

Faculté de santé publique

***« Le vécu des cadres intermédiaires
dans les soins de santé en période
de changement organisationnel
disruptif »***

Mémoire réalisé par
Xavier FRANCIS

Promoteur·rice(s)
Laurianne TERLINDEN

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

« Le vécu des cadres intermédiaires dans les soins de santé en période de changement organisationnel disruptif »

Remerciements

Je voudrais commencer par remercier ma compagne Audrey et mes enfants Robin et Basile qui m'ont supporté (et mes humeurs) pendant ces trois années de Master. Les remercier d'accepter des sacrifices pour me laisser mener à bien mes études. Je remercie également mes amis qui ont compris mes absences pendant ces trois années.

Ensuite, ce Master n'aurait pas été possible si ma Direction Infirmière ne m'avait pas permis d'entamer le cursus de même que l'Institution qui m'a accordé des crédits d'heure. Je remercie également ma Cheffe d'Unité qui m'a concocté des horaires à la carte pour, ne craignons pas les mots, prioriser le Master. Enfin je remercie mes collègues qui ont eux aussi accepté des absences, qui se sont peut-être vu refuser des congés parce que j'étais au cours ou en examen.

Je remercie ma promotrice, Professeure Laurianne TERLINDEN pour l'accompagnement sans faille dans l'aventure de ce mémoire.

Je remercie l'UCL et le corps professoral pour l'encadrement, la bienveillance tout au long de ce parcours.

Finalement, je remercie Stephen et Agnès qui m'ont accompagné et soutenu dans notre cursus du Master.

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 étudiant·e·s 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.

Liste des abréviations :

BMF : Budget des Moyens Financiers

CODIR : COmité de DIRection

DDI : Direction Département Infirmier

DG : Direction Générale

DRH : Direction Ressource Humaine

HAD : Hospitalisation A Domicile

ICS : Infirmier Chef de Service

ICU : Infirmier chef d'Unité

MIORS : Management Innovant des Organisations et Réseaux de Soins

NPM : New Public Management

RH : Ressource Humaine

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Revue de la littérature et cadre conceptuel	3
2.1 Changements dans les soins de santé	3
2.1.1 Situation économique des hôpitaux.....	3
2.1.2 Financement	3
2.1.3 Changement démographique et sociétal.....	4
2.1.4 Changement organisationnel des hôpitaux.....	5
2.2 Rôles des cadres dans ce contexte.....	7
2.2.1 Définitions des cadres intermédiaires.....	7
2.2.2 Rôles des cadres intermédiaires	8
2.3 Impacts des changements contextuels sur le rôle des cadres intermédiaires	10
2.3.1 Sensemaking.....	10
2.3.2 Sensegiving	11
2.3.3 Le rôle des émotions dans « sensemaking » et « sensegiving ».....	11
2.4 Conséquences sur le rôle des cadres intermédiaires.....	12
2.4.1 Coûts du sensemaking.....	12
2.4.2 Identité des managers	13
2.4.3 Tension de rôle et stress des cadres intermédiaires	14
2.4.4 Coping	16
2.5 Conclusion.....	19
3. Contexte de la recherche	20
4. Etude Qualitative : méthodologie	21
4.1 Public cible.....	21
4.2 Recrutement	22
4.3 Entretiens.....	22
4.4 Analyse.....	23
4.5 Considérations éthiques.....	23
5. Résultats	24
5.1 Profils des répondants	24
5.2 Activités et rôles des cadres	25
5.2.1 Administratifs.....	25
5.2.2 Relations interpersonnelles	26
5.2.3 Organisationnels	26
5.2.4 « People management ».....	27

5.2.5	Stresseurs et tensions de rôle du cadre au quotidien	28
5.2.6	Éléments individuels et organisationnels facilitateurs dans le rôle	29
5.3	Vécu du changement et rôles	30
5.3.1	Le changement initiateur d'émotions chez les cadres	30
5.3.2	Du changement dicté par la conjoncture politique et économique à la normalisation du changement et ses limites.....	31
5.4	Conséquences du changement sur les managers en tension.....	33
5.5	Coping, ressources individuelles et institutionnelles	35
5.5.1	Coping et ressources institutionnels	35
5.5.2	Coping et ressources individuelles	36
5.6	Attentes par rapport au changement	38
6.	Discussion	40
6.1	Vécu du changement	40
6.2	Tensions de rôles du cadre, stress lors du changement	43
6.2.1	Tensions de rôles exacerbés par le changement	43
6.2.2	Stress exacerbé par le changement	45
6.2.3	Cas particulier sur sensemaking/sensegiving	45
6.2.4	Risque d'épuisement, burnout.....	48
6.2.5	En résumé.....	49
6.3	Des stratégies d'adaptation et ressources	50
6.3.1	Stratégies et ressources disponibles	50
6.3.2	Résumé.....	55
6.4	Recommandations	56
6.5	Limites de la recherche et pistes futures	57
6.5.1	Limites et réflexions	57
6.5.2	Pistes futures	58
7.	Conclusion	60
8.	Références.....	63

1. Introduction

En Belgique, les soins de santé subissent des réformes fédérales qui tendent à sous-financer le système des soins de santé et notamment les hôpitaux (Scheen, 2023), (Trionfetti & Hirtz, 2025). De plus, la 6^{ième} réforme de l'Etat qui défédéralise en partie le financement des soins de santé vers les entités fédérées (Lecocq, Locoge, De Wever, & Pirson, 2014), associée à un vieillissement de la population et une technicité des soins grandissante mettent sous pression les soins de santé d'un point de vue financier. Par ailleurs, la crise sanitaire de 2020 a mis en exergue la crise des professions du care et notamment chez les infirmières¹ (difficulté de recrutement et de rétention, études non menées à terme, absentéisme de longue durée, défis dans l'articulation vie privée et vie professionnelle) entraînant une pénurie parmi les soignants (Lavergne & Janssens, 2024).

Ces difficultés sont l'une des raisons qui incitent les hôpitaux à fusionner (en dehors de la mise en réseau imposée par Maggie De Block) pour une meilleure efficience et, parfois, à faire appel à des directions générales issues du secteur marchand. Ces décisions prises provoquent de l'incertitude, un sentiment d'insécurité pour le futur et donc du stress et de l'anxiété auprès des équipes de terrain notamment (Kroon & Reif, 2023).

Dans ce contexte, qui sont les cadres intermédiaires ? En Belgique, le cadre intermédiaire du département infirmier est composé d'infirmiers² chefs de service, eux-mêmes supervisés par le directeur du département. Ils sont infirmiers de formation ou sage-femmes diplômés d'un Master en Santé Publique ou Master en art Infirmier et Obstétrique (Moniteur, 2006). Gérant souvent plusieurs unités, ils sont le lien entre les équipes de terrain (y compris les chefs d'unité) et le top management. De plus, ils travaillent en étroite collaboration avec les médecins chefs de service, les ressources humaines et d'autres départements support (techniques, pharmacie, organismes extérieurs comme des agences d'intérim, etc.).

Et quels sont les rôles de nos cadres intermédiaires ? Les cadres intermédiaires sont reconnus par le top management comme premier facilitateur de la mise en œuvre de changement, d'innovation par leur engagement (Hartviksen, Aspfors, & Uhrenfeldt, 2019). Cette même étude d'Hartvisken et collègues, place le cadre intermédiaire comme médiateur entre la vie quotidienne des unités et la stratégie mise en place. Ils diffusent et synthétisent l'information

¹ Profession écrite au féminin car 86% des fonctions infirmières sont assumées par un personnel féminin)

² Bien que l'auteur soit pour l'écriture inclusive, par facilité de lecture nous garderons le masculin

reçue du top management pour les rendre opérationnelles par les équipes de terrain. Un deuxième rôle des cadres intermédiaires est de faire et donner du sens (sensemaking et sensegiving). Un troisième rôle est le soutien et la prévention en matière de santé mentale (M. Collins, Ashman, & Crozier, 2024). Les cadres repèrent et répondent aux signes de détresses, proposent des pistes pour faire face aux difficultés rencontrées par leurs équipes. Cette facette de leurs rôles implique qu'eux aussi soient bien encadrés (M. Collins, Ashman, & Crozier, 2024).

La littérature actuelle traite essentiellement des infirmiers chefs d'unité et/ou des cadres intermédiaires dans le secteur marchand (n+1). Très peu de littérature aborde la question du vécu des infirmiers chefs de service (n+2) dans les hôpitaux d'autant moins lors de situation disruptive. Nous allons à travers ce travail, tenter de décrire ce vécu, le rôle des cadres intermédiaires lors de telles situations et les stratégies d'ajustement (coping) qu'ils mettent en place pour y faire face.

Nous allons réaliser ce travail en trois temps. Tout d'abord, une revue de la littérature afin de définir notre cadre conceptuel. Enfin, nous présentons notre démarche qualitative auprès d'infirmiers chefs de service qui ont vécu des situations complexes pour répondre à la question : **« Quel est le vécu des cadres intermédiaires en période de changement organisationnel disruptif, et quels déterminants (individuels, collectifs, institutionnels) pour y faire face ? »**. Nous présentons les résultats de nos entretiens selon les thèmes suivants : passé/formation, rôle (au quotidien), vécu du changement, rôle lors du changement et les apprentissages et conclusion, avant de les mettre en discussions avec la littérature.

Mot clé en français : cadre intermédiaire, vécu, stress, émotion, burnout, intelligence émotionnelle, tension de rôle, coping, soins de santé, changement, gouvernance.

Mot clé en anglais : middle manager, lived, stress, emotion, burnout, emotional intelligence, role's tension, coping, healthcare, changement, governance.

2. Revue de la littérature et cadre conceptuel

2.1 Changements dans les soins de santé

2.1.1 Situation économique des hôpitaux.

En 2019, un rapport Belfius sur l'année 2018 estimait qu'un tiers des hôpitaux était déficitaire (Bayenet & Fontaine, 2021).

En 2020, il y a eu la crise sanitaire du COVID 19 qui a freiné l'activité hospitalière programmée, diminué les rentrées financières et augmenté les coûts pour les soins aux urgences, aux soins intensifs et dans les unités dédiées aux patients infectés (Scheen, 2023).

En 2022, le conflit Russo-Ukrainien a amené une nouvelle crise énergétique mettant à mal les finances des hôpitaux mais aussi des bénéficiaires de soins qui renoncent à consulter (Scheen, 2023).

Les soins de santé sont sous-financés de manière chronique avec, en 2024, une diminution de la croissance du financement à 2% du PIB contre 2,5 % initialement prévu (Scheen, 2023).

En 2024, un nouveau rapport MAHA de Belfius disait que 40% des hôpitaux étaient déficitaires. Bien que le chiffre d'affaires des hôpitaux augmente, les coûts augmentent également. Ils concernent les frais de nourriture, de l'énergie et du personnel (Belfius, 2024). Concernant le personnel, outre l'augmentation des salaires par l'indexation liée à l'inflation, les hôpitaux doivent faire face à un absentéisme de longue durée (plus long que la moyenne) ce qui impose de fermer provisoirement des services (Belfius, 2024).

L'innovation médicale, l'évolution des techniques médicales alourdissent la facture d'investissement des hôpitaux et celle du système de soins de santé (Bayenet & Fontaine, 2021).

2.1.2 Financement

En Belgique, le financement des hôpitaux repose sur 3 piliers importants : le BMF (Budget des Moyens Financiers), les honoraires de médecins et la pharmacie.

Le BMF pour un hôpital, représente une partie d'une enveloppe budgétaire fédérale fermée. Il est calculé sur une année de référence (moyenne des 3 années précédentes) et peut faire l'objet

d'un correctif plusieurs années plus tard (Durant, 2022). Cette portion du financement rend difficile les actions des gestionnaires.

La partie B1 du BMF finance le fonctionnement de l'hôpital et la partie B2 finance notamment les salaires du personnel soignant et cadre infirmier. Cependant, ce BMF sous-finance de manière chronique les hôpitaux. En effet, pour ne citer que cela, il ne finance pas totalement le quartier opératoire, et ne paye pas l'augmentation barémique des salaires (Durant, 2022). De plus, de nouvelles législations comme la cybersécurité, imposent de nouvelles dépenses qui ne sont pas prises en compte par le BMF (Michaux , Neckebroek , & Cooreman, 2024) ce qui alourdit la charge des hôpitaux.

Le BMF étant quasi fixe et la pharmacie forfaitarisée, il ne reste aux gestionnaires que la rétrocession d'honoraire pour ajuster son budget et rester à l'équilibre (Devos, 2021) (Durant, 2022). En Wallonie, les hôpitaux sont propriétaires du matériel et payent le personnel qui accompagne les médecins. Il y a donc un jeu délicat entre conserver les talents médicaux en rétrocédant beaucoup, et pouvoir investir dans le matériel de pointe et le personnel soignant pour garantir au patient une qualité de soin en rétrocédant moins (Devos, 2021). Ceci peut mettre en tension les relations entre le corps médical et les gestionnaires hospitaliers (Devos, 2021). En effet, la rétrocession des honoraires bruts qui compense le sous-financement, incite les gestionnaires à mettre la pression sur les médecins pour augmenter leurs suppléments d'honoraire ou produire plus d'acte touchant à l'autonomie professionnelle des médecins (Devos, 2021).

2.1.3 Changement démographique et sociétal

Changements démographiques

A l'horizon 2050, la population aura une espérance de vie encore allongée. Ceci entraînera une augmentation des dépenses en santé pour des soins chroniques de longues durées. (Bogaert & Bains, 2003) (Bayenet & Fontaine, 2021). Ce vieillissement de la population lié à un taux de naissance faible fera accroître la proportion de personne qui ne travaille plus et le budget des pensions imposera des coûts d'opportunité au détriment de la santé. De même, le flux migratoire augmentera et avec lui la demande de soins (Bogaert & Bains, 2003).

