

Faculté de santé publique

**Analyse de la résistance au
changement dans la transition d'une
psychiatrie médicalisée vers une
approche des soins communautaires**

Etude de cas entre deux institutions
psychiatriques Wallonnes du Hainaut belge

Mémoire réalisé par
Kévin GILBERT

Promoteur(s)
Sophie THUNUS
Carole WALKER

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Analyse de la résistance au changement
dans la transition
d'une psychiatrie médicalisée
vers une approche des soins communautaires

Étude de cas
entre deux institutions psychiatriques
Wallonnes du Hainaut belge

Mémoire réalisé par
Kévin GILBERT

Promotrice
Sophie THUNUS

Co-Promotrice
Carole WALKER

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique finalité spécialisée

Remerciements :

Ce cursus universitaire de trois ans a été très long et fastidieux. Néanmoins il m'a permis d'apprendre une quantité astronomique de théories, idéologies et concepts afin d'améliorer ma pratique professionnelle au quotidien et dans mon nouveau rôle de manager d'une équipe.

Tout d'abord, je voulais remercier plusieurs personnes qui m'ont permis d'effectuer ce master et la continuation de celui-ci ainsi que sa conclusion à travers le mémoire :

Me Pinte F. (ICS), Me Draize M. (ICS) et Me Destryker (ICU) pour m'avoir accordé cette formation et de faciliter mon horaire de travail ainsi que le suivi de celle-ci.

Mr Jaffre S. (DDIP) et Me Diforti (ICS) pour m'autoriser des facilités d'horaires et d'effectuer mes stages de gestion et management auprès d'eux ainsi que de leurs aides pour l'avancer de ce mémoire.

Aussi je tiens à remercier les professeurs Aujoulat, Dehaspe, Lorant, Meurens et Thunus pour leurs cours et les stages qui m'ont apporté une grande source de savoir sur la gestion hospitalière et le management.

Ensuite, je tenais à remercier ma promotrice, Professeur Thunus S., et ma co-promotrice, Madame Walker, pour leurs implications, leurs apports, leurs expertises et leurs aides à la création de ce mémoire malgré les aléas qui ont pu s'immiscer et occasionner des retards ou problématiques.

Aussi, je voulais remercier particulièrement ma grand-mère, Renée, qui malheureusement m'a quitté cette année, pour tout le soutien dont elle a fait preuve à mon égard et de continuellement me stimuler à avancer positivement. Je souhaitais lui rendre ce dernier hommage.

Enfin, je tiens à remercier plus que tout ma fiancée, Suzy, sans qui tout ceci n'aurait pu voir le jour. Elle m'a épaulé, conseillé, motivé et encouragé tout au long de ce master même dans les heures les plus sombres et ardues. Pour tout cela je lui serais toujours reconnaissant.

Un grand merci à toi pour ces journées et soirées passées à relire ou corriger mes travaux et m'assister dans mes révisions sans compter son soutien infailible dans l'élaboration de ce mémoire.

Le plagiat selon la Faculté de Santé Publique de l'UCL (2019) :

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

Introduction.....	1
I. Le contexte de l'organisation des soins psychiatriques.....	2
A. Le constat à l'international : un changement de paradigme	2
B. Le constat en Belgique	3
C. La réforme de l'article « 107 » de la loi des hôpitaux.....	5
D. Le calque de la réforme : le Forensic Master Plan.....	7
E. Conclusion de ces constats	7
II. Partie théorique : La résistance aux changements	9
A. Le changement : nouvelle ère, nouveau concept	9
B. Les étapes du changement dans la théorie des organisations.	10
C. Les formes de résistance au changement.....	13
D. Les facteurs favorisant la résistance au changement.....	14
E. Les conséquences de la résistance face au changement	16
F. Conclusion.....	16
III. Partie empirique :.....	17
A. Justification de la méthode de l'enquête.....	17
B. Recueil des données	17
C. Le choix des institutions	18
D. Présentations des institutions et des différents contextes	19
1. Contexte sociodémographique.....	19
2. Contexte socio-économique.....	19
3. Contexte de l'agencement des soins psychiatriques.....	19
4. Contexte géographique, structurel et organisationnel des institutions	20
5. Description des patients accueillis au sein de ses deux unités	23
6. Description des échantillonnages de population.....	24
IV. Analyse et résultats de la partie empirique.....	26
A. Présentation du changement et de son influence.....	26
1. En quoi consiste le changement ? La perception des réformes en santé mentale	26
2. Les impacts du changement dans l'institution, l'unité et sur le patient.....	31
3. Les conséquences du changement.....	36
4. Les solutions envisageables	38
B. Présentation des facteurs de résistance aux changements	40
1. Le changement et sa mise en place	40
2. L'environnement et la pression qu'il exerce.....	41
3. Les sources de conflits au sein de l'organisation	41
4. Les sources de conflits au sein de l'équipe et de sa culture.....	41

V.	Discussion et confrontation des données	43
A.	Préambule de la confrontation	43
B.	Les problématiques : entre théorie et pratique.....	44
1.	Les limites structurelles de la réforme	44
2.	La collaboration des acteurs de soins	45
3.	Le rôle et le pouvoir au sein d'une équipe pluridisciplinaire.....	48
4.	La redistribution du pouvoir selon les rôles de chacun dans l'équipe pluridisciplinaire..	49
C.	La gestion du changement : le rôle de la hiérarchie.....	51
D.	L'élucidation de la question centrale de recherche	53
1.	Une réponse hypothétique	53
2.	Les facteurs relevés dans cette confrontation	54
3.	La résistance face aux soins communautaires	56
E.	Pistes d'action et de recherche	56
1.	Du frein vers le levier.....	56
2.	Une piste d'action : la référence du patient	56
3.	Une piste de recherche : l'image publique et l'étiquette du patient	58
	Conclusion	60
	Bibliographie.....	61
	Annexes	67
A.	Annexe 1 : Les 5 Fonctions du Projet 107.....	67
B.	Annexe 2 : Les facteurs de résistance aux changements selon Bareil.....	68
C.	Annexe 3 : Guide d'entretien pour les agents et manager d'équipe.....	69
D.	Annexe 4 : Guide d'entretien pour les directeurs infirmiers	70
E.	Annexe 5 : Graphique du statut des agents auditionnés	71

Introduction

Depuis plusieurs années, le secteur hospitalier psychiatrique a connu diverses réformes. Celles-ci ont amené la possibilité de penser autrement le modèle de prise en charge des patients, entraînant la contribution de tous (équipes de soins, patients, ...) et la mise en place de systèmes communautaires.

En 2009, les conférences interministérielles vont dispenser des nouvelles formes de soins, notamment lors de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux. Concernant les soins en santé mentale, cet écrit va être un des points de départ qui va concentrer les efforts de tous les acteurs et qui sera axé sur la collectivité ainsi que sur le milieu de vie des patients. Les hôpitaux sont donc amenés à s'engager dans ces changements.

En tant qu'infirmier dans le domaine de la psychiatrie et travaillant dans ce contexte, j'ai pu observer une difficulté de certains acteurs pour s'adapter à ce changement, voire même une opposition face à celui-ci amenant à des comportements comme l'indifférence, la contestation, le déni...

Le changement est défini comme une rupture avec un équilibre pour en atteindre un nouveau. Ce dernier peut être innovant et source de motivation ou au contraire susciter des résistances. Plus globalement selon Lewin, la résistance au changement va désigner la capacité des individus à entraver les projets de réformes dans lesquels les hôpitaux se sont engagés. Les effets de cette résistance sont multiples et peuvent être désastreux pour une organisation. Mais pourquoi les individus résistent-ils alors à cette amélioration ?

Ce mémoire consistera à viser trois objectifs distincts, mais complémentaires. Le premier, d'ordre théorique, vise à la compréhension de l'évolution de l'organisation des soins psychiatriques afin de comprendre le contexte dans lequel la résistance au changement subsiste, pour ensuite en présenter son développement. Le deuxième, plus pratique, va permettre d'élaborer une étude empirique sur deux institutions et évaluer les impacts de la réforme. Enfin, la troisième sera une analyse née de la confrontation des données théoriques et du terrain afin d'établir si ce phénomène de résistance est réel et problématique.

Pour terminer, par des pistes de réflexions privilégiant une manière à réussir ce changement.

I. Le contexte de l'organisation des soins psychiatriques

Afin d'appréhender le contexte qui sera étudié, cette partie présentera l'évolution globale de l'agencement des soins psychiatriques. Tout d'abord, j'expliquerai cet avancement par le biais d'un bilan à l'international puis par un constat concernant la Belgique. Pour enfin m'axer plus particulièrement sur la réforme du projet « 107 » de l'article 107 de la Loi des hôpitaux (2008) et de la réforme du Forensic MasterPlan (2016).

A. Le constat à l'international : un changement de paradigme

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est décrite dans ses principaux repères (2018) comme « *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* ».

D'après l'organisme, une augmentation des problèmes en santé mentale est à prévoir, suite aux difficultés constantes de la société. Celle-ci est illustrée par l'intensification des pressions qui sont exercées sur les individus, amenant ceux-ci à mobiliser des ressources individuelles de plus en plus importantes.

Un compte-rendu édité de l'OMS par Fleury (2015) annonce que ces problèmes deviendront, « *d'ici 2030, l'une des causes principales de morbidité au sein des pays industrialisés* ». L'institution orientée sur la santé publique mondiale cherche alors à sensibiliser l'ensemble des gouvernements aux problématiques qui en découlent tel que les « *coûts économiques, humains et sociaux* » que cela peut occasionner.

Dans un rapport de 2004 par Funk, l'OMS effectue un état des lieux sur l'évolution des soins de santé psychiatriques à travers le monde. Le constat est que depuis les années 1950, beaucoup de pays se sont tournés vers une « *décentralisation* » de leur système de soin et de « *désinstitutionnalisation* » des hôpitaux psychiatriques. Ceci ayant pour but une diminution du recours à l'hôpital et une réduction des durées moyennes de séjour. Dès lors, un changement de paradigme voit le jour.

Depuis les trente dernières années, certains pays industrialisés comme la France, l'Italie, l'Angleterre ou le Québec ont entamé une série de réformes comme expliquent Fleury (2013) ou Thornicroft (2008). Ainsi, les systèmes de soins de santé mentaux et l'adéquation des

dépenses publiques sont repensés en transférant progressivement les moyens financiers des hôpitaux vers des structures communautaires. Les projets instaurés ont alors pour but de réduire « *l'hospitalo-centrisme* », d'améliorer « *les soins primaires* » et de « *premières lignes* » dans les bassins de vie comme l'expliquent la sociologue et le psychiatre.

C'est ainsi que les réformes ont conduit depuis 1978 pour l'Italie, à la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques vers une décentralisation des soins dans la communauté, selon l'éditorial pour l'OMS de Barbui (2018). Concernant l'Angleterre, selon Thornicroft (2008), des systèmes d'intégration sont instaurés, en conviant la population locale aux initiatives dans leurs bassins de vie. À propos du système français, celui-ci s'est basé sur la « *sectorisation* », depuis 1960. De façon à regrouper des services de psychiatrie par secteur de 70000 habitants et la mise en place de réseaux extérieurs. Quant au Québec, ces réformes ont amené non seulement à la « *responsabilité populationnelle* », mais aussi au travail interdisciplinaire des soins communautaires.

Ces changements ont œuvré pour des constats positifs. Notamment en France, où le nombre de lits psychiatriques est passé de 120 000 en 1950 à 57 000 en 2011 selon Fleury (2013). La diminution de la durée moyenne de séjour, étant liée aux soins ambulatoires, a permis de passer de « *90 jours en 2003* » à « *40 jours en 2009* ».

Cependant les auteurs relatent également les limites et les défis actuels de ces programmes de santé axés sur la refonte de leur paysage psychiatrique.

D'une part, il est mis en avant que ces systèmes soient encore trop « *hospitalo-centriques* » en comparatif aux services décentralisés ce qui donne lieu à une offre inégalement répartie sur le territoire comme l'expliquent les auteurs tels que Thornicroft (2008) et Fleury (2013). D'autre part, l'apparition d'une résistance aux changements des agents de terrain ou des institutions, aboutissant à réfréner le processus de cette évolution. Pour finir, par une difficulté de collaboration entre les différents professionnels de la santé suite à la progression de la place du patient qui devient « *acteur du soin* ».

Hormis les exemples cités ci-dessus, un autre pays a mené de multiples réformes depuis plusieurs décennies : La Belgique.

B. Le constat en Belgique

Selon la Commission Européennes, Jacobi (2005) évalue que « *la mauvaise santé mentale touche un citoyen sur quatre et l'on estime que plus de 27% des Européens d'âge adulte connaissent au moins une forme de mauvaise santé mentale au cours d'une année donnée. La mauvaise santé mentale grève sévèrement les mécanismes économiques, sociaux, éducatifs, pénaux et judiciaires* ». Le coût global des maladies psychiques en Belgique est estimé à 4% du PIB. En effet, l'enquête de santé réalisée par Vanderheyden (2014) souligne qu'une personne sur quatre (26%) souffre d'un certain degré de « *mal-être* » dont plus de la moitié exhiberait un problème psychologique assez important.

Des années 1960 à 2000, la Belgique a amorcé différentes réformes dans le domaine de la psychiatrie. Ceci étant en lien avec la crise financière des années 1980 et des coupes budgétaires comme l'expliquent Thunus & al (2012), ainsi que l'augmentation constante des dépenses dans les soins de santé passant de 7,9% à 10,3% du PIB de 2000 à 2017 selon l'OCDE (2018). Néanmoins, ces raisons ne sont pas primaires.

Premièrement, la multiplication de problèmes psychosociaux, l'apparition d'une nouvelle demande de soins, la saturation des structures d'accueil traditionnelles (durée de séjours trop longue surtout au niveau des patients psychiatriques chroniques, les lits « *T* ») et l'incapacité à répondre efficacement aux nouveaux besoins ont incité les autorités à restructurer les soins de santé mentale.

Deuxièmement, il s'agira aussi d'apporter une aide aux patients dans leur milieu familial et social afin de préserver leur autonomie pour les insérer dans la société. Pour cela, deux grandes réformes seront mises en place pour remodeler la structure même des soins et de l'hospitalisation au sein de la psychiatrie : la réforme de la création des Services de Santé Mentale (SSM) de 1975 et la réforme par l'arrêté royal du 10 juillet 1990 attrait à la « *désinstitutionalisation* ».

La première réforme de 1975 tendait à créer des services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux qui seront de nouveau réglementés en 1995. La seconde réforme de 1990 a permis de reconvertir près de 6000 lits pour créer de nouvelles structures accès sur « *l'extra muros* » à savoir les iHP (initiatives des Habitations Protégées) et les MSP (Maisons de Soins Psychiatriques), tout cela au plus proche possible des communautés de vie du patient. C'est la naissance de la psychiatrie de « *réhabilitation* » (1975). La mise en place de ce projet a pour objectif de réduire l'hospitalisation chronique allant vers un processus d'hospitalisation de courte durée associée à une autonomisation du patient : l'empowerment.

Malgré une diminution des places en institutions, ce système s’engorge très vite au fil des années et la politique de désinstitutionnalisation peine à avancer. En 2000, selon la plateforme 107, le ministre ainsi que le CNEH (Conseil National des Établissements Hospitalier) souhaitent la formation de circuits et réseaux de soins. En vue d’une meilleure gestion de la demande, pour mieux dispenser les offres de soins à travers le territoire et ainsi éviter les hospitalisations. Le réseau se manifeste à travers la création de projets pilotes destinés à des publics cibles. Selon deux rapports du KCE (Centre d’Expertise Fédéral) (2008 et 2019), la Belgique avait toujours un nombre de lits psychiatriques très élevé et le premier en Europe.

Troisièmement, la durée moyenne de séjour en psychiatrie était supérieure à un an, dont un tiers des patients étaient hospitalisés plus de six ans selon Walker *et al* (2019). Face à ce constat, la Belgique, à travers la conférence interministérielle Santé Publique a lancé la grande réforme du projet 107 sur le territoire.

Ce bilan m’amène à présenter le cheminement de cette évolution concernant le secteur de la santé mentale par la réforme de l’article « 107 » de la Loi des hôpitaux.

C. La réforme de l’article « 107 » de la loi des hôpitaux

La Belgique, dont la ministre Onkelinx, voyant une stagnation dans le domaine de la santé mentale malgré les réformes précédentes, adopte une nouvelle posture à partir de 2009 : la réforme de l’article « 107 » de la loi des hôpitaux (2008). L’article est né sur la décision de la conférence interministérielle de Santé Publique. Celle-ci va instaurer après 2010, un changement dans la psychiatrie belge pour les décennies à venir, s’inscrivant dans les recommandations de l’OMS pour décentraliser les soins en santé mentale. Tout ceci est expliqué dans le « *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale* » de la plateforme 107 (2019). L’objectif, selon Walker & al (2019), est « *le remplacement d’une organisation basée sur l’offre, ou modèle structurel, par une organisation orientée par la demande, représentée par le modèle des cinq fonctions, ou modèle fonctionnel* ».

En définitive, la mission primordiale de ce projet est de pouvoir transférer et de maintenir les patients dans leurs communautés ainsi que de favoriser leurs inclusions sociales. C’est la transition des soins hospitaliers vers les soins communautaires.

C'est un appel à projets qui est proposé aux institutions de soins. Il permet de réorienter un financement par le biais de reconversions ou remaniements de lits hospitaliers dans le but d'intensifier les soins de santé mentale. Le financement est assuré via le BMF (Budget des Moyens Financiers) de l'institution et qui est soutenu par des suppléments pour le maintien des « *projets d'exploration* ». L'hôpital psychiatrique est un acteur majeur de la réforme, car il détient des ressources humaines, financières et techniques importantes. Elles sont réorientées, pour que les professionnelles puissent être au plus proches du patient et dans son environnement. La première étape a été : les équipes mobiles 107 qui ne forment pas d'offre, mais qui répondent aux besoins de la population sur place. L'objectif est de créer des réseaux de soins qui établissent des « *programmes thérapeutiques pour des groupes cibles* » et donc « *optimiser les ressources pour les diverses offres de soins* » selon Psy107 (2019).

