligne 139 « On fonctionnait déjà pas mal ; déjà avec le recul quand on analyse(...), fondamentalement y'a pas eu tant de changement voilà extraordinaire, mais c'est plus comment dire, je vais dire au niveau de la paperasserie. Les choses ont été tac tac tac tac, il faut faire les choses comme ça tac tac tac tac (...) »

Des ressources matérielles ont été présentées par les IC tels que les outils de communication. Les IC recevaient une communication de leur hiérarchie par mail et via des réunions : « à chaque staff du département infirmier paramédical et on nous disait ce qu'il y avait à changer (...) » nous informe le répondant E3 ligne 92. Toutefois, ils précisent que leurs supérieurs étaient régulièrement sur le terrain pour les soutenir et être à leur écoute.

De leur côté, eux aussi utilisaient ces médias pour communiquer avec leurs équipes : E1 ligne 131 « (...) d'abord en formulation papier puis via la boîte mail et alors il faut savoir que de toute façon en tant qu'infirmière en chef on est obligé de réunir son personnel nursing au moins 6 fois par an pour des réunions (...) ». Ils profitaient d'échanges formels ou informels avec ces dernières pour vérifier la compréhension des informations transmises : E10 ligne 129 « (...) tu t'assures qu'ils lisent leurs mails parce que c'est pas toujours le cas, une fois qu'ils ont l'information c'est là que tu fais un certain suivi, et un suivi bienveillant ».

Un des IC interrogés souligne l'importance de la communication, c'est ce qui va permettre aux agents de comprendre ce qui leur est demandé et le mettent en pratique. E10 ligne 90 « C'est, j'ai envie de dire, inévitable, si tu imposes sans expliquer, les gens vont le faire parce qu'ils t'apprécient en tant que chef ou parce que la direction le demande, mais sur la durée ça ne durera pas ». A cet effet, des outils comme les tableaux blancs ont permis de jouer un rôle important : E10 ligne 106 « (...) je ne sais pas si tu connais le tableau blanc, le but est de

parler d'un problème qui touche les patients et l'équipe et qui pourrait être résolu sur place au lieu de demander une solution un peu plus haut (...) »

- Les limites de l'accompagnement

Bien que le maximum soit fait pour favoriser **la participation**, E1 déplore le fait que le processus a été moins participatif que prévu : ligne 55 « (...) Au départ on nous a présenté les choses comme un processus assez participatif, maintenant entre-temps, on a vécu la Covid, on est arrivé fort tard dans les délais, donc on a vu à la dernière minute arriver finalement un processus qui avait été pensé par les cadres supérieurs ».

De plus, parfois les occasions de participation étaient stoppées du fait des spécificités de l'ACI, la créativité des agents était limitée. E1 nous indique : « (...) histoire qu'il n'y ait pas des gens qui soient créatifs pour des activités auprès des personnes avec des choses qui ne sont pas concernées par l'accréditation (...) » ligne 162.

La quantité d'**information** reçue a été signalée comme un obstacle par les répondants. E10 ligne 169 indique « (...) quand on a reçu le bloc et je parle de bloc parce que MC qui était responsable justement à ce moment-là de l'accréditation l'avait dit à la réunion, attention vous allez recevoir un bloc mais comme un bloc et en effet il n'a pas menti (...) ». Le retard des informations nous est également rapporté par 3 des répondants dont E10 « (...) ce qui été par contre difficile c'était d'avoir les informations soit un peu trop tard soit un peu trop tôt » ligne 271.

- L'expérience de la visite

Tandis que certains regrettent le fait qu'ils n'aient pas reçu la visite des évaluateurs : E6 ligne 45 « Et bien ils ne sont pas venus ! », d'autres nous font part des apports de la visites E10 ligne 245 « Donc autant l'accréditation a servi à l'hôpital, je pense qu'elle a servi également aux dynamiques d'équipe » et d'autre nous font part de leur ressenti : E1 ligne 66 « je me suis sentie très, très seule ... »

- Conseils aux IC

Un des objectifs de l'enquête était de pouvoir prendre des bonnes pratiques entre collègues. A cet effet, les IC du CHP émettent une série de conseils. Parmi leurs recommandations, on retrouve :

- La nécessité des IC de comprendre les changements demandés : E10 rapporte ligne 324 « (...) il va en recevoir en masse, pas de panique, il faut prendre le temps de s'imprégner de tout ce qui nous ait demandé parce que finalement c'est toi qui vas aller le présenter à l'équipe (...) »
- L'utilisation des formations pour acquérir éventuellement les savoirs manquants : E1 indique ligne 374 « (...) je pense d'abord lui-même de se renseigner sur ce que c'est que les processus de qualité, l'accréditation vraiment lui de demander les formations qui lui sont nécessaires à sa direction en tant que manager pour quand même qu'il garde l'information (...) »
- L'importance de travailler avec l'ensemble de l'équipe : E3 conseille ligne 111 « Toujours travailler avec son équipe pour le changement, que ce soit avec les gens qui sont positifs au changement et même ceux qui sont négatifs aux changements, (...) »
- Les notions de sens, avec une place importante pour la communication, comme indique E3 ligne 117 : « Quelque chose de simple, avoir l'assentiment de son équipe pour le changement, et puis quand ils y voient du sens et de l'intérêt et bien c'est positif pour leur pratique... Le changement, il est là et il reste. »
- Des éléments relatifs à la participation des agents, E10 dit ligne 323 : « (...) si tu le présente d'une manière un peu directive et pas sûr de toi, forcément ton équipe elle va te suivre mais dans le même dynamisme, donc il faut quelque part que pour toi ce soit clair, que tu puisses te dire ok telle date c'est possible qu'on ait fini et justement d'expliquer tout ça à ton équipe (...) »
- La place de la hiérarchie dans le processus, chez E1 ligne 378 : « (...) une fois qu'il a lui compris où est sa place lui en tant qu'infirmier chef là-dedans, qu'il a, je le souhaite, le respect de sa direction et de sa filière hiérarchique pour ça, bien après il faut un manager qui connaît bien son équipe (...) »
- La nécessité de persévérer et de rester simple dans un tel contexte, le répondant E6 nous rappelle ligne 150 : « (...) qu'il continue et pas abandonner. Continuer, ne pas abandonner et être simple »

2.b Synthèse des résultats des infirmiers chefs de l'hôpital général

Les entretiens réalisés auprès des IC de l'hôpital Ambroise Paré mettent en évidence six thèmes principaux. Ces derniers vont être détaillés ci-dessous. On trouve des éléments concrets concernant **le rôle de l'IC** envers ses collaborateurs. **Les préoccupations et les défis de l'IC** à la réalisation des changements sont aussi présentés. On trouve également **des notions concernant l'accompagnement**. Et enfin, les IC nous font part de leurs **besoins** pour le changement. Ces répondants correspondent aux entretiens 2, 4, 5, 11 et 12 ; un tableau de synthèse ainsi qu'un arbre thématique des entretiens se trouvent en annexe 11 et 12.

• Rôle IC

Pour ce qui est du rôle de l'IC, le répondant E11 nous en donne une définition générale ligne 11 : « (...) je pense que le rôle principal de l'infirmier en chef dans le processus d'accréditation c'est de le promouvoir dans son équipe. » En effet, l'ensemble des IC interrogés à HAP sont d'accord sur le fait que le manager doit **motiver son équipe, lui donner du sens, l'informer et surtout adhérer** lui-même au changement afin de faire collaborer ses agents. E12 indique ligne 148 : « (...) ça a un bien fondé et c'est justement en se rattachant à ces succès du passé qu'on arrive à motiver et que moi en tant que responsable pour répondre à la question j'arrive à faire et à continuer à faire adhérer les membres de mes équipes et ... »

Deux des cinq interrogés, nous parlent du **rôle de contrôle et de surveillance** que doit avoir l'IC, E4 nous indique ligne 34 : « (...) donc forcément ça implique un management plus intensif, en continu à ce sujet-là, une surveillance plus accrue, enfin voilà du travail en plus (..) »

Aussi, certaines **connaissances** sont nécessaires aux IC pour mener les changements : « (...) elle doit connaître le but, le pourquoi, enfin avoir une base sur l'accréditation, aller aux formations spécifiques, connaître le mémento, c'est un minimum quoi (...) » nous indique le répondant E4. Le répondant E2 rejoint cet IC pour ce qui est des connaissances sur le projet. E12, quant à lui, nous fait part de **compétences managériales et de communication** : E12 ligne 171 « La communication, la diplomatie, la prise de hauteur, énormément de prise de hauteurs, les compétences managériales traditionnelles, savoir manager avec les différents types de population qu'on a malheureusement ou heureusement à encadrer dans nos équipes (...) »

Les IC interrogés nous font également part des implications que le projet a sur eux ;
notamment :

- Une charge de travail supplémentaire, d'après E5 ligne 156 : « (...) en travaillant plus, en échangeant plus avec les cadres qualité (...) » et E11 ligne 18 « (...) c'est que j'ai l'impression de ne faire que de l'administratif, j'ai très peu le temps d'aller dans les salles comme je le voudrais (...) ».
- Ainsi qu'un investissement important de la part des IC, E12 nous parle même de « surinvestissement ».