Changement sociétal

Il n'y a pas que le vieillissement de la population qui augmente les coûts de soins de santé. Le niveau de vie influence notre choix à consommer des soins ; ainsi un niveau de vie plus élevé

incite à consommer plus de soins (Bogaert & Bains, 2003). A l'inverse, un niveau de vie plus faible pousse à renoncer aux soins à cause notamment du remboursement à l'acte qui impose un paiement à l'avance par le patient. Le système BIM (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée), paradoxalement, accroît ce renoncement aux soins pour deux raisons. Premièrement, le bénéficiaire doit faire les démarches de demande en amont. Deuxièmement, le manque de progressivité dans l'octroi de cette intervention ; les ménages juste au-dessus du plafond n'y ont pas droit et renoncent aux soins (Bayenet & Fontaine, 2021). Toujours d'après Bayenet et Fontaine, l'inégalité d'accès aux soins entre personnes plus démunies et plus aisées ne fait que s'accroître.

2.1.4 Changement organisationnel des hôpitaux

« Par le passé, l'hôpital se résumait à une addition de services hospitaliers offrant une structure d'hébergement et un petit plateau technique à des médecins (...) » (Rillaerts, 2021) p 252. Les travaux de Mintzberg en 1982 décrivent les hôpitaux comme des bureaucraties professionnelles où le corps médical, autonome dans sa tâche, prend part aux décisions stratégiques (Mintzberg, 1982). *« Le professionnel joue donc gagnant sur les deux tableaux : il appartient à une organisation mais il est libre de servir ses clients comme bon lui semble, seulement soumis aux standards de sa profession. En conséquence, les professionnels ont tendance à être des individus très responsables et motivés qui se consacrent avec dévouement à leur travail et à leurs clients »* (Mintzberg, 1982). Les valeurs de la solidarité, de la vocation (pour ne citer qu'elles) y sont profondément ancrées (San Martino, 2023) et partagées entre médecins et soignants.

Aujourd'hui, l'offre de soins est plus complexe. Le patient suit une trajectoire de soins qui le fait passer à travers plusieurs départements spécialisés. *« Dès lors, la gouvernance de l'hôpital doit bien se concevoir comme celle d'une entreprise. Les différents départements doivent assumer les fonctions spécialisées qui leur incombent, dans le cadre d'une stratégie élaborée et approuvée par le Conseil d'administration, et de plans prévisionnels et budgétés, sous la coordination d'une direction générale qui assure la cohérence de leur action, au sein d'un véritable Comité de direction »*. (Rillaerts, 2021),p.253.

A la tête de ces nouvelles institutions, le top management est souvent issu du secteur marchand. Ces nouveaux gestionnaires entendent considérer les hôpitaux comme des entreprises (attractivité, concurrence, stratégie) (Rillaerts, 2021) ; ce qui crée sur le terrain des situations de souffrances (Rillaerts, 2021).

Changements disruptifs

« La gestion du changement est le processus de renouvellement continu de la direction, de la structure et des capacités d'une organisation afin de répondre aux besoins sans cesse changeants des clients externes et internes » (Moran & Brightman, 2000, p. 66)

Un changement est appelé disruptif lorsqu'il provoque un changement brutal d'une situation considérée comme stable par les acteurs en place.

Pour faire face à cette situation économique, ces réformes de financement et ces déficits, les hôpitaux se rapprochent voire fusionnent pour rationaliser l'offre de soin et faire des économies d'échelles (Scheen, 2023). Cependant, ces fusions sont difficiles à mettre en place notamment par la différence d'identité de site dont le caractère privé ou public des hôpitaux qui fusionnent, leur histoire et/ou leurs pratiques (Bayenet & Fontaine, 2021) et peuvent engendrer des incertitudes et de l'insécurité menant à du stress et de l'anxiété (Kroon & Reif, 2023).

Le changement de paradigme de « service public » vers « l'hôpital-entreprise » est mis en doute par les médecins et soignants (infirmiers et paramédicaux) qui se considèrent dans le « non-marchand ». Or, pour le gestionnaire, il s'agit bien d'être le plus efficient par rapport aux capitaux engagés pour offrir les meilleurs soins aux patients appelés maintenant : clients. (Rillaerts, 2021).

Ces changements organisationnels majeurs sont la gestion via les principes du New Public Management (NMP) issu du secteur marchand.

2.1.5 Impacts sur les équipes soignantes

« (...). Car les difficultés de la gouvernance ont presque toujours pour conséquence qu'elles rejaillissent de façon démultipliée sur le terrain, créant des situations de souffrance au travail et de non-qualité professionnelle dommageable pour tous. » (Rillaerts, 2021) p.252

Répercussion sur les soignants

Cette situation financière et le changement qui en découle, imposent de faire toujours plus (de soins) avec moins de ressource (humaine) (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2019) ; ce qui provoque un choc chez les soignants, une perte de sens de leur travail qu'ils pratiquent par vocation (San Martino, 2023). Le même auteur met en lumière l'affaiblissement du caractère humain de la profession aussi bien pour les médecins que pour les infirmiers avec un risque accru de quitter la profession. En effet, le métier de soignant se fait avec l'envie de porter soin

à l'autre : « le care » ; mais le financement d'une partie du BMF à partir des dossiers infirmiers oblige les infirmiers à se consacrer à des tâches administratives au détriment du « porter soin » (Lavergne & Janssens, 2024). Finalement, cela entraîne du stress, de la fatigue et de l'épuisement professionnel.

2.2 Rôles des cadres dans ce contexte

2.2.1 Définitions des cadres intermédiaires

Dans ce travail, nous nous concentrerons sur les Infirmiers Chefs de Service dans les départements infirmiers. La loi du 17 juillet 2006 portant sur les agréments des hôpitaux définit le cadre intermédiaire comme : « (...), par 150 lits, par au moins un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique ». (Moniteur, 2006)

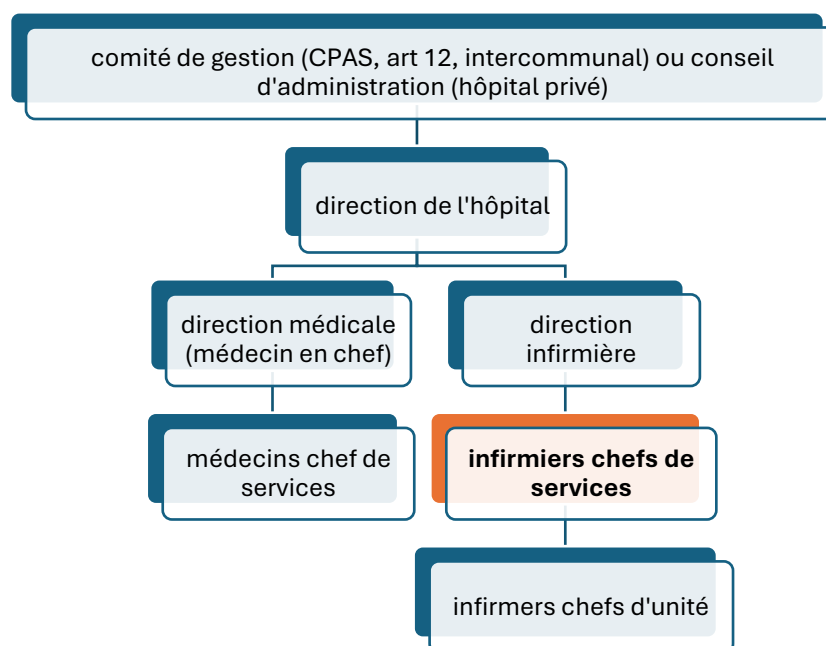


Fig1 : organigramme des hôpitaux privés, du CPAS, article 12 ou intercommunal

Les cadres intermédiaires sont, au niveau organisationnel, entre le cadre opérationnel de base et le top management. Alors que le top management joue un rôle dans la décision stratégique, les cadres intermédiaires jouent un rôle tactique dans l'implémentation de cette stratégie : « Sans préjudice de la mission du directeur de l'hôpital, visée à l'article 8, 2°, et à l'article 12 de la loi sur les hôpitaux, le chef du département infirmier participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et cela en contact étroit avec le médecin

en chef et les responsables des différents aspects des activités de l'hôpital ». Le chef du département infirmier est aidé par son staff d'infirmiers chefs de services (Moniteur, 2006).

Des études réalisées fin des années 1990, début 2000, donnent deux perceptions opposées des cadres intermédiaires. Une première les décrit négativement. Ils sont perçus comme un frein au changement dans les organisations, trop nombreux engendrant un surcoût. (Balogun, 2003). Une étude britannique estime le taux de cadre à plus de 30% des professionnels des soins de santé (chefs d'unité et cadre intermédiaire). Ce taux élevé s'explique par la fonction hybride de certains cadres, c'est-à-dire qu'en plus de leur rôle de cadre, ils exercent toujours sur le terrain (Buchanan, Denyer, Jaina, Kelliher, & Moor, 2013).

Une deuxième perception les voit comme une réelle opportunité dans la mise en place de changement dans les organisations. Cette vision des cadres intermédiaires amène à considérer 4 tâches (Balogun, 2003):

- Entreprendre un changement personnel,
- Aider leur personnel à traverser le changement,
- Mettre en œuvre des changements dans leur partie de l'entreprise
- Maintenir l'entreprise en activité.

2.2.2 Rôles des cadres intermédiaires

Les travaux bien connus d'Henry Mintzberg décrivent les 10 rôles du cadre répartis en 3 catégories (Mintzberg H. , 1973). L'auteur distingue des rôles interpersonnels (symbole, leader et agent de liaison), des rôles liés à l'information (observateur actif, diffuseur d'information et porte-parole) et des rôles décisionnels (entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources et négociateur).

Dans ce travail, nous nous intéressons spécialement aux rôles suivants liés au contexte de changements étudiés. D'abord, Mintzberg met en avant le rôle de **leader**. Le cadre encourage ses subordonnés. Ils donnent des directions ; il répond aux besoins de l'entreprise et/ou des équipes de terrain. Leur leadership est très important : il est source de motivation ou de démotivation (Hartviksen, Aspfors, & Uhrenfeldt, 2019). Toujours selon Hartviksen et collègues, le secteur des soins de santé devrait favoriser le leadership transformationnel et relationnel. Le premier, transformationnel, permet notamment d'augmenter le bien-être des équipes et de diminuer le burn-out. Le deuxième, le relationnel, est reconnu pour améliorer la satisfaction au travail, la rétention des agents, les facteurs environnementaux du lieu de travail.

Par ailleurs, il augmente l'engagement et réduit les comportements négatifs. Le rôle de soutien moral et la prévention en santé mentale complète le rôle de leader (M. Collins, Ashman, & Crozier, 2024). Le cadre repère les premiers signes de détresses psychologiques et propose des pistes d'ajustement. Il veille au bien-être, à organiser le retour d'un agent après une longue période d'absence, à l'évolution de ses équipes.

Ensuite, le rôle **d'observateur actif** va de pair avec celui de leader. En effet, « *le cadre est en permanence en train de chercher et recevoir des informations qui lui permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans son organisation et l'environnement. Il est en quête d'information afin de détecter les changements, d'identifier les problèmes et les opportunités, (...) de savoir quand il y a des informations à diffuser est des décisions à prendre* ». (Mintzberg H. , 1973)

En ce qui concerne le rôle de diffuseur, **le diffuseur d'information** lié aux valeurs semble particulièrement pertinent dans le cadre de changements disruptifs. « (...) *Une des fonctions importantes du rôle de diffuseur est de transmettre dans l'organisation les valeurs qui guident les subordonnés lorsqu'ils ont des décisions à prendre.* » (Mintzberg H. , 1973). Au-delà de diffuser l'information, il s'agit pour le cadre de lui donner du sens. Des travaux plus récents corroborent ces travaux et y apportent des compléments. Situés à un point central, entre le top management et les équipes de premières lignes, les cadres intermédiaires limitent la perte d'information lors de l'implémentation de stratégies (Hartviksen, Aspfors, & Uhrenfeldt, 2019). Les directions les reconnaissent d'ailleurs comme premier facilitateur de la mise en place d'une innovation (Birken, Shoou-Yih, & Weiner, 2012). Ils distillent l'informations vers les équipes de terrains en transformant la stratégie en opération ; ils jouent un rôle tactique en fournissant les outils pour y arriver. Enfin, les cadres donnent du sens à leurs équipes sur ces changements organisationnels

Du point de vue rôle décisionnel, le rôle **régulateur** se joue dans les situations plus inattendues voire disruptives.

Et pour finir avec le travail d'Henry Mintzberg : « *le cadre a un rôle de négociateur parce qu'il est symbole et porte-parole* ». Un rôle qui a également toute son importance dans un contexte de changement.

Pour remplir ces tâches, les cadres intermédiaires doivent avoir des aptitudes sociables, être créatifs, avoir une expertise technique et une compréhension de l'organisation. En outre, ils

doivent pouvoir identifier les problèmes, s'améliorer de manière continue, être générateur de connaissance et adaptables au changement (Hartviksen, Aspfors, & Uhrenfeldt, 2019).

De plus, ils doivent développer leur communication formelle et informelle avec les équipes sur la nature des changements : répondre aux besoins, coacher et entraîner (Balogun, 2003).

2.3 Impacts des changements contextuels sur le rôle des cadres intermédiaires

2.3.1 Sensemaking

Faire sens est un processus généralement initié par un événement, une situation, des enjeux inattendus. Il s'agit d'une analyse rétrospective de ce qu'il s'est passé pour amener un discours cohérent à la nouvelle situation (Mailtis, Vogus, & Lawrence, 2013)

Le sensemaking est un rôle central du manager dans la gestion du changement. Il désigne une action individuelle cognitive mais aussi sociale. Cette facette sociale intervient lorsque l'organisation est confrontée à une crise et que les membres interagissent pour comprendre les nouveaux enjeux et coconstruire un nouvel environnement (Mailtis S. , 2005). Nous verrons dans le chapitre « émotions » que ces dernières influencent la caractère individuel ou social du sensemaking.