Pour mettre en œuvre ce nouveau modèle, 5 fonctions doivent être remplies, selon la plateforme Psy107 (2019), disponible à l'annexe 1 :

- Fonction 1 : assurer les activités de promotion et de prévention liée à la santé mentale dont le généraliste est un acteur principal dans les fonctions de détection, de dépistage et de diagnostic.
- Fonction 2 : créer des équipes mobiles « 107 », aiguë et chronique qui vont décentraliser les soins prodigués à l'hôpital pour dispenser une prise en charge du patient au plus près de son bassin de vie et environnement. L'objectif ciblé est d'éviter l'hospitalisation et favoriser le maintien au domicile en répondant à la demande de la population.
- Formation 3 : offrir des possibilités d'amélioration de la réhabilitation de cette patientèle dans la société par le biais de programmes. En lien avec les fonctions 1 et 2.
- Fonction 4 : repenser le système d'hospitalisation menant à de courts séjours ou de crise. Les services intensifs doivent réguler entre la courte durée de l'hospitalisation et la collaboration avec les fonctions 2, 3 et 5 pour permettre le retour du patient dans son lieu de vie.
- Fonction 5 : créer des habitations spécifiques quand le maintien au domicile est compliqué, mais ne nécessitant pas d'hospitalisation telle les iHP ou MSP.

Ces 5 fonctions œuvrent de manière autonome les unes des autres, mais elles sont complémentaires dans la prise en charge du patient. Cet agencement permet la mise en place de réseaux. En outre, le projet de la région du Hainaut qui regroupe trois institutions hospitalières s'harmonisant autour de la demande populationnelle.

Les « Réseaux 107 » nécessitent une structure et une organisation spécifique. Pour cela, des acteurs sont mis en place pour favoriser son fonctionnement : un promoteur, un coordinateur de réseau, des comités de fonction et de réseau. Il est important de concevoir la collaboration multidisciplinaire pour le bon fonctionnement de cette réforme sur « *Les soins communautaires* ».

D. Le calque de la réforme : le Forensic Master Plan

En Belgique, il existe des sous-groupes de population qui ne dépendent pas directement du réseau de soins « 107 ». L'une de ses catégories correspond aux patients issus de la loi de « *Protection Sociale* » (2016), anciennement appelés « *Défense Sociale* » (2014), à savoir les internés. C'est la loi liée à l'internement.

Ce sont des patients ayant commis des délits pénaux, déclarés « *irresponsable de leurs actes* » amenant à être internés dans une institution pouvant prodiguer des soins adaptés. Néanmoins en Belgique, le nombre de places au sein de ces entités est restreint conduisant les patients à résider de manière transitoire dans les annexes psychiatriques des prisons. Le temps d'attente est parfois très important, plusieurs mois ou années. Face à cette constatation le pays a déjà été condamné à plusieurs reprises par la CEDH (Cour Européenne des Droits de l'Homme).

Suite à cela, les gouvernements ont mis en place le plan médico-légal en se basant sur le modèle de la réforme 107, mais avec des subventions supplémentaires du ministère fédéral de la Justice. La finalité est de créer des itinéraires cliniques qui visent à dispenser une prise en charge en dehors des institutions pénitentiaires et d'élaborer des réseaux de soins de santé mentale. Une des spécificités est la création des équipes mobiles du circuit de la protection sociale : le TSI « *Trajet de Soins Internés* » ainsi que la création d'unité transitoire de réinsertion. Ceci sur base de la restructuration des hôpitaux en lien avec l'article 107. De plus, ces patients peuvent bénéficier de structures d'hébergement accès à la réhabilitation sociale comme les iHP (initiatives des Habitations Protégées) ou des services hospitaliers intermédiaires a trait à cette population. Néanmoins, les places sont très limitées.

E. Conclusion de ces constats

Actuellement, le secteur de la santé mentale est en pleine effervescence. Les multiples réformes tant à l'international qu'en Belgique incitent à de grands changements, notamment dans le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques. Néanmoins, suite à ces mouvements successifs, des éléments viennent freiner l'implémentation de ces réformes. Je me centrerai plus particulièrement sur deux facteurs.

Le premier concernera la difficulté de certains acteurs de terrain à s'intégrer dans la nouvelle culture de travail basée sur les pratiques du réseau. Ces professionnels doivent s'agencer sur de nouvelles pratiques de travail et de concertation dans une dynamique qui est toute nouvelle. Par exemple, la collaboration avec les organismes et professionnels extramuros tels que le médecin généraliste ou l'infirmière à domicile.

Le deuxième concerne l'entité en elle-même et la gestion du changement ainsi que de son environnement. Comment l'hôpital va restructurer son organisation des soins et ses ressources afin d'optimiser sa prise en charge du patient au plus proche de son bassin de vie ? Par exemple, la gestion des équipes mobiles 107, la concertation avec les réseaux ou l'expérimentation des projets pilotes. Au final, cela donne une suppression des lits « T » pour une augmentation des moyens comme les équipes mobiles 107.

Dans le domaine de la santé mentale notamment en institution comme l'explique Fleury (2013) et Thornicroft (2018), une résistance est de plus en plus présente. Les professionnels de l'intra et l'extra hospitalier doivent innover et s'adapter à certaines nouveautés comme une nouvelle conception de la prise en charge du patient, de nouvelles méthodes de partenariat et l'utilisation commune de NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication).

Suite à cette analyse, un questionnement voit alors le jour :

« La résistance aux changements des membres du personnel hospitalier peut-elle influencer la transition des soins communautaires ? »

Cette interrogation m'oriente vers le phénomène de la résistance aux changements qui sera la matière abordée dans la partie théorique.

La partie empirique sera quant à elle, l'opportunité de présenter comment ce fait s'organise à travers une enquête dans le contexte actuel du système hospitalier.

II. Partie théorique : La résistance aux changements

Les premiers repères concernant le concept de la résistance au changement sont apparus dès les années 50. De nombreux travaux scientifiques ont traité ce sujet. Cette section va donc reposer de manière synthétique sur un ensemble d'investigations que nous propose la littérature scientifique dans ce domaine.

La définition même de ce concept est à la fois « *complexe et floue* », car les interprétations et les domaines d'application sont multiples. Par exemple, le Pr Bernadou de l'Hôtel Dieu l'explique de cette manière « *ce qui est naturel, c'est la résistance au changement, ce n'est pas l'inverse* », car il existe chez l'homme « *un système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres, dont le but est identique (au système immunitaire) : garder l'intégrité psychique du soi* ».

A. Le changement : nouvelle ère, nouveau concept

D'après la citation célèbre d'Héraclite (2009) : « *Nous ne nous baignons jamais deux fois dans le même fleuve* ». Cela signifie que nous sommes en perpétuelle évolution.

Si nous nous tournons vers les auteurs dont Vas (2000) et Bareil (2004) dans le domaine du management, ils définissent le changement par « *une idée de stratégie* » se traduisant par des « *actions* » ou « *processus sur une période déterminée* ». En sociologie, il s'agit d'un double apprentissage indissociable pour les personnes impliquées ; concernant de nouvelles manières de faire et de coopérer. Quant à la psychosociologie, il s'agit d'un passage d'un état « *A* » à un état « *B* ». Ce qui signifie un processus dynamique d'émergence (de l'état B).

De nos jours, le changement est omniprésent que ce soit à une « *échelle individuelle* », « *groupale* » ou même « *d'une population* ». Celui-ci est nécessaire, par exemple, pour modifier des conduites qui ne sont plus en adéquation avec leur époque. À l'inverse, le changement peut être accompagné d'une résistance pouvant mettre en péril son avancée. Diverses études se sont centrées sur le besoin de mieux comprendre les moteurs et les freins du changement.

La suite de ce travail va nous amener à cerner le concept de résistance, ses formes et ses raisons.

B. Les étapes du changement dans la théorie des organisations.

« *Qui dit changement, dit résistance à celui-ci* », Bareil (2004). Aujourd'hui, ce concept est reconnu, il est même incontournable dans l'étude des réactions humaines. Mais que se passe-t-il derrière ce concept ? Le concept de la théorie du changement et de ses résistances est initialement élaboré par Coch & French en 1948. Tous deux s'axent principalement sur le « *concept primaire de la motivation individuelle* » ou « *primarily motivation* ». Ils ajoutent que si l'individu participe activement au changement, la transition n'en sera que plus aisée. Cette méthode a inspiré les recherches de différents auteurs.

Parmi eux, le chercheur Lawrence P., selon l'article de Vas (2000), met en avant le principe de « *la résistance qui ne réside pas dans le changement en soi, mais de l'impact de celui-ci* ». Il démontre, à travers la transition, que les interactions sociales entre les membres soient perturbées. Étant dans l'action du changement, ils ont donc une crainte sur la modification de la culture de l'entreprise.

Pour le psychologue Kurt Lewin (1951). Qui est considéré d'ailleurs comme « *le père fondateur* » suite à ses travaux sur la dynamique de groupe. Il explique, d'abord, que le changement est un « *état d'équilibre dans un champ dynamique de forces opposées* ». Par la suite, il découvre et oriente sa théorie en affirmant qu'il est plus facile de faire évoluer les individus en groupe lors d'une situation de résistance au changement, que s'ils sont pris séparément. Enfin, il délimite trois éléments principaux face à la notion du changement organisationnel (ou changement planifié) : préparer les membres face à celui-ci, favoriser l'implication de chaque individu dans celui-ci pour finir par consolider l'état modifié.

Lewin insiste sur les mécanismes d'apprentissage et sur la dimension cognitive des routines organisationnelles pour définir le déroulement d'un processus de changement. Il le symbolise métaphoriquement par le « *bloc de glace* » qui s'effectue en trois étapes : « *Unfreeze* », « *Change* » et « *Refreeze* ». Il part du postulat que si nous avons à faire face à un bloc de glace carrée, mais que l'on souhaite obtenir une sphère, il faudrait le faire fondre « *Unfreeze* », ensuite le modeler « *Change* » pour enfin le recongeler afin de solidifier l'ensemble « *Refreeze* ».

Quant à Vas (2000), dans un autre processus, il redéfinit les trois termes par « *cristallisation* », « *transition* » et « *recristallisation* ». Selon lui, la première étape est la

« prise de conscience des membres de la nécessité du changement, d'abandonner des comportements, pratiques et attitudes qui ne sont plus en adéquation avec l'organisation ». Ceci allant vers une nouvelle définition des normes : les objectifs communs liés à l'entité soient les « buts collectifs » selon la théorie des organisations de Friedzerg. La seconde étape est la période opérante du changement mise en évidence par deux méthodes : « soit la diminution des forces antagonistes » ou « l'ajout de forces favorables poussant le système vers le changement ». C'est le principe de diminuer l'équilibre des rapports de force en le faisant pencher en faveur du changement. La dernière étape est de « consolider les nouveautés en termes d'attitudes et de comportement » afin qu'ils restent dans une certaine pérennité au sein de l'organisation.

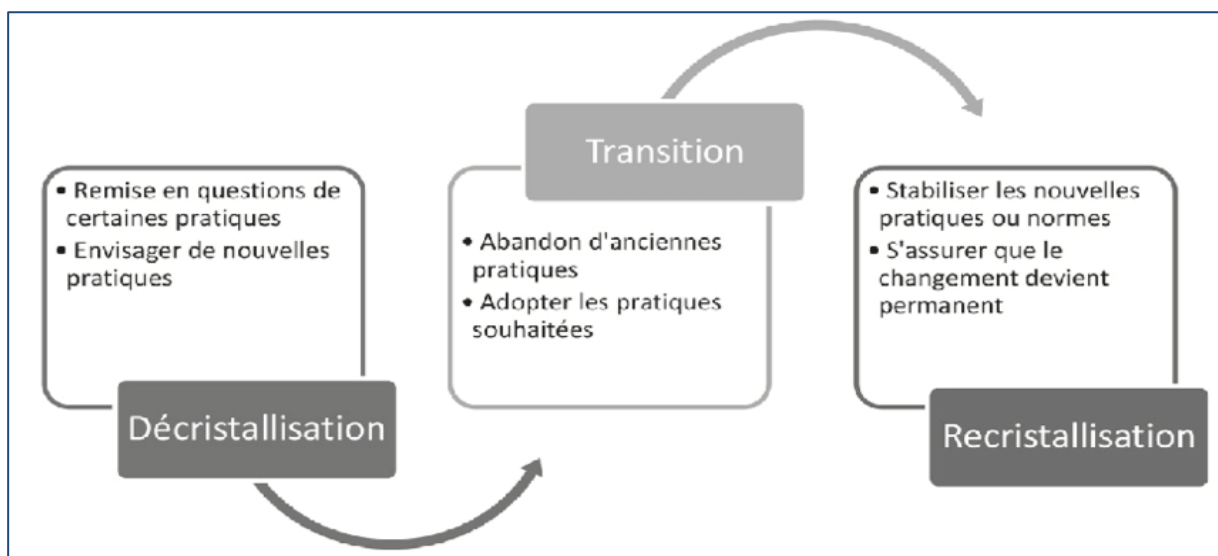


Figure 1: Schématisation du processus de changement par VAS (2000)

D'après Crozier (1977), le changement est souvent dû, comme « une construction par la rupture ». De ce fait, la résistance s'initie insidieusement dans le remodelage d'une organisation. C'est ainsi que Crozier & Friedberg (1977) expliquent cette résistance à travers plusieurs facteurs propres à chaque membre en fonction du changement vécu. Néanmoins, un élément est commun : **la personnalité**.

Angel & Dirk (2013), relate que la personnalité de l'acteur est une des prémisses qui se subdivise en quatre points sur base des travaux d'Oreg (2003 & 2006) :

- « La répugnance à perdre le contrôle » : La perte de sa zone de confort.
- « La crainte de quitter ses habitudes » : La perte de la routine.
- « La focalisation à court terme » : L'intolérance et la difficulté de coping.
- « La rigidité cognitive » : La rigidité et l'étroitesse d'ouverture d'esprit.

Le changement s'opère via la modification du comportement des individus qui est faite à travers le groupe, car il est difficile de changer l'ensemble des acteurs en individuel comme l'expliquent Allard (2002) et Thunus (2018). **Malgré l'importance de ce facteur, je n'étudierais pas la spécificité de la personnalité dans le cadre de ce mémoire. Cet item reviendrait à faire du cas par cas dans une institution dont le nombre d'agents est assez conséquent.**

Enfin Crozier (1977), développe une thèse avec la notion de « *cercle vicieux bureaucratique* », selon son analyse, « *l'abondance de règles produit des zones d'incertitudes* », dont certains acteurs s'emparent pour développer des relations de pouvoir parallèle, amenant les autres individus à plus de règles impersonnelles.

Dans la même idée, l'analyse stratégique dans la sociologie des organisations propose « *la relation de pouvoir* » comme élément central d'explication.

Il décrit le pouvoir par « *une capacité à orienter la conduite de l'autre, à l'influencer ou à la diriger* ». Le pouvoir ne peut donc être que réciproque. Il survient notamment aux côtés des zones d'incertitudes, qui représentent les failles dans les règles, les défaillances techniques, les pressions économiques, les changements d'individus, d'organisation ou les contraintes issues de l'environnement.

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

La notion de pouvoir ne peut pas se détacher du concept de zones d'incertitudes et il ne s'appuie pas uniquement sur des références hiérarchiques c'est-à-dire l'autorité. Tous les membres d'une organisation ne sont pas égaux pour maîtriser les incertitudes.

Crozier précise que les sources de pouvoir sont diverses, il en fait quatre classifications :

La première concerne la possession d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable : l'expérimenté est le seul à disposer de savoir-faire, de compétence et de connaissance du contexte. Ce qui lui permet de résoudre certains problèmes pour l'organisation. Son intervention étant indispensable il pourra la négocier comme des avantages ou des privilèges.

La seconde concerne la position hiérarchique, dans la mesure où l'acteur est parti prenant dans plusieurs systèmes d'action en relations les uns avec les autres, il va utiliser les connaissances de plusieurs milieux pour agrandir son pouvoir.

La troisième porte sur la qualité du réseau d'information et de communication c'est-à-dire le contrôle par l'acteur de l'information : détention, transmission, rétention.

La quatrième implique la connaissance et l'utilisation des règles organisationnelles internes ou de l'environnement, c'est-à-dire le contrôle des liaisons du système : moyens de manœuvre, définition et application des règles ainsi que le contournement des règles.

Finalement, la résistance peut naître de cette crainte des acteurs qui subissent une perte « *de pouvoir* », car cela interfère dans les relations à autrui. Le pouvoir est relationnel envers chaque acteur tant en interne au sein de son organisation que dans son environnement. Comme le citait Crozier : « *Le pouvoir est une relation et non pas un attribut des acteurs* ».

Enfin, il est important de se questionner sur la nature du problème dans ces « *jeux de pouvoir entre acteurs* ». L'incertitude peut donner du pouvoir à ces acteurs, mais à quoi cela peut-il servir ? Selon Crozier (1977), l'organisation a des buts communs qui peuvent différer de ceux des acteurs. Néanmoins, les liens qui les unissent à travers ces rôles permettent de mettre en place une passerelle « *de façon à obtenir le minimum de coopération dans la réalisation des objectifs communs* ». En soi, le « *sens du travail* » est instigué à travers ses liens entre acteurs de manière à négocier entre eux pour la poursuite des objectifs communs.

Aujourd'hui la littérature met en avant le caractère construit et non pas acquis du changement. L'idée de résistance est devenue comme le précise Bareil (2004) : « *un phénomène comme un concept central et incontournable* ».

La littérature présentée précédemment s'est attachée à définir synthétiquement le concept de résistance tant celui-ci est complexe et pluriformes. Nous tenterons de définir la résistance, en nous intéressant à ses formes et causes qu'elle peut prendre au sein des organisations.

C. Les formes de résistance au changement

Le changement peut engendrer, à travers le comportement des acteurs, un obstacle dans la transition et un jeu de pouvoir dans la relation à l'autre se manifestant de différentes formes.

Il faut aussi nuancer la « *résistance pure* » de la réticence ou de l'incompréhension d'une situation que peut ressentir un acteur.

Selon Bareil (2004 & 2008) et Vas (2005), la résistance est observée de différentes manières.