• Préoccupation IC

Les IC interrogés mettent en avant le fait que **le patient est prioritaire** à leurs yeux, à l'image de E4 ligne 117 : « (...) et puis voilà la priorité je pense que c'est quand même les patients, donc voilà m'assurer que tout est en ordre pour les patients, qu'il n'y ait pas de problème (...) ». Deux des IC interrogés (E12 et E4) nous expriment leurs craintes concernant la prise en charge des patients : E12 ligne 20 nous confie « (...) on fait passer réellement ce changement en priorité, au couvert de la sécurité et de la qualité alors qu'à mettre une telle pression, moi je trouve que l'objectif est inverse, les gens se lassent de ce nouveau projet et les gens banalisent la prise en charge du patient et la bâclent au profit justement de la préparation à l'accréditation (...) »

La pérennité du projet fait également partie des préoccupations des IC comme l'indique E12 ligne 278 : « (...) acquérir un niveau d'accréditation c'est bien, le maintenir c'est différent, je suis persuadé que les hôpitaux à l'heure actuelle ont énormément de difficultés à tenir le niveau d'exigence similaire à celui qu'ils ont rencontré quand ils ont été accrédités (...) »

Ils s'interrogent sur **les attentes de leur hiérarchie**, à cet effet E11 nous informe ligne 155 : « (...) je l'ai vécu pas en tant que cadre (...) donc je sais ce qu'on attend d'un infirmier mais je ne sais pas ce que moi l'accréditation attend de moi en tant que chef, et donc je me dis, « et donc l'accréditation ces questions vont porter sur quoi pour moi en tant que chef, sur mon organisationnel ? Sur quoi ? je n'en sais rien... » ». A cet effet, ils indiquent avoir peu de feedback de leurs supérieurs : E4 ligne 123 « une aide quand même, un feedback, parce que oui on a eu une visite à blanc mais le feedback, on a eu un fichier on n'a même pas analysé avec notre chef de service (...) tu crées des choses, enfin voilà elles sont pas toujours revues par tes supérieurs, tu ne sais pas, enfin tu es un peu dans le vague... »

Aussi trois des IC nous font part de **la charge que le projet** représente sur le personnel soignant, l'équipe nursing semble être la plus sollicitée malgré qu'il s'agisse d'un projet transversal, E2 nous rapporte ligne 167: « On a l'impression que l'accréditation ne concerne que le personnel infirmier au final, parce que les médecins n'en parlent pas, ils n'ont pas du tout cette pression, quand ils nous voient faire tous nos documents et tout ça limite ils comprennent pas ce qu'on fait, (...) les kinés ne se sentent pas forcément concernés, l'assistance sociale pareil (...). Mais au final la pression elle est quand même sur les infirmiers ».

Sur cinq IC interrogés à HAP, trois nous indiquent **ressentir une pression** de la part de la hiérarchie, à l'instar de E12 ligne 15 : « je trouve que la pression... La manière dont on amène le projet, la manière dont on amène les changements et la manière dont on amène les adaptations sont... Trop insistantes, trop lourdes pour le personnel dans les périodes qu'on connaît actuellement (...) ». Ligne 14, E4 nous indique : « Il y a la pression, il y a une grosse pression qui est mise par le supérieur et du coup moi je trouve qu'on en oublie un peu le contexte patient (...) ».

- Défis

Tous les IC interrogés sur le site sont d'accord sur le fait que **la crise sanitaire** de la Covid 19 a été un obstacle majeur : « (...) les deux ans de Covid on a stoppé ce truc et là on reprend doucement maintenant, y'a des choses qu'on a oubliés (...) » E4 ligne 38. Elle a marqué tant les corps que les esprits E12 ligne 284 nous indique « (...) donc voilà pour moi la crise sanitaire c'est vraiment ce qui a été le plus compliqué parce que ça a épuisé des forces vives, ça a démotivé pour bon nombre, (...) et donc on se retrouve avec du personnel qui a dû donner, qui doit encore donner et qui se voit encore devoir donner pour réussir à acquérir et à accomplir ce processus d'accréditation ».

La charge de travail citée dans quatre des cinq entretiens (2 4 5 12), ainsi que le manque de personnel cité dans quatre entretiens (2 4 11 12) sont autant d'éléments qui freinent le projet : « (...) ce n'est pas toujours facile de pouvoir être dessus, parce que on a un turnover de fou (...) » E5 ligne 110.

Aussi certains services ont dû subir des déménagements, des fermetures de service ou encore des réorientations de discipline.

Parmi les défis énoncés par les IC, **la dynamique des équipes** tient une bonne place. Les IC nous font part de l'hétérogénéité de leurs équipes avec la présence de réfractaires comme pour tout projet. E5 témoigne ligne 45 « (...) il y a des infirmières entre guillemets qui veulent pas du tout entrer dans le processus d'accréditation, ici pas plus tard qu'il y a 2, 3, semaines une infirmière a dit à monsieur (...) que l'accréditation c'est que de la merde (...) ». Les IC soulignent toutefois l'influence positive qu'ont les agents entre eux au sein de leurs groupes.

Un manque d'adhésion est constaté par les répondants E11 et E12, lié selon eux à une méconnaissance du projet par les agents, E11 ligne 116 nous dit : « (...) je trouve qu'on n'a pas assez expliqué le processus d'accréditation dès le départ, on n'a pas expliqué aux gens pourquoi on s'inscrivait dans un processus d'accréditation, pourquoi, à quoi ça allait nous servir, quels en étaient les objectifs, voilà... Et donc pour eux, à part leur amener une charge de travail supplémentaire, ils ne voient pas l'intérêt. Et donc voilà (...) ».

Face à cela une **baisse de motivation** peut se sentir auprès des agents, E12 indique ligne 79 concernant l'implication des agents : « Participation si... mais d'implication, d'adhésion et de motivation.... De moins en moins au fur à mesure qu'on avance je pense (...) ».

- Accompagnement

Dans le cadre du processus de changement, les IC sont unanimes dans le fait que **l'équipe qualité** est une ressource humaine importante dans le processus : « Le service qualité est quand même très disponible (...) » nous indique le répondant E11 ligne 144.

D'ailleurs, l'équipe qualité est présentée comme très accessible par les personnes interrogées, contrairement à leurs supérieurs directs qui semblent très occupés et qui par conséquent communiquent peu avec eux sur le sujet. Les IC se retrouvent parfois dans des situations où les failles de la communication se font sentir à l'image du témoignage de E2 : « on a appris des choses par hasard ».

Pour l'ensemble des répondants, réunions et les mails, constituent le principal moyen de **communication** entre les différents acteurs, seul les répondants E5 et E12 nous indiquent utiliser un outils extérieur « Facebook » et « Messenger », afin de toucher le plus grand nombre, « (...) je sais que normalement, si on veut suivre la procédure, je sais que c'est par mail, mais le problème c'est que, comme je dis une fois que les gens retournent chez eux ils ne regardent pas leurs mails quoi, enfin... » nous confie E5 ligne 123.