Le sensemaking est-il un rôle inhérent des cadres intermédiaires ? ou un rôle à endosser lors de changement ? Pour répondre à cette question, GUILMOT et VAS ont réalisé une étude sur le sensemaking dans un changement organisationnel dans une démarche volontaire, c'est-à-dire une volonté de changer l'institution sans y être contraint par des facteurs internes ou externes.

Les cadres intermédiaires sont aussi bien destinataires qu'agents d'implémentation du changement. La réussite dépend en partie de l'engagement des cadres intermédiaires comme faiseurs de sens envers leurs subordonnés, leurs collègues mais aussi le top management par feedback (Guilmot & Vas, 2012). Ces mêmes auteurs citent KANTER qui dit que les cadres jouent un rôle d'information et de décision dans la détection de nouvelles idées et de mobilisation des ressources. Ces rôles nécessitent une confiance entre top management et cadre intermédiaire (Guilmot & Vas, 2012). En effet, le top management pourraient penser que le cadre intermédiaire en profite pour faire passer ces intérêts ou ceux de ses unités. Par ailleurs, le cadre prend un risque que certaines informations soient utilisées par le top management contre eux. Lorsque le contact avec le top management n'est pas intense, les membres du cadre

intermédiaire se focalisent sur leurs relations informelles et latérales pour faire converger leur interprétation. Ils décident alors quelle interprétation est la meilleure pour la conserver (rôle décisionnel). Cette interprétation doit encore se renforcer en se confrontant à la réalité de la situation (rôle de contrôle). Ils ont, après analyse de littérature, proposé une adaptation des travaux de Mintzberg et y ont rajouté une catégorie : le rôle de contrôle qui reprend le rôle de superviseur de projet et évaluateur. (Guilmot & Vas, 2012)

Ils peuvent contrôler les émotions des équipes par un soutien qui permet de garantir la motivation des équipes et l'engagement dans le changement. En annexe 1, nous trouvons le schéma de GUILMOT et VANS qui résume le processus dynamique de sensemaking.

2.3.2 Sensegiving

En créant du sens, les cadres intermédiaires (puisqu'ils s'agit d'eux dans ce travail) peuvent donner du sens. Reprenant le schéma en annexe 1 de GUILMOT et VAS, par la dynamique d'échange entre les trois niveaux hiérarchiques, nous observons bien que faire sens implique donner du sens. Par exemple, un changement organisationnel déclenchant des émotions négatives nécessitera, de la part des cadres, de faire sens et ensuite de donner du sens aux équipes. Après compréhension de la situation, les cadres doivent pouvoir présenter l'idée du changement aux équipes en précisant que les actions proposées le sont dans un but d'amélioration mutuelle (Will & Pies, 2018). Ceci rejoint le rôle de diffuseur d'information de Mintzberg discuté dans la section « rôle du manager ».

Aussi, les cadres peuvent écouter les équipes de terrains afin de s'assurer que les perceptions des actions sont justes et, si ce n'est pas le cas, comprendre pourquoi et apporter des solutions.

2.3.3 Le rôle des émotions dans « sensemaking » et « sensegiving »

Les émotions sont au centre de ces processus de sensemaking et sensegiving. Elles sont le déclencheur de sensemaking (Steigenberger, 2015). Ressentir une émotion est le signe d'un besoin d'adaptation ; s'il n'y a pas d'émotion, il n'y a pas de nouvelle situation qui nécessite de faire sens (Domeignoz & Morin, 2016). La valence et l'intensité des émotions sont deux facteurs importants du sensemaking (Mailtis, Vogus, & Lawrence, 2013). Ces auteurs soutiennent qu'une émotion négative (sa valence) déclenchera plus de sensemaking mais son intensité également. Une émotion négative de très (trop) forte intensité provoquera un blocage au sensemaking (Mailtis, Vogus, & Lawrence, 2013).

Steigenberger ressent 3 émotions négatives : la colère – la peur – l'anxiété (Steigenberger, 2015). Bien que les émotions négatives déclenchent un sensemaking social, certaines émotions négatives autocentrées, comme la honte, déclenche un processus de sensemaking individuel (besoin de se cacher) (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013). L'espoir, émotion positive, déclenchera le processus de faire sens pour autant que le futur soit certain ; dans le cas contraire, la motivation des individus à faire sens devra être plus forte (Steigenberger, 2015).

Les émotions négatives qui déclenchent le sensemaking peuvent amener à des émotions positives lorsque la situation est comprise et sous contrôle (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013). Les émotions stimulent le sensemaking et le sensemaking génère de nouvelles émotions (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013).

Notons encore que les émotions négatives (anxiété, peur et colère) se propagent et s'amplifient lors de décisions sensibles dans une organisation ; ceci mettant une toxicité émotionnelle entre membres et dirigeants (Maitlis & Ozcelik, 2004).

Enfin, l'intelligence émotionnelle dont la définition de Salovey et Mayer est reprise dans plusieurs travaux est : « *la capacité de percevoir, contrôler et utiliser ses propres émotions et celles des autres* (Salovey & Mayer, 1990) ». Elle est au croisement de deux notions : l'intelligence, qui est définie par Wechsler comme « *la capacité d'agir, de penser rationnellement et d'interagir avec l'environnement* » et les émotions définies par Lazarus comme « *des états induisant des changements physiques et mentaux* » (TAOUSSI & BOUDHIR, 2024).

Si plusieurs études comme celle de Mayer et Salovey ou de Goleman suggèrent des modèles de l'intelligence émotionnelle en quatre étapes de la perception à la gestion des émotions (les siennes et celles des autres) ; celle de Reuven Bar-On ajoute une cinquième dimension qui est la gestion du stress (TAOUSSI & BOUDHIR, 2024). Cette dimension est particulièrement intéressante dans notre contexte par rapport au stress vécu par les cadres intermédiaires et le changement qui aggrave ce dernier comme nous le verrons plus bas dans ce travail.

2.4 Conséquences sur le rôle des cadres intermédiaires

2.4.1 Coûts du sensemaking

Maitlis et al. proposent dans un article de 2013 que faire sens implique trois coûts. (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013)

Coût cognitif : « *Nous recherchons la cohérence dans notre expérience du monde et, en reconnaissant l'existence d'incohérences, nous oblige à abandonner nos hypothèses de travail et à rechercher de nouvelles explications : une tâche distrayante et cognitivement consommatrice.* » (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013, p. 226). Les individus ont développé des schémas pour comprendre leur environnement. « *Les schémas sont des structures cognitives abstraites qui contiennent des connaissances sur un type de stimulus ou de concept, ses caractéristiques ou attributs, et les interconnexions entre ses attributs* » (George & Jones, 2001, p. 421). Lorsqu'un élément discordant ou incohérent survient, l'individu tente de s'accrocher à son schéma plutôt que le modifier. Ceci explique en partie la résistance au changement et donc au sensemaking (George & Jones, 2001).

Coût d'identité : « *Lorsque de nouvelles données contradictoires sont potentiellement menaçantes, les individus y remédient souvent en les normalisant pour qu'elles correspondent à leur histoire et à leur perception d'eux-mêmes* » (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013, p. 226).

En situation de crise, la peur de perte d'ancrage sur soi-même peut devenir un frein au sensemaking. Lors d'un changement organisationnel, les individus peuvent ressentir que leur identité est modifiée ou mise à jour et provoquer chez eux une crise existentielle puissante qui provoque une résistance au sensemaking. Des changements stratégiques peuvent engendrer une confusion d'identité sur le rôle à jouer dans la nouvelle organisation (Maitlis & Sonenshein, 2010)

Coût social : « *la création de sens a un coût social, car elle peut nécessiter l'aveu public de confusion, d'incertitude ou d'erreurs antérieures, ce qui peut remettre en question la compétence* » (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013, p. 226). Ici, l'individu, en acceptant de faire du sens, met en jeu sa situation sociale.

Ces coûts nécessitent une motivation des individus pour s'engager dans le sensemaking. Un des facteurs de motivation sont les émotions comme expliqué plus haut.

2.4.2 Identité des managers

La nouvelle gouvernance fait apparaître une nouvelle identité : « *managers hybrides* ». Ce terme désigne : « *Des personnes ayant une expérience professionnelle qui assument des rôles de gestion, nécessitant qu'elles se déplacent entre différents groupes organisationnels* (traduit de l'anglais dans : (Bresnen, Hodgson, Bailey, Hassard, & Hyde, 2018, p. 3) ».

« Cette identité professionnelle renvoie à des processus d'identification en lien avec la culture de la profession d'appartenance et ses valeurs, d'où résultent ensuite une adhésion et un soutien mutuel au sein du groupe » (Resenterra, Siggen, & Giauque, 2013) .

L'identité professionnelle des cadres intermédiaires dans les soins de santé est historiquement fondée sur des valeurs comme « *la mise au service de l'intérêt générale dans un Etat de droit* » mais aussi des valeurs d' « *égalité de traitement* » et « *respect des règles* ». La construction de l'identité ne repose pas sur l'efficacité, la performance, la flexibilité. Or, avec l'arrivée du NPM, il s'agit bien ici de rencontrer la performance, la rentabilité, la flexibilité ; ce qui provoque comme le disent PICHAUT et SCHOENAERS un « *brouillage identitaire* » (Pichault & Schoenaers, 2012).

Dans les soins de santé, ces fonctions hybrides sont souvent supportées par les infirmiers et médecins, ce qui leurs confère une plus grande légitimité et crédibilité pour gérer leurs équipes respectivement d'infirmiers et de médecins (Bresnen, Hodgson, Bailey , Hassard, & Hyde , 2018). Cependant, endosser des fonctions managériales amène des difficultés à concilier valeurs et normes professionnelles et, positions managériales (Bresnen, Hodgson, Bailey , Hassard, & Hyde , 2018). En effet, d'après une étude de RESENTERRA et collègues, un risque pour le cadre intermédiaire est la position pivot entre équipes de terrain et cadre supérieur. La difficulté peut résider dans le fait de transmettre aux équipes des réformes peu populaires mettant ainsi à mal sa loyauté par rapport à sa profession (et donc son identité) d'attachement. D'un autre côté, le cadre intermédiaire doit avoir une loyauté vis-à-vis de sa hiérarchie (Resenterra, Siggen, & Giauque, 2013). La mise en conflit dans cette position peut mettre en souffrance le cadre intermédiaire. Les résultats de l'étude de RESENTERRA et collègues indique que les médecins souffrent plus d'un conflit identitaire en endossant des fonctions managériales, alors que plus de la moitié des infirmiers hybrides semblent ne pas avoir de modification d'identité.

2.4.3 Tension de rôle et stress des cadres intermédiaires

La position de cadre intermédiaire, entre Direction Générale et équipes de terrains, entre être infirmier ou manager, génère de l'ambiguïté et des tensions de rôles (Dumas & Ruiller, 2013). « *Les résultats révèlent que les changements vécus à la suite de la mise en place du Nouveau Management Public dans les hôpitaux ont modifié le rôle et les fonctions des cadres de santé. Désormais à l'interface entre culture du soin et culture gestionnaire, les cadres de santé se*

trouvent dans une position délicate qui entraîne des tensions de rôle quotidiennes ». (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2013).

L'étude de Kahn et collègue de 1964 citée par Rivière (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2013) mentionne quatre sources de tensions de rôles :

- **Inter-émetteur** : liée à des demandes contradictoires de personnes différentes,
- **Intra-émetteur** : liée à des attentes contradictoires venant de la même personne,
- **Inter-rôle** : vie privée-professionnelle
- **Rôle personnel** : un conflit entre valeur et rôle à remplir

Et deux ambiguïtés de rôles :

- **Objective** : lié au contenu du post, des responsabilités
- **Subjective** : lié aux aspects socio-émotionnels

Une étude de 2015 citée par Rivière (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2019) mentionne que les tensions de rôle et le stress sont liés. Une autre étude en 2016, citée par les mêmes auteurs dit qu'en France, 33% des managers ressentent du stress. Le stress est principalement défini comme une perception d'un employé par rapport à la dureté du travail, la tension, l'anxiété, la frustration, la préoccupation, l'épuisement émotionnel et la détresse (Giauque, 2016).

En 2023, d'après le CMI (Chartered Management Institute), 82% des managers occupaient leur fonction sans réelle formation ; ce qui les met en difficultés. En effet, des difficultés à faire face aux tâches et la surcharge de travail peuvent affecter le bien-être des managers (Collins, Ashman, & Crozier, 2024). Ces mêmes auteurs font références à des tensions de rôles entre le support aux subordonnés et les attentes qu'ont leurs chefs vis-à-vis d'eux. En 2009, Jim McLarty et Debbie McCartney, parlaient des cadres intermédiaires comme les grands oubliés ; les hôpitaux mettant l'accent sur la formation du personnel de terrain mais pas assez sur celle des cadres intermédiaires (McLarty & McCartney, 2009). Or, le manque de formation des cadres intermédiaires pour faire face à leurs tâches est une source de stress.

Giauque mentionne comme amplificateur de stress le manque de feedback de la part des supérieurs, un manque de reconnaissance, un sentiment d'injustice et l'absence de possibilité d'évolution de carrière (Giauque, 2016).

Le stress généré peut entraîner des répercussions non seulement physiques (douleurs, hypertension,) mais aussi psychologiques (nervosité, angoisse, anxiété, dépression voire

burnout) (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2019). Une étude du groupe CEGOS (Commission Générale d'Organisation Scientifique) en 2018, révélait que 24% des cadres ont déjà souffert de problèmes psychologiques graves (Picart, Jaussaud, & Amann, 2019).

Ce stress est notamment induit par le NPM (New Public Management) issu du secteur privé, les managers faisant face à une contradiction entre logique économique et médicale (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2019). Ce changement de gouvernance se heurte au caractère professionnel strict des fonctions de soignants (médecins, infirmiers, paramédicaux) qu'ont rarement les gestionnaires. Par exemple, le conseil médical fragilise cette gouvernance ; les médecins pouvant s'opposer aux décisions stratégiques du conseil d'administration de l'hôpital (Rillaerts, 2021). Conflits de valeur ?