En premier lieu, par son nombre. Elle peut être individuelle, cependant, les auteurs précisent que cela peut inclure n'importe quels membres d'une organisation (que ce soit un infirmier allant jusqu'au gestionnaire en passant par le cadre de services). Elle peut également être collective en étant représentée par un groupe, une collectivité ou une population définie (par exemple, un collectif de profession ou un service).

En second lieu, par sa manière d'interagir dans la relation à l'autre et avec l'organisation. D'abord de manière passive ou implicite, qui se manifestera par une attitude de « *silence* », de retrait social, de passivité dans le travail et les échanges, ainsi que de la procrastination, de l'inertie ou encore d'acceptation déguisée. Ensuite de manière active ou explicite, cela se traduira par une opposition franche dite de « *révolte ou réticence* » face à l'organisation et ses membres tels que "les plaintes", "le sabotage", "les refus" et les "actions contradictoires".

Les auteurs invitent à faire une nuance sur la résistance qui est souvent perçue comme une récrimination, mais de la voir plutôt comme des demandes et questions de légitimité. Cette notion de légitimité peut être expliquée à travers différents facteurs qui s'installent auprès des acteurs d'une organisation.

D. Les facteurs favorisant la résistance au changement

Si la résistance au changement n'est pas un phénomène automatique, il est néanmoins primordial d'en connaître les causes. D'après Bareil (2004) et Jaziri (2016), il existe 5 grands ensembles de facteurs favorisant l'augmentation de la résistance au changement. Bareil (2004) en rajoute un 6^{ème} qui est attrait à la politique de l'organisation (cf. annexe 2).

Le premier facteur est d'ordre individuel, il concerne l'individu en lui-même « *coupable de sa résistance dont les causes sont conscientes et inconscientes* » selon Bareil (2004). Cela regroupe la personnalité, les mécanismes de défense (dont les principaux sont : la régression, la projection, l'identification, la formation réactionnelle et le déni), les caractéristiques personnelles (l'âge ...), le vécu personnel ainsi que la satisfaction du travail accompli. Les

facteurs individuels sont axés sur le concept de la « *perte* » que ce soit du pouvoir, de la sécurité ou de l'utilité.

Le deuxième facteur renvoie au collectif et au culturel. Ces causes sont centrées sur le groupe et son système social qui risque d'être atteint (exemple : les salaires, les pauses de travail ...). Mais également à travers les normes, les intérêts du groupe et sa cohésion en soi ainsi que sa relation avec l'organisation. Pour les facteurs culturels, ils sont étroitement reliés au passé et vécus du groupe au sein de l'institution de par ses valeurs, son histoire, sa taille et ses rites (par exemple : une fusion entre hôpitaux peut entraîner une perte d'identité culturelle).

Le troisième facteur relève de la mise en œuvre du projet. Bareil (2004) explique que « *les gens ne résistent pas au changement, mais davantage à la façon dont il est implanté* ». Il s'agit de l'ensemble de la préparation aux changements en rapport avec plusieurs dimensions (l'orientation, la sensibilisation, la formation, l'information et l'habilitation). Si elles sont déficitaires ou absentes, la résistance n'en sera que plus élevée. Il est donc primordial de retenir l'adéquation des aspects liés aux moyens fournis afin de faciliter l'adaptation au changement. Jaziri (2016) met en avant trois critères à respecter : la qualité de l'information, la participation et la formation.

Le quatrième facteur est lié au changement lui-même. Une transition peut être vue par les acteurs comme « *complexe* » ou « *non légitime* », ne percevant pas « *l'utilité* ». Le changement peut causer une certaine instabilité dans une organisation. Comme dans le domaine psychiatrique, où les différentes réformes et refontes ont amené les acteurs à des difficultés d'adaptation.

Le cinquième facteur concerne le système organisationnel. Il est possible que même l'organisation ne soit pas ou peu réceptive au changement voir incapable de l'assimiler. C'est ainsi qu'une entité peut éprouver des difficultés afin de s'adapter à son environnement. Cela est possible aussi en interne par le biais d'un leadership ou d'une autorité déficitaire de façon à ce que cela ne soit plus un soutien pour ses membres.

Le sixième facteur est quant à lui d'ordre politique. Les acteurs peuvent émettre une résistance au changement suite à des pressions politiques (comme les syndicats...) ou d'un groupe hiérarchique imposant des idées qui sont en opposition avec celle des membres

subordonnés. Ce sont des causes qui sont en lien avec l'autorité, les ressources de l'entité et la perte du pouvoir.

Ces ensembles de facteurs brossent un tableau assez conséquent sur les différentes causes pouvant favoriser, accélérer, réduire ou même stopper le phénomène de résistance au changement. Comme le précise Bareil (2004) : « *les causes de la résistance au changement sont multiples, multidimensionnelles et souvent sans contrôle direct pour le gestionnaire* ».

E. Les conséquences de la résistance face au changement

Il ne va pas sans dire que cette résistance est l'initiatrice de conséquence tant pour les acteurs que l'organisation et l'environnement. Dans une notion de court et moyen terme, cela peut entraîner une perte de productivité sur le plan quantitatif et qualitatif. Au long terme, les effets peuvent être catastrophique allant de la décomposition jusqu'à la désagrégation ou l'effondrement de l'entité elle-même.

Bareil (2004) met en avant certains constats, comme l'absentéisme, le climat de travail axé sur la méfiance, les conflits, les relations de travail qui se rigidifient. Ceci donnant un bilan qui peut se révéler très élevé tant au point de vue des ressources humaines, techniques et financières.

F. Conclusion

Conscients d'avoir privilégié certains auteurs, nous pouvons néanmoins effectuer une certaine conclusion. La résistance au changement évoque le plus souvent un sens négatif, car de manière générale, elle freine le changement alors même que ce dernier devient nécessaire.

Nous pouvons également constater que le concept de résistance au changement est complexe, reprenant des dimensions à la fois psychologiques, sociologiques, politiques, économiques ou encore culturelles. Néanmoins, il semble que le but qui soit recherché et de maintenir un état stable dans une organisation.

L'objet de la partie empirique va consister à évaluer les diverses stratégies de changement, d'examiner les effets sur la résistance des individus qui seront illustrés par des exemples de terrain pour finir par déduire certaines propositions.

III. Partie empirique :

De façon à nous familiariser avec le terrain de recherche cité précédemment, nous allons-nous focaliser dans un premier temps, sur la méthode d'analyse utilisée pour récolter les données, ainsi que des interviews réalisées sur 2 sites hospitaliers du Hainaut belge, soit 18 entretiens semi-directifs d'une durée de 30 minutes. Dans un second temps, nous nous dirigerons sur la présentation des institutions dites « *Tests* » et leurs contextes afin de continuer l'analyse des recueils d'informations.

A. Justification de la méthode de l'enquête

La méthode utilisée pour le recueil de données est la « *méthodologie qualitative* ». L'étude de la résistance au changement nécessite un contact direct avec les acteurs impliqués afin de comprendre au mieux les mécanismes sous-jacents. Ce qui va consister à interviewer les directeurs des départements infirmiers et paramédicaux des deux institutions.

Ensuite, la sensibilité du sujet va nous amener vers une méthode « *inductive* ». C'est-à-dire qu'elle peut aider à « *établir des liens entre les objectifs de recherche et les matériaux d'analyse* » comme l'expliquent Blais et Martineau (2007). Elle permettra de condenser un ensemble conséquent de données brutes conduisant à un résumé des informations recueillies.

Selon les auteurs, la démarche s'effectue en quatre étapes : « *la préparation des données* », « *la lecture attentive / approfondie* » ; « *l'identification et description des premières catégories* » ; « *poursuivre le raffinement des catégories* ».

Le but final, après cette analyse, est de mettre à jour des hypothèses et théories nouvelles en lien avec la question de recherche.

B. Recueil des données

Afin de collecter la plupart des données, la technique adoptée est celle des interviews pour conduire vers une dynamique de la réalité en explorant la manière dont la problématique est définie par ceux qui l'éprouvent.

Par rapport aux entretiens, voici comment ils sont structurés et agencés :

- Type : Entretiens exploratoires qualitatifs, semi-directifs de manière « *inductive* »
- Nombre de structures d'études : 2 sites hospitaliers du Hainaut belge
- Nombre d'entretiens par entité : 9 dont 1 manager et 1 directeur : 18 au total
- Échantillonnage : Aléatoire simple de type raisonné
- Population cible : Ensemble des paramédicaux ainsi que les managers des deux unités de soins et les directeurs de département des deux institutions
- Temps d'entretien : 30 minutes maximum

Deux grilles d'entretien ont été établies et disponibles à l'annexe 3 et 4. L'une concernant les directeurs et l'autre les membres des équipes. Le guide d'entretien est préparé en fonction de la « *déconstruction de la question de recherche* » comme l'explique Aujoulat (2017).

N.B. : Par souci de **confidentialité** et d'**impartialité** dans l'analyse des données, les institutions ainsi que les renseignements des agents sont **anonymisés**. Les guides d'entretien sont faits lors d'une interview avec un enregistrement audio le temps de la retranscription, ceci avec l'accord de la personne.

C. Le choix des institutions

Pour explorer la question de recherche, la partie empirique s'est axée autour de deux institutions similaires. Ceci afin de permettre une confrontation des données sur une population des plus homogènes possible.

Les caractéristiques incitant ce choix sont :

- L'entité : deux hôpitaux psychiatriques accès sur les soins de santé mentale
- Le profil de l'entité : ce sont des hôpitaux publics ayant reconverti leurs lits « *T* »
- Le profil du service : les deux unités de soins ont eu un changement quasi identique tant dans la population que les soins prodigués
- La zone géographique : dans la Région wallonne et la province du Hainaut belge
- La zone linguistique : dans la communauté de la Fédération Wallonie Bruxelles
- La densité de population dans l'arrondissement : 230 000 et 260 000 habitants
- La zone géographique de soins : dans le réseau Santé Mentale du Hainaut
- Une pratique au quotidien et des unités de soins semblables
- Les deux institutions ont créé des unités liées au Forensic MasterPlan

D. Présentations des institutions et des différents contextes

1. Contexte sociodémographique

Les deux institutions se situent au sein de la Région wallonne, mais sur des arrondissements différents, néanmoins elles partagent la même zone linguistique. Les deux milieux démographiques sont urbains et assez denses (entre « 330 » et « 600 habitants/km² »). L'institution A comprend une population d'environ « 230 000 habitants » et l'institution B « 260 000 habitants » selon les chiffres de l'observatoire de la Santé du Hainaut (2019). Les indicateurs démographiques mettent en avant un taux de natalité stable, voire en hausse, dans certaines des villes au sein des deux arrondissements. Néanmoins, le taux de mortalité est plus haut que la moyenne régionale et nationale. Par exemple, le taux de mortalité lié aux troubles mentaux est d'environ 3 à 3,8 % selon l'Observatoire de la Santé du Hainaut (2019). Toujours selon la même source, il existe des inégalités dans les soins globaux prodigués aux habitants de ces deux arrondissements.

Ces indicateurs mettent en évidence une population nombreuse et en croissance dans les deux zones démographiques, mais avec l'existence d'une inégalité dans la dispensation des soins de santé.

2. Contexte socio-économique

Ce sont deux anciens territoires miniers ayant connu un déclin économique suite à la révolution industrielle et l'abandon des énergies fossiles comme l'extraction du charbon. La zone économique du Hainaut belge est économiquement faible et a des disparités importantes au sein des deux arrondissements, toujours selon les données de Hainaut Stats (2019). Les deux communes des hôpitaux comptent comme ayant un grand taux de chômage allant de « 12 à 15% » d'une part et d'autre part, des « revenus financiers inférieurs à 10 000 euros par an ».

Les indicateurs socio-économiques mettent en évidence une disparité financière et une pauvreté latente au sein des deux arrondissements. Ces facteurs favorisent la maladie mentale.

3. Contexte de l'agencement des soins psychiatriques

Suite à la brève description des indicateurs sociaux démographiques et économiques, il faut rajouter les indicateurs des soins de santé. En Belgique, la Wallonie a un nombre d'hôpitaux psychiatriques moins important que la moyenne nationale notamment face à la Région flamande selon les données du SPF Santé Publique (2019). De plus, il existe une grande disparité dans la géolocalisation des institutions accès sur les soins de santé mentale en fonction des densités et besoins de la population.

Enfin, il y a aussi des problématiques liées à la présence médicale sur le terrain. Par exemple, selon Hainaut Stats (2019), le nombre de médecins généralistes dans ces arrondissements est faible face aux moyennes régionales et nationales.

À cela, la réforme tente de refondre ce système en apportant à la population les soins au plus proche de leurs bassins de vie.

4. Contexte géographique, structurel et organisationnel des institutions

Cette partie va décrire chaque entité en les présentant sur quatre axes. Premièrement, une analyse de sa situation géographique. Deuxièmement, les différentes modalités structurelles et architecturales. Troisièmement, la présentation des différents changements survenus depuis la mise en place de la réforme ainsi que l'unité auditionnée. Pour finir, une explication sur la modification des pratiques de travail au sein du service sélectionné.

L'institution A et l'unité « Test A » :

L'entité est légèrement décentralisée du centre-ville. Néanmoins, il n'existe que peu d'habitations à proximité. Elle se situe sur un vaste terrain clôturé et la plupart des unités sont dispersées sur le site dont une partie qui est protégée par des murs : le quartier de haute sécurité.

Les unités représentent plus de 500 lits d'hospitalisation. Ces services de soins sont quasi tout attiré à l'accueil d'une patientèle relevant de la loi de « *Protection Sociale* ». Ces patients ont soit un statut d'« *internés* », de « *libéré à l'essai* » ou « *libéré définitivement* ». Par rapport à la dangerosité latente de ce type de patient (par exemple, l'hétéro agressivité envers autrui), un service d'agents de sécurité est présent au sein du site. Il filtre les entrées et sorties des patients et des visites au sein du quartier de haute sécurité ainsi que la vérification des effets personnels. Ceci pouvant diminuer le risque de dangerosité en évitant l'introduction

d'objets prohibés (lame de rasoir, médicaments ...). L'ensemble des patients qui veulent entrer ou sortir doivent passer par un contrôle des agents de sécurité. Les sorties de cette patientèle sont cadrées. Cela met en avant un système d'hospitalisation qui est plus « *fermé* » que « *classique* ». Ceci peut avoir un gain sécuritaire, mais être un frein au processus de réhabilitation du patient.

L'institution a gelé plus de 60 lits d'index « *T* » pour mettre en place des équipes mobiles aigus et chronique accès sur l'extra hospitalier ainsi que des restructurations d'unités. Certaines ont remodelé leurs fonctionnements tandis que d'autres ont changé de patientèle et de projet. Le service de soins qui a été auditionné est une ancienne unité de 30 lits « *T* » d'hospitalisation qui accueillait des patients souffrant de psychoses chroniques dont la durée moyenne de séjour s'élevait à plusieurs années. Le service est muni de divers équipements à savoir des accès de contrôle pour l'ouverture des portes internes et externes ainsi qu'une chambre d'isolement. De plus, elle est grillagée et il faut un membre du personnel pour ouvrir le portail. Le service a été remodelé il y a quelques années. À ce jour, c'est une unité de « *protection sociale* » de 22 lits « *A* » accès sur la réhabilitation de patients (mixtes) dans la société en lien avec le Forensic MasterPlan. Le patient a maintenant une durée de séjour qui ne peut pas excéder un an sauf en cas de dérogation.

Le staffage est resté le même malgré une diminution de lits, car il y a une « *intensification* » des soins. Par contre les pratiques de travail ont partiellement changé. La nouvelle patientèle demande des compétences spécifiques comme un savoir sur la « *protection sociale* », la compréhension des équipes du « *TSI* » ainsi que les contacts et démarches au sein du réseau de soins (de Protection Sociale) intra et surtout extra hospitalier. Néanmoins, du fait de l'omniprésence de cette population sur leur site de travail, les agents avaient déjà des notions sur les modalités de prises en charge de ces patients.

L'institution B et l'unité « *Test B* » :

Elle est fortement décentralisée du centre-ville. Néanmoins, il existe de grands secteurs d'habitation et de magasins à proximité. L'entité se situe sur un grand parc dont l'entièreté est entourée d'une clôture avec trois axes routiers, dont un ouvert, en permanence, mais qui n'est pas surveillé. Il n'existe pas d'autres contenants tels que murs ou poste de sécurité. Le service de sécurité se situe à l'accueil non loin de l'entrée principale.

Les unités sont réparties à travers le parc et représentent plus de 300 lits d'hospitalisation. Ces services de soins accueillent une patientèle très diverse allant de l'arriération mentale à la « *protection sociale* » en passant par la mise en observation ou les assuétudes. Il existe deux unités de protection sociale (l'une de premières lignes et l'autre de réhabilitation) et les patients ont soit un statut d'« *internés* », de « *libéré à l'essai* » ou « *libéré définitivement* ».

De plus, il existe aussi des lits de crises pour ces soignés au sein d'autres unités. Un service de sécurité existe, mais il ne gère pas l'ensemble des entrées et sorties, mais s'axe sur les situations d'urgence sur le site hospitalier. Le risque de dangerosité latente sur des facteurs extérieurs (introduction de stupéfiants,) est favorisé du fait qu'il n'effectue pas de contrôle direct. La diversité de patientèle (notamment l'hospitalisation libre) n'envisage pas la possibilité d'un contrôle sur l'entrée principale. La population de protection sociale n'est pas cadrée en dehors de leurs unités. Néanmoins, en interne, il existe des procédures pour mieux cadrer leurs déplacements et agissements. Par exemple, les patientes de protection sociale doivent déposer un document à l'accueil attestant de leurs sorties hors du site.

L'institution a gelé plus de 70 lits d'index « *T* » et cela pour mettre en place des équipes mobiles accès sur l'extra hospitalier ainsi que des restructurations d'unités soit par l'intensification des soins ou le changement de projet.

L'unité de soins qui a été auditionnée est un ancien service de 30 lits « *T* » d'hospitalisation qui accueillait des patients souffrant de psychoses chroniques dont la durée moyenne de séjour s'élevait à plusieurs années. L'unité a été remodelée il y a quelques années. À ce jour, c'est une unité de « *protection sociale* » de 20 lits « *A* » accès sur la réhabilitation du patient de sexe féminin dans la société en lien avec le Forsenic MasterPlan. Le patient a maintenant une durée de séjour qui ne peut pas excéder un an sauf en cas de dérogation.