Afin de donner du sens aux agents, les IC favorisent **la participation** de ces derniers notamment en utilisant l’outil memento de manière interactive et ludique, ce qui permet d’amener le dialogue autour des questions de l’accréditation. Le répondant E4 nous explique : « (...) on a créé un petit jeu (...) pour que chacun puisse apprendre et connaître les questions et voilà tout le monde est actif là-dedans » ligne 23.

Les possibilités **de formation** sont mises en avant par les IC. E12 nous informe ligne 223 : « (...) déjà les formations internes qui sont dispensées au niveau présentiel et au niveau informatique, qui permettent déjà aux gens d’acquérir un bagage théorique donc là il y a ce soutien de la hiérarchie (...) ».

Des **outils institutionnels de gestion de changement** sont mis à sa disposition tels que le tableau de bord et PDCA (cité par E10), la checklist organisationnelle (cité par E5) ou encore l’outil tableau blanc qui a été cité par deux répondants et qui a permis de donner du sens pour plusieurs pratiques demandées par l’ACI et de faire réfléchir les agents autour du projet et des changements, E12 ligne 130 dit : « c’est essayer de leur faire comprendre que l’accréditation ça va permettre d’améliorer les choses (...) ».

- Limites de l’accompagnement

Les IC interrogés mettent en avant un paradoxe lié à **la communication** avec d’une part, des informations non reçues (E2 ligne 46 « appris par hasard ») et d’autre part l’excès, avec une quantité importante de mails et procédures, au point où il est souvent difficile de suivre sans négliger le travail de base. E4 indique ligne 105 : « (...) Et puis on reçoit 10 000 mails Ennov¹² de nouvelles procédures, je ne suis pas sûr que le personnel les lise (...) ».

Une carence dans **l’accompagnement par la hiérarchie** est exprimée par quatre des cinq IC interrogés :

E2 ligne 124 : « (...) encore une fois qu’ils soient peut-être un peu plus présents et qu’ils nous guident un peu plus, mais après d’un autre côté, encore une fois je ne leur jette pas la pierre parce que voilà (...) ».

E4 ligne 142 : « (...) et aucune reconnaissance, voilà la bienveillance elle est pas la ... »

¹² Logiciel interne de recherche documentaire

E5 ligne 72 : « écoute au niveau de ma cadre directe, c'est compliqué parce que je la vois déjà pas très souvent, et après quand je la vois souvent c'est pour lui parler de problèmes que j'ai dans le service, donc on niveau de l'accréditation on ne se parle quasi pas (...) ».

E12 ligne 47 : « (Silence) ils ne nous accompagnent pas ».

Le répondant E12 met en avant également les carence au niveau des formations :

Ligne 211 : « (...) on doit avoir des capacités pédagogiques, là on nous demande d'avoir ces capacités dans des domaines d'expertises qui à la base ne sont pas les nôtre, un chef en (...) n'a pas les connaissances suffisantes en pharmacologie ou en pharmacocinétique pour dispenser de la théorie à autrui, mais on nous demande de le faire, donc on nous donne pas forcément les armes et les moyens pour bien faire les choses, mais on nous demande de le faire ».

• Besoins pour ancrer

Les IC ont mis en avant plusieurs éléments qui pourraient leur permettre de les aider et d'ancrer les changements. Les cinq répondants mettent en avant **des éléments en lien avec la hiérarchie** :

- E12 ligne 433 : « Le soutien, le soutien on en parle pas assez mais il manque de soutien dans les démarches. Alors le soutien, il peut être de plusieurs milieux et de plusieurs origines, mais que la hiérarchie soit plus présente sur le terrain pour venir objectiver les problèmes de terrain, plutôt que se baser sur des belles théories (...) ».
- E11 ligne 40 : « Alors moi je pense qu'à la tête du projet il faut un leader. Il faut vraiment quelqu'un qui représente l'institution mais de manière très, très forte. Qui encourage, qui stimule vraiment les équipes de soins pour se dépasser. Parce que l'accréditation ça demande du dépassement (...) ».
- E5 ligne 173 : « (...) je pense que c'est ça qu'il faut, c'est que l'hôpital appuie encore plus sur le fait, et les cadres aussi, que l'accréditation on va l'avoir, on y est et ça va continuer après. Et le fait qu'eux entre guillemets mettent ce poids-là (...) ».

Aussi **des éléments en rapport avec la disposition de moyens** ont été évoqués par les répondants ; le répondant E12 en fait un résumé ligne 357 : « (...) moyens financiers, moyens humains, moyens technologiques, (...) C'est des moyens en fait, des moyens de faire notre travail essence ».

Le répondant E12 est le seul à avoir mis en avant le manque de **cohésion des soignants** au sein de l'hôpital comme obstacle à la réalisation du projet. Cependant, ce problème n'est pas uniquement micro, il va au-delà des murs de l'hôpital, selon lui il s'agit d'un problème qui touche l'ensemble de la profession de soignants et qui tant que ces derniers ne s'uniront pas pour revaloriser leur profession, le problème subsistera : ligne 452 « (...) On se retrouve la maintenant à chacun voir son assiette, on est super individualiste, alors que dans des périodes de crise comme on vit actuellement, le plus beau des adages c'est l'union fait la force, mais au lieu de s'unir (...) ».

2.c Synthèse des résultats du « top management »

Pour rappel, le choix a été fait d'inclure dans le « top management » la direction infirmière et les ICS afin de permettre de garder l'anonymat des répondants. Les réponses de cette catégorie de manager ont amené plusieurs réponses à notre question de recherche. L'analyse des entretiens réalisés auprès du « top management » nous permet de mettre en avant 5 thèmes qui seront détaillés ci-dessous ; à savoir **le rôle du top management**, leurs **attentes envers les IC** concernant la gestion du changement, **les défis des IC** du point de vue de la hiérarchie, **les ressources** auxquels ils ont accès et enfin **les apprentissages** de la hiérarchie suite au projet. Il s'agit des répondants E7, E8, E9, et E13. Un tableau de synthèse ainsi qu'un arbre thématique des entretiens se trouvent en annexe 13 et 14.

• Rôle du top management

Concernant les missions de la hiérarchie, les répondants nous parlent **d'un rôle sponsor** du projet, ils doivent porter le projet pour l'expliquer aux différents acteurs afin d'obtenir leur adhésion : E7 ligne 7 « Mon rôle dans le cadre d'un processus d'accréditation est un rôle de sponsoring, au niveau de l'ensemble des chantiers d'accréditation, est un rôle de facilitateur dans le cadre de tous les chantiers et de toutes les procédures, les processus que l'on veut mettre en place, (...) ».

Pour cela, ils doivent eux-mêmes **s'approprier les différents référentiels** et mener une campagne de **communication** auprès des différents acteurs : E9 ligne 163 : « (...) Et donc vraiment, ça a été quelque chose qui a été fait avec un maximum de communication, avec surtout pouvoir expliquer aussi le sens, pour les personnes de terrains, voilà un grand aspect de communication (...) ».

Le rôle du top management est également d'exercer **une fonction de soutien** envers les différents managers de l'institution. Ce rôle passe par la communication mais également par les actions : E6 ligne 124 « Il y a un côté un peu exemplarité qu'il faut faire, si on a l'impression que la direction s'en fiche, finalement les gens ne font pas les efforts en fait ».

Afin de permettre cela, ils privilégient une **communication** orale : E7 ligne 21 « Donc via les réunions avec les infirmiers chefs au départ et après on va en parler et après on a été beaucoup dans les unités ». Toutefois, le répondant E13 indique avoir un rôle limité concernant la communication : ligne 30 « Finalement la plupart des éléments de communication passent par la cellule qualité, et on n'a pas de rôle propre en matière de communication avec eux, si ce n'est dans les plans d'action qu'on s'est fixé par rapport aux différents groupes de travail qui sont en place ».

- Attentes de la hiérarchie

Pour mener à bien les changements demandés par l'ACI, le top management a des attentes envers les managers de la première ligne. Aussi pour pouvoir rencontrer ces attentes, les répondants nous informent que les IC pourront s'appuyer sur **les niveaux hiérarchiques supérieurs** : E8 ligne 136 « Le rôle essentiel c'est un rôle de coach, donc l'infirmière chef de service doit être pour l'infirmier chef un coach, (...) l'importance de soutenir l'infirmier chef ». E7 nous dit ligne 47 : « (...) une équipe de cadres qui est bien formée aussi, ils connaissent la politique institutionnelle voilà, on prône la participabilité (...) ».