Un autre type de changement est générateur de stress et d'anxiété : la fusion de deux ou plusieurs entités. L'étude de Kroon et Reif en 2023, sur une fusion de deux groupes pharmaceutiques, montrait que la fusion était caractérisée par « *un processus émotionnel et stressant qui crée de la tourmente et de l'incertitude pour tous ceux impliqués.* » (Kroon & Reif, 2023)

2.4.4 Coping

Le coping ou stratégie d'adaptation est défini par Lazarus et Folkman comme : « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2013). Il y a presque autant de stratégies d'adaptation qu'il n'y a de situation de stress ou de tensions de rôle.

Nous nous limiterons ici à cinq travaux : Mullet et Spitz (2003), Montgomery et Demers (2010), Rivière et collègues (2013), Vas et Guilmot (2017) et Rivière (2019).

En 2003, Muller et Spitz citent Carver qui recense 14 dimensions de coping réparties en action centrée sur le problème ou sur les émotions (Muller & Spitz, 2003).

- **Centré problème**

Coping actif : action immédiate pour diminuer ou supprimer le stress.

La planification : réflexion à un plan pour faire face.

La recherche de soutien social instrumental : recherche de conseil, d'information.

Le désengagement comportemental : l'individu réduit ses efforts pour faire face au stress et abandonne l'atteinte des buts.

La distraction : le but est de se détourner du stress

Le blâme : face au stress, peu efficace pour l'ajustement.

Le déni : consiste à se persuader que le problème n'existe pas. Fonctionnel à court terme, il entrave les stratégies actives sur le long terme.

L'acceptation : A l'inverse du déni, accepte le problème ou accepte que le coping ne soit pas efficace et qu'il nécessitera une adaptation de la stratégie.

La religion : à l'image du soutien instrumental, l'individu cherche un soutien et des réponses dans la religion.

Consommation de substance : alcool, médicament et/ou drogue permettent d'échapper à la réalité. Stratégie d'évitement.

- **Centré émotion**

La recherche de soutien social émotionnel : recherche de soutien moral, de sympathie. Il y a deux issues à ce coping. Un premier est positif et renvoie à un coping centré problème. Un deuxième n'amorce rien, le soutien émotionnel servant juste de déversoir d'affects.

Expression des sentiments : Centrage sur émotion et donc peu fonctionnel sauf si elle permet de faire un deuil.

Réinterprétation positive : gestion de la détresse émotionnelle afin de mettre en place, dans un deuxième temps, un coping centré sur le problème.

L'humour : évitement cognitif qui consiste à ne pas prendre la situation au sérieux

En 2010, l'étude de Montgomery et collègues (de 2010) propose une classification (proposée par Muller et Spitz en 2003) en « **stratégie généralement fonctionnelle** comme le coping actif, la planification, la réinterprétation positive et l'acceptation et une **stratégie généralement dysfonctionnelle** comme le déni, l'utilisation de substance, le désengagement comportemental et le blâme dirigé vers soi et d'autres qui ne peuvent pas être aussi généralement classées. Ces dernières seraient un tremplin vers les deux premiers groupes définis » (Montgomery, Morin, & Demers, 2010).

L'étude de Rivière et collègue en 2013, décrit ces stratégies d'ajustements (coping) comme une **stratégie organisationnelle** (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2013). Les cadres supérieurs organisent des temps de paroles pour partager l'expérience. Ils autorisent les cadres à rejoindre les équipes sur le terrain pour assurer la qualité des soins. Les équipes de terrain sont un support surtout face aux ambiguïtés de rôles rencontrées par le cadre. Enfin, les collègues sont un soutien émotionnel, informatif et matériel.

D'après les travaux de Vas et Guilmot, les stratégies d'adaptation sont mises en place face à 4 paradoxes : d'apprentissage, d'appartenance, d'organisation et de performance (Guilmot & Vas, 2017). Leurs travaux se basent sur l'analyse d'une organisation du secteur marchand qui rejoint le caractère « *marchand* » de la nouvelle gouvernance des hôpitaux issue du NPM.

Le paradoxe d'apprentissage « *Le paradoxe d'apprentissage repose sur la nécessité d'une construction de la réalité organisationnelle sur base du passé, tout en exigeant une destruction de celui-ci pour concevoir l'avenir* ». (Guilmot & Vas, 2017). Il fait référence au changement de gouvernance.

Le paradoxe d'appartenance : tension engendrée par la position entre top management et équipes de terrain. Entre mettre en place la stratégie et répondre aux inquiétudes des employés. Mais aussi, être acteur et destinataire du changement ; devoir donner l'information avant même de pouvoir la comprendre pour soi-même.

Le paradoxe d'organisation : Les cadres doivent donner de l'autonomie mais s'assurer que les objectifs sont rencontrés.

Le paradoxe de performance : Gérer le quotidien et l'imprévu. Gérer l'urgence et les projets à long terme

Face à ces paradoxes, les cadres intermédiaires, étudiés par Vans et Guilmot, développent une série de stratégies d'ajustement ou coping.

Stratégie de suppression : consiste à privilégier un pôle du paradoxe (**sélection**) voire le rejet des deux pôles (**rejet**).

Stratégie par décomposition spatiale interne ou externe : En interne, consiste à déléguer des tâches à un pair et/ou faire confiance aux équipes de terrains et les laisser gérer le quotidien pour se concentrer sur le changement. En externe, il s'agit de faire appel à un service support (exemple : consultant externe).

Stratégie par décomposition temporelle : elle consiste à séparer les tâches qui entrent en conflit. Le cadre intermédiaire accorde des moments pour gérer le quotidien et d'autres moments pour gérer le changement. Si la fréquence de l'alternance entre les pôles est lente on parle d'**ondulation**, si elle est rapide, on parle d'**oscillation**.

Une combinaison des deux est possible, **la décomposition spatio-temporelle** : un cadre se retire pour ne pas être déranger quand il consacre du temps à un projet.

Stratégie par ajustement : Il y a l'ajustement **discursif** qui consiste à tenir compte des deux pôles du paradoxe. Il y a une nécessité de répondre à la mise en place de la stratégie et répondre aux demandes de l'opérationnel. Cet ajustement consiste, en cas d'incapacité à satisfaire les deux parties, à expliquer le choix opéré tout en gardant le soutien des équipes. L'ajustement **structurel** consiste à ajuster les ressources aux besoins (exemple : engagement d'intérim pour faire face au manque de personnel).

Stratégie par dépassement : Le principe est de créer une interdépendance entre les éléments source de tension plutôt qu'un paradoxe. Un exemple est le travail en tandem : Les deux parties sont interdépendantes.

Enfin, l'étude de Rivière en 2019 reprend la description de Suls et Fletcher (1985) qui propose deux approches de stratégies d'ajustement. Une première est **centrée sur le problème** et est plus efficace sur le long terme quand la situation est prévisible mais inefficace sur l'imprévu ; une autre **centrée sur les émotions** efficaces sur le court terme face à l'imprévu (Rivière, 2019). Cette même étude cite les résultats de la méta-analyse de Shirey (2006) qui dit que les cadres de santé utilisent plus les stratégies tournées vers l'émotion alors que l'étude de Miyata et collègues (2015) mentionne que les cadres se tournent vers le soutien des pairs et de la hiérarchie et des stratégies individuelles comme la séparation vie privée-vie professionnelle ou l'interprétation positive (Rivière, 2019).

En annexe 2, se trouve un tableau qui reprend les stratégies face au stress et face aux tensions de rôle.

2.5 Conclusion

Nous venons de parcourir la littérature sur les cadres intermédiaires en situation disruptives. Nous avons mis en lumière un changement organisationnel des hôpitaux en Belgique face à une situation socio-économique et politique changeante. Cette nouvelle gouvernance est issue du

NPM et a amené avec elle une série de tension de rôle notamment chez les cadres intermédiaires.

La littérature analysée traite essentiellement des cadres de santé qui, en France, correspondent aux infirmiers chefs d'unité (N-1 de notre public cible) et des « *hybrid managers* » dans la littérature anglophone. La littérature traite peu des Infirmiers Chefs de Services dans les hôpitaux en Belgique face aux changements importants et leurs stratégies d'adaptations.

D'où l'intérêt de cette étude qualitative dont la question de recherche est, pour rappel : « **Quel est le vécu des cadres intermédiaires en période de changement organisationnel disruptif, et quels déterminants (individuels, collectifs, institutionnels) pour y faire face ?** »

3. Contexte de la recherche

Notre étude va analyser les cadres intermédiaires au niveau exclusivement du département infirmier. Sans vouloir minimiser les problèmes des autres départements supports (technique, RH, ...), nous nous axons sur le vécu et les stratégies d'ajustement des Infirmiers Chefs de Service face aux situations disruptives. Ces situations sont rapportées dans la littérature comme susceptibles d'amener une résistance de la part des équipes de première ligne à laquelle les cadres font face.

Dans notre contexte empirique, nous analyserons deux institutions différentes :

1. Une première née d'une première fusion entre deux sites voisins en 2012. Un troisième site, une clinique privée, a fusionné dans un second temps en 2016. Cette nouvelle institution a par la suite subi un changement de gouvernance en 2024 qui a mis en place une ligne hiérarchique supplémentaire juste en dessous de la direction générale. Le but de cette ligne est d'avoir un seul représentant des différents départements lors des réunions de directions de groupe. Ce nouvel organigramme éloigne un peu plus les cadres intermédiaires de la direction générale.
2. La deuxième institution est née de la fusion de 2 entités publiques qui collaboraient déjà très bien également en 2012. Cette institution est pilotée depuis 2025 par une nouvelle gouvernance qui a hérité d'une situation financière difficile. Pour assainir cette situation, la direction a dû procéder à des fermetures de services, des restructurations dans les services supports avec des non-reconductions de contrats à durée déterminée voire des licenciements secs.

Comme tous les hôpitaux en Belgique, ces deux institutions font face au projet du nouvel horizon hospitalier qui redéfinirait les profils des hôpitaux en trois niveaux : Hôpital Universitaire, Hôpital Général Régional ou Centre Médical Local. Chacune des institutions étudiées a un site menacé de devenir CML avec les conséquences qui en découlent : fermetures de services aigus, révision du cadre, etc.

4. Etude Qualitative : méthodologie

Le choix de l'étude s'est porté sur une étude qualitative. Premièrement, l'échantillon est petit et le contexte ne concerne que deux institutions. Deuxièmement, ce genre d'étude répond aux questions « pourquoi ? », « quoi ? » et « comment ? » ce qui est le cas ici puisque nous voulons répondre à une question sur « comment » les cadres vivent un changement et « que » mettent-ils en place pour y faire face ((Britten, 2011)?

Cette étude qualitative suit une démarche de thématisation séquenciée avec une logique hypothético-déductive. Une première analyse de retranscription permet de définir des thèmes qui seront complétés par les autres entretiens avec la possibilité de créer de nouveaux thèmes au fur et à mesure des analyses (Paillé & Mucchielli, 2003). Enfin cette étude est inductive puisque les résultats collectés ne sont pas présumés.

4.1 Public cible

Les intervenants sont choisis parmi les cadres intermédiaires de départements infirmiers des deux institutions choisies ; au total 5 sites sont ciblés.

Critères d'inclusion

Les répondants sont des hommes ou des femmes dans la fonction d'Infirmier Chef de Service.

L'âge et l'ancienneté dans la fonction n'ont pas d'importance pour pouvoir récolter un matériau d'analyse le plus complet et varié possible.

Ils doivent avoir vécu une situation de fusion d'institution et/ou une mise en place de nouvelle gouvernance.

Critères d'exclusion

Il n'y a pas de (sous-)critère d'exclusion pour obtenir le plus de profils différents afin d'éviter des biais de sélection.

4.2 Recrutement

Avant de prendre contact directement avec les Infirmiers Chefs de Service, un premier E-mail a été envoyé aux Directrices des Départements Infirmiers pour présenter les tenants et aboutissants de l'étude afin d'obtenir leur accord. Ce courrier est disponible en annexe 4.

Une présentation rapide du travail a été faite sur les différents sites en présence des directions infirmières de site et les Infirmiers Chefs de Services.

Enfin, les Infirmiers Chefs de Services qui souhaitaient participer se sont manifestés auprès de leur secrétariat qui m'ont transmis les coordonnées (adresses mails). Les rendez-vous ont été fixés par téléphone directement avec l'ICS ou via leur secrétariat qui a accès à leur agenda. Tous les infirmiers des cinq sites ont participé aux entretiens.

4.3 Entretiens

Le guide d'entretien est accessible en annexe 5 ; il aborde 4 grands thèmes : le parcours des cadres, le rôle de manager, le vécu du changement (et stratégies d'adaptation), les apprentissages et conclusion. Les entretiens sont semi-directifs et ont été réalisés au lieu et moment choisi par les répondants pour privilégier leur confort. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants. Ces derniers ont été anonymisés ainsi que le site hospitalier d'origine.

Les retranscriptions ont été faites et corrigées par une réécoute du fichier audio. Pour garantir l'anonymat des personnes et du sites, ces retranscriptions ont pu être modifiées, sans changer le sens des propos des répondants.

Le guide n'a pas subi de modification majeure pendant l'étude, si ce n'est une question au deuxième thème qui demande comment le cadres voient leur rôle avant de nous décrire une journée ou une semaine type.