Le staffage n'a pas été modifié, car la diminution de lits est compensée par une « *intensification* » des soins. Par contre les pratiques de travail ont profondément été repensées. La nouvelle patientèle demande des compétences spécifiques comme un savoir sur la « *protection sociale* », la collaboration avec les équipes du « *TSI* », ainsi que les contacts, connaissances et démarches au sein du réseau de soins intra et surtout extra hospitalier. Les agents de cette unité ne connaissaient pas pour la plupart, les modalités de prises en charge de ce type de population. Ceci a été une grande nouveauté pour eux dans leurs pratiques quotidiennes. Le projet a amené l'équipe à créer leur règlement d'ordre intérieur et la gestion de l'unité en équipe multidisciplinaire.

Enfin une des différences fondamentales qu'il y a entre les deux services c'est le genre de la patientèle. L'un est plutôt attiré aux hommes bien qu'il puisse être mixte tandis que dans l'institution B, ce sont exclusivement des femmes. Cela entraîne des disparités dans les pratiques de soins au quotidien. Par exemple, les hommes peuvent être plus sujets à un déploiement d'hétéroagressivité physique contrairement aux femmes.

5. Description des patients accueillis au sein de ses deux unités

La « *Protection Sociale* » des internées est une loi de 2016 et qui protège les personnes en « *souffrances psychiques* » qui ont « *commis des actes pénaux* » et sont de ce fait « *reconnue irresponsable de leurs actes* » et nécessite d'être soignée. Cette loi a été créée en 1930 et se dénommé « *Défense Sociale* ». Elle a été révisée à plusieurs reprises de 1964 à 2012. Suite à de multiples dysfonctionnements, une nouvelle loi de 2016 remet des fondements plus solides dans la prise en charge de ce genre de patients. Celle-ci voulant d'une part libérer les annexes psychiatriques des prisons, mais s'insérer dans l'axe de la réforme 107.

C'est une hospitalisation sous contrainte. De manière synthétique, dès qu'une personne commet un acte pénal, elle est incarcérée. S'il y a une suspicion de maladie mentale ou de souffrances psychiques, elle sera transférée en annexe psychiatrique d'une prison et bénéficiera d'une triple expertise psychiatrique. S'il est déclaré « *irresponsable de ses actes* » et « *qu'elle nécessite des soins de santé mentale* », la personne sera admise en hospitalisation de première ligne ou seconde ligne selon son état de santé.

Durant leurs hospitalisations, les patients sont repartis selon quatre statuts : prévenus, internés, libéré à l'essai et libération définitive.

Dans ce secteur de soins de santé, il y a de nouveaux acteurs dans la prise en charge en dehors de ceux connus à travers la réforme 107, par exemple :

- Lié à la justice : le TAP (Tribunal d'Application des Peines), les avocats ainsi que les membres du parquet
- Lié aux soins : les équipes mobiles du TSI (Trajet de Soins Internés).

Cela agrandit le nombre de collaborateurs. Le TAP est une instance judiciaire qui transmet les indications sur l'itinérance clinique du patient comme les autorisations de sorties, les visites autorisées, la possibilité de mise en place de projet ou d'obtenir une libération à l'essai ...

Les équipes de soins sont soumises à respecter les conditions d'hospitalisations du patient.

Le circuit de soins de la Protection Sociale met en place des conditions particulières et contraignantes autant pour le patient que le soignant. Ceci peut mettre des barrières ou des freins importants au processus de réhabilitation qu'elle soit psychosociale, familiale ou professionnelle. Par exemple, un patient souhaiterait, avec l'accord du psychiatre, obtenir des sorties seules dans le cadre d'une formation professionnelle, il doit respecter plusieurs étapes pouvant s'étendre sur une durée assez longue. Tout d'abord, il doit faire une demande écrite au TAP et le psychiatre doit établir un rapport qui sera transmis aux membres du TAP. Ensuite ils se réunissent au tribunal afin d'examiner la demande. Enfin, ils envoient la réponse au patient et à l'équipe de soins ainsi qu'à la partie civile qui peut faire opposition. La procédure est longue, de plus, ceci ne se fait que tous les six mois. Ce genre de délai peut allonger grandement le processus de réhabilitation.

Au final, cela invite les équipes de soins à développer des compétences particulières par rapport à cette patientèle ou les acteurs intervenants dans le processus de soins. Pour citer, cela peut concerner :

- Les connaissances juridiques ou médico-légales
- Des pathologies mentales très diverses : psychose, troubles du comportement ...
- La réinsertion globale : logement, enseignement, emploi ou dynamique familiale

La restructuration des deux unités « Test » a donc initié chez les agents à une refonte de leurs pratiques quotidiennes de travail. La sous-partie suivante va traiter brièvement la description de l'échantillonnage.

6. Description des échantillonnages de population

Les agents auditionnés des deux entités font parties d'une part de la direction avec une personne étant le directeur infirmier et/ou paramédical et d'autre part de l'équipe multidisciplinaire d'une unité. L'annexe 5 contient un descriptif de la population auditionnée.

On entend par paramédical, l'ensemble des professions de santé s'articulant dans la prise en charge du patient lié à une équipe multidisciplinaire. Elle est composée : d'un infirmier-chef d'unité, d'infirmiers, d'aide-soignants, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'éducateurs spécialisés, de kinésithérapeutes et d'assistants sociaux. Dans la culture populaire des

hôpitaux, les agents reprennent souvent les termes du « *nursing* » ou « *équipe nursing* » qui correspond aux infirmiers et aide-soignants et les « *paramédicaux* » d'autre part reprenant les autres professions citées précédemment.

Il faut préciser aussi que les « *équipes nursing* » sont attachées à leur unité de travail contrairement aux « *paramédicaux* » qui peuvent être dispatchés sur plusieurs services, car leur ETP (Équivalent Temps plein) est réparti sur les staffage de plusieurs unités. Par exemple, une assistante sociale peut être à mi-temps sur deux unités distinctes. Ceci est fait pour plusieurs raisons dont l'une d'elles est d'éviter une absence de professions pendant un congé ou une absence de longue durée. Cette raison est liée aux compétences particulières de l'agent et de sa fonction qui parfois ne peut pas être exercée par d'autres.

L'échantillon dans chaque institution représente 9 personnes soit 18 au total.

Les données statistiques mettent en avant :

- Un âge moyen de 39 ans dans l'institution A et 44 ans dans la seconde.
- Une ancienneté dans la structure de 19 ans dans la première et 21 dans l'autre.
- Une ancienneté dans le projet de 3 ans pour l'entité A et 2 ans dans la B.
- En soi il y a 61% des personnes auditionnées présentes depuis la création du projet dans l'institution A et 89% dans la B.
- Le ratio dans les diplômes ainsi que les titres / qualifications sont quasiment identiques.
- Les professions sont toutes représentées au moins une fois sauf la fonction de kinésithérapeute.

Les données peuvent mettre en avant une certaine similarité entre les deux institutions dans les caractéristiques socioprofessionnelles des agents.

Les deux unités projets ont respectivement 3 et 5 ans d'ancienneté depuis leurs créations.

Il y a eu donc une refonte totale du projet de l'unité invitant de ce fait à une réflexion sur le profil de fonction de chaque agent composant ces équipes.

IV. Analyse et résultats de la partie empirique

Notre intérêt pour le phénomène de résistance au changement nous a amenés à interroger un échantillon de personnes, appartenant à des niveaux hiérarchiques différents et à confronter ces perspectives aux impressions des agents auditionnés. Nous proposons dans cette section, une analyse des formes de résistances au changement par le biais des divers niveaux de l'organisation.

A. Présentation du changement et de son influence

Dès la mise en place de la nouvelle réforme, l'ensemble des personnes en contact avec le terrain ont considéré que leurs institutions avaient enduré un bon nombre de modifications dans leur organisation, leur environnement ainsi que dans leur structure interne des unités de soins. Pour les deux directeurs, les réformes ont : « *...fortement impacté l'hôpital...* » et « *...dans le bon sens, sans la subir...* ».

Pour les équipes multidisciplinaires, le changement est vécu comme imposé : « *...on a eu énormément de pavillons qui ont changé de projet... Celui où j'étais avant et celui-ci maintenant...* » ; « *...on a supprimé des lits "T" et des unités ont grandement changé...* ».

Néanmoins, l'ensemble des professionnels mettent en avant un besoin de donner du sens à ce changement. Pour citer, en ce qui concerne la direction, elle estime que : « *...la volonté première que le patient soit au centre est une très bonne idée* ». Quant aux équipes elles partagent le même avis, en relatant : « *C'est pour moi l'accompagnement du patient pour une réinsertion [première étape le logement pour les équipes] dans la société. C'est quelque chose de nécessaire* » ou « *Pour moi c'est l'avantage que je donnerais du 107 c'est la resocialisation du patient. ...c'est diminuer les hospitalisations. Et avoir une vie normale* ».

Le terme de « *resocialisation* », utilisé par les agents, englobe le processus de réinsertion sociale comprenant : « *le logement* », « *la familiale* », « *l'emploi* », « *les formations* », « *la gestion de la vie en communauté* » et « *traiter de la symptomatologie* ».

1. En quoi consiste le changement ? La perception des réformes en santé mentale

La rencontre avec les agents de terrain et l'analyse des entretiens est un élément clé dans l'avancée de ce travail. Selon l'enquête, ces changements sont accés sur plusieurs thématiques :

- Une nouvelle vision de la direction et des agents sur la réforme
- Les modifications apportées sur l'architecture de leur institution
- Le changement dans la pratique de travail des agents au sein d'un service
- Une nouvelle patientèle
- L'avenir de la psychiatrie en Belgique et le travail en réseau

Une nouvelle vision de la direction et des agents sur la réforme :

L'étude met en avant une volonté bienveillante de cette réforme dans la refonte de la psychiatrie. Les directions considèrent que « *La possibilité de pouvoir utiliser des moyens financiers à d'autres formes d'accompagnement, plus adaptées, plus souples, plus centrées sur le milieu de vie du patient, est une bonne chose...* » et que « *Logiquement, les soins se sont intensifiés à l'hôpital, en fonction 4 [Intensifier les soins résidentiels]* ». Les équipes avancent des éléments dans cette vision comme l'expliquent deux infirmières : « *La réforme veut soigner à l'extérieur, c'est du bon sens...* » ; « *...la vie est ailleurs qu'à l'hôpital.* ».

Dans l'ensemble les acteurs sont porteurs de ce projet qui invite à une nouvelle vision positive de la psychiatrie. Celle-ci ayant un sens et surtout une légitimité pour la prise en charge du patient dans son milieu de vie. La résistance n'est donc pas perceptible à ce niveau.

Les modifications apportées sur l'architecture de leur institution :

Au sein des deux organismes, il y a eu de profondes modifications architecturales. Comme le décrivent certains professionnels de terrain, leurs nouvelles mesures ont entraîné des « *...fermetures de pavillon...* », « *...l'institution a dû geler des lits pour réhabiliter les gens. De mettre en place de nouveaux projets et tout subsidier...* ». Les directions expliquent que les unités ayant des lits « *T* » ont été supprimées pour laisser place à « *des équipes mobiles 107 aigües et chroniques* » dans un premier temps puis « *...des projets ont vu le jour...* » comme les deux unités auditionnées dans le cadre de ce mémoire.

Les deux unités A et B ont reconverti leurs lits, des « créations de lits de crises » ainsi que des services qui ont remodelé leurs projets (équipe/patientèle).

L'institution A a créé « des équipes mobiles EMSI et EMSA » et dispose de 22 lits.

L'institution B a créé « des équipes mobiles 2A et 2B » et comptabilise 20 lits.

Le changement dans la pratique de travail de l'agent au sein de son service :

L'amorçage de la réforme a créé de nouveaux services de santé mentale. À ce jour dans les deux unités auditionnées, les agents remarquent nettement ce changement.

D'une part, ils le constatent dans la pratique au quotidien, par exemple une éducatrice précise : « *Au niveau professionnel, j'ai beaucoup plus d'autonomie dans mon travail, c'est plus intéressant et épanouissant ainsi que dynamique...* ». Certaines infirmières estiment que la pratique de travail n'est pas du tout la même entre l'aiguë et le chronique comme l'a cité l'une d'entre elles : « *Maintenant dans l'aigu avec le patient je travaille les priorités [maintenir la stabilité et éviter la rechute en première étape] tandis que dans le chronique j'avais le temps de creuser les choses* ».

D'autre part, le changement a produit une nouveauté positive : « *L'avantage maintenant c'est qu'on sait où l'on va...* ». Selon les buts collectifs de l'équipe : « *Nous sommes une passerelle pour l'extérieur, car on fait de l'aiguë...* » en renforçant les buts individuels comme le citent les agents des deux unités : « *Ici on en voit l'effet. C'est une bonne continuité ça à un bon lien...* » ; « *Le processus de réhabilitation [englobe principalement le logement, le travail et la famille] me permet d'apporter du sens. D'être utile à quelque chose...* ».

Le changement a insufflé aux agents de nouveaux objectifs à la fois personnels et communs dans la prise en charge du patient donnant du sens à celle-ci. Les professionnels quant à eux se calquent sur les missions de la réforme, d'une part intensifier les soins à l'hôpital et d'autre part, permettre la réinsertion du patient dans son milieu de vie.

Ici, il est important de mettre en valeur que chaque membre du personnel est conscient que son rôle est capital dans la mission de réhabilitation du patient.

Une nouvelle patientèle :

Anciennement, les deux unités accueillait des patients dits « *chronique* » et qui étaient dans un état psychique « *...qui ne le permettaient pas d'intégrer un logement seul, mais au minimum une structure supervisée...* », comme le précise une infirmière. Généralement, le service prenait en charge des patients souffrant de psychoses aiguës ou d'arriération mentale ainsi que des « *doubles diagnostics* ». Les méthodes de travail étaient axées sur le principe de « *...faire pour le patient...* » comme précise une infirmière et qu'une certaine routine s'installait. Celle-ci pouvant perdurer plusieurs années voire des décennies.

Aussi, les contacts avec l'extérieur comme la famille ou le réseau extérieur du patient étaient quasi inexistantes ou très peu présents. Dans le passé, les agents décrivaient le réseau par des « *...institutions d'hébergement...* » pouvant prendre en charge ces personnes. Les barrières thérapeutiques étaient même parfois mises à mal suite à cette désertion de la société dans la réinsertion du patient comme l'explique une infirmière : « *On fait du social aussi. Et quelque part, pour certaines patientes même si on ne peut pas le dire on est leur famille, car ils n'avaient plus personne et plus de contact...* ». À travers ces paroles, l'agent précise que ce type de patients pouvait rester longtemps dans le service ce qui avait pour conséquence une certaine « *...familiarisation du lien soignant soigné...* ».

Cependant, la réforme a permis, selon la perception des membres des équipes, d'ouvrir les portes de la société à l'ensemble des patients en psychiatrie. Néanmoins, dans les deux unités, la restructuration du projet a eu pour effet de travailler avec une nouvelle population cible : les patients issus du circuit de la « *Protection Sociale* ».

Le public de protection sociale est l'inverse de ce que les agents ont connu. Comme l'avancent les professionnels, ils ne sont plus dans une certaine « routine » ou « *...ce que l'on connaît et prédire...* », mais vers des soins de santé axés sur toutes les dimensions nécessaires afin de réinsérer le patient dans la société. Cela comprend le travail thérapeutique avec le patient, sa famille, son réseau, mais aussi les formations, un possible retour à l'emploi et le lien avec la société.

Cela a été une modification des plus importantes pour les équipes, car les diagnostics, les symptômes, la prise en charge ... tout cela était différent de ce qu'ils avaient connu auparavant. Un membre du personnel évoqué ceci : « *...La prise en charge est différente. Avant c'était être derrière eux, la toilette, surveiller, ... maintenant ici c'est la réhabilitation et il faut les accompagner, faire des entretiens, c'est vers l'extérieur et c'est bien* ».

Ce changement demande aux professionnels de travailler dans un domaine accès sur l'aigu dont les durées moyennes de séjours sont plus courtes. Les infirmières précisent que l'hospitalisation ne peut excéder « ...un an sauf sur dérogation du TAP ». Le fait de diminuer le nombre de lits et la modification des index (passer de 42 à 98) d'hospitalisation influent sur la prise en charge du patient. Une éducatrice explique ceci : « *Je peux faire une très bonne prise en charge sans être délétère. Ici tu as plus le temps de t'occuper de la patientèle. Il y a moins de patientes, plus d'effectifs et donc un travail plus aisé dans la prise en charge du patient. C'est comme une institutrice qui prend en charge une classe de trente ou de quinze. Ce n'est pas le même* ». L'agent met en évidence que l'intensification des soins a eu pour conséquence de diminuer le nombre de patients pour le même staffage de personnel. L'unité passe de 30 à 20 ou 22 lits. Cela lui permet de mieux dispenser ses soins et sa prise en charge.

De plus, la prise en charge a aussi évolué due au turn-over plus important comme l'expliquent deux infirmières : « *Le patient peut revenir, mais entre-temps on continue le lien, il n'est plus isolé, le lien est plus palpable et plus professionnalisé...* ». *Le patient est un client et non pas un proche* ». Cela est attrait à la communication avec le réseau du circuit de soins interne du patient (par exemple le lien avec les équipes mobiles TSI ou l'agent de probation).

À travers la réforme et les changements, les agents de terrain ont professionnalisé et personnalisé le soin à cette nouvelle patientèle.

Néanmoins, une problématique a émergé lors des entretiens et réside dans le principe que beaucoup d'agents mettent en évidence « *le passé* » et « *les actes graves* » des patients quand ils étaient « *instables* ». Des agents expliquent des problématiques comme la naissance de « *...certaines résistances avec des patients qui ont fait des gros délits. Certains soignants ont des peurs et des craintes...* ». Les agents émettent une certaine réticence à travailler avec ces personnes d'une part concernant leur propre sécurité et d'autre part s'il réitère un délit dans son processus de réinsertion.