Il est attendu des IC de mettre en pratique **leur connaissances et compétences** acquises durant leur formation : E8 ligne 120 « C'est d'abord de savoir le changement ça implique quoi, et donc peut être avoir des informations déjà théoriques (...) donc je pense qu'au travers de leurs formations les infirmiers chefs reçoivent toute une série de cours dans le cursus, tant en école des cadres qu'en master ».

Des formations sont proposées aux managers afin de pouvoir renforcer leurs compétences managériales : E8 ligne 133 « (...) alors nous on essaye aussi de leur mettre un programme de formation au niveau des infirmiers chefs (...) ».

Les répondants insistent sur le caractère **bienveillant et participatif** que doit prendre l'IC dans son management. En effet, ce sont des valeurs de l'institution que les managers doivent incarner : E9 ligne 163 « (...) Et donc vraiment, ça été quelque chose qui a été fait avec un

maximum de communication, avec surtout pouvoir expliquer aussi le sens, pour les personnes de terrains, voilà un grand aspect de communication (...) ».

Il est attendu des IC de pouvoir **communiquer** sur le projet avec les équipes, aussi ils doivent eux-mêmes connaître les tenants et aboutissants du projet : E7 ligne 37 « (...) il faut qu'ils soient, au courant de ce qu'on veut comme changement, où est ce qu'on veut arriver et pourquoi est-ce qu'on veut, et pourquoi on veut y arriver, il faut déjà qu'ils comprennent ça et après ça doit être des pros en fait (...) ».

Aussi, il est attendu de **faire participer** les agents : E7 ligne 42 « (...) une fois qu'ils ont passé l'info, il faut qu'ils trouvent en interne qui va être porteur pour telle chose, pour tel changement, des responsables un peu d'équipe de tel ou tel chantier ».

• Défis

Les répondants nous ont fait part des défis auxquels devaient faire face les IC. En première position et à l'unanimité pour les répondants, ce fut la crise **sanitaire qui a eu** des répercussions sur le projet : E7 ligne 58 « Plein ! alors le premier, ça été que c'est tombé quand même en plein milieu du Covid (...) ».

La pénurie de personnel complique également le projet : E9 ligne 131 « (...) aussi, c'est la problématique en termes de personnel, que ça soit l'absentéisme ou même la difficulté de pouvoir recruter des membres de l'équipe, ça, ça été quand même un point compliqué (...) ».

Un des répondants nous indique que l'une des **particularités de l'ACI** c'est qu'elle amène un changement de culture qui n'est pas toujours facile à instaurer, d'où l'intérêt d'avoir une communication bienveillante envers les agents : E7 ligne 13 « (...) expliquer le pourquoi et le comment, expliquer tout de suite que ça ne va pas être facile, expliquer aussi la plus-value, que ça va être un levier pour changer pas mal de choses dans l'institution, qu'il fallait le voir, d'un côté positif (...) ».

De plus, un des manager souligne le fait que les IC doivent faire face à **des changements constants** : E8 ligne 85 « Ça ce sont des changements, les infirmiers chefs ont eu d'énormes changements (...) c'est des changements permanents (...) ».

• Ressources

Afin de faire face à ces freins, les répondants nous font part des ressources disponibles au sein de l'institution. Tout d'abord, ils mettent en avant la **ressource humaine**, avec les différents niveaux hiérarchiques qui peuvent être sollicités :

- E8 ligne 102 « (...), d'abord de leur connaissance et compétence, d'accord, dans l'institution une ressource directe et bien c'est forcément l'infirmier chef de service (...) » ;
- E9 ligne 179 « (...) les cadres qui étaient quand même présents, les collègues aussi, il y avait des référents accréditation dans le service, donc on a demandé dans chaque service qu'il puisse y avoir un référent accréditation infirmier et un référent accréditation paramédicale » ;
- Les ICA ont été cités par un répondant.
- D'autres personnes sont considérées comme des ressources tels que les différents référents dans les unités, les RH ou encore les personnes de terrain.
- E8 ligne 52 « (...) On a créé un comité qualité au sein de l'institution, donc ce comité qualité a permis d'avoir des rencontres et de pouvoir faire des bilans au comité de direction, (...) ».

Des ressources matérielles sont également disponibles : E9 ligne 64 « Alors ce qu'on avait fait aussi, c'est qu'on a créé ce qu'on appelle un mémento, donc le mémento c'est vraiment un document qui reprend pratiquement l'ensemble des questions qu'on peut se poser sur le site (...) » ; ligne 171 « (...) il y a des outils aussi qui ont été mis en place, je pense notamment à ce qu'on appelle la checklist organisationnelle (...) ».

Les managers insistent aussi sur les possibilités de **formations** (E7 E8 E9) qui s'offrent aux agents, ce qui peut être un levier dans un tel processus.

• Apprentissage

Au cours de nos entretiens, le « top management » nous a fait part de ses apprentissages lors de ce projet, on y retrouve les notions de bases du changement mais également, l'intérêt de faire participer les gens de la base, de mettre en action les individus par le biais des ambassadeurs qualité. Ligne 40, E8 dit : « (...) le département infirmier est un peu comme une colonne vertébrale au sein d'une institution hospitalière et avait besoin vraiment de mettre les mains dans le cambouis et d'essayer d'adhérer comme ça (...) » ; E7 souligne ligne 117 : « (...) et j'ai été surpris, vraiment de la puissance de ça, que ça soit

des gens des équipes qui parlent aux gens des équipes, ça marche vraiment bien quoi (...) ».

3. Techniques de validation des résultats

3.a Triangulation des résultats

Dès le début de l'enquête, nous avons pris le parti de trianguler les résultats des IC avec ceux du top management. Ceci nous a permis d'obtenir d'une part des informations complémentaires sur le rôle de l'IC dans le changement, mais également de faire des rapprochements entre les discours de ces deux groupes de personnes. Toutefois, nous avons quand même pu mettre en lumière des éléments divergents qui seront présentés dans la partie discussion de ce travail.

3.b Validation par les répondants

Afin de renforcer la validité de nos résultats, nous avons réalisé une synthèse individuelle de chaque entretien. Cette synthèse a ensuite été adressée individuellement à chaque répondant, ce qui a permis de vérifier que les descriptions et éventuelles interprétations mises en avant représentaient bien ce que la personne interviewée souhaitait exprimer.

Une grande majorité des répondants nous ont confirmé les résultats donnés. Les répondants 3, 4, 6 et 7 n'ont hélas pas répondu à notre demande.

Les synthèses individuelles des personnes interrogées se trouvent en annexes, de la 16 à la 28. Afin de préserver l'anonymat des répondants, les données permettant de les identifier ont été supprimées de ces synthèses.

3.c Réflexivité personnelle

Étant moi-même infirmière cheffe adjointe au sein de l'institution CHU, je suis directement concernée par la problématique traitée dans ce travail. De plus, je suis ambassadrice qualité dans mon unité, ce qui renforce mon implication. Cependant, étant consciente de ce possible biais, j'ai tenté de garder un regard objectif durant tout le travail.

Ce n'était pas ma première expérience d'entretiens et d'analyse, toutefois je reste novice dans le domaine, c'est pourquoi j'ai préféré effectuer une analyse descriptive des entretiens plutôt qu'interprétative.

Lors de la retranscription des entretiens, je me suis aperçue que je ne laissais parfois pas assez de temps au répondant pour finir son idée. Hélas ce n'est qu'à l'écoute des enregistrements que je m'en suis aperçue. Il est vrai que je craignais de déborder sur le timing annoncé aux participants, ce qui, peut-être, a eu une influence sur ma manière de mener les entretiens.

Après analyse des entrevues, je me rends compte que je n'ai pas été assez attentive aux réponses données par les personnes interrogées. En effet, les réponses sont parfois en décalage complet avec la question, bien qu'elles soient tout à fait intéressantes et enrichissantes. C'est d'ailleurs peut-être pour cela que je n'ai pas été vigilante.