4.4 Analyse

Les entretiens ont été analysés et reclassés de manière itérative en thème et sous-thème via un fichier Excel. Les thèmes sont repris au tableau ci-dessous

Thèmes	Sous-thèmes
Passé/formation	Formation, expériences/ancienneté, autres événements disruptifs, difficultés, facilité, apprentissage du passé
Rôles de managers (au quotidien)	Perception du rôle, activité, éthique managériale, vivre son rôle, difficulté, facilitateur
Vécu du changement	Institutionnel, personnel, rôle, évolution du rôle, vivre le rôle, difficultés, expériences/apprentissages
Faire autrement	/
Stratégies d'adaptation	Professionnel, privé, familial, pratiques particulières
Outils institutionnels	Aide extérieure, formation, direction, institutionnel
Attentes (par rapport à...)	A la fonction, aux changements, au quotidien, à l'institution, au développement, aux politiques/Direction
Risques	/
craintes	/

Tableau1 : thèmes et sous-thèmes de l'analyse de l'étude qualitative

4.5 Considérations éthiques

Le public cible n'est pas constitué de patients et l'objet de l'étude ne porte pas sur des soins de santé, des résultats d'analyse ou d'examen. Il ne fait pas appel à un dossier médical. L'avis d'un comité d'éthique n'a donc pas été requis pour cette recherche.

Les répondants ont été libres de participer à l'étude, d'interrompre l'entretien et de demander d'effacer leur interview sans préjudice moral ou professionnel.

Avant de débiter les entretiens, un consentement éclairé rédigé en double exemplaire a été signé par les répondants et le chercheur. Il est disponible en annexe 6.

5. Résultats

5.1 Profils des répondants

19 entretiens semi-directifs ont été réalisés, dont la durée moyenne est de 40 minutes. L'âge des répondants et leur ancienneté sont répartis en 3 groupes, respectivement < 45 ans, [45 ;52[ans, ≥ 52 ans pour l'âge et < 4 ans, [4 ;10[ans, ≥ 10 ans pour l'ancienneté. Cette dernière est retenue uniquement pour le site en cours, dans le contexte. Certains répondants ont une ancienneté d'ICS voire de Directeur du Département Infirmier dans d'autres institutions ; ces anciennetés ne sont pas retenues pour garantir l'anonymat des répondants.

Cadre	Âge (années)	Ancienneté dans la fonction ICS (années)	Durée entretien (minutes)
ICS 1	[45 ;52[	≥10	22
ICS 2	[45 ;52[	<4	27
ICS 3	≥52	<4	59
ICS 4	[45 ;52[	[4 ;10[	50
ICS 5	≥52	<4	27
ICS 6	<45	<4	55
ICS 7	≥52	≥10	59
ICS 8	≥52	[4 ;10[	27
ICS 9	≥52	<4	37
ICS 10	<45	≥10	35
ICS 11	<45	<4	32
ICS 12	≥52	≥10	45
ICS 13	[45 ;52[	[4 ;10[	66
ICS 14	≥52	[4 ;10[	25
ICS 15	<45	<4	33
ICS 16	<45	<4	33
ICS 17	<45	[4 ;10[	39
ICS 18	≥52	≥10	49
ICS 19	[45 ;52[	≥10	48

Tableau 2 : Informations sur les répondants

La majorité des répondants sont infirmiers spécialisés en SIAMU (Soins Intensifs et Aide Médicale Urgentes). Certains ICS sont infirmiers spécialisés en pédiatrie, sans spécialisation ou sage-femme. Tous sont diplômés du Master en Santé Publique ou en cours de formation.

Des formations complémentaires en management, MIORS, gestions de projets et/ou hygiène sont mentionnées par quelques répondants.

Avant d'occuper des fonctions d'infirmiers chefs de service, la quasi-totalité des participants étaient chefs d'unité.

5.2 Activités et rôles des cadres

Nous présentons les activités et les rôles des cadres pour brosser leur quotidien et comprendre comment les situations disruptives peuvent les impacter. En effet, les entretiens mettent en avant une charge de travail importante et un stress notamment lié à la gestion de la garde.

Au quotidien, les répondants ne participent plus aux soins dans leur institution. Néanmoins, ils apportent une expertise s'ils sont sollicités par l'équipe ou lors de leurs passages réguliers dans les unités de soins.

Le travail des cadres intermédiaires s'articule autour de quatre piliers : administratif, relations interpersonnelles, organisationnel et le « people management ».

5.2.1 Administratifs

Un élément auquel les ICS consacrent beaucoup de temps est la gestion des mails. Leur journée commence souvent par leur traitement qui peut vite devenir chronophage « *Et le mail sur lequel parfois un simple mail peut prendre deux heures de travail après...* » ICS7 (239-240).

Par ailleurs, les cadres intermédiaires ont l'obligation d'assurer la continuité des soins. Dans ce contexte de pénurie d'infirmier, la gestion des horaires occupe une part importante du temps des ICS. Lors de leur semaine de garde, ils doivent principalement gérer l'absentéisme et répartir équitablement les ressources disponibles. De plus, pendant cette garde, ils doivent gérer la logistique en coordonnant différents services. « *Mais c'est tous des services qui doivent être prévenus, l'entretien, le kanban, etc. (...) il faut se bloquer une heure pour faire toute l'admin et la logistique en rapport avec ça.* » ICS6 (140-143).

Un autre rôle des ICS est la participation active au recrutement avec le service RH. « *..., il y a du recrutement également, donc on fait, j'ai la DRH qui vient, une heure par semaine me voir pour voir tout ce qui est contrat, ...* » ICS3 (332-334).

En plus de la gestion RH, les cadres doivent contrôler régulièrement le budget de leur département ; suivre des indicateurs qualités (hygiène, soins infirmiers, etc.).

Pour remplir ce rôle administratif, les cadres ont des réunions formelles comme les réunions de direction infirmière. « *On a les mardis matin qui sont réservés à notre réunion de direction des soins infirmiers. Donc là, tous les cadres et nos directeurs, on se met autour de la table pour discuter des problèmes de fond, des projets, des difficultés* » ICS10 (181-184). Ils ont aussi des réunions informelles, des moments privilégiés entre eux avec ou sans la direction infirmière.

Le matin, ils se rencontrent brièvement pour discuter de la garde et de ses difficultés. « *Le matin, on fait le point sur la garde, sur les ressources humaines, parce que parfois, il faut trouver une priorité* » ICS4 (108-109).

5.2.2 Relations interpersonnelles

La position intermédiaire des cadres fait d'eux un relais entre les équipes et le top management. Ils sont le lien entre la stratégie de la direction et la réalité quotidienne du terrain « *Nous, on a vraiment, je trouve, le rôle de liant entre les réalités de terrain et la direction et inversement, entre les enjeux stratégiques de la direction et le terrain* » ICS17 (75-77). Les ICS n'ont pas de contact direct avec la Direction Générale, c'est via leur Direction Infirmier qu'ils font remonter les interrogations, les demandes et les difficultés du terrain et qu'ils reçoivent les stratégies à mettre en place.

Les cadres interviennent dans les relations entre les patients et/ou les familles notamment pour la gestion des plaintes. Ils agissent comme facilitateur entre les équipes, le service de médiation et les plaignants « *Plutôt, on m'appelle aussi quand il y a des difficultés avec des patients et des familles mécontentes pour faire l'intermédiaire avec la médiation, avec l'infirmier-chef ou avec l'équipe* » ICS1 (137-139).

La transversalité amène des relations avec leurs pairs d'autres sites dans le développement des pôles ou pour des projets transversaux « *Là, on commence à rentrer dans le vif du sujet avec plus de collaboration, la rencontre des collègues de l'autre site* » ICS9 (259-261).

Enfin, le cadre interagit parfois avec l'extérieur dans des projets de collaboration « *Par exemple, ici, on va faire avec une mutuelle, j'ai des projets de collaboration...* » ICS6 (118-119).

5.2.3 Organisationnels

En apportant ses connaissances du terrain, le cadre participe à différents projets de développement de l'institution comme l'organisation d'un nouveau service ou les projets extrahospitaliers. « *Par exemple, on va développer une nouvelle..., on va développer l'HAD par exemple* » ICS3 (327-328).

Les cadres ont aussi pour mission la formation des équipes pour qu'elles puissent travailler en sécurité tout en garantissant la qualité des soins.

Les ICS assurent la continuité des soins lors d'incident (gestion de crises) en réorganisant les équipes, l'infrastructure « ... *on a redéplacé l'hôpital de jour chirurgical pour le lendemain refaire l'activité* » ICS3 (198-199).

5.2.4 « People management »

Outre les trois premiers piliers que nous venons de voir, les cadres intermédiaires jouent un rôle de management des équipes et des infirmiers chef d'unité. Nous distinguons ce rôle des relations interpersonnels parce que nous mettons en avant le rôle de chef et manager.

D'un côté, les ICS ont un rôle « gendarme » lié à leur position hiérarchique. Ils sont là pour rappeler les règles quand c'est nécessaire. « *Recadrer, remettre le cadre, le téléphone, les horaires de respect des horaires de travail, faire le suivi des..., les évaluer aussi* » IC19 (179-180). Ils sont un soutien lors d'évaluation plus difficile des agents et interviennent dans les gestions de conflits dans les équipes. La position hiérarchique facilite le rappel d'agent pour répondre à l'absentéisme.

D'un autre, les cadres ont la volonté de faire grandir leurs équipes et les ICU. Ils développent leur autonomie en faisant confiance à leur organisation quotidienne. Pour aider les chefs d'unité, les cadres s'appuient sur des one-to-one ou bilatérales pour coacher/mentorer. Ce sont des moments privilégiés entre ICS et ICU pour discuter de leurs problèmes et les guider à trouver eux-mêmes des solutions. « *Je ne suis pas là pour leur donner des réponses, mais plus pour les inviter à trouver les bonnes réponses* » ICS19 (137-139).

Par rapport aux équipes, les cadres utilisent le *wandering around*. Ils vont régulièrement dans les équipes de manière inopinée non pas pour surveiller mais pour capter l'instant, la température dans les équipes. « *Par contre, moi, j'accorde un point d'importance où, en fait, je vais minimum une fois semaine dans mes 30 unités à la rencontre des gens, prendre un peu la température* » ICS2 (99-101).

Ils se montrent ainsi proches et disponibles. Au besoin, ils font des immersions pour se plonger dans la réalité des équipes. « ... , *en stérili, vraiment, j'ai nettoyé des outils sous la supervision des collaborateurs* » ICS10 (206-209) ; « *Quand il y a un problème, alors je préfère mettre ma blouse blanche et aller sur le terrain pour comprendre* » ICS4 (166-167).

Dans leur management, les cadres mentionnent leur rôle de sensegiver. Dans les situations complexes où les décisions le sont tout autant, ils sont là pour expliquer factuellement les choses

et donner du sens aux événements. « ... Si on n'essaye pas de montrer à quel point c'est bénéfique et qu'on ne prend pas le temps de le faire, on va droit dans le mur. » ICS6 (715-718).

On retrouve dans les verbatims des cadres une volonté de manager par le care « *Maintenant, en tant que cadre intermédiaire, je prends soin des infirmiers chefs qui prennent soin des infirmières qui prennent soin des patients. J'amène le sens auprès des infirmiers-chefs, voire de leurs équipes (...) j'essaye de laisser un maximum d'autonomie à l'infirmière en chef.* » ICS18 (79-85) ; « *Et c'est apprécié par les équipes dans le sens où elles se rendent compte qu'on porte attention à elles* » ICS10 (214-215). Ils accordent une importance aux relations humaines « ... Et alors moi, c'est ce qui me drive. Moi, j'existe envers la relation humaine, donc c'est **l'humanisme** » ICS9 (120-121) et veulent connaître les agents par leur prénom « *je pense que c'est aussi une manière de reconnaître les gens qui sont sur le terrain, aller voir les gens, les appeler par leur prénom.* » ICS9 (289-291), « *Donc en tout cas, je m'efforce de passer régulièrement discuter un point d'ordre, par exemple, à savoir le prénom de tous mes infis dans chaque service.* » ICS11 (81-83).

5.2.5 Stresseurs et tensions de rôle du cadre au quotidien

Les répondants ont mis en avant des tensions de rôle et des stresseurs qui rendent leur rôle de cadre difficile.

La semaine de garde est une période stressante pour les cadres. Certains vivent autour et pour la garde. La crainte est de ne pas assurer la continuité des soins en ne pouvant pas répondre favorablement à la sollicitation des équipes. D'autres mentionnent une augmentation de la fréquence et de la complexité des rappels.

La considération vis-à-vis des cadres est un élément qui influence le vécu du rôle. D'un côté, leur propre hiérarchie ne les entend pas. Or, du fait de leur expérience, ils ont une expertise dans leur domaine. « *Mais ce sont des messages qui ne passent pas et c'est interpellant.* » ICS3 (81-84). D'un autre, la légitimité managériale des cadres intermédiaires est affaiblie par un laxisme de la Direction Générale ressenti par les cadres mais aussi le terrain « *Je le vois depuis un an au niveau ambiance, au niveau qualité du travail, on sent que les gens n'en ont rien à cirer. Tout le temps faire des remarques, aussi bien que les tenues vestimentaires ou les procédures de soins. On sent que, comme il y a un laxisme du dessus, tout redescend vers le bas.* » ICS4 (227-231). De même, il est de plus en plus difficile de trouver des remplaçants pour gérer l'absentéisme ; les ICS sont confrontés aux refus des agents de revenir. Les agents sont peu ou pas motivés à participer à des projets (comme les référents hygiène) par, selon eux, un manque

de temps alors qu'ils sont demandeurs d'être investis. « *Et donc c'est bien beau d'exiger, j'ai envie de dire, du sens à ce qu'on fait et donc d'être impliqué si in fine, quand on demande l'avis ou la participation, on dit : "non, mais nous, on n'est pas disponible"* » ICS13 (469-473).

Entre ICS, il y a une compétition ressentie qui met à mal les relations « *mais le jour où il y a quelque chose à jouer, et ça se joue déjà un peu maintenant, il y a des gens qui se battent un peu* » ICS6 (704-706). De même, l'ancienneté et/ou la jeunesse de l'ICS est vécue comme un frein à la crédibilité vis-à-vis de ses pairs.

5.2.6 Eléments individuels et organisationnels facilitateurs dans le rôle

Pour faire face aux difficultés mentionnées plus haut, les cadres ont des leviers individuels et organisationnels.