En soi, la nouvelle patientèle donne un renouveau dans le lien au patient et la prise en charge qui lui est prodigué à travers les résultats de l'enquête. La professionnalisation du soin se fait malgré quelques réticences liées au statut et passés du patient.

Le changement donne une nuance positive aux agents pour l'implémentation du transfert du soin dans la société.

L'avenir de la psychiatrie en Belgique et le travail en réseau :

Les nouveautés de la réforme ont amené à une nouvelle patientèle et prise en charge de celle-ci par les intervenants. De plus, il y a une nouvelle dimension dans le lien avec l'extra hospitalier pour le suivi du patient. Des infirmières et assistants sociaux mettent en avant : « *On communique néanmoins plus avec le réseau [le 107 et Trajet de Soins Internés]* » ; « *...ça a changé beaucoup de choses notamment la carte réseau...* » et « *...y' a le 107, les équipes mobiles à l'extérieur...* ». Les intervenants prennent en compte l'itinéraire clinique du patient dans le trajet de soin extra hospitalier : « *...s'ils sont stabilisés, des professionnels passent au domicile. Moi je trouve cela très bien...* ».

In fine, la refonte du paysage psychiatrique incite les intervenants intra hospitalier à travailler avec l'ensemble des partenaires composant le réseau de réinsertion du patient.

2. Les impacts du changement dans l'institution, l'unité et sur le patient

Les impacts recueillis dans l'enquête sont légion. Ils sont autant positifs que négatifs et sur différentes thématiques. Dans cette sous partie je vais décrire les conséquences les plus reprises par les agents de terrain.

L'impact de l'environnement sur l'hôpital et la prise en charge du patient :

Tout d'abord, il y a en amont, la volonté des ministères de mettre en place la réforme et que « *le gouvernement nous pousse à cette optique* ». Cela décrit la pression que le SPF et d'autres autorités peuvent exercer sur les institutions en exigeant des résultats précis par exemple : le taux d'occupation, le nombre de journées d'hospitalisation, le temps moyen d'hospitalisation.

Néanmoins les agents ressentent que « *l'environnement du ministère ... est oppressant. Je pense que l'institution essaie de faire le maximum* ». Ils estiment que les différentes entités fédérales et assimilées tentent de presser les événements comme l'expliquent certains paramédicaux : « *Je ne me sens pas réfractaire au changement, mais on ne fait pas bien les choses par manque de temps ou de possibilité* ». Les agents ressentent cela jusque dans la prise en charge du patient et son hospitalisation : « *Le patient ne peut rester qu'un an. On doit toujours justifier. Les réintégrations se font moins qu'avant... malgré les soucis. Je trouve que l'idée de base est bien, mais dans la réalité on est moins dans l'humain, mais le*

résultat ». Le principe de réintégration c'est que le patient revient en hospitalisation depuis son lieu de vie, car il a « *décompensé* » ou « *instable* ». Les agents préconisent à travers ces remarques qu'il vaille mieux réhospitaliser le patient plus vite, mais pour une durée moindre. En particulier, qu'il soit admis pour quinze jours et puisse repartir dans de bonnes conditions après le travail psychothérapeutique.

Au final, beaucoup de professionnels voient l'environnement lié aux différents ministères comme « *oppressant* ». Selon leurs témoignages, les autorités sont une source de résistance pour les agents.

La restructuration des soins de santé mentale : intra et extra-hospitalier :

L'environnement a fortement incité le changement dans les deux institutions et étant décrit comme « *négatif* » voir « *délétère* » par les agents. Une multitude de modifications ont eu lieu dans les deux institutions comme la création « *...des équipes mobiles...* », « *...de nouvelles unités...* » avec des projets à l'opposé de leurs antériorités. Dans l'ensemble, les équipes et les directions sont d'avis que cela a été très positif. Par exemple, deux infirmières précisent que : « *Il y a eu un impact dans la mise en place, dans le suivi de cette réforme. Maintenant notre hôpital est fort dynamique. Cela favorise les liens entre la hiérarchie et le terrain* » et « *Ici je suis épanouie on peut travailler avec le patient, je me sens plus proche de cette façon de fonctionner* ». Au final les institutions ont gelé un bon nombre de lits « *T* » pour la création des équipes mobiles et des unités projets de lits « *A* ».

La réforme a bien eu un impact selon les agents auditionnés sur les deux entités avec un accroissement de l'activité intensive hospitalière. Néanmoins tous ces changements doivent être coordonnés et expliqués à ces agents.

La communication des informations et la connaissance de la réforme :

Avec tous les changements que les institutions ont subis, il est important d'établir une communication stable et efficace entre les équipes et la direction. Les directeurs ajoutent : « *Et après c'est communiquer, communiquer... On n'arrête pas* » et « *C'est un énorme boulot qui a demandé beaucoup de temps à la direction. Et finalement pas assez de temps pour aller dans les équipes* ».

À ce jour, les résultats de l'enquête démontrent que c'est un concept qui a des impacts visibles au sein des unités. Certains agents mettent en avant une méconnaissance de la réforme : « ...le 107 ? C'est les équipes mobiles. Ce n'est pas ça ? Globalement je connais un peu. C'est un bon fonctionnement et ça à l'air efficace... ».

D'autres agents ne comprennent pas la réforme à travers sa façon de fonctionner : « C'est difficile, car le changement c'est le changement. Les gens peuvent se sentir bousculer et ça créer de la résistance. Les gels de lits forment une résistance ».

Enfin, certains membres du personnel mettent en avant des dysfonctionnements amenant à une stagnation ou une trop grande vélocité comme l'explique un agent : « Ce qui est problématique avec le 107 c'est que ça arrive comme ça et on doit faire une action en trois mois. Il faut se baser sur le modèle Anglo-saxon ou scandinave qui est plus progressif. L'anticipation ce n'est pas le fort de l'hôpital, car c'est un gros bateau ».

La communication revêt un impact primordial, d'une part si le message est transmis correctement, les agents comprennent le changement ou l'assimile mieux. Néanmoins dans certains cas évoqués, si celui-ci n'a pas été totalement explicité cela peut créer de la confusion ou de la réticence pour certains professionnels. Cette communication dysfonctionnelle est relevée par les agents entre la direction et ses équipes.

Le réseau : collaboration et extension à du réseau extra hospitalier :

La communication entre la direction et ses agents est très importante. Avec la réforme, un autre type de communication doit se mettre en place c'est la coordination avec le réseau. Comme l'explique un directeur, la première problématique c'est : « ...les mêmes acteurs et ils ne changent pas d'avant la réforme. Mis à part les coordinateurs réseau, y' a tout un pan du réseau qu'on active peu. Où qu'on sait que c'est les hôpitaux qui ont une place prépondérante et de fait, il y a certaines voix comme le FOREM qui ne sont pas dans les grandes décisions comme aussi les SSM et leurs données du poids. Le but n'est pas de me tirer une balle dans le pied en tant que directeur, mais notre vision reste limitée, car on n'est pas dans le réseau. Cela pourrait, les autres pourraient avoir plus de place ». Le réseau reste néanmoins comme il le décrit fort hospitalo-centrique dans la dynamique de collaboration.

De plus, un psychologue rajoute que « On minimise l'argent de la fonction 1, car l'argent reste dans les hôpitaux et on soutient trop les hôpitaux. Mais pour avoir rencontré des maisons médicales, on favorise les SSM et qui s'y connaît bien pour le maintien des patients au domicile. L'idée est excellente ! »

Les discours ci-dessus mettent en lumière que des réseaux sont impactés par cette difficulté dans la collaboration. Cela touche principalement le suivi en ambulatoire du patient quand il retourne dans la société. Dans ce cadre-ci, il est possible de l'exemplifier de deux manières. D'une part, le suivi entre le psychiatre et les équipes mobiles 107 ou TSI qui n'est pas fait. D'autre part, le lien entre l'unité de soin et une institution intermédiaire type iHP, où la communication peut être dysfonctionnelle dans une transition brute du patient.

Au final le réseau du 107 et celui du TSI.

L'agencement des nouvelles pratiques dans les soins de santé mentale a amené beaucoup de partenaires supplémentaires et renforcé le lien avec ceux déjà présents pour la prise en charge du patient. Néanmoins, comme il est décrit, certains collaborateurs auraient leurs places au sein de ce réseau comme le FOREM.

Par contre, l'augmentation du nombre de partenaires dans le processus de prise en charge du patient peut altérer la concertation et comme l'explique un agent « *...cela complique le travail, car le point de vue peut être différent. Les différences de points de vue ça complique, mais c'est enrichissant. Ça peut avoir un aspect négatif, mais pas que...* ». Il est mis en avant que la collaboration entre tous les intervenants puisse être difficile à mettre en place et assurer une continuité.

Dans l'enquête, il est relevé qu'une fonction au sein du système hospitalier était importante pour les agents : « *Mon point de vue, niveau réseau, c'est l'assistante sociale qui gère le réseau. Le nursing est dans l'observance du patient et la compliance* ». Ceci relève d'un encrage qui est fort présent où certaines professions régulent l'itinérance clinique du patient.

Dans ce point, le réseau (ensemble des collaborateurs intra et extra hospitalier attiré au 107, TSI et les interventions au domicile comme le médecin généraliste) est un concept très important, relevé par les interviewés, pour la prise en charge du patient. Néanmoins, la multitude d'acteurs intra et extra hospitalier ainsi que l'enclave de certaines professions cristallisent le processus de coordination et peut créer de la résistance de la part des agents qui se sentent lésés.

Le nouveau « Patient » et sa réinsertion dans la société :

L'ensemble de cette réforme a permis un remaniement des institutions hospitalières comme dans les deux institutions « *Tests* » ainsi qu'une offre de soins à travers un réseau pluraliste. Cela a influé directement sur un changement de patientèle. L'ensemble des agents estime « ...être utile... » auprès de ces patients aigus à réinsérer au sein de la société.

Néanmoins, le projet de réinsertion à ces limites selon les données recueillit : « *On est dans l'aboutissement du projet, mais manque de structures* » et « *trouver des places ce n'est pas facile, on doit aller vite, mais sans moyen au final pour les places à l'extérieur* ». En soit, il y a une demande de réinsérer par les ministères, mais les places dans les structures intermédiaires sont très limitées par rapport à la demande.

Cet impact revêt une caractéristique très positive par les équipes dans le sens donné à la réinsertion. Par contre le bémol est mis sur l'absence d'alternative dans la réinsertion si le patient nécessite une hospitalisation ou placement intermédiaire. Cela pouvant interférer ce processus et au final le bloquer.

La dynamique de l'équipe :

L'ensemble des changements ont grandement modifié certains aspects et dimensions dans la gestion et la pratique des soins de santé mentale.

Au sein des équipes, l'impact a fortement été ressenti. D'une part, il y a des agents qui ont voulu ce changement comme l'exprime cette infirmière : « ...c'est des collègues qui ont décidé de changer de projet d'être preneur d'un nouveau truc et donc je pense dans la dynamique de groupe que les gens ont pu choisir et s'investir ça a été motivant... ».

Néanmoins, d'autre part, il y a des professionnels qui l'ont subi : « ...il y en a dans le projet qui n'ont pas décidé d'y être, mais sont resté ...car je connais le service et les locaux donc je reste... là par sécurité » ou « selon eux dont le projet serait un échec. Et ceux qui doivent être dedans, car pas le choix ».

De plus les nouveautés invitent à de nouvelles pratiques qui ne sont pas encrées chez certains professionnels de santé comme le site un agent de terrain : « *Ce n'est pas la culture que tout le monde parle réseau ?* ». Les remarques de l'agent sont ciblées sur les réseaux 107 et TSI principalement.

La dynamique d'équipe a été impactée aussi bien positivement par des agents qui sont entrain à l'expérimentation de nouveautés, mais aussi négativement par des personnes ayant des réticences aux changements.

3. Les conséquences du changement

La réforme a occasionné bien des changements au sein des deux institutions auditionnées. Néanmoins, qu'ils soient positifs ou négatifs, ils peuvent amener des conséquences au sein des hôpitaux, du travail et de la collaboration des agents de terrain allant jusqu'à la prise en charge du patient.

Les conséquences de la prise en charge impactant le patient :

Pour débiter, il y a une difficulté de coordination entre tous les intervenants des différents réseaux de soin. La multiplication des professionnels gravitant autour du patient peut induire une difficulté à l'efficience de la prise en charge par une complexification dans la coordination entre tous les corps de métiers.

Ensuite, une prise en charge du patient qui est incomplète. Suite à tous les changements qui ont pu survenir, la prise en charge du patient peut être détériorée. Une infirmière relate ce fait par « *...on doit fonctionner en termes de priorité... ce qui va faire tenir le patient et donc on va devoir travailler la rechute et travailler beaucoup plus de décompensation* ». Aussi la santé du patient peut être engagée comme expliquent des infirmières : « *ce n'est pas un suivi régulier...* » ou « *Y'a des signes avant-coureurs et de ne pas attendre avant la ré hospitalisation ou malheureusement j'ai connu des décès de patients, car il n'y avait pas de prise en charge régulière* ».

Puis, il y a une attente conséquente avant un transfert intermédiaire. Selon certains agents, le nombre de places disponibles pour une étape transitoire est très limité. Ceci pouvant engendrer une augmentation de la durée de séjour, des dépenses supplémentaires pour le patient. Une infirmière énonce ceci par : « *Trouver des places c'est n'est pas facile, on doit aller vite, mais sans moyen au final pour les places à l'extérieur...* ».

Enfin, la possibilité d'une décompensation probable. Avec la réforme, la prise en charge du patient en système hospitalier se veut aigüe. Néanmoins, certains agents estiment qu'il est

important d'envisager des ré hospitalisation pour éviter ce genre de problématique. Un agent justifie cela par : « ...ce que je trouve triste c'est que les services attendent une décompensation presque complète alors qu'il y a d'autres signes avant-coureurs. On peut se dire : tient ! on hospitaliserait bien le patient quinze jours pour le faire rebondir. Mais non on va attendre une décompensation beaucoup plus importante de deux ou trois mois ».

Les conséquences sur l'institution :

Premièrement, c'est une perte de ressources humaines, financières ou techniques. Si elles ne sont pas suffisantes, cela peut mettre en péril le projet et au final avoir des conséquences pour l'institution et le patient. Un des directeurs pense que : « ...c'est une bonne chose : la qualité des soins dépend des moyens et du ratio patient / personnel (mais ça réduit encore l'accessibilité à l'hospitalisation pour les patients, ce qui inquiète les soignants de terrain) ».

Deuxièmement, l'émergence d'une résistance active ou passive dans les équipes. Le processus de résistance peut avoir plusieurs conséquences au sein d'une équipe. Elle peut initier une perte d'efficacité dans la prise en charge du patient, occasionnant une difficulté dans le processus du changement, aboutissant à des conflits (fermés ou ouverts) entre les différents intervenants.

Pour terminer, troisièmement, c'est une perturbation de la dynamique d'équipe. Un des directeurs de soins évoqués ceci : « Il faut que les équipes suivent derrière. Si ça change trop et qu'on a une équipe qui pète, ça ne va pas être gérable et bénéfique. Donc enthousiaste [par rapport à la réforme], mais avec des inquiétudes et, des pressions et des questionnements. Comment gérer ce mastodonte ? ». Cette dynamique est dysfonctionnelle, à travers les résultats obtenus, trois origines sont distinctes : la communication, la pratique des soins et la routine journalière du travail.

Si la communication est délétère ou mal définie, cela peut entraîner des incertitudes ou des incompréhensions amenant des tensions au sein d'une équipe, mais aussi envers sa direction. De plus la pratique des soins a été bouleversée et certains agents ne sont pas « formés » ou n'ayant pas les « compétences nécessaires ». Ceci pouvant engendrer des disparités dans la prise en charge du patient et amené à des erreurs de prestations. Enfin, la routine journalière est un principe rassurant pour certaines personnes, car cela « ...rassure... » et permet de

« ...contrôler les événements... ». Sans celle-ci, des professionnels peuvent se ressentir en inconfort menant à une résistance qui est souvent passive.

Ces trois éléments s'ils ne sont pas gérés, sont les points centraux d'un risque concernant la perturbation d'une dynamique d'équipe.

Les conséquences pour les institutions publiques :

L'Etat ou les entités fédérées peuvent éprouver une difficulté de maintien ou de poursuite de la réforme. La conséquence directe c'est l'arrêt du processus ou l'échec du projet en soi.

Par exemple, le manque de place en structure intermédiaire ralentit les objectifs de la réforme. Aussi il est possible d'ajouter le flou qu'il existe dans la collaboration entre toutes les disciplines, engendrant des incertitudes pour les acteurs de terrain.

4. Les solutions envisageables

Les vents du changement induisent des difficultés et des conséquences comme relatées précédemment. Pour pallier à ces problèmes, les deux entités « *Tests* » ont mis en place des solutions sur le court et long terme afin d'enrayer ou modifier les processus dysfonctionnels.

➤ **De la part de la direction :**

- ✓ Les GEMBAS : une institution a créé les « *tableaux blancs* » qui ont été mis dans chaque unité permettant aux équipes et la direction de se réunir quotidiennement. Sur ces supports, les équipes travaillent sur les difficultés auxquelles elles sont confrontées pour les analyser et trouver une alternative ou une solution probante.
- ✓ Les séances d'informations : pendant la mise en place du projet 107, les équipes avaient été préparées le biais de séances d'informations collectives ou d'une réunion du staff de département.
- ✓ L'accréditation : depuis début 2019, une institution a débuté une politique accès sur l'accréditation. Ce processus débute par des « *audits* » dans les unités de la part de la direction. Ceci permet de réévaluer les pratiques tout en mettant en lien la direction

avec le terrain, améliorant ainsi la communication écrite et orale ascendante et descendante.

- ✓ Des folders : chaque mois dans les fiches de paie, la direction met des folders à destination des agents afin de transmettre des renseignements sur les événements autour de l'institution. Par exemple, les nouveautés de changements ou des informations sur la réforme.
- ✓ Une aide extérieure : l'institution A a choisi de se faire aider dans la transition au changement par une firme externe qui va faciliter le processus d'accompagnement tant pour la direction que les équipes de soins.