J'ai également remarqué au cours de l'analyse, qu'il y a des moments où une question de relance aurait été pertinente afin d'obtenir plus de détails, mais il est hélas trop tard pour cela.

De plus, je constate que les entretiens sont centrés sur la préparation à la visite d'accréditation, surtout du côté des entretiens réalisés auprès des IC de HAP, or la visite n'est pas un changement. La visite est un des éléments qui amène des changements mais ce n'est pas un changement en soi. Cette constatation est apparue en prenant du recul sur les entretiens et en revenant sur la question de recherche pour analyser les résultats.

Aussi les répondants ne représentent qu'une petite partie des managers de l'institution. En effet, les deux établissements comptent au total 11 ICS, 53 IC et 35 ICA ce qui fait un totale de 99 managers, auxquels on peut ajouter les deux directeurs infirmiers. Notre échantillon correspond à environ 13% de la population des managers des deux institutions.

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION

Afin de mettre en perspective nos résultats, nous allons les confronter entre eux et avec la littérature. Nous verrons dans une première partie les résultats concernant **les acteurs et leurs préoccupations**, puis dans une seconde partie, nous nous intéresserons **aux défis des IC**. Dans une troisième partie, nous verrons **les leviers et leurs limites** avant de terminer par des **pistes d'amélioration**.

1. Les acteurs

• La hiérarchie

Pour Autissier et Moutot (8), la hiérarchie doit démontrer un engagement fort pour le projet. Via les entretiens réalisés auprès du top management, nous avons pu recueillir leur implication et leur investissement dans le projet, notamment au travers de la participation à des chantiers, de leur présence sur le terrain... Ils se définissent d'ailleurs « sponsor » ou encore « moteur ». Ils ont conscience du rôle « d'exemplarité » qu'ils doivent jouer.

Pour Bareil et Rondeau (21), la hiérarchie a également un rôle de soutien à jouer auprès des IC. Aussi, on retrouve dans les entretiens menés auprès du top management cette notion de soutien. Toutefois, dans les entretiens recueillis nous avons pu mettre en évidence une différence dans le soutien de la hiérarchie perçu par les IC.

En effet, du côté de l'hôpital général, l'ensemble des répondants nous fait part du manque de soutien qu'ils ressentent de la part de leur hiérarchie. Certains des répondants nous disent comprendre cette absence, toutefois, le soutien est un besoin pour eux. D'ailleurs, quand on demande aux IC de quoi ils auraient besoin pour mener à bien des changements durables, le feedback et le soutien de la hiérarchie sont les réponses les plus citées.

Du côté de l'hôpital psychiatrique, c'est un tout autre discours que l'on peut recueillir. Les répondants nous disent avoir été soutenus, que la hiérarchie était présente sur le terrain etc... Le « top management » interrogé dans les deux établissements met en avant quant à lui la hiérarchie comme support aux IC avec en premier les ICS.

• Les rôles du cadre : le management

Dans les entretiens recueillis auprès de ces cadres, nous avons pu mettre en évidence une certaine similitude entre les rôles joués par le top management et les rôles joués par les

IC et ce dans les deux institutions, notamment en ce qui concerne les notions de communication et de leadership. Ceci nous renvoie aux rôles quotidiens du cadre que nous avons exposé dans la partie théorique de ce travail (37). Bien que les rôles décisionnels soient plutôt exercés par le top management, les MPL exercent aussi ces rôles à leur échelle. De plus, l'ensemble des managers agissent comme des « leaders », comme des « symboles » mais également comme des « agents de liaison », ceci de manière différente suivant le niveau hiérarchique (rôles interpersonnels). Concernant les rôles liés à l'information, ils tiennent une place importante à tous les niveaux.

Le style de leadership utilisé par les IC n'est pas clairement identifié par les participants. Toutefois, on peut supposer au vu des descriptions faites par les répondants qu'ils utilisent un leadership situationnel. En effet, les IC indiquent, par le biais de divers exemples, s'ajuster à la situation à laquelle ils sont confrontés ; ainsi plusieurs managers décrivent un leadership démocratique dans le sens où ils donnent les informations aux agents afin de les impliquer dans la prise de décision et la mise en place des changements (tableaux blanc, ambassadeurs).

Plusieurs des répondants mettent en avant les qualités de leader et de manager nécessaires à la gestion des changements. Les savoirs et savoir-faire que nous avons pu mettre en évidence dans les parties théoriques sont donc largement repris par les managers interrogés, tant IC que « top management ».

La notion de construction de sens occupe une place importante dans le discours des personnes interrogées. Tel que le montre les recherches exposées dans la première partie de ce travail, il s'agit d'un élément indispensable pour mener des changements durables. Les agents doivent comprendre vers où la direction veut aller et pourquoi, afin que le changement soit durable. E9 nous dit ligne 165 : « (...) surtout pouvoir expliquer aussi le sens, pour les personnes de terrain, voilà un grand aspect de communication ».

On retrouve également toutes les notions de « contrôle » et de « surveillance » qui renvoient au pilotage du changement, E10 nous donne un exemple ligne 128 « (...) donc tu t'assures qu'ils lisent leurs mails parce que ce n'est pas toujours le cas, une fois qu'ils ont l'information c'est là que tu fais un certain suivi, et un suivi bienveillant (...) ».

Pour les IC, ce contrôle se fait par « supervision directe » (Mintzberg 1980). En effet, l'IC étant sur le terrain au quotidien cela lui permet de se rendre compte directement des éventuels problèmes. Pour le « top management » cette surveillance se fait plus par des outils internes, tels que les statistiques de remplissage de dossier : E9 ligne 208 « On a travaillé pas mal avec

des stats, on a travaillé aussi avec des stats par rapport à tout ce qui est dossier informatisé, sur les taux de remplissage des anamnèses, on a mis en place les rapports intermédiaires, les rapports de sortie (...) ».

Les outils de suivi de la transformation tels que nous avons pu les voir dans la littérature ne semblent pas être utilisés par ces managers. Seul un IC de chaque établissement nous parle de tableau de bord : E12 ligne 51, (...) il y a un tableau de bord et ce tableau de bord en fait on doit le mener à terme pour que ce soit clôturé fin septembre (...) ». Des outils tels que le modèle ICAP pourraient être utiles dans un changement tel que celui mené par ces institutions. La réalisation des audits peut être considérée comme un outil de suivi du changement, toutefois il reste subjectif.

• Les destinataires

Dans le cadre du projet ACI, les destinataires du changement sont non seulement les soignants mais aussi l'ensemble des personnes travaillant dans l'institution. La transversalité du projet est la caractéristique principale. Elle a été abordée par les 3 catégories de personnes interrogées. Au cours des entretiens réalisés, nous avons pu mettre en avant que cette transversalité pouvait :

- apporter des richesses du fait de rencontres pluridisciplinaires
- être un frein pour le changement.

En effet, comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique, les institutions de soins sont des organisations complexes avec de multiples acteurs aux préoccupations différentes.

Plusieurs répondants nous font part de la pression mise sur le personnel soignant E2 ligne 182 « (...) donc voilà je trouve que c'est vraiment ciblé le personnel infirmier mais du coup ça rajoute une pression supplémentaire ». Les soignants semblent porter le fardeau du projet.

De plus, le nursing est dépendant de plusieurs services de l'institution pour mener à bien leurs changements. Parmi ces services, on peut citer la pharmacie ou encore le service technique, ce qui peut parfois créer des tensions entre ces acteurs qui n'ont pas les mêmes réalités de terrain : E10 ligne 386 « (...) je t'ai parlé de la pharmacie en disant que ça avait été compliqué mais ça été compliqué pour tous les services transversaux en fait (...) ».

Au-delà de la notion de transversalité, les IC interrogés nous font part de l'hétérogénéité des équipes tant au niveau générationnel qu'au niveau des personnalités et des motivations. La gestion de cette variété de personnalités est un défi au quotidien pour les managers. E12 ligne

153 « Voilà c'est aléatoire un jour les gens adhèrent, le lendemain on a que des merdes, on a que des problèmes, (...) voilà on n'a pas envie quoi. C'est très énergivore ».