Individuellement, certains ICS ont pu suivre la formation MIORS et sur la communication. Le passé professionnel est également un outil dans le sens où il permet une vision sur le milieu hospitalier « *mais je trouvais ça important aussi d'avoir travaillé avant, de pouvoir faire mon master, d'avoir aussi cette vision de l'hôpital.* » ICS11 (376-378).

La personnalité des cadres facilite leur quotidien comme la capacité « action/réaction » ; le cadre a la capacité de rebondir tout de suite face à un problème. Une personnalité positive face à l'imprévu voire un besoin de défis dans la routine « *... dans ma personnalité, je suis quelqu'un qui adore les changements.* » ICS13 (579-580). Ils sont agiles et résilients. « *Personnellement, ce que je peux en dire, c'est que je suis agile* » ICS5 (245). Ils ont la capacité de réagir et s'adapter à une situation stressante mais par ailleurs, ils restent attentifs à l'environnement extérieur.

Leur passé comme agent de terrain puis ICU dans les secteurs aigus sont décrits comme facilitateurs pour faire face aux perturbations « *Mon parcours dans l'institution via les urgences m'a permis de connaître beaucoup de gens avant d'arriver dans la fonction.* » ICS9 (320-321).

D'un point de vue organisationnel, certains ICS se sentent soutenus par les équipes et plus particulièrement par les ICUs. Par exemple, dans certains sites, la garde est coassurée le week-end par un chef d'unité qui est en première ligne. La préparation de la garde se fait alors en binôme.

Les équipes ont une autonomie et une capacité d'entraide qui apportent déjà des solutions devant les problèmes. Entre eux, les cadres s'entraident et travaillent en mode « portes ouvertes » pour faciliter les interactions et les échanges.

5.3 Vécu du changement et rôles

Nous venons de voir que les cadres intermédiaires font face à des difficultés dans leur rôle au quotidien. Pour les répondants, le changement amène des difficultés supplémentaires qui vont déclencher chez eux des émotions. Le vécu touche personnellement les cadres mais aussi l'institution.

5.3.1 Le changement initiateur d'émotions chez les cadres

Certains ICS ont déjà connu des situations similaires ce qui amène à nouveau de l'anxiété, du stress, de la peur par rapport à leur fonction mais aussi pour leur site. « *Enfin, j'ai subi deux autres grosses restructurations dans deux gros hôpitaux précédemment. Et c'est exactement la même chose qui se passe* » ICS5 (62-64).

De plus, le nouvel horizon hospitalier met un sentiment d'insécurité pour l'avenir du site et donc pour l'emploi puisque certains sites risquent de changer de statut « *... puis maintenant arrive le paysage hospitalier et le futur de l'autre site qui risque quand même d'être profondément remanié par rapport à son rôle d'hôpital général. Je pense que là, il risque d'y avoir un peu de... Ça risque d'être un peu malmené* » ICS9 (266-269). Ajoutée à cela, la transversalité va créer des postes redondants et le nombre de cadre intermédiaire risque de ne plus être en adéquation avec la législation « *On sait que notre direction, pour l'instant, élague certains postes* » ICS11 (314-315), « *Moi, j'ai beaucoup de craintes par rapport à ma fonction.* » ICS5 (191-192).

Parfois, il s'agit même de colère parce qu'ils ont l'impression d'être oubliés, abandonnés par la nouvelle gouvernance ce qui provoque une fracture « *Je crois que maintenant, ils nous ont perdu !* » ICS12 (336-337). Ils ressentent une dévalorisation avec des commentaires qui les touchent dans leur identité « *Je suis en colère en fait parce que le directeur médical (...), il a dit en sortant de ça : "Mais ça pue la merde ici !" (...) Tu touches à mes entrailles !* » ICS12 (317-323). Cette colère est définie par ce même ICS comme une phase de deuil (du passé) ; cependant, l'intelligence émotionnelle permet de passer à la phase suivante : la résilience. « *Le deuil, la première chose c'est la colère. (...). Et donc après j'aurai la phase de résilience et je suis dedans.* » ICS12 (370-375).

De même, un autre ICS estime qu'il est nécessaire de reconnaître ses propres émotions et celles des agents pour avancer dans le changement « *c'est travailler avec les émotions des gens, reconnaître les émotions et apprendre à reconnaître soi-même ses émotions et ses besoins* » ICS7 (707-708).

A l'opposé, le changement induit des sentiments d'optimisme et est perçu comme stimulant « *(...) on ne choisit pas ce boulot pour être pépère tout le temps. Donc c'est aussi quelque chose de stimulant* » ICS19 (317-318). L'honnêteté de la nouvelle gouvernance par rapport à sa méconnaissance du milieu est rassurant pour les cadres car une collaboration peut s'installer « *Elles n'ont peut-être pas énormément de connaissances du milieu hospitalier, mais par contre elles sont ouvertes à la discussion et en plus elles disent qu'elles ne connaissent pas. Donc ça c'est plutôt rassurant* » ICS13 (336-338).

Enfin, pour certains ICS, le changement est vécu sereinement comme un autre et ne provoque pas d'émotions particulières « *Non, moi je vis ça sereinement parce que les choses sont dites structurées et ça avance* » ICS14 (144-145).

5.3.2 Du changement dicté par la conjoncture politique et économique à la normalisation du changement et ses limites

Comme le souligne l'ICS9, par rapport à l'institution, un changement perturbe pendant deux ans. « *Et quand on parle avec des plus anciens, toutes les fusions ont créé du chaos et ça dure deux ans. On a déjà un an derrière nous. On va, à mon avis, encore le sentir un peu passer en 2026. Et en 2027, normalement, ça devrait aller un peu mieux, je pense* » ICS9 (210-213). Ce qui amène à une perception institutionnelle en deux temps expliquée par les répondants.

Dans un premier temps, ces situations sont vécues négativement. Elles sont décrites comme violentes, inhumaines, soudaines. « *L'humain n'est plus là. Et ça, c'est difficile, je trouve* » ICS8 (252). Elles sont associées à une vague de licenciement notamment dans les services supports (administratif) mais aussi les directions et donc une incertitude pour l'emploi « *Encore une fois, on est tous dans l'incertitude, y compris moi, ma place, mon avenir* » ICS2 (207-208).

Dans cette première phase, le rôle premier des cadres est de passer la bonne information aux équipes. Ils rassurent et recadrent lorsque les bruits de couloir perturbent la dynamique « *donc vraiment passer la bonne info, et de répondre justement, quand on entend une mauvaise info, de la communiquer aux personnes concernées* » ICS11 (280-282). Cependant, les cadres ont parfois l'impression d'être mis volontairement de côté par la Direction « *plus on va inviter des*

gens, plus on va essayer de coconstruire, plus on va se mettre des freins, donc ne le faisons pas.” Pour moi, c’est ça. » ICS6 (649-654) ce qui a bloqué la communication vers les équipes. Or, ce manque de communication claire a conduit notamment à des amalgames sur les événements. En effet, la situation financière et les licenciements sont attribués, par les équipes de terrain, aux fusions et aux nouvelles gouvernances. « Parce qu’il y a un amalgame, clairement. Donc moi je le sens dans les équipes, il y en a beaucoup, il y en a l’un ou l’autre qui a décompensé en disant depuis que le nouveau gestionnaire est là, on n’a pas que des problèmes... » ICS13 (312-315).

Dans un deuxième temps, les cadres vivent le changement pour l’institution de manière positive. Ils décrivent le changement comme un mal nécessaire, porteur d’une meilleure efficacité et efficience. Par exemple, la nouvelle organisation hiérarchique d’une des deux institutions représente mieux le département infirmier en comité de direction. Alors que pour la deuxième, la transversalité de la direction infirmière avec son management humain est perçue comme rassurante comme l’aveu de méconnaissance du milieu par la nouvelle gouvernance qui cherche à le comprendre.

Le changement permet une meilleure position stratégique des institutions et un rapprochement des équipes qui n’aurait pas eu lieu sans le changement qui permet de nouvelles opportunités « *Et puis le changement ça rapproche ! Ok on l’a eu, on le subit, mais si on ne l’avait pas eu, on n’aurait peut-être pas discuté de ceci ou de cela. Donc il y a toujours un petit côté savoureux au changement.* » ICS13 (570-578).

Dans cette deuxième phase, après avoir fait du sens pour eux-mêmes, les cadres ont un rôle de donner du sens aux équipes, les préparer au changement « *et je leur ai dit : ” Mais peut-être pas sous la forme qu’on connaît. Ce sera peut-être plus chronique pour répondre à la nouvelle structure où ce sera du chronique. Donc, est-ce que vous êtes prêtes ?” » ICS12 (410-412).* Ensuite, les ICS sont là pour opérationnaliser le changement « *Les décisions sont prises et puis en fait, on nous demande de les opérationnaliser* » ICS7 (457-458).

Un autre rôle s’impose dans ce deuxième temps : la co-construction. La co-construction de la nouvelle gouvernance au niveau du département infirmier. Quels rôles attendent-ils de leur direction infirmière et de son adjoint ? Quelles missions ? Mais aussi redéfinir les valeurs de la nouvelle institution qui prend vie. Ce rôle est toujours en cours actuellement puisque le changement n’est pas terminé.

Malgré tout, avec un peu de recul, certains cadres ressentent une forme de lenteur dans les prises de décision par une couche supplémentaire dans la lasagne institutionnelle. La transversalité est nouvelle et donc encore chronophage.

Il subsiste un sentiment d'injustice à différents niveaux. Au niveau pécunier : les médecins responsables de pôles seront rétribués pour leur fonction, pas les ICS « *Alors nous, on pose la question : "tiens, et nous au niveau département infirmier, vu qu'on va être multisites, est-ce qu'on aura un avantage pécunier par rapport à ça ?" "Ah ben non, ça..., on n'a pas parlé".* » ICS3 (532-534). Une injustice de redistribution de ressources : le BMF alloué au financement du personnel infirmier est détourné à d'autres buts « *mais quand je vois qu'il y a du financement de départements infirmiers au travers du BMF qui est parfois alloué à d'autres fonctions ...* » ICS7 (358-360). Un sentiment d'injustice de l'importance du site « *on doit penser « institution », mais par contre l'institution c'est surtout ce site-là* » ICS6 (397-398).

5.4 Conséquences du changement sur les managers en tension

Quelques répondants mentionnent ne pas être particulièrement impactés par le changement. Premièrement, certaines de leurs fonctions ne sont pas affectées par le changement. En effet, leurs fonctions sont uniques soit dans l'institution soit dans le bassin de soins³. Deuxièmement, pour certains ICS, ce n'est pas le premier changement important et une forme de résilience s'est installée face à ces situations disruptives. « *Pour l'instant, rien. Je continue à travailler comme je le fais. Ayant déjà subi deux restructurations, on s'y fait, jamais deux sans trois.* » ICS5 (220).

Pour les autres répondants, il y a des conséquences organisationnelles et opérationnelles. Le travail en transversalité et/ou en pôle s'accroît, or ils citent un manque de soutien et de ressources fournies par l'institution qui risque d'essouffler cette dynamique « *Et donc c'est nous qui devons garder cette énergie, mais là par exemple l'autre site, ne vient plus. Donc je pense qu'on a fait trois réunions. Donc ça, c'est compliqué parce que ça va s'essouffler s'ils ne sont pas derrière nous, je pense* » ICS6 (495-498). De plus, écartés du top management, ils sont plus proches du terrain, donc plus à l'écoute et dans l'accompagnement avec une tension dans leur rôle. En effet, ils sont sollicités pour aider les ICU dans leur difficulté quotidienne et craignent d'avoir du mal à gérer leur fonction de responsable de pôle. « *On va être plus dans nos... dans nos équipes et résoudre des difficultés avec nos infirmiers chefs. Mais est-ce que c'est vraiment notre rôle quand on va être chef de pôle...* » ICS3 (556-561).

³ Par souci de conservation de l'anonymat, ces fonctions ne sont pas citées.

D'un point de vue identité, les ICS craignent que le personnel soit obligé de renoncer à son identité de site alors que pour eux les deux visions sont compatibles « *Et donc la collaboration, oui, la transversalité, oui, mais il faut qu'on nous laisse au moins notre identité. L'un n'empêche pas l'autre pour moi.* » ICS6 (391-393). À cela s'ajoute un discours discordant de la Direction qui privilégie un site plus que les autres « *on doit penser « institution », mais par contre l'institution c'est surtout ce site-là* » ICS6 (397-398). Il y a donc un risque d'épuisement, une démotivation et finalement une fuite des agents « *Parce qu'on va vraiment vers une démotivation, et ça ce n'est pas bon, vers une fuite des gens.* » ICS8 (387-389).

Une autre conséquence porte sur le rôle « people management ». La crainte d'un ICS est la gestion de problème sur un autre site que le sien parce qu'il est responsable de pôle « *Pratiquement, ce n'est pas possible quand il y aura un conflit sur le site Y et qu'il y a un cadre sur le site Y mais c'est le cadre du site W qui est cadre des trois sites sur le pôle N.* » ICS4 (638-640). Enfin, les équipes considèrent les ICS comme faisant partie de la Direction et donc responsables de leur condition « *... on se sent un peu les vilains canards quoi. Parce qu'on est finalement la dernière maille de la chaîne à descendre sur le terrain (...) C'est comme si elles maintenant me voyaient responsable de ça. Parce que tu es assez haut pour défendre nos idées, alors qu'en fait, j'ai beau le défendre, ça ne passe pas* » ICS6 (322-335).

Ajouté à cela, les cadres relèvent une difficulté d'autorité face aux agents qui ressentent un laxisme de la Direction et un désengagement, par manque de sens, pour des projets institutionnels des équipes qui ne priorisent plus la vie professionnelle « *“dites-nous ce qui fait sens”. Sauf que ça, on a difficile à avoir une réponse parce que les gens ont un rapport au travail qui est peut-être moins prépondérant.* » ICS13 (465-467).