➤ **De la part des équipes de soins :**

- ✓ Les réunions de fonctionnement : dans les unités auditionnées, une réunion de fonctionnement est prévue par mois. Elle traite de différents sujets liés au fonctionnement du service et des agents. L'une des pratiques est de laisser aux agents, sur un recueil écrit, les thématiques qu'ils souhaitent aborder et qui sont problématiques.
- ✓ Le tableau des compétences : un hôpital a créé ceci, afin de mettre en avant les compétences de chacun pouvant inciter les agents de consulter les personnes-ressources dans l'unité quand ils sont en difficulté dans une matière.
- ✓ Les formations : un ensemble de formation interne et externe est proposé aux agents dans divers domaines. Il est aussi possible à l'agent de demander des formations qui ne sont pas proposées, mais qui peuvent être suivies avec l'accord de la direction si cela rentre dans leur domaine d'action et de compétences.
- ✓ Les supervisions d'équipe : c'est un outil qui est donné par la direction auprès des unités, où ils peuvent bénéficier, plusieurs fois dans l'année, d'un superviseur qui traite des dysfonctionnements de l'équipe et peut aider à trouver des alternatives à l'unité. De plus, il fait un rapport à la direction dans lequel, ils peuvent avoir des recommandations sur certaines actions dont ils peuvent avoir la légitimité.

- ✓ Le psychiatre de l'unité : une des deux institutions estime que le psychiatre peut être un atout autant dans la clinique, le soutien de l'équipe et la jonction avec la direction et le ministère. Les agents d'une entité estiment que leur psychiatre a du « *pouvoir* » qui est utilisé à « *très bon escient* ».
- ✓ La création des documents internes au service : par exemple dans les deux unités, les équipes ont participé activement à l'élaboration du Règlement d'Ordre Intérieur (ROI), une infirmière explique « *donner notre avis, on s'est senti impliqué dans la mise en place du nouveau projet* ».

B. Présentation des facteurs de résistance aux changements

Le changement est un fait novateur et permet d'améliorer, dans notre domaine, nos pratiques et nos prises en charge pour le bien-être du patient. Cependant, celui peut-être mal vécu, perçu, incompris ou même controversé par les agents. Celui-ci incitant auprès de personnes qui le subissent une certaine « *résistance* » ou « *réticence* ».

Au sein des deux institutions, certains cas de résistances ont déjà vu le jour et d'autres sont émis hypothétiquement par les agents. Je vais commencer par expliquer les facteurs qui sont liés au changement puis l'environnement qui fait pression. Ensuite je poursuivrais sur ce qui est lié à l'hôpital et le système organisationnel et pour terminer par les facteurs liés à l'équipe.

1. Le changement et sa mise en place

La mise en place d'un changement n'est pas une mince entreprise. Plusieurs paramètres sont à prendre en compte pour effectuer une efficacité optimale du processus. Dans l'enquête, la plupart des agents sont d'accord sur certains facteurs influençant positivement :

Le sens et la légitimité donnés par le public à la réforme

Néanmoins, à travers les résultats, il y a plusieurs facteurs qui interfèrent dans sa continuité :

La périodicité des étapes de la réforme alternant entre **inertie** et grande **vélocité**

La complexité de la réforme et de toutes ses dimensions

Le facteur de résistance au changement en lui-même est présent au sein des deux entités.

2. L'environnement et la pression qu'il exerce

Dans ce travail, l'environnement est représenté principalement par les instances fédérées ou liées à la santé et à la justice. Ces entités exercent selon les agents une pression très forte sur l'institution. Selon les professionnels de la santé, il ne vise que les « *résultats* » sans « *prendre en compte le bien être du patient* ». Cela peut être dû à une mauvaise communication ou transmission d'informations de la part des services de santé ou gouvernementale.

Le facteur de l'environnement est fortement présent dans les deux entités et provoque des résistances sur certains agents.

3. Les sources de conflits au sein de l'organisation

Selon l'enquête, plusieurs éléments peuvent être néfastes à la politique du changement :

Le système de communication est l'une des premières sources de conflits au sein de l'institution. Les agents estiment que les transmissions d'informations descendantes et ascendantes sont très limitées. Les données sur les réseaux de soins sont aussi freinées et engendrent des incompréhensions et incertitudes. Enfin, il faut rajouter l'absence d'implication de certains acteurs dans le processus du changement.

Le manque de soutien de la direction ressentie par les agents de terrain. Dans certains cas ou difficultés, les professionnels de la santé estiment que la direction ne les épaulé pas assez dans certains moments pouvant être compliqués.

Le facteur lié au système organisationnel a impacté fortement les équipes de soins dans lesquelles, une résistance est née surtout dans l'une des deux institutions.

4. Les sources de conflits au sein de l'équipe et de sa culture

Au sein d'une équipe, des tensions et autres désagréments peuvent survenir avec le changement. Dans le cadre d'une rupture totale avec les pratiques de travail d'équipe dites anciennes, les agents s'en sont retrouvés « *chamboulés* ». Une infirmière exprimait ceci : « *Ne plus travailler dans ce que l'on connaît ça fait peur à certaines personnes...* ». De plus cela

peut être accentué comme l'explique un professionnel : « *Par contre pour mes collègues s'étaient vite la panique forcément ça change la routine donc d'un coup on ne gère plus le quotidien...* ».

L'absence de routine dans les pratiques de travail est une source problématique pour certains agents.

En plus du changement au sein des pratiques, la nouveauté du cadre structurel était une préoccupation des agents comme le décrit des infirmières : « *Y' avait beaucoup de questions sur le pavillon et sur la manière dont ça allait se faire. Ça ne s'est pas fait du jour au lendemain. Ça a mis à mal certains de nos collègues, car c'était que progressivement* ».

Le cadre de travail pouvant paraître insécurisant est une source de réticence.

Un autre fait qui vient s'ajouter est la communication au sein de l'équipe. Un agent relève que les moments de concertations n'étaient pas assez nombreux et précise : « *Par contre on n'a pas fait beaucoup de réunions de fonctionnement d'équipe. Pour le début du projet, pour sa mise en place, ce n'était pas si simple, car pas mal de personnes se sont investis et ont apporté en idées et tenter de les partager pour démarrer le projet. Y' a eu pas mal de résistances de certains collègues, car cela ne venait pas d'eux* ».

Les concertations d'équipes mal orientées ou absentes peuvent favoriser la résistance.

Enfin, il existe une autre influence qui est la perte d'acquis. La redéfinition des missions de chaque agent peut « *empiéter* », comme le précise une infirmière, sur le travail d'une autre profession. Cet agent est l'assistant social. Il détient un grand « *pouvoir* » au sein de l'organisation et le fait que d'autres acteurs tentent de s'immiscer dans sa pratique peut créer des tensions au sein d'une équipe.

Les enjeux de pouvoir sont un des facteurs importants pouvant instiguer une résistance latente ou franche au sein de d'une équipe.

Le facteur du collectif est très ancré dans les deux institutions auditionnées.

V. Discussion et confrontation des données

L'analyse ci-dessus des changements opérés dans les deux institutions nous a permis de mettre en lumière plusieurs caractéristiques du phénomène de la résistance au changement.

A. Préambule de la confrontation

Les parties théorique et empirique ont mis de mettre en évidence un grand nombre d'informations. En condensant ces ensembles, un constat peut être formulé.

À travers les différents objectifs de la réforme « 107 », un nombre important de changements ont vu le jour sur le territoire belge, mais aussi dans les deux institutions auditionnées. Comme le souhaitait la réforme, l'intensification des soins dans l'hôpital a eu lieu, et une décentralisation des soins a été effectuée pour réinsérer le patient dans la société. L'une de ces évolutions, explorées dans ce travail, est sujette à la mise en place d'unités de réhabilitation sociale d'une patientèle issue du circuit de soins internés suite au Forsenic Master Plan.

Il ressort, de cette première observation que l'ensemble des agents auditionnés accordent une profonde attention et légitimité à ce remaniement. Ceci est confirmé par le fait que la majorité du personnel interrogé pense que cette réforme est une question de « ...*bon sens*... » et « ...*d'associer le soin à une réinsertion dans la société*... ».

La théorie a révélé que le changement peut être novateur et avancé sur un processus d'amélioration, mais il peut aussi être accompagné d'une certaine « *résistance ou réticence* » de la part des personnes « *qui en sont impactées* » dénote Bareil (2004). Comme elle l'a évoqué, le « *changement est lui-même vecteur de cette résistance* ».

Dans les institutions étudiées, la problématique ne relève pas de la légitimité ou du sens, mais bien de sa complexité tant dans la compréhension que l'application du changement. Les professionnels de terrain mettaient en avant trois caractéristiques dans la mise en place du changement : « *la vélocité* », « *le rythme* » et « *la cadence* ». Ces différents éléments sont sources pour eux d'inconvénients ou appréhensions.

La plupart des agents mettent en évidence les limites de cette réforme qui pour eux induit une résistance de leurs parts ou de leurs collègues. En amont de cette résistance, il y a les facteurs liés au « *changement lui-même* » et « *sa qualité de mise en œuvre* », expliquée par Bareil

(2004). De cela découleront d'autres facteurs bien plus problématiques comme la culture d'équipe et le système organisationnel comme expliqué dans la théorie de Bareil (2004) et de Jaziri (2016).

L'analyse des entretiens met à jour plusieurs mécanismes dysfonctionnels qui bloquent l'aboutissement à ce changement et qui sont en lien avec le recueil théorique. Dans cette confrontation, il y a plusieurs thématiques qui ont émergé.

Premièrement, le manque de place dans les structures intermédiaires notamment dans l'extra hospitalier. Celle-ci rentre en lien direct avec les facteurs de résistance des « *politiques* » et surtout du « *système organisationnel* » selon le tableau de Bareil (2004). Deuxièmement, le travail et l'agencement de la collaboration entre toutes les disciplines de santé dans l'itinéraire clinique du patient. Dans ce second trait, il est question de facteurs « *collectifs et organisationnels* ». Troisièmement, il existe une répartition inégale du « *pouvoir* » entre les différentes professions des unités de soins. Cette dernière dérive directement du facteur « *collectif* » et donne naissance au « *jeu de pouvoir* » selon le terme de Crozier (1977).

B. Les problématiques : entre théorie et pratique

1. Les limites structurelles de la réforme

La Belgique a mis en place, depuis la réforme, plusieurs moyens afin d'accélérer le principe de désinstitutionnalisation. Ceci pour tenter d'atteindre son objectif ultime qui vise la réinsertion et le soin au patient dans son environnement et son bassin de vie. L'une de ces facettes se fait par le biais d'établissements dits « *intermédiaire* » tels que les MSP ou iHP. Ce genre de structures a été mis en place pour des patients dont le processus de réinsertion ne leur permet pas, dans l'immédiat, d'intégrer un logement. Aussi, il a été question, dans ce mémoire, de deux unités qui ont été complètement restructurées accueillant un public de « *protection sociale* » à des fins de réinsertion dans la société.

Cependant, dans les deux cas, que ce soit généralisé au 107 ou au MasterPlan, le manque de places disponibles dans ses structures intermédiaires est une problématique très importante. Cela est confirmé autant dans la théorie selon Walker & al (2019) que dans la pratique auprès des agents. Les places disponibles par rapport à la nouvelle « *...cadence de travail...* » en lien avec « *le turn-over important...* » des unités sont insuffisantes comme le décrit un agent de

terrain. Certaines infirmières mettent en avant, par exemple, que le temps d'attente d'une place en iHP peut prendre jusqu'à « ...deux années si ce n'est plus... ». Cela engorge fortement les services et donc diminue les possibilités de réinsérer le patient.

En soi la réforme veut, sur un plan théorique, soigner sur l'extérieur, mais des limites pratiques s'imposent à elle. Le processus de réinsertion est freiné par le turn-over de plus en plus important lié à l'intensification des soins. De plus, « ...les temps moyens d'hébergement [en structure intermédiaire] sont supérieurs au turn-over hospitalier... » précise un assistant social.

Au final, cette problématique ralentit considérablement le processus de réintégration dans la société. D'une part, les « ...services [hospitaliers et intermédiaires] sont engorgés... » explique un responsable d'unité, induisant le fait que des patients ne peuvent retourner sur l'extérieur. De plus, cela peut devenir une voie sans issue quand celui-ci ne peut intégrer dans l'immédiat un logement seul.

En parallèle, cette conséquence peut mener à d'autres sources de problématiques variées. Tout d'abord, pour le patient, cela peut l'amener à « ...une décompensation... » ou sa « ...chronification... » le précise plusieurs infirmières. Ensuite le professionnel peut ressentir de « ...l'épuisement... » ou « ...de l'insatisfaction, car rien n'avance, c'est encore la même chose... » toujours selon les agents. Enfin, des répercussions pour les institutions et les services de santé : « ...perte de ressources... » [non-respect des temps maximum d'hospitalisation, ...] explique un directeur ou « ...une liste d'attente de patients très longue... » ne pouvant prétendre à un séjour faute de place disponible, soutien un chef d'unité.

Hormis les difficultés développées précédemment, il existe aussi une autre problématique en lien avec l'intra et l'extra hospitalier : la collaboration entre tous les acteurs de soins dans l'itinéraire clinique du patient.

2. La collaboration des acteurs de soins

La réforme souhaite améliorer la réinsertion des patients dans la société. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un accompagnement assez conséquent dans l'extra hospitalier. Ceci afin d'assurer une continuité de soins notamment au domicile ou dans les structures

intermédiaires en fonction de leurs états psychiques. Cela est théoriquement le cas avec les 5 fonctions qui s'agencent et se complémentarisent entre elles.

Cependant des problématiques émergent dans la pratique au sein de la collaboration entre les acteurs intra et extra hospitalier. Une confusion peut être perceptible dans la prise en charge du soigné au sein de son itinéraire clinique. Ce fait est argumenté par certains agents qui évoquent des dysfonctionnements ayant eu lieu tel que : « ...*le patient est décédé* [dans son nouveau domicile], *car on n'a pas insisté alors qu'il ne répondait pas...* » ou « ...*on sait qu'on reverra le patient, car il n'y pas assez de suivi extérieur vu son état et il doit sortir...* », mais aussi « *certain* [des agents de l'équipe de soins] *n'ont pas transmis toutes les infos au réseau* ».

Par rapport aux unités auditionnées, le changement dans le travail de collaboration devient assez complexe. En plus d'une nouvelle organisation au sein de l'institution qui chamboulent l'ensemble des pratiques, les agents doivent intégrer des acteurs qui sont à la fois en intra, mais surtout extra hospitalier.

Au sein de l'intra hospitalier, les agents sont en rapport principalement avec les autres unités de soins, la direction et les services transverses (pharmacie, cuisine, buanderie, ...). Aussi, il existe des entités qui sont liées au groupement d'hôpitaux.

Au sein de l'extra hospitalier, plusieurs groupes d'acteurs. Les plus connus des agents sont les équipes mobiles 107 et TSI ainsi que l'infirmière au domicile et le médecin généraliste. En plus de cela, le réseau fonctionne de manière plus centrée sur le patient et incorpore les personnes-ressources (famille, amis, aide-ménagère ...). A cela, il faut ajouter le personnel d'établissement intermédiaire (MSP, iHP), mais aussi les services judiciaires comme le TAP, l'avocat et l'agent de probation.

Au final, le résultat donne un nombre d'acteurs qui est imposant, mais pour ce faire, la réforme avait prévu des « *postes de coordinations* ». Cela nécessite l'établissement d'une « *bureaucratie reposant sur la formalisation des relations humaines* » comme l'explique Crozier (1977). Par contre, sur le terrain, des agents, notamment infirmiers, estiment qu'ils ne connaissent pas ou n'ont pas de lien avec ces professionnels. Selon la théorie, il est possible de rapprocher ce constat au « *cercle vicieux bureaucratique* » mis en avant par Crozier (1977)

dont l'une des caractéristiques est : « ...l'abondance de règles produit des zones d'incertitudes ».

La restructuration des unités a provoqué des changements assez importants dans les pratiques de travail quotidiennes et sur la prise en charge du patient. Suite à cela, certaines « incertitudes », comme les définit Crozier (1977), sont nées au sein de ce travail collaboratif. Pour appuyer, des agents émettent : « ...on ne sait pas qui fait quoi... » ou « ...on ne voit jamais les équipes mobiles, on ne se sait rien... ». Comme l'ont expliqué la plupart des infirmières durant les entretiens, « ...la connaissance du réseau [que ce soit le 107 ou TSI] » pour la continuité de soins au patient relève pour certaines d'une « carte réseau » très élaborée, mais restant néanmoins, très obscure pour beaucoup. Certains agents déplorent aussi le peu de connaissances du réseau qu'ils en ont : « ...le 107 ? C'est le personnel qui passe au domicile ? ».

L'ensemble de ces données empiriques peuvent se mettre en accord avec la théorie sur les résistances que ce problème de collaboration peut engendrer. Les facteurs du « système organisationnel et du collectif », selon Bareil (2004), peuvent être mis en avant. D'une part, le contexte et l'environnement favorisent grandement l'apparition d'une résistance. Ceci est relié par l'impact d'inclure les acteurs de terrain extra hospitalier. D'autre part, le facteur du collectif agit dans le même sens. Les agents ressentent un changement dans les rôles et les missions de chacun que ce soit autant avec leurs équipes que les intervenants extérieurs. Plusieurs agents argumentent : « dans le réseau j'ai compris que j'avais ma place » ou « je suis compétence pour gérer cela [lien avec les acteurs extérieurs] même si cela peut engendrer des conflits avec d'autres professions ». Il y a une naissance « d'enjeux de pouvoir » comme peut l'exprimer Crozier (1977).

Néanmoins, il est souvent mis en avant par les membres des équipes qu'une personne peut-être ressource, suite à cette analyse, par la maîtrise de ces règles institutionnelles et les incertitudes qui en découlent : **l'assistant social**.

La fonction de cet agent est de permettre la mise en place des moyens nécessaires pour les dimensions psychosociales du patient. C'est-à-dire qu'il utilise ses compétences afin d'établir le retour du patient dans son milieu de vie ou dans un nouveau lieu de vie en s'assurant que tous ces besoins peuvent être comblés.