Les répondants nous indiquent la nécessité d'inclure tous les agents dans le processus, y compris les réfractaires. Comme le préconise Bareil (23), il est important de prendre en compte ces personnes dans le projet, de les écouter et d'engager le dialogue avec eux. C'est également ce que nous indique les répondants dont E10 ligne 198 : « (...) c'est engager la conversation de groupe et la réflexivité pour justement les accompagner, qu'ils comprennent ce qui leur est demandé et l'intérêt qui est sous-jacent (...) ».

L'ensemble des IC met en avant la dynamique positive de leur service qui a permis de limiter cet obstacle : E10 ligne 142 « (...) C'est là où tu vois finalement que l'équipe à une bonne dynamique » ; ou encore E1 ligne 143 « (...) c'est une forme d'émulation parce que quand c'est une collègue qui vient vous expliquer on veut faire plaisir à la collègue (...) ». Ceci nous renvoie à la notion de synergie de groupe évoquée dans la première partie de ce travail.

Le top management a confiance dans les capacités de ses managers pour faire face à ces difficultés. E7 nous indique ligne 95 : « (...) donc c'est un peu un art de pouvoir manager tout ça, ce sont des managers, ils doivent le faire (rire) ».

- L'équipe projet

Dans le cadre du projet d'accréditation, la cellule qualité peut être considérée comme l'équipe projet. L'ensemble des répondants nous ont fait part de l'apport majeur de la cellule qualité dans le processus. Sur les deux sites, cela se manifeste de différentes manières. Au niveau du CHP, cela se matérialise par les ambassadeurs qualité tandis qu'au niveau du CHU c'est l'outil memento qui est présenté comme levier ainsi que les responsables qualité.

- La fonction RH

Nous avons pu voir dans le cadre théorique que la fonction RH fait partie des acteurs de la gestion du changement. Pour ce qui est de l'accompagnement au changement, les répondants nous font part des formations qui sont disponibles. Toutefois, mesurer l'impact des changements sur les personnes fait partie des responsabilités RH et ce volet est très peu exploité.

Il s'agit pourtant d'une ressource qui pourrait aider les managers et les agents au quotidien, non seulement pour l'accompagnement du changement mais aussi pour tout ce qui concerne le bien être du personnel. En effet, les IC interrogés nous font part des répercussions de la

crise sanitaire sur le personnel, telles que la fatigue des agents, l'absentéisme etc. A ceci s'ajoute l'impact des changements sur les personnes. Ce sont tant d'éléments sur lesquels la RH pourrait mener une action. Toutefois, cette ressource semble être sous utilisée ou sous-estimée des managers des deux institutions.

Concernant le bien être psychologique des agents, au niveau de l'hôpital général, seul E12 nous fait part de l'existence de ressources telles que le psychologue, mais il trouve les conditions d'accès pas suffisamment facilitées pour les agents. Au niveau de l'hôpital psychiatrique, E1 nous parle de l'existence de « COHEZIO ». C'est le conseiller en prévention externe spécialisé dans les aspects psychosociaux mis à disposition par les ressources humaines.

2. Les défis des infirmiers chefs

• La crise sanitaire et contexte hospitalier

La crise sanitaire de covid 19, occupe une place importante dans le discours des répondants. Elle apparaît comme un grand frein à la conduite de ce projet. D'après les témoignages recueillis par le « top management », elle a empêché la mise en place de plusieurs processus participatifs prévus initialement dans le cadre du projet. Les IC de leur côté nous informent qu'avant l'arrivée de la crise sanitaire, l'avancement de leur unité dans le projet était en bonne voie (E2 E4 E12). L'ensemble des managers interrogés sur les deux sites s'accordent sur le fait que la covid a eu des répercussions sur le personnel, aussi bien sur l'état physique et psychologique de ces derniers, que sur l'absentéisme et les capacités de recrutement du personnel qualifié. La pénurie de personnel a également impacté les unités pour la réalisation des changements. Le personnel est la principale ressource pour mener à bien les changements, aussi les conséquences de la pandémie ont été un obstacle majeur auxquels les IC ont dû faire face.

De plus, cette crise a amené un conflit de priorité pour les agents pour qui le patient est prioritaire. En effet, le projet pouvait leur apparaître comme secondaire face aux événements qu'ils vivaient au quotidien.

Le top management à conscience de ces difficultés E7 nous dit à cet effet « (...) c'est tombé quand même en plein milieu du covid, donc il n'y avait personne dans les équipes, et donc il

fallait en même temps gérer la crise covid et en même temps gérer l'accréditation, c'était évidemment pas facile (...) » ligne 58.

- La culture

Au niveau de l'hôpital psychiatrique, les notions de culture ont été abordées par presque tous les répondants, en indiquant que l'ACI amenait des changements de culture. Ce thème n'a pas été abordé par les répondants au niveau de l'hôpital général. Le fait que l'hôpital psychiatrique dispose d'un référentiel spécifique pour la santé mentale n'y est peut-être pas étranger. En tous cas, ce changement de culture a été présenté comme un obstacle par les participants.

Les notions de Lean management ont été mentionnées par les managers du CHP, tantôt comme obstacle, tantôt comme leviers. En revanche, les managers du CHU n'y font pas référence. Or il s'agit du modèle de gestion de changement mis en avant par l'institution.

- La pérennité des changements

Des IC des deux établissements nous ont parlé de la pérennisation du projet, il s'agit d'une de leurs préoccupations. A cet effet, au CHP, l'utilisation d'outils institutionnels tels que les checklists organisationnelles sont mentionnées par les IC (E10). De plus, cette préoccupation a été signalée au top management de l'établissement qui a décidé de poursuivre les audits (E1).

Chez les IC de HAP (E2 et E12) ce sont les moyens qui sont mentionnés pour permettre non seulement la réalisation des changements mais également leur pérennité.

3. Les leviers et leurs limites

La réalisation des entretiens nous a permis de mettre en évidence des pratiques conseillées dans la littérature, telles que les notions de participation, de communication et de formation qui composent les grands axes de l'accompagnement au changement. L'ensemble des répondants ont conscience de la nécessité de faire appel à ces leviers pour permettre l'adhésion aux changements.

- La participation

Dans le but de permettre l'adhésion des agents au projet, diverses démarches participatives sont mises en place par les IC. En premier lieu, on retrouve l'utilisation du mémento pour préparer les agents à la visite d'accréditation et se familiariser avec les changements demandés. Il permet de présenter les changements à réaliser, d'informer et de former les agents mais il ne met pas les agents en action.

Les audits sont également présentés comme un élément participatif. Toutefois, il semblerait que ce soit plus un outil permettant le suivi de l'acquisition des changements. En effet, bien que ce soit les agents (ambassadeurs) accompagnés des cadres ou référents qualité qui les réalisent, les audits ne mettent pas en action les agents sur les changements. Néanmoins, la mise en place des audits a permis de renforcer la mise en situation des personnes de terrain afin de favoriser les échanges et l'adhésion des équipes.

Des démarches telles que les tableaux blancs peuvent être considérées comme un atelier participatif dans le sens d'Autissier et Moutot. Il permet de « faire prendre conscience à la fois de l'importance et du contenu du changement » (22). D'un côté, ce processus permet de donner du sens aux agents mais d'un autre côté, les équipes se retrouvent parfois freinées dans leur enthousiasme car le projet d'accréditation doit répondre à des exigences strictes. Par conséquent, toutes les initiatives d'amélioration venant de la base ne peuvent être suivies, ce qui a pu amener de la frustration pour certains agents : E1 ligne 249 « (...) voilà un livret d'accueil d'une unité, à l'intérieur, tout ça, ça peut se négocier maintenant si c'est une procédure d'hygiène et que c'est comme ça, mais ça sert à rien de mettre ce genre d'outils en place (...) ».

- La communication

Les répondants rejoignent les informations que nous avons pu trouver dans la littérature en ce qui concerne les éléments essentiels à une bonne communication, à savoir l'utilisation de plusieurs voies et la construction de sens. Dans cette démarche, les IC jouent un rôle central en vue de s'assurer que les informations transmises sont comprises.