D'autres conséquences individuelles touchent les cadres intermédiaires. D'un côté, ils ont une vocation de soignant et vivent une tension entre quantité et qualité de soins « *Il y a des jours plus compliqués, où il y a de la tension importante. Parce qu'il n'y a rien à faire, on est des soignants. Et on a cette notion de qualité, de sécurité du patient, d'équipe, et des choses pareilles qu'on veut maintenir.* » ICS3 (594-596), une perte de sens accentuée par le contexte « *... j'ai eu une grosse remise en question avec des doutes en me disant : “C'est quoi le sens de mon travail ? comment je m'épanouis ? “* » ICS1 (194-195). D'un autre, les cadres ont un sentiment d'impuissance, de perte de contrôle et de leur autonomie avec un sentiment de contrôle accru de la part de la direction « *on dit : “Mais quoi, ici, on n'a plus d'autonomie ou quoi ici ?”* » ICS4 (377). Selon eux, les difficultés de plus en plus fréquentes risquent de mettre à mal leur motivation, de fatiguer et de faire perdre le sens. Un ICS plus ancien craint même

que les plus jeunes s'épuisent devant ces difficultés « *Moi, j'arrive à absorber, parce que j'ai l'habitude d'absorber des chocs dans ma carrière, mais je pourrais comprendre qu'un jeune cadre intermédiaire qui arrive, il va être complètement « destroy » après trois mois.* » ICS3 (122-124).

Finalement, le changement oblige les cadres à développer des compétences comme être adaptable aux changements, à avoir une vision institutionnelle et pas sitique « *on doit exiger de nous de s'adapter aux changements. Ça c'est sûr et certain* » ICS13 (848). Il ouvre un regard sur le care où ils réalisent que pour prendre soins des autres, il faut d'abord prendre soin de soi avec des stratégies et des ressources que nous développerons au point suivant.

5.5 Coping, ressources individuelles et institutionnelles

5.5.1 Coping et ressources institutionnels

Les répondants ne citent quasiment pas de nouvelles stratégies institutionnelles d'adaptation (coping) face aux changements mais essentiellement l'utilisation de ressources déjà existantes. Parmi ces ressources, il y a la facilité de communication avec les pairs via des moments privilégiés comme les réunions matinales. Par ailleurs, les ICS mentionnent la disponibilité du directeur du département infirmier (N+1) lors de ces mêmes moments ou en rencontres bilatérales.

La Direction Générale est vue, par certains répondants, comme un support important en donnant des leviers dans le management des cadres. Elle identifie avec ces derniers leurs difficultés et met en place des pistes pour atteindre les objectifs « *C'est : "quelles sont tes difficultés dans ton management pour atteindre tes objectifs ?"* » ICS6 (258-259) avec par exemple des équipes chargées de missions ou le pôle formation qui propose les formations de base mais aussi des formations adaptées en fonction des difficultés « *Moi une bonne partie de toutes mes formations ont été payées* » ICS16 (437-442).

La configuration des bureaux facilite aussi les échanges entre eux. Ils travaillent en mode portes ouvertes pour inviter à l'échange. Souvent, les cadres travaillent dans les bureaux partagés ce qui favorise également ces échanges.

Une institution a programmé des rencontres avec une équipe de psychologues de soutien prévue initialement pour les ICU mais étendues au ICS. De même, les ICS donnent du soutien et en reçoivent des autres cadres « *Mais c'est important de pouvoir communiquer quand on a des situations problématiques, de pouvoir aussi déposer sans forcément de jugement mais déposer*

sur telle ou telle situation qu'on a vécue, avoir un regard extérieur » ICS11 (343-346) ; ils se préservent entre eux « parfois, on s'auto-limite. C'est-à-dire que je connais tel collègue, là non, ce n'est pas son point fort, je n'y vais pas. » ICS10 (470-471).

Néanmoins, d'un point de vue coping, certains sites ont (re)mis les horaires flexibles et la possibilité du télétravail ce qui permet de concilier la vie privée et de plus travailler à l'objectif. *« Maintenant on avance avec notre nouveau chef. On a des horaires qui sont variables, on a le droit d'arriver entre 7h et 9h et on gère en fonction. Donc ça, fait quand même plaisir. Donc voilà, petit pas par petit pas. » ICS16 (427-430).* D'autres favorisent le travail et la prise de décision partagée pour alléger le poids sur les épaules. *« On essaie que, quand on prend une décision, que ce soit une décision collective, que tout le monde la porte » ICS3 (627-628).* Il y a aussi une réorganisation du travail pour libérer du temps aux tâches de projets et moins à la gestion de problèmes plus complexes liés aux difficultés de la RH et la fréquence des situations disruptives qui augmente *« Donc, on travaille, on essaye de travailler à des systèmes d'organisation plus résilients qui impliquent l'ensemble des parties prenantes justement pour diminuer cette charge de gestion des problèmes, ... » ICS10 (378-384).*

5.5.2 Coping et ressources individuelles

Pour faire face à ce changement, outre les stratégies et ressources institutionnelles, les cadres mettent en place des stratégies individuelles sur le plan professionnel et vie privée.

Sur un plan professionnel, les ICS disent qu'une première stratégie est de laisser le travail derrière eux. Lorsqu'ils ne sont pas de garde, lorsqu'ils quittent l'hôpital, ils ne ramènent pas le travail à la maison ; ils expriment un besoin de scission vie privée et vie professionnelle. *« Alors, on essaie de sortir de l'hôpital en laissant l'hôpital derrière nous » ICS2 (246).*

Une deuxième stratégie est de s'autoriser à dire « non ». Ils s'autorisent le droit de répondre à un appel téléphonique ou non et de rappeler plus tard. Ils décident de ne pas participer à une réunion s'ils estiment ne pas être en mesure d'être efficace *« M'autoriser de ne pas assister à des réunions soit parce que psychologiquement, j'ai vécu quelque chose d'assez impactant avant et je ne suis pas en état d'être frais et dispo dans cette réunion. » ICS7 (623-625).*

Une troisième stratégie est l'organisation de la journée en priorisant les tâches de production le matin et les rencontres l'après-midi *« Alors moi j'organise mon travail en plaçant, mes tâches de réflexion plutôt le matin, où je suis le plus frais mentalement, ... » ICS10 (156-158).*

Finalement, d'autres actions personnelles sont mentionnées par les répondants comme la prise de recul, le détachement, « *Mais donc j'essaye, quand il y a une décision qui tombe, de prendre un moment pour moi, de me dire qu'est-ce qui est raisonnable, qu'est-ce qui ne l'est pas ?* » ICS6 (571-573). D'autres ne s'attachent plus aux collègues « *je ne m'attache plus à mes collègues.* » ICS4 (431-432) ou vivent au jour le jour « *Donc moi perso, aujourd'hui, je vis au jour le jour, j'essaie de m'investir au jour le jour.* » ICS19 (327-328).

Sur le plan personnel, les cadres exercent des activités pour s'évader comme le sport, le yoga, la musique ou encore les sorties en nature (balades, photographie). D'autres enseignent dans les écoles d'infirmier ou de futurs cadres ; ça leur procure une bouffée d'oxygène et ils préparent les futurs managers « *se dire OK, je participe à la formation des chefs de demain justement pour que le système soit plus supportable* » ICS10 (414-415). Certains entrevoient la possibilité de partir, de changer d'institution s'ils ne s'y retrouvent plus et restent ouverts à d'autres possibilités « *Mais je suis attentive aussi à ce qui se passe à l'extérieur.* » ICS5 (221-222).

Les répondants citent leur entourage comme ressource personnelle pour les aider au quotidien en partageant leurs difficultés « *J'ai une meilleure amie qui est directrice d'une prison et j'échange beaucoup avec elle.* » ICS4 (477-478). Ils autofinancent au besoin des formations, du coaching « *Donc oui, j'ai des attentes en coaching. J'en ai fait individuellement avec mes propres deniers parce que j'en avais besoin* » ICS3 (703-704).

Les ICS puisent des ressources dans leur personnalité. L'optimisme et la faculté d'adaptation rendent le changement positif et enthousiasmant. Le relativisme, le détachement et la prise de recul les invitent à laisser passer les choses, à ne pas se tracasser d'un futur qui ne les concernera pas « *Je me sens moins concerné pour des choses qui vont avoir lieu dans 15 ans.* » ICS3 (465).

La famille est un support important parce que les ICS peuvent échanger sur des difficultés avec leur conjoint tout en s'imposant une limite de temps « *« Ma femme est un peu dans le métier. Et donc, on discute parfois, des problématiques qu'on rencontre, après 10 minutes, on en a ras-le-bol tous les deux. On se dit, bon, on va en passer à autre chose.* » ICS3 (631-633) et en même temps, la famille est un soutien logistique pour la gestion notamment des enfants et aussi un soutien moral dans la compréhension du rôle de cadre mentionné ici par l'ICS13 par rapport à la garde « *...ce téléphone qui sonne tout le temps. Ils savent que.... Et puis voilà, ils savent que c'est nécessaire...* » ICS13 (721-724) mais également dans d'autres situations.

5.6 Attentes par rapport au changement

La plus grande attente des ICS est d'être impliqués de manière plus importante et plus rapide lors de changement pour pouvoir apporter leur expertise « *Donc c'est un autre message que j'essaie de faire passer depuis des années, c'est : "mettez le nursing et les acteurs autour de la table dès l'établissement du projet."* » ICS7 (460-462).

Les cadres intermédiaires souhaitent plus de transparence et de clarté pour pouvoir communiquer aux équipes « *on a besoin de plus de transparence pour nous pouvoir transmettre sur le terrain* » ICS2 (326-327). Les nouvelles situations amènent beaucoup d'interrogations dans les équipes notamment sur les nouveaux statuts de l'institution, la stratégie et le devenir de certains services. Les ICS souhaitent communiquer mieux et plus vite pour éviter les bruits de couloirs et, a contrario, moins vite si l'information n'est pas sûre pour ne pas mettre la confiance des équipes à mal « *De ne pas communiquer trop vite quand on n'est pas sûr. (...), quand il y a du flou, ça perturbe.* » ICS19 (674-681) voire que la Direction communique elle-même aux équipes « *Ce serait bien que ce soit eux-mêmes qui prennent le temps de rencontrer, des groupes de travail infirmier, de différents secteurs et qu'ils expliquent, étape par étape... vers où on va aller* » ICS12 (503-506).

Les cadres s'accordent de dire qu'il faut plus écouter les équipes « *... on a trop pris des décisions sans concerter le terrain, c'est toujours le ressenti qu'on avait.* » ICS11 (472-473). Ils souhaitent même une collaboration plus active des gens de terrain qui vivent au quotidien les difficultés « *... c'est avoir des gens de terrain qui participent aux décisions. Ils ont toutes leurs difficultés, leurs contraintes, le terrain a ses contraintes ...* » ICS7 (823-827). Un ICS voudrait même mettre en place une collaboration multi-métier pour mettre une synergie des parties prenantes du projet « *quand on crée un gros truc comme ça, je pense qu'il faut le créer multi-métiers pour avoir toutes les facettes de chaque métier qui doivent s'impliquer dans le puzzle* » ICS16 (507-508).

Pour pouvoir répondre aux questions et accompagner au mieux les équipes, les ICS souhaitent un accès financier plus facile à la formation « *C'est bien mais il faudrait qu'on ait des formations qui soient financièrement atteignables* » ICS7 (810-812) et aussi du temps pour se former « *On nous bloque parce qu'un autre fait sa formation. Moi, ras-le-bol ! (...)* » ICS4 (511-512). Ils ont une demande de formations spécifiques comme le MIORS, le management éthique et/ou la motivation « *on a, un projet de former nos équipes à la motivation, vu le contexte, etc. Et je pense que même pour nous, ça serait utile* » ICS2 (287-288). Enfin, certains

souhaitent avoir du co-développement, des interventions « *Des interventions. Pouvoir sortir à un moment donné et parler peut-être plus de la lourdeur du travail, des choses compliquées, etc. mais avec quelqu'un de l'extérieur qui permet peut-être de relativiser, de refaire le point sur les choses, sur le vécu...* » ICS14 (353-356).

Les cadres souhaitent que leur fonction soit mieux connue et comprise par la Direction Générale. Ils souhaitent qu'elle comprenne la charge de travail, la pression, la lourdeur de la fonction ; « *Sous tension, sous pression et donc ils ne se rendent pas compte que la charge de travail elle est quand même énorme.* » ICS2 (380-381) ; et aussi la fonction relais/pivot entre la direction et le terrain et la position « entre le marteau et l'enclume », « punching-ball » « *On est le tampon entre la direction et les équipes.* » ICS2 (374). Ensuite, que la Direction Générale prenne connaissance des obligations légales qu'ont les cadres intermédiaires, notamment dans la continuité des soins, avant de prendre des décisions budgétaires et en termes de ressources humaines « *Et c'est comment arriver à lier notre réalité, qui est une obligation légale, de garantir la continuité des soins, avec les enjeux budgétaires d'aujourd'hui, parce qu'on resserre toujours le cadre.* » ICS17 (655-657). De plus, qu'elle accélère la possibilité de travail en pôle qui est demandé aux cadres intermédiaires « *Et donc pour l'instant, c'est encore très fouillis. On nous dit "faites-le", mais on ne nous donne vraiment pas les moyens.* » ICS6 (526-528). Enfin, qu'elle laisse une identité sitique tout en travaillant avec une vision institutionnelle « *Et donc la collaboration, oui, La transversalité, oui, mais il faut qu'on nous laisse pour moins notre identité. L'un n'empêche pas l'autre pour moi* » ICS6 (391-393).