Au final, l'assistant social semble être un agent de terrain pouvant détenir un rôle très important et un pouvoir certains sur les incertitudes que représente la concertation avec les différents acteurs intra et extrahospitalier et le processus de réinsertion du patient.

3. Le rôle et le pouvoir au sein d'une équipe pluridisciplinaire

L'assistant social a toujours eu, depuis la création de sa fonction, les missions comme expliquées dans le chapitre précédent. Avec la mise en place progressive de la réforme en santé mentale, les compétences spécifiques de cette fonction ont été mises en avant. En schématisant le principe, la réforme correspond à une partie du travail de la fonction de cet agent. Cela est attrait à la gestion du réseau gravitant autour du patient. C'est une valorisation de son travail.

À ce jour, il est demandé aux professionnels de terrain d'établir ses pratiques de travail tourné vers les réseaux de soins de santé mentale extérieurs comme le fait l'assistant social. Cette refonte redistribue complètement les rôles et pouvoirs de chacun au sein de l'équipe.

L'assistant social a vu sa fonction obtenir un plus grand pouvoir comparé aux autres membres de son équipe. Le mécanisme se résume en deux principes d'une part la réforme incitant le travail avec les professionnels extra hospitalier et d'autre part, c'est « *une zone d'incertitude* » comme le définit Crozier (1977) et qu'il est l'une des rares personnes à pouvoir la maîtriser.

En outre, la mise en place d'une collaboration efficiente dans la prise en charge globale du patient est un pouvoir très important dans la réforme des soins de santé mentale. Dans ce cadre-ci, le rôle, les connaissances et les missions de l'assistant social en font un acteur majeur, car il détient un pouvoir sur ces « *zones d'incertitudes* ».

Cette notion a été fortement mise en avant lors de l'enquête et permet de comprendre qu'une certaine résistance peut émerger face à cette nouveauté. Par exemple, deux infirmières expliquent leurs expériences : « *Mon point de vue, niveau réseau, c'est l'assistante sociale qui gère le réseau* » et « *les assistants sociaux pensent qu'on n'est pas habilité et qu'on empiète sur leurs travaux, ça leur retire du travail* ». De plus, la théorie aborde aussi ce principe dans les travaux de Bareil (2004) dans le facteur collectif, car cela impacte à la fois les caractéristiques culturelles et les rites/valeurs de travail dans l'hôpital. Ceci pouvant entraîner « *une perte de pouvoir* » de l'acteur, ce qui induit une réticence.

Au final, les changements initiés par la réforme ont pu engendrer à la fois des bénéfices, mais aussi de la résistance.

D'une part les bénéfices se font ressentir sur les buts collectifs, car les agents accordent du sens et une certaine légitimité au projet. De plus, une innovation dans la prise en charge du patient leur a permis de se réappropriier leurs rôles en équipe et auprès du soigné. Dans le soin à l'autre, les agents se sont redéfinis et réinventés.

D'une part, des résistances sont apparues à la fois imputées au changement lui-même, sa mise en œuvre et l'environnement presque oppressif. D'autre part, il est important d'annoter la présence du facteur du système organisationnel se manifestant par l'intégration interne, sa capacité de changer, la communication et l'exercice du leadership. En conclusion, il faut ajouter les facteurs collectifs attrait aux caractéristiques des fonctions, la perte de pouvoir et les valeurs/rites des équipes.

Suite à ce constant on peut établir, un minima, que la résistance impact la transition des soins communautaires.

Selon Crozier (1977), le phénomène qui en est à l'origine touche fortement les « *enjeux de pouvoir* ». A ce stade, ce qui est intéressant d'analyser, c'est comment ce pouvoir a émergé malgré les règles bureaucratiques et comment il peut être redistribué dans une équipe.

4. La redistribution du pouvoir selon les rôles de chacun dans l'équipe pluridisciplinaire

Le pouvoir que détient l'assistant social sur la connaissance et la collaboration avec le réseau peut être une source de conflit et de résistance face aux autres agents de son équipe. Le réseau de soins de santé mentale peut être donc perçu et schématiser comme une « *incertitude* » pour les acteurs de terrain, mais aussi le patient et partiellement la direction.

Le rôle de l'assistant social peut être synthétisé selon la théorie des organisations de Friedberg et Crozier (1977) par l'obtention d'un pouvoir ayant plusieurs sources. La première revient aux « *compétences exclusives* » de la connaissance des modalités avec les professionnels extra hospitaliers. La seconde, c'est le « *contrôle sur l'information et la communication* ». Celle-ci s'explique par la possibilité d'avoir accès aux réseaux extérieurs.

La troisième et dernière source est la connaissance des règles organisationnelles. Ces trois sources donnent au rôle de l'assistant social, une influence sur les zones d'incertitudes qu'il peut maîtriser. Ceci lui procurant un pouvoir à la fois sur l'équipe et le patient.

L'une des incertitudes en question, dans cette analyse, est la mainmise de la profession sur la « *carte réseau* » comme l'appellent les agents de terrain. Il possède un ensemble de connaissances et de pratiques pour gérer le réseau afin de mettre en place la réinsertion du patient. Ce qui est intéressant aussi de préciser, c'est que ce pouvoir est « *relationnel* » et non pas « *acquis* » comme le stipule Crozier (1977). Il peut être donné par d'autres et dans ce cas-ci, par les acteurs extra hospitaliers qui utilisent la fonction comme relais dans l'intra hospitalier. Par exemple, une infirmière ajoute que : « *c'est l'assistant social qui fait le lien, nous on gère en interne* ».

Au niveau institutionnel, des processus formalisés ont été mis en place afin de réguler les relations à l'autre dans l'accomplissement dans le travail. Néanmoins, comme expliquées précédemment, certaines règles organisationnelles ne sont pas formalisées ou ne sont plus d'applications, ceci entraînant l'apparition « *d'ambiguïtés* » ou « *de zones d'incertitudes* » selon la théorie de Crozier (1977). Ce principe donne naissance à des informalités donnant du pouvoir aux acteurs pouvant maîtriser celle-ci. C'est le cas, dans ce travail de l'assistant social qui peut agir sur ces « *incertitudes* ». Elles sont matérialisées par la connaissance des interactions avec les services de justice, le lien avec les acteurs extrahospitalier. Ce pouvoir se manifeste par la possibilité qu'il puisse gérer les facettes liées au retour du patient dans la société.

Malgré la difficulté d'action sur cette zone d'influence, d'autres professions dans l'équipe pluridisciplinaire tentent de s'y intéresser ou d'y trouver leurs places. Par exemple, une infirmière ayant eu une formation sur la gestion du réseau du circuit du trajet de soins internés me transmettait ceci : « *J'ai compris que j'ai ma place dans le réseau avec ma formation. Ma chef me dit oui, je peux le faire, ma chef m'a dit oui pour cela. Moi j'ai compris qu'en santé mentale, j'ai ma place* ».

En analysant plus précisément, on peut distinguer deux types d'attitudes des agents lors de la phase empirique en réaction aux incertitudes liées à la collaboration avec les acteurs extérieurs du réseau 107 ou du TSI.

Premièrement, les agents peuvent faire part de proactivité. Chaque agent réagit différemment en fonction de la situation et de son propre vécu. Cependant lors de l'enquête, il y a deux types de comportements que les agents ont mis en place afin de s'adapter aux changements dans les pratiques de travail au sein de leur service.

Tout d'abord, il y a les agents qui le perçoivent comme une opportunité. La réforme peut leur donner cette légitimité et la place qu'ils peuvent prétendre dans la prise en charge globale du patient. Une infirmière expliquait son désir de collaboration avec l'assistant social, car « *je connais bien mon patient, je sais comment il réagit, comment il évolue. Je le côtois chaque jour dans l'unité* ». Ensuite, d'autres le perçoivent comme une contrainte liée notamment à l'âge et les départs assez proches en pension de certains agents. Ces personnes-ci délaissent ce rôle et laissent la gestion du réseau à la fonction d'assistant social ne voulant plus s'investir dans une nouvelle organisation.

Deuxièmement, la gestion du « *prévue et de l'imprévue* » : avec le changement de patientèle, le rythme du travail est chamboulé ceci pour trois raisons : le temps d'hospitalisation réduit, le travail thérapeutique à accomplir avec le patient ainsi que le turn-over important. De même que, la « *routine* » disparaît pour laisser place à des imprévues qui peuvent prétendre à des « *zones d'incertitudes* » pour les agents. Dans l'enquête, une infirmière relève ce genre d'événement par : « *avec mon aide il a pu [l'assistant social] aidé à mettre en place le projet du patient, car je le connaissais contrairement à lui* ».

L'incertitude donne du pouvoir aux personnes qui l'obtiennent par l'exercice relationnel à l'autre et entraînent des « *enjeux de pouvoirs entre les acteurs* » comme l'explique Crozier (1977). Ceci modifiant ainsi leurs agissements les uns envers les autres. Il est à noter que la relation de pouvoir n'est pas uniquement négative. Dans certains cas, cela peut permettre de résoudre des situations complexes ou ambiguës pour quelques acteurs et pouvoir mettre en place des processus qui pourront être formalisés.

Certains de ces comportements peuvent instiguer la résistance dans la transition des soins communautaires. Il est important de prendre en compte la gestion de ce changement.

C. La gestion du changement : le rôle de la hiérarchie

Les changements, que la réforme a amorcés, sont multiples et afin d'éviter toutes défaillances, il est nécessaire d'établir un processus adéquat. Lorsque le changement pose des problématiques, la résistance peut en découler et bloquer ou ralentir ce processus.

L'analyse faite, pendant ce travail, m'a permis de mettre à jour plusieurs résistances aux changements notamment dans la collaboration entre les acteurs poussés par la volonté de l'environnement et de la réforme.

En soi, c'est l'action collective exercée par les agents entre eux. La source de pouvoir est représentée par une zone d'incertitude comme la possession de compétences exclusives mise en avant par les agents : « *la connaissance du réseau* » ; « *la connaissance du patient* ». Par contre, si d'autres personnes obtiennent ses compétences, le pouvoir s'en retrouvera partagé et donc redistribué.

Pour obtenir ce pouvoir, il peut y avoir plusieurs moyens afin de l'obtenir et de le conserver. Le premier c'est la légitimité qui est donnée par les autorités, comme l'explique Crozier (1977), à la fonction d'assistant social dans ce cas-ci. De plus la profession détient deux autres moyens expliqués précédemment : la connaissance de la gestion de l'information et les compétences spécialisées dans ce domaine.

Par exemple pour l'assistant social, la réforme a remis une notion de « *valorisation* » de la fonction et de ses compétences. Avant les mutations que l'hôpital a subies, les autres acteurs ne s'y intéressaient que très peu comme l'expliqué une infirmière : « *...c'est son rôle, je gère le quotidien...* ». Ce savoir-faire est devenu primordial pour l'accomplissement de la réinsertion du patient dans la société selon les critères de la réforme. Ce qui induit qu'un grand nombre de professionnels tentent de l'obtenir.

Par rapport à ces critères, les différents acteurs de terrain des unités cherchent les informations et les légitimités. Face à cela, le groupe d'acteurs principal à pouvoir réguler cela c'est la direction des institutions. Pour cela, elle peut mettre en place deux types de fonctionnements.

Le premier concerne l'information ascendante et descendante dans la ligne hiérarchique. Entre les deux institutions « *test* », il y a une différence de perception dans la communication dont les directions ont fait preuve. Dans l'une des institutions, les agents expliquent que le sommet hiérarchique a été très évasif dans sa gestion de la communication au sein des unités : « *on nous a dit ça va changer, mais sans nous expliquer* ». De plus les agents estiment que

l'ascendance d'une information est très compliquée aussi : « *on a demandé, mais on n'a jamais eu de retour de leurs part* ». Dans l'autre institution, c'est le contraire où l'équipe estime que le sommet hiérarchique a été un soutien par une communication transparente et facilitante dans les deux sens : « *ils nous ont bien aidé et nous permettent d'avancer. Ils sont un soutien dans la mise en place du projet depuis sa création* ».

Le second concerne les canaux de transmissions de l'information par la direction et le système organisationnel qui est complexe. Au sein des deux institutions, ils existent de nombreux canaux de communication, dont certains, cités par les agents : « *intranet* », « *mail* », « *note de service* », « *note de « staff »* ». L'ensemble de ces canaux influent sur le personnel de terrain qui éprouve des difficultés à trouver l'information dont ils ont besoin : « *...quand je cherche une information, je n'arrive pas à savoir où la trouver, il faut demander à tout le monde...* ».

Au final, il est possible d'admettre selon la théorie et confirmer par la pratique que la direction et son système organisationnel peuvent être un vecteur important de résistance pour les membres du personnel si celui-ci est mal agencé.

D. L'élucidation de la question centrale de recherche

1. Une réponse hypothétique

Pour rappel, une problématique avait vu le jour au début de ce mémoire : « *La résistance aux changements des membres du personnel hospitalier peut-elle influencer la transition des soins communautaires ?* »

À travers les différentes lectures précédentes, il apparait que le changement nécessite du temps et la mise en place de moyen tout au long de ce processus. Nous pouvons donc affirmer que :

« Pour faire simple c'est complexe ».

Cette formulation caricaturale met en avant la complexité de répondre à cette question centrale. En alliant les différentes parties de ce mémoire, le concept même de la résistance au changement est « *impalpable* », « *non quantifiable* » et « *abstraite* ».

Néanmoins, les résultats qualitatifs de l'enquête mené sur le terrain vont nous permettre d'y répondre.

2. Les facteurs relevés dans cette confrontation

Les différents éléments qui ont émergé mettent en avant une mécanique très élaborée qui est à la fois « *multidimensionnelle* » et « *multifactorielle* » ceci dépendant du contexte dans lequel on l'analyse comme l'expliquent Bareil (2004) et Vas (2000).

La confrontation théorique et empirique a permis d'établir l'importance des résistances au changement. En me basant sur les travaux de Bareil (2004), Jaziri (2016) et Crozier (1977), j'ai donc classé les données empiriques selon leurs influences.

➤ Les facteurs collectifs :

Dans les deux institutions auditionnées, les facteurs collectifs représentent trois éléments. Le premier est la perte de pouvoir. Elle est reliée au statut de l'assistant social dont le pouvoir est grand, et que les agents de terrain souhaitent obtenir. La seconde, concerne les valeurs et rites de l'entité. La répartition intra hospitalière est catégorisée dans la fonction de chacun. Le fait d'empiéter sur le rôle d'une autre fonction peut être problématique. Enfin, le troisième se rapporte aux caractéristiques culturelles. Les institutions ont une culture qui leur est propre et fortement ancrée. Cela entraîne des résistances dans le cadre du changement. Par exemple, l'une d'entre elles est la routine qui s'est retrouvée bouleversé.

➤ Les facteurs liés à la politique :

Dans l'analyse empirique, il y a deux paramètres importants qui sont répertoriés. D'une part, l'influence des personnes valorisées. La réforme a entraîné une valorisation du métier de l'assistant social à travers son rôle et ses compétences. Cela a augmenté le pouvoir dont il disposait à cette époque. D'autre part, les enjeux de pouvoir. Les nouveautés dans les pratiques de travail entraînent une relation de pouvoir entre les agents. Certains d'entre eux, comme par exemple les infirmières, cherchent à l'obtenir ou le partager tandis que d'autres tentent de le maintenir.

➤ Les facteurs du système organisationnel :

Ce facteur théorique est nettement représenté dans la pratique. Il se dénombre sous quatre axes.

En premier, la structure : les hôpitaux sont des entités regroupant plus d'un millier d'acteurs dans tous les départements confondus. Cela nécessite une formalisation dans les pratiques de travail, mais qui ne sont plus ou pas applicables, dans certains cas, rendant ainsi le processus informel inévitable.

En deuxième, le leadership de la direction : des agents ont pu émettre une communication dysfonctionnelle. Celle-ci peut entraîner des perturbations dans la mise en place d'un projet. Cela se manifeste par des acteurs ne se sentent pas pris en compte dans le processus du changement.

En troisième, le contexte et l'environnement : les instances fédérales ou fédérés renforcent cette résistance suite à la pression exercée sur les entités et les services de soins. Cet environnement insiste sur la mise en place de la réforme, mais il ne donne pas tous les moyens associant des demandes qui ne peuvent parfois pas aboutir comme : le turn-over de maximum un an.

Et finalement, la capacité à changer : l'hôpital étant une structure avec un organigramme très compliqué, il peut avoir des difficultés à mettre en place le changement. Du fait, relié à des procédés et des standardisations protocolaires ou départementalisés qui induisent une capacité réduite à effectuer le changement de manière rapide et concise.

➤ **Les facteurs liés au changement et sa mise en œuvre :**

Tout d'abord, la complexité de la réforme 107 ou du forsenic MasterPlan amènent une densité dans leur contenu et l'articulation entre toutes fonctions du programme et la collaboration entre les acteurs de santé. L'incompréhension ou le manque de connaissance entraînent une résistance dans le processus. Ensuite, l'information et la sensibilisation. Un manque d'information qu'il soit dû aux instances fédérées, les directions ou même les coordinateurs de réseaux entraîne des aprioris et des difficultés de compréhension chez les agents de terrain intra hospitalier. Par ce manque d'informations, les agents ne connaissent pas assez ou peu les modalités des itinéraires cliniques. Puis, la disponibilité des ressources.

L'un des défauts de la réforme est le manque de place dans les structures intermédiaires. Ceci a pour finalité de ralentir ou d'interrompre le processus de réhabilitation du patient dans la société. Enfin, l'implication des agents dans le processus. L'un des paramètres qui a été

relevé, c'est la mise à contribution des agents à créer le projet. Dans le cadre où, ils ne sont pas concertés, certains n'intègrent pas le projet.

3. La résistance face aux soins communautaires

La réforme de soin en santé mentale a pu faire naître certaines résistances. Il est possible d'admettre que la résistance est bien présente dans la pratique et elle se manifeste sous plusieurs formes et aspects comme cité ci-dessous.

Au final, le changement peut être un moteur fulgurant pour la transition vers les soins communautaires. Néanmoins, la présence de certains facteurs de résistances de la part des membres du personnel peut enrayer ce processus. Dans l'analyse faite, il n'y a pas de blocage net mais un ralentissement dans les étapes du changement.