L'échantillon est unanime sur l'importance de la communication. Par conséquent, tous y attachent une importance particulière afin de favoriser l'adhésion des agents. Aussi, tant le top management que les managers de la première ligne font référence aux valeurs de l'institution dans leur management en particulier la bienveillance (E7 E8 E9 E10 E12).

Dans les deux établissements, les IC s'accordent sur le fait que la quantité d'informations est parfois conséquente (E2, E4, E10, E12) ce qui complique le projet. Par contre, au niveau du CHU, le manque de communication a été rapporté par 2 IC dont E12 ligne 53 : « Si nous on ne joue pas réellement le rôle de transmettre certaines informations, il n'y a pas forcément cette communication descendante de la haute hiérarchie, ou de la hiérarchie intermédiaire ». Ce témoignage concorde avec celui de E13, qui disait ne pas avoir « de rôle propre en matière de communication ».

- Le sens de l'urgence

Le sentiment d'urgence présenté en premier point dans les étapes du changement chez Kotter ne semble pas être rencontré au sein de l'établissement HAP. En effet, une partie du discours des IC nous laisse supposer que le sentiment d'urgence n'a pas été perçu dès le début chez les agents. Deux des répondants nous font part du fait que le changement et ses enjeux ne sont pas compris (E11 et E12). E12 nous indique à cet effet, « (...) je pense que les conséquences d'une non-accréditation à l'heure (...) ne sont pas assez mesurées et comprises par le terrain, par certains membres de la hiérarchie et sans doute par les autorités syndicales. » ligne 86.

Cette partie correspond à l'étape « unfreeze » chez Lewin, c'est le moment où on met en évidence les limites de l'ancien modèle et les nécessités de changer. Comme nous avons pu le voir dans la partie théorique, cette étape est nécessaire afin de permettre des transformations durables. Sans cette étape, il est difficile de motiver les agents et d'obtenir leur adhésion.

Du côté de l'hôpital psychiatrique, nous n'avons pas recueilli d'éléments à ce sujet, toutefois nous avons pu enregistrer de la part des IC l'impact positif des changements amenés par l'ACI pour les patients et l'institution. Tant les agents que les IC ont perçu la plus-value du projet. De plus, l'institution était, avant d'entrer dans le processus d'accréditation, dans une démarche d'amélioration des services, le projet ACI s'est donc inscrit dans la continuité des projets en cours même s'il amenait des différences.

- La formation

Les notions de formation ont principalement été évoquées par le top management qui met en avant les opportunités disponibles au sein de l'institution. Les managers quant à eux soulignent qu'il est de leur devoir de se former afin d'exercer au mieux leur rôle. Aussi, les IC nous présentent les ambassadeurs comme des sortes de formateurs internes à leurs unités.

En effet, ces derniers bénéficient de plus d'informations sur le sujet qu'ils doivent ensuite transmettre à leurs équipes : E1 ligne 139 « (...) pour montrer le geste à leurs collègues quand ils revenaient (...) » Cette fonction d'ambassadeur permet également la participation d'un grand nombre de personnes de terrain.

4. Pistes d'améliorations

Pour rappel, l'un des objectifs de notre enquête était de mettre en évidence des bonnes pratiques entre collègues afin de mener à bien des changements durables. Aussi, on constate au niveau des IC des deux établissements grand nombre de similitudes quant au rôle du management même si les termes utilisés ne sont pas les mêmes. Toutefois, quelques pistes d'améliorations peuvent être suggérées. Pour cela, nous nous sommes inspirés des conseils des IC de CHP, des besoins des IC de HAP et des apprentissages de la hiérarchie.

Une grande partie des conseils de IC de CHP correspond à la description que les IC de HAP se font de leurs rôles, aussi on peut considérer que ce sont des acquis, notamment concernant les savoirs et savoir-faire attendus. Par contre, un des conseils donnés est le soutien de la hiérarchie et il est vrai que les IC de HAP mettent en avant leur impression de carence en ce domaine. Ceci pourrait correspondre à **une première piste**.

Ensuite, nous avons pu mettre en avant la sous-utilisation de la fonction RH par les managers dans le cadre du projet de changement. Ceci pourrait correspondre à **une seconde piste d'amélioration**.

Une troisième piste d'amélioration pourrait se trouver dans l'utilisation des outils de pilotage de la transformation. En effet, cette notion est quasi inexistante dans les entretiens, or elle permettrait aux managers de pouvoir évaluer la progression des projets de changement, et de mettre en place des actions de conduite de changement adaptées (19).

Aussi, une utilisation plus efficiente des leviers (communication, participation) peut être une **autre piste d'amélioration**, car au vu des résultats, ces leviers ne produisent pas l'effet escompté. La remise en route des tableaux blancs au sein du CHU, ou tout autre mise en place de réunion à caractère participatif, pourrait être un exemple.

Conclusion

Dans le cadre de ce travail, nous avons pu mettre en évidence que le rôle de l'infirmier chef dans la conduite du changement, dans le cadre d'un projet institutionnel tel que l'Accréditation Canada International consistait non seulement à un accompagnement des agents mais aussi en un pilotage du changement à son échelle.

Toutefois, afin de pouvoir exercer ces rôles, nous avons pu voir que l'IC devait d'une part avoir accès à des ressources (humaines, matérielles, techniques), et d'autre part avoir des savoirs et savoir-faire.

Par le biais de ce travail, nous avons pu mettre en avant les pratiques managériales en matière de gestion du changement au sein de deux institutions de soins du CHUPMB. Des bonnes pratiques ont été mises en exergue (participation des équipes, don de sens, communication...), toutefois le contexte turbulent actuel lié à la crise sanitaire de Covid 19 a eu de nombreuses répercussions sur ces pratiques. La crise sanitaire vient s'ajouter aux nombreux défis auxquels doivent faire face les IC dans la gestion des changements amenés par l'ACI (transversalité du projet, charge de travail, dynamiques d'équipe...).

Suite aux entretiens réalisés, nous pouvons supposer que la culture d'amélioration au sein du CHP, ainsi que la participation des agents et le soutien de la hiérarchie ont été des facteurs favorisant la réussite du projet d'accréditation. Du côté de HAP, les témoignages recueillis ne nous permettent pas de mettre en avant ces leviers.

Bien que ces résultats ne soient pas généralisables, ils ne représentent que les impressions et ressentis d'une petite partie des IC des deux institutions. Les résultats mis en évidence sont suffisamment significatifs afin d'interpeller les responsables du projet. C'est pourquoi, non seulement ils seront communiqués au directeur qualité, mais également au directeur du département infirmier en vue éventuellement de mener des actions auprès du personnel.

C'est avec intérêt que nous attendons les résultats de la visite d'accréditation. Ils pourront être confrontés aux préoccupations des IC interrogés.

Limites et perspectives

Plusieurs limites peuvent être mises en avant dans le cadre de cette recherche. La première limite réside dans les biais liés aux répondants. Le fait que je travaille dans l'institution aura pu influencer les réponses des participants. Afin de limiter ce biais, le service où je travaille ainsi que les services où j'ai des contacts plus soutenus avec les infirmiers chefs ont été exclus de la recherche. De plus, il y a un possible biais de désirabilité sociale. Le thème de la recherche et la question de recherche étant donnés en avance, certains répondants pourraient être tentés de dire « ce qui est inscrit dans les livres » pour donner une bonne image.

Le choix de l'échantillon peut représenter une seconde limite de ce travail. En effet, le fait que nous ayons prédéfini le nombre d'entretiens, ne nous a pas permis d'arriver à saturation des données. De plus, nous rappelons que l'échantillon ne représente qu'une petite partie des IC des deux établissements (17%). Aussi, l'implication d'autres acteurs, tels que les soignants dans le processus de recherche aurait permis d'obtenir une perspective plus large concernant le rôle de l'infirmier chef dans la gestion du changement. Hélas, nous ne disposions pas des moyens nécessaires pour nous permettre de procéder à une telle recherche. Une triangulation des résultats a tout de même été réalisée en interviewant les ICS et directeurs.

Une troisième limite de ce travail pourrait se trouver dans l'analyse des résultats. En effet, ils n'ont pas fait l'objet d'une vérification inter codeur. Il aurait été intéressant d'avoir un point de vue autre afin d'éviter tout biais lié à l'exploitation des résultats. De plus, la quantité de données ayant dû être analysée est importante. La présence d'un autre codeur aurait peut-être permis de faire émerger d'autres éléments.

Le contexte de la recherche pourrait être une autre limite de ce travail. En effet, la crise sanitaire de la Covid 19 a eu un impact sur le processus de changement qui avait commencé depuis 2018. Les cadres ont dû s'adapter aux différentes contraintes que cette crise a amenées, ce qui a complexifié davantage leurs tâches. Il serait profitable de renouveler cette enquête dans un contexte plus stable car la crise sanitaire tient une grande place dans le discours des personnes interrogées, surtout chez les IC de l'hôpital général.

Dans le cadre de ce travail, nous avons procédé à des entretiens semi-directifs, il aurait été intéressant de réaliser une recherche action afin de permettre d'améliorer les pratiques et d'éventuellement faire émerger un modèle interne de gestion du changement. Une telle

démarche pourrait être envisagée à l'avenir étant donné que le projet ACI est un cycle continu.

Bibliographie

1. Habib J, Vandangeon-Derumez I. The role of formal leader in the transformation of pluralistic organizations. Comparative analysis of two hospitals. Rev Francaise Gest. 28 avr 2015;247(2):45-66.
2. Kirmi B, CHAHOUATI W. Le changement dans le milieu hospitalier : Revue de la littérature et proposition d'un modèle de changement par une démarche Qualité. Rev Contrô Comptab Audit [Internet]. sept 2019 [cité 6 janv 2022]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02311470>
3. Suhonen M, Paasivaara L. Nurse managers' challenges in project management. J Nurs Manag. nov 2011;19(8):1028-36.
4. Halgand N. L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement. Rev Francaise Gest. 2003;147(6):219-31.
5. Furukawa P de O, Cunha ICKO. Profile and competencies of nurse managers at accredited hospitals. Rev Lat Am Enfermagem. févr 2011;19(1):106-14.
6. Fernandez A. Le chef de projet efficace: 12 bonnes pratiques pour un management humain. 6e éd. revue et augmentée. Paris: Eyrolles; 2018. (Gestion de projet).
7. Larousse É. Définitions : changement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>
8. Autissier D, Moutot JM. Méthode de conduite du changement: diagnostic, accompagnement, pilotage. 3e éd. Paris: Dunod; 2013. (Stratégies et management).
9. Manager, c'est appréhender le changement (1/2) [Internet]. Emovera. 2019 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.emovera.fr/apprehender-le-changement-1-2/>
10. Autissier D, Vandangeon Drumez I. COMPORTEMENTS ET ROLES DE L'ENCADREMENT [Internet]. doczz.fr. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <http://doczz.fr/doc/4208113/comportements-et-roles-de-l-encadrement>
11. Bareil C, Savoie A, Rondeau A, Boudrias JS. LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL. In: LES DIMENSIONS HUMAINES DU TRAVAIL Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations [Internet]. 2004. p. 535. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00560059/document>
12. De Divonne P. CONDUIRE ET ACCOMPAGNER LES CHANGEMENTS [Internet]. [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/FT33_cle5b1291.pdf
13. Vandangeon - Derumez II. CHANGEMENT PRESCRIT ET CHANGEMENT CONSTRUIT: la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes [Internet]. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/communications/2295-changement-prescrit-et-changement-construit-la-conduite-des-processus-de-changement-et-les-logiques-dactions-sous-jacentes/download>
14. McKinsey Global Survey Results.pdf [Internet]. [cité 25 juin 2022]. Disponible sur: <http://gsme.sharif.edu/~change/McKinsey%20Global%20Survey%20Results.pdf>

15. Réussir le Changement - Accueil [Internet]. Coursera. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.coursera.org/learn/reussir-le-changement/home/welcome>
16. Merdinger-Rumpler C, Nobre T. What Stages for Change Management in Hospitals? *Gest* 2000. 2011;28(3):51-66.
17. Denuault E. Réformes hospitalière et management du changement. *Object Manag.* juill 2018;(263):60-3.
18. Minvielle É, Contandriopoulos AP. La conduite du changement. *Rev Francaise Gest.* 2004;150(3):29-53.
19. Lotfi B, Garrot T, Benchekroun B. MODELISATION DES PERCEPTIONS DES ACTEURS POUR REUSSIR LA CONDUITE DU CHANGEMENT : CAS DE L'HOPITAL. *Modélisation Simul MOSIM 2010.* 10 mai 2010;
20. HBR's 10 Must Reads on Change Management (including featured article « Leading Change, » by John P. Kotter) ^ 12599 [Internet]. HBR Store. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://store.hbr.org/product/hbr-s-10-must-reads-on-change-management-including-featured-article-leading-change-by-john-p-kotter/12599>
21. Rondeau A, Bareil C. Comment la direction peut-elle soutenir ses cadres dans la conduite d'un changement majeur Alain Ron? *Gestion.* 2009;34(4):64-9.
22. Autissier D, Moutot JM. *Le changement agile: se transformer rapidement et durablement.* Paris: Dunod; 2015.
23. Bareil C. Décoder les préoccupations et résistances aux changements. *Gestion.* 2009;34(4):32-8.
24. Autissier D, Vandangeon-Derumez I. Les managers de première ligne et le changement. *Rev Fr Gest.* 16 mai 2007;33(174):115-30.
25. Vas A, Guilmot N. Les cadres intermédiaires au coeur du sensemaking: le processus de création de sens en contexte de changement organisationnel. *Rev Int Psychol Comport Organ.* 2012;18(45):77.
26. Kotter J, Rathgeber H, Mueller P, Borgeaud E. *Alerte sur la banquise ! réussir le changement dans n'importe quelles conditions.* Paris: Pearson-Village mondial; 2008. (Management).
27. Baret C. Les défis de la gestion du changement dans les organisations de santé. *Sci Soc Sante.* 26 juin 2013;31(2):65-9.
28. Chapitre 10. Ressources humaines et conduite du changement : les RH comme sponsor opérationnel de la conduite du changement | Cairn.info [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/ressources-humaines-et-responsabilites-sociales--9782847695953-page-109.htm>
29. Masmoudi KK. La conduite du changement stratégique : Rôle du leadership. *Rech En Sci Gest.* 28 juill 2020;136(1):97-134.
30. Rogard V. LEADERS, MANAGERS ET CADRES : ACTIVITÉS ET INFLUENCE. In: *LES DIMENSIONS HUMAINES DU TRAVAIL Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* [Internet]. Disponible sur: <https://hal.archives->

ouvertes.fr/file/index/docid/560059/filename/DimensionsHumainesDuTravail_version_electronique_.pdf

31. Kurt Lewin [Internet]. Coursera. [cité 26 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.coursera.org/learn/reussir-le-changement/home/welcome>
32. Hersey P, Blanchard KH, Peters LG. Simulation en leadership situationnel: une simulation pour apprendre la théorie de la science du comportement. Montréal: Actualisation; 1995.
33. Bentein K, Stinghamber F, Vandenberghe C. L'engagement des salariés dans le travail. Rev Québécoise Psychol. 1 janv 2000;21.
34. CHU AMBROISE PARE - Sa mission [Internet]. [cité 26 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.hap.be/Public/menu.php?ID=675&IDm=720&i=0&j=0>
35. CHP CHENE AUX HAIES - Accueil [Internet]. [cité 26 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.chpchene.be/Public/index.php>
36. rapport-de-gestion-version-revue-20-05-2021.pdf [Internet]. [cité 26 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.mons.be/ma-commune/vie-politique/intercommunales/chupmb/rapport-de-gestion-version-revue-20-05-2021.pdf>
37. Mintzberg H. Le manager au quotidien: les dix roles du cadre. 2021.
38. Loufrani-Fedida S. L'organisation par projets : raisons, leviers d'accompagnement et difficultés de ce type de changement. In 2012. p. 55-80.