E. Pistes d'action et de recherche

1. Du frein vers le levier

Si la résistance représente un frein, nous pouvons l'inverser grâce à des leviers. Vas (2000) mettait en avant une certaine équation face à la résistance au changement : « *soit la diminution des forces antagonistes* » ou « *l'ajout de forces favorables poussant le système vers le changement* ».

Concernant les résultats sur les facteurs de résistances au changement, il est possible de mettre en place des pistes d'action et de recherche afin de les diminuer. Conscient des limites de l'enquête réalisée, la partie ci-dessous tentera d'inverser le ralentissement du changement par : une piste d'action et une recherche.

2. Une piste d'action : la référence du patient

L'une des pistes que l'on peut avancer au terme de ce travail c'est la référence du patient lors de son séjour dans une institution hospitalière en soin de santé mentale. Dans le changement de paradigme initié par la réforme, les acteurs doivent revoir leurs pratiques qui parfois ne sont pas en adéquation avec la mission de réinsertion. Certaines

fonctions restent encore « *très cristallisé* » comme le précise une infirmière : « *...moi je m'occupe du patient dans l'unité, je fais les médicaments...* ».

Or, j'ai déjà pu constater certaines infirmières qui ont dépassé ce stade et ce sont ouvertes à une autre forme de prise en charge au sein du secteur psychiatrique. Dans les exemples que je peux citer, deux infirmières : « *...je travaille en entretien de référence les priorités pour la réinsertion...* » ou « *...en tant que référente, j'accompagne le patient dans les candidatures extérieures...* ». Ces éléments sont aussi compris dans une collaboration avec d'autres professionnels comme l'assistante sociale.

Dans cette piste d'action, j'émettrais l'idée de développer un « *trinôme* » de référence afin de réguler la prise en charge du patient et assurer une collaboration efficiente avec tous les acteurs de terrain afin de répondre au mieux aux besoins du patient. Ce trinôme serait composé d'une infirmière, d'une psychologue et d'une assistante sociale.

Ce concept est considéré dans certains systèmes hospitaliers par la concertation entre plusieurs professions qui organisent ensemble, et avec le patient, le travail thérapeutique ainsi que l'accompagnement dans le processus de réinsertion dans la société. Ces personnes sont les professionnels ressources auprès du patient et centralise ses besoins, ses demandes et l'élaboration du projet.

La référence englobe la coordination dans toutes les dimensions de la prise en charge du patient avec l'accord et la volonté de celui-ci.

Le patient devient donc acteur de sa prise en charge.

Les cinq dimensions de la prise en charge du patient :

Le premier, c'est le travail psychothérapeutique notamment en lien avec la psychologue et le psychiatre, amenant à des entretiens individuels, avec la famille et les intervenants extérieurs.

En second, l'éducation à la pathologie mentale par l'infirmière, le psychiatre et la psychologue. Le but est d'apprendre au patient sa maladie et d'éviter la rechute.

En troisième, l'éducation médicamenteuse et son évaluation par l'infirmière et le psychiatre. L'équipe souhaite évaluer ses connaissances sur ses thérapeutiques ainsi que d'estimer l'efficacité du traitement et les effets indésirables présents.

Le quatrième domaine comprend les étapes de la réinsertion du patient. Les agents s'agencent avec le patient afin d'estimer et d'établir ses priorités et ses besoins. Cela concerne le logement, la dynamique familiale, l'enseignement, les formations, la réinsertion sociale et la gestion de la vie en communauté.

Enfin le cinquième domaine concerne la collaboration avec les acteurs extérieurs. Les référents sont les relais avec les membres du réseau (TSI ou 107 par exemple). Ils mettent en place des accompagnements pour les démarches administratives pour assurer un suivi optimal.

Si ce type de collaboration peut être fonctionnel cela pourra améliorer la continuité des soins du patient.

Pour terminer je souhaiterais expliquer cette piste par l'expérience transmise par une infirmière auditionnée :

Lors d'une prise en charge chez une patiente Borderline, ayant des troubles du comportement (impulsivité, passage à l'acte auto-agressif...). Le psychologue et l'infirmière de référence se sont mis en commun afin de travailler lors des divers entretiens sous le modèle « *...de la thérapie dialectique...* ». Cela a eu pour bénéfice d'enseigner au patient à faire face à l'instabilité, à l'alternance des émotions et les conduites associées.

3. Une piste de recherche : l'image publique et l'étiquette du patient

La patientèle de la Protection Sociale a toujours été très problématique dans l'image publique qu'elle renvoie. La population et mêmes certains soignants renvoient souvent l'image de « *criminelles* » et autres qualificatifs en termes d'étiquette. Une telle stigmatisation est toujours d'actualité de nos jours.

Ce phénomène s'est fortement intensifié de nos jours avec les technologies de l'information et de communication. Un concept que l'on retrouve auprès de ce type de patientèle est la

« médiatisation ». Quand une histoire est qualifiée de « faits divers » incorporant des faits de « mœurs » ou « d'homicide », la presse s'empresse de cet événement.

Dans ce cas-ci, le patient et son passé son fortement médiatisé et impact son cheminement clinique de la prison jusqu'à sa libération. Cela peut entrainer des complications comme : « une diminution de l'estime de soi », « la difficulté de réinsertion », « l'isolement social », ...

Face à cela, les institutions et les unités de soins ont mis en place certains procédés afin de réguler les problématiques qui peuvent en découler telles que la présence de journaliste ...

Parmi les stratégies en applications, il y a :

- Les rappels faits par rapport au secret professionnel
- Le code de déontologie dans les pratiques de travail
- Le suivi de patient dans des groupes de parole

Néanmoins, malgré cela, certaines collaborations peuvent être dysfonctionnelles ou délétères. Ceci pouvant engendrer des impacts majeurs dans la psyché du patient ou dans sa prise en charge.

A ce niveau de réflexion, il peut y avoir plusieurs pistes à envisager pour le futur de ces professionnels de santé.

Tout d'abord, des formations en interne. Certains agents mettent en avant des formations sur la relation d'aide ou la communication. Ensuite des formations externes. Plusieurs personnes ont déjà fait « des séminaires sur le patient en psychiatrie » et « l'image que cela renvoie ». Aussi, « l'accompagnement du patient dans les démarches administratives et de réinsertion » peut être une idée dans le processus de déstigmatisation.

De plus, certaines infirmières mettent l'accent sur le travail psychothérapeutique non pas accès uniquement sur la maladie, mais aussi sur le délit et ainsi éviter les risques de passage à l'acte.

Enfin, plusieurs agents estiment qu'il est possible « de travailler sur des cas concrets lors de supervision d'équipe ». Cela pouvant induire une « nouvelle vision » du soigné.

Conclusion

Comme indique le titre de ce mémoire, le but de la réflexion menait été d'évaluer si les nouveaux concepts introduits par les réformes pouvaient impacter de n'importe quelles manières la réalité du terrain (pour rappel les membres du personnel hospitalier) et amener à une résistance au changement.

Tout d'abord, le concept de résistance est quelque chose qu'on pourrait qualifier « *d'abstrait* » comme j'ai pu le constater dans mes lectures. Ce n'est pas une notion qui est quantifiable ou mesurable mais « *qualitative* ».

A travers mes deux grands axes de recherches, j'ai pu mettre à jour un grand nombre de facteurs induisant une résistance au changement au sein de la théorie en référence à Bareil ou Crozier. La partie empirique m'a aidé à confirmer qu'une majorité d'entre eux existés au sein des deux institutions auditionnées : principalement le facteur collectif et organisationnel.

Ensuite, la confrontation des données m'a permis de saisir que tout le monde peut émettre une résistance et pour plusieurs raisons. Il est à préciser ~~aussi~~ qu'elle ne se veut pas malsaine ou opposante, mais parfois elle se résume à de l'incompréhension ou une absence de communication. Néanmoins, ses facteurs peuvent induire au final des dysfonctionnements de tout ordre dans les institutions.

De plus, je retiens de ce travail de recherche, une vision différente du changement. Celui-ci est intéressant si on le considère comme un phénomène rythmant notre profession en permanence, gage d'évolution pour construire ce que sera demain. L'enquête permet en tant qu'agent de se créer une autre vision du changement. Elle accorde également à travers les pistes de réflexion vues dans ce travail, de placer le patient comme un acteur de sa prise en charge tout en garantissant son bien-être psychologique, physique et social.

Pour conclure, je dirais que la réalisation de cette enquête a été un moment de partage avec les différents intervenants, mais également d'échange et de confiance lors des enregistrements. L'analyse et l'interprétation des données ont constitué un outil d'une grande richesse pour alimenter ma réflexion. Quant à la rigueur de la démarche scientifique, abordé grâce à ce travail de recherche, elle sera pour moi porteuse d'efficacité et de crédibilité en tant que professionnel de la santé.

Bibliographie

Référence à un article :

- ANGEL V. & DIRK D. (2013). Je pense, donc je résiste : théorie de justice et personnalité dans l'explication de la résistance au changement. *Revue internationale de psychologie*, n°26. 61-99
- OREG S. (2003). Résistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of applied psychology*, n°88. 680-693.
- OREG S. (2006). Personality, context and resistance to organizational change. *European journal of work and organizational psychology*, n°15. 73-101.

Référence à un livre :

- CROZIER M. & FRIEDBERG E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Edition Seuil. 512p
- LEWIN K. (1951). *Field theory in social science*. USA, Greenwood: University of Iowa. 366 p

Référence à un chapitre d'un livre :

- ALLART-POESI F. (2002). *Les grands auteurs en management : Quand la psychologie investit le champ du management. Chapitre XXX : de la théorie du champ : une science sociale*. 2nd Edition. Paris : EMS management et société. 501-522
- GOMPERZ T. (2009). *Héraclite*. France : Paris. Edition : Broché
- LEWIN K., (1951). *Décisions de groupe et changement social*. Psychologie sociale
- MICHELOT C., (2002). *Lewin Kurt 1890-1947, théorie du changement*. Vocabulaire de psychosociologie. P505 à 517 Edition Hors collection, ERES

Référence à un site internet :

- BARBUI C., PAPOLA D. & SARACENO B. (2018). *Editorial : Réforme de la santé mentale en Italie : enseignements pour la santé publique*. OMS : Italie, Université de Vérone. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/11/18-216002/fr/>. Consulté le 06/11/19.
- BAREIL C. (2004). *La Résistance au changement : synthèse et critique des écrits*. Centre d'études en transformations des organisations : Cahier n°4. HEC : Montréal. [Consulté le 05/12/18]. Disponible à l'adresse : http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf. Consulté le 07/11/19.
- BAREIL C. (2008). Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement. *Télescope* : Université de l'Administration Publique du Québec. Canada : Montréal. Disponible à l'adresse : http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_Bareil.pdf Consulté le 07/11/19.
- BERRA P. (2019). Profils locaux de santé, Province du Hainaut, Tournai. Belgique : Tournai. Disponible à l'adresse suivante : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2019/11/tournai_11-2019.pdf. Consulté le 21/11/19.
- BERRA P. (2019). Profils locaux de santé, Province du Hainaut, Tournai. Belgique : Mons. Disponible à l'adresse suivante : https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2019/11/mons_11-2019.pdf. Consulté le 21/11/19.
- BLAIS M., MARTINEAU S. (2007). *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes*. Recherche Qualitatives, volume 26. Québec : INSS. Disponible à l'adresse suivante : http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%282%29/blais_et_martineau_final2.pdf
- COCH L. & FRENCH J.R. (1948). *Overcoming Resistance to Change*. Human Relations. 512-532. Disponible à l'adresse:

<http://www.genesismex.org/ACTIDOCE/PDFS/ARTICULO%20COCH%20&%20FRE%20NCH-Overcoming%20Resistance%20to%20Change.pdf>. Consulté le 07/11/19.

- FLEURY M. J. (2015). *Les soins primaires de santé mentale : importance et composantes clé pour l'optimisation des services*. Canada : Québec : Cahier SC n°70. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/Les-soins-primaires-de-sante.html>. Consulté le 04/11/19.
- FLEURY M.J. & ACEF S. (2013). *Réforme du système de santé mentale, tendances internationales et perspectives Québec-France*. Canada : Santé Mental au Québec : Volume 38, numéro 1, P17 à 41. Disponible à l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2013-v38-n1-smq0877/1019184ar/>. Consulté le 05/11/19.
- FUNK M. (2004). *Guide des politiques et services de santé mentale : la situation de la santé mentale*. Genève : OMS : bibliothèque de l'OMS. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf. Consulté le 05/11/19.
- HAINAUT STATS. (2019). Le portail de données statistiques et d'analyses des communes du Hainaut. Belgique. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>. Consulté le 20/11/19.
- JACOBI F. & HANS W. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies, in European Neuropsychopharmacology*. Belgique : Bruxelles, Commission Européenne, Direction Générale Santé et protection des consommateurs. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf. Consulté le 07/11/19.
- JAZIRI R. (2016). Les déterminants de la résistance au changement organisationnel : le cas des universités tunisiennes. *Electronic Journal of digital Entreprise*, n°40. -1-16. [Consulté le 07/12/18]. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/309386237_Les_determinants_de_la_resistan

[ce au changement organisationnel Le cas des universites tunisiennes](#). Consulté le 07/11/19.

- MISTIAEN P. & al. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique, Report 318Bs*. Belgique : Bruxelles, Centre d'Expertise Fédérale. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318B_Soins_de_sante_mentale_synthese.pdf. Consulté le 06/11/19.
- PLATE FORME PSY 107. (2019). *Session d'information, Réforme Santé Mentale choix et planification*. Belgique : Bruxelles. Disponible à l'adresse : [http://www.psy107.be/images/Infomoment%20\(FR\).pdf](http://www.psy107.be/images/Infomoment%20(FR).pdf). Consulté le 05/11/19.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). *La Santé Mentale : Renforcer notre action*. Dernière mise à jour le 30/03/18. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Consulté le 06/11/19.
- OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique). (2018). *Ressources en santé : Lits pour soins psychiatriques*. Paris : OCDE Stat. Disponible à l'adresse : <https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr>. Consulté le 02/11/19.
- SPF JUSTICE. (2016). *Le Masterplan prisons et internement est approuvé*. Belgique : Bruxelles. Disponible à l'adresse : <https://www.koengeens.be/fr/news/2016/11/18/le-masterplan-prisons-et-internement-est-approuve>. Consulté le 10/12/19.
- THORNICROFT G., TANSELLA M. & LAW A. (2008). *Steps, challenges and lessons in developing community mental health care*. World psychiatry, volume 7, P87 à 87. NBCI. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408397/>. Consulté le 05/11/19.
- THUNUS S., CERFONTAINE G. & SCHOENAERS F. (2012). Evolution du champ de la Santé Mentale en Belgique : l'asile vers les réseaux et circuits de soins. *L'Observatoire : Les Enjeux de la psychiatrie*, revue n°72. Belgique : Liège. Disponible à l'adresse : <http://www.revueobservatoire.be/Evolution-du-champ-de-la-Sante->

[mentale-en-Belgique-de-l-asile-vers-les-reseaux?return=publication.](#) Consulté le 10/09/19.

- VAN DER HEYDEN J. & CHARAFEDDINE R. (2014). *Enquête de santé 2013 : Rapport 1 : Santé et bien-être*. Belgique : Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique. Disponible à l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf. Consulté le 04/11/19.
- VAS A. (2000). *Conférence internationale de management stratégique : La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire*. France : Montpellier. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l-aims/communications/2505-la-resistance-au-changement-revisitee-du-top-management-a-la-base-une-etude-exploratoire/download>. Consulté le 07/11/19
- VERNIEST R. & al. (2008). *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T, KCE Reports 84 B*. Belgique : Bruxelles, Centre d'Expertise Fédéral. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/les-s%C3%A9jours-psychiatriques-de-longue-dur%C3%A9e-en-lits-t>. Consulté le 06/11/19.
- WALKER C., NICAISE P. & THUNUS S. (2019). *Parcours Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en région de Bruxelles Capitale*. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social. Disponible à l'adresse : http://www.ccc-ggc.irisnet.be/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/parcours.bruxellesfr_def.pdf. Consulté le 06/11/19.

Référence à un mémoire ou une thèse de doctorat et document non publié :

- AUJOLAT I. (2016). *WFSP 2106 : Introduction à la méthode qualitative en Santé Publique*. Cours 1 à 4. Bruxelles : UCL, Faculté de Santé Publique.
- D'HOORE W. (2017). *WFSP 2298 : Séminaire d'accompagnement du mémoire*. Cours 1 et 3. Bruxelles : UCL, Faculté de Santé Publique.

- THUNUS S. (2018). *WFSP 2260 : Management Humain et Comportement Organisationnel*. Cours 1 à 3. Bruxelles : UCL, Faculté de Santé Publique.
- THUNUS S. (2018). *WFSP 2210 : Dynamique de Groupe*. Cours 1 et 2. Bruxelles : UCL, Faculté de Santé Publique.

Référence à un document législatif :

- MONITEUR BELGE. (2016). Loi relative à l'internement et de protection sociale du 04/05/16. Belgique : Bruxelles. Dernière mise à jour le 30/12/16. Disponible à l'adresse :
https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2016050403. Consulté le 11/12/19.
- MONITEUR BELGE. (2014). Loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude du 01/07/64. Belgique : Bruxelles. Dernière mise à jour le 08/07/14. Disponible à l'adresse :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1964070102&table_name=loi. Consulté le 11/12/19.
- MONITEUR BELGE. (2008). *Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins*. Belgique : Bruxelles. Dernière mise à jour le 06/05/19. Disponible à l'adresse :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi. Consulté le 05/11/19.
- MONITEUR BELGE. (1990). *Arrêté Royal du 10 juillet 1990 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, relative à la mise en service de lits dans des services hospitaliers psychiatriques ainsi que des lits dans des services hospitaliers psychiatriques dont la désaffectation permet la mise en service de lits dans des services hospitaliers psychiatriques*. Belgique : Bruxelles. Disponible à l'adresse, [mise à jour le 13/03/18] :
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_11.pl?language=fr&caller=list&la=f&fromtab=loi&tri=dd+as+rank&sql=dd++date%271990-07-10%27+and+pd++date%271990-07-26%27. Consulté le 05/11/19.