Par rapport aux politiques, les répondants souhaitent que le cadre légal soit revu et clarifié. En effet, le nombre de cadre est fonction du nombre de lit mais ne tient pas compte des services medicotechniques comme la radiologie, la dialyse et les services extrahospitalier « (...) *Pour moi baser la norme d'un cadre par 150 lits, il faudrait déjà clarifier aussi est-ce que c'est par 150 lits atteints ou par tranche engagée.* » ICS7 (781-783). Ils aimeraient rendre de l'autonomie aux ICU en augmentant les effectifs. Cela permettrait de sortir les ICU des soins et décharger les ICS de tâches qui leur prennent du temps au détriment de leur propres tâches « *rendre de l'autonomie aux infirmiers chefs des étages pour qu'ils gèrent leurs équipes (...) et arrêter d'avoir tous ces appels continus* » ICS3 (107-110) ;

Par rapport aux équipes, un ICS souhaite insister sur le renforcement positif et montrer encore plus de reconnaissance aux équipes sur leur capacité d'adaptation et d'acceptation « (...) *Le but serait de, encore plus reconnaître leur capacité à s'adapter et à collaborer et à ne pas entrer en résistance avec la décision qu'on prend.* » ICS9 (454-460).

6. Discussion

Le but de cette recherche est d'étudier le vécu des cadres intermédiaires et leurs stratégies d'adaptation lors de situation disruptive (fusion et changement de gouvernance) dans un contexte politique et socioéconomique belge. La littérature actuelle ne met pas en lumière cette thématique et ce travail propose donc de couvrir ce gap en répondant à la question de recherche **« Quel est le vécu des cadres intermédiaires en période de changement organisationnel disruptif, et quels déterminants (individuels, collectifs, institutionnels) pour y faire face ? »**

Les résultats de la recherche seront mis en parallèle avec une étude qualitative étrangère dans le secteur marchand (fusion de deux entreprises pharmaceutiques allemandes), une étude belge sur trois institutions de service publique, de même qu'aux concepts théoriques développés plus haut.

6.1 Vécu du changement

Pour rappel, l'étude de Kroon et Reif, qui portait sur la fusion de deux groupes pharmaceutiques allemands, mentionnait que le changement se fait en 3 phases : phase 1 qui est « l'annonce », phase 2 « le lancement », phase 3 « faire adhérer les équipes » (Kroon & Reif, 2023). Ce changement s'est déroulé sur plusieurs années.

Lors de la première phase, il y a eu un temps de découverte qui a engendré un cycle d'émotions auprès des cadres intermédiaires. Des émotions négatives quant à leur futur qui les ont obligés à faire sens pour eux-mêmes et des émotions positives par l'idée d'apprendre de nouvelles manières de faire.

La deuxième phase a accru les émotions négatives par la charge de travail supplémentaire pour implémenter la fusion. Cependant, les cadres intermédiaires ont relativisé les problèmes rencontrés en supposant qu'ils auraient pu survenir dans d'autres contextes. Cette deuxième phase a nécessité que les cadres jouent d'intelligence émotionnelle pour masquer leurs émotions face aux équipes et ainsi pouvoir donner du sens au changement.

La troisième phase a consisté à écouter les craintes des employés. Les cadres devaient alors, en plus de leurs émotions, gérer les émotions des employés. Cette période de gestion des émotions était multidirectionnelle. Les cadres ont donné du soutien et en ont reçu de leurs employés mais aussi du support du top management.

Dans notre étude, bien que nous retrouvons ces trois temps, le changement s'est fait en un temps. L'annonce et la mise en place ont été nettement plus rapide probablement à cause des situations économiques et pour anticiper les conséquences du nouvel horizon hospitalier. La rapidité des événements a obligé les cadres à faire sens pour eux-mêmes, répondre aux craintes des équipes et mettre en place leur nouveaux rôles. Nous mettrons en lumière les émotions vécues dans ce changement et comment elles influencent le sensemaking et sensegiving.

6.1.1 Annonce et mise en place du changement : valence et intensité des émotions

A l'annonce du changement, une partie des répondants ont ressenti des émotions négatives comme du stress, de l'anxiété voire de la colère. A la mise en place de la nouvelle gouvernance (qui souhaite accélérer la finalisation des fusions), ils ont éprouvé un sentiment de dévalorisation et d'abandon du top management. Ils ont eu le sentiment que certains sites ont été privilégiés au détriment du leur, comme lors de présentation des vœux, des visites officielles ou de réunions importantes qui se font toujours au même endroit. De plus, le travail en pôle et transversalité a rajouté une charge de travail sur les cadres. Malgré tout, c'est bien l'arrivée du nouvel horizon hospitalier qui induit chez les ICS le plus de craintes pour leur avenir professionnel comme celui de leur site.

Cependant, certains cadres, malgré un léger stress avoué au début, ont vu directement le besoin du changement et l'ont accepté. Cette période n'a donc pas ou peu engendré, chez eux, d'émotions négatives. Ils mettent en avant une personnalité favorable au changement qu'ils trouvent stimulant. Cette positivité peut s'expliquer par la transparence de la nouvelle gouvernance et son honnêteté face un environnement inconnu qu'elle veut découvrir ; ce qui rassure les ICS. Cet élément est renforcé par le récit d'un ICS qui dit que la première direction intérimaire n'était pas claire alors que depuis la mise en place de l'actuelle, les choses sont plus sereines. De même, dans l'autre institution, la création de direction de groupe renforce un sentiment de représentation juste et cohérente en CODIR.

Un cadre intermédiaire exprime de la colère ; il vit une émotion fortement négative qui induit un blocage puisqu'il dit : « *ils nous ont perdu* ». Or, bien que nous ne l'ayons pas observé parmi les autres ICS de ce même site, cette même émotion peut être la source d'une toxicité émotionnelle horizontalement (vers les pairs) et verticalement (dans les équipes) comme le signalent Maitlis et Ozcelik dans leur étude de 2004 (Maitlis & Ozcelik, 2004). S'il n'en est rien, c'est probablement lié à l'intelligence émotionnelle de l'ICS ; ce point sera développer plus loin.

6.1.2 Appropriation et déclenchement de sensegiving

Après avoir fait sens pour eux-mêmes, les cadres génèrent des émotions positives parce qu'ils ont compris le changement. Ils ont reçu les informations nécessaires et un soutien de leur direction ce qui converge avec l'étude de Maillet et collègues de 2013. Ces cadres disent avoir une très bonne relation avec leur directeur (N+1) qui lui-même a de bonnes interactions avec le top management ; ce qui permet de faire sens collectivement.

Les ICS voient le positif du changement avec un sentiment d'optimisme pour le futur de l'institution. Le rôle de diffuseur d'information et d'accompagnateur du changement intervient auprès des équipes pour expliquer le bien fondé du changement. Notre étude converge avec celle de Will et Pies (Will & Pies, 2018) qui stipule que sensemaking et sensegiving ont plus de chance de se produire avec des émotions positives, elles-mêmes engendrées par un partage d'informations suffisant. En effet, certains cadres relèvent une nouvelle gouvernance transparente, honnête ce qui les rassurent. Le vécu passé avec des DDI de site et/ou de groupe comme collègue est aussi un facilitateur dans le processus de sensemaking et donc sensegiving dans le sens où les relations et la confiance sont établies de longue date.

Cependant, pour certains cadres, cette phase est plus compliquée et pas encore aboutie. Les cadres n'ont pas encore pu faire totalement sens pour eux-mêmes mais doivent déjà donner du sens aux équipes, les accompagner et répondre à leurs questions. De plus, la propagation d'informations non fondées dans les équipes, liée à une mauvaise communication officielle dès le début du changement, accapare les cadres qui doivent s'occuper de corriger les informations tout en faisant encore sens pour eux-mêmes ; ce qui va retarder le processus de sensegiving.

Ce décalage d'émotions positives trouve peut-être, encore une fois, son origine dans les relations avec la Direction. D'un côté, comme dit plus haut, une majorité des cadres souligne la posture rassurante de leur DDI transversale ou de groupe et même le top management. D'un autre côté, quelques-uns sont encore dans l'incertitude quant au rôle que doit jouer ces différentes lignes hiérarchiques et relatent un blocage d'informations. Une autre explication peut se situer dans le retard d'information véhiculée entre les sites. Les événements importants se déroulant toujours au même endroit, nous pouvons supposer que l'information percole plus lentement sur d'autres sites ; ce qui ralentit le processus de sensemaking et le développement d'émotions positives.

6.2 Tensions de rôles du cadre, stress lors du changement

Si le vécu est rythmé par des émotions lors du changement, ce dernier met les rôles des cadres en tension et génère du stress supplémentaire. Ci-dessous, nous discuterons des tensions de rôle et du stress engendrés par le changement.

6.2.1 Tensions de rôles exacerbés par le changement

Il y a des convergences entre la revue de littérature qui met en avant les rôles des managers dans le contexte, et les entretiens qui se sont penchés sur les rôles de cadre, au quotidien et lors du changement. Pour rappel, les travaux de Mintzberg répartissent les rôles en trois groupes : interpersonnel, lié à l'information et décisionnel (Mintzberg H. , 1973).

Le rôle que les répondants mentionnent le plus est **le rôle lié à l'information**. Ils se définissent comme porte-parole des équipes et relai de l'information de la direction vers les équipes. Dans notre étude, ce rôle est décrit comme difficile par certains cadres parce qu'ils ont l'impression de ne pas être entendus par le top management, d'autant plus lors de changement où les craintes du terrain leur sont relayées mais ne trouvent pas d'oreille attentive au sommet hiérarchique. La communication top-down est déficiente parce que les cadres n'ont pas les informations attendues par le terrain comme le dit l'ICS2 « *En fait, on n'est pas informé. Et c'est très compliqué du coup, on ne sait pas informer nos équipes* » ICS2 (156-158). D'autres cadres estiment avoir reçu une information claire et transparente à relayer aux équipes.

Une telle différence nous ramène peut-être à la proximité du top management. La proximité géographique : les sites éloignés du top management reçoivent moins vite l'information avec de nouveau se sentiment d'être mis à l'écart comme lors de la visite du ministre (dans le cadre du nouvel horizon hospitalier) sur un site et pas sur l'autre. La proximité hiérarchique : la réorganisation de l'organigramme qui éloigne les cadres intermédiaires des décisions stratégiques retardent la réception de la bonne information.

Une autre activité liée au rôle de l'information est le déplacement dans les unités pour observer et comprendre le terrain. Cette proximité s'accroît avec le changement pour accompagner et soutenir les équipes qui s'y habituent comme l'explique l'ICS13 « *On est bien plus accaparé par les équipes elles-mêmes, par la proximité de terrain, par cette approche...* » ce qui ralentit la gestion de projet qui est demandée aux cadres intermédiaires. Les ICU ne sont plus assez dans l'administratif et trop dans les soins ce qui oblige les cadres à gérer les tâches des ICU. « *Il faudrait qu'ils comprennent que leur place, c'est pas 80% des soins et 20% d'admin. C'est*

l'inverse » ICS19 (707-709). Or, le NPM s'axe en partie sur la performance, l'atteinte d'objectif en ce compris ceux des cadres intermédiaires ce qui place les ICS face au **paradoxe de performance**, entre gérer le quotidien et gérer les projet à long terme.

Cette tension soulève deux questionnements. Le premier, le management du care n'est-il pas trop mis en avant ? Certains cadres souhaitent replacer les limites parce qu'ils ont l'impression que les équipes s'accommodent trop de cette proximité qui retarde l'avancée d'objectifs. N'y a-t-il pas un risque que les cadres se recentrent sur eux-mêmes au détriment des équipes ? Le deuxième, les cadres ne sont-ils pas face à une tension **intra-émetteur** ? Le top management demande des résultats, des gestions de projets aux cadres intermédiaires mais les éloigne des discussions de projets, des décisions et coupe dans les ressources humaines et financières.

Pour le **rôle décisionnel**, ils disent être là pour répartir les ressources équitablement (ressources RH) dans les unités et mettre en place les stratégies du top management. Le contexte actuel rend ce rôle difficile. La pénurie d'infirmier nécessite un appel aux intérimaires mais la Direction Générale a la volonté de faire plus avec moins pour limiter les coûts et maximiser les profits (du moins limiter les pertes) comme l'expliquent l'ICS10 « *l'autre parce qu'il y a de moins en moins d'effectifs, parce que c'est compliqué de recruter, parce que c'est compliqué de garder* » et l'ICS16 « *La difficulté budgétaire fait qu'on est aussi limité sur la prise d'intérim, c'est un peu compliqué* ». Cette tension fait partie des quatre sources de tensions citées par Kahn et collègues mentionnées plus haut : la **tension inter-émetteur** qui survient lors de demande contradictoire de personnes différentes, mais de nouveau la **tension intra-émetteur** puisque la direction demande de la production (de soins) mais de limiter les ressources. Dans cette même logique, le rôle de leader est mis en tension. En effet, d'après Mintzberg, « *l'objectif essentiel du rôle de leader est d'effectuer l'intégration entre les besoins des individus et les buts de l'organisation* » (Mintzberg H. , 1973) (p73). Ce rôle de leader est, comme le rôle décisionnel, mis en difficulté par un divergence des besoins supplémentaires de ressources pour les équipes et les contraintes économiques du top management.

Enfin, du côté **interpersonnel**, les répondants confirment le rôle de symbole en soutenant les ICU lors de situations complexes dans les équipes, ou agent de liaison avec des organismes extérieurs. Leur leadership est là pour motiver les équipes notamment lors de changement, pour donner du sens aux événements. Or, des ICS mentionnent un désengagement des équipes qui sont moins institutionnels et plus tournés vers la vie privée. Les cadres font face au conflit générationnel. La « nouvelle génération » n'a plus cet engagement à l'institution et préfère maintenir un équilibre de vie. Au-delà de cette notion « nouvelle génération », c'est une

nouvelle période. Ce besoin d'équilibre de vie est voulu par des agents qui ont plus d'ancienneté comme l'explique l'ICS13 et touche donc l'ensemble des générations. La difficulté pour les cadres intermédiaires (et la RH) est le maintien des agents qui, si ils ne se retrouvent plus dans leur travail, partent comme le montre l'échantillon de soignant dans l'étude des stratégies de coping de Rivière 2019 (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2019).

6.2.2 Stress exacerbé par le changement

Une étude de Giaque en 2016 soutient que le stress des cadres intermédiaires est amplifié par le manque de reconnaissance, le sentiment d'injustice, le manque de feedback et l'absence d'évolution de carrière (Giaque, 2016).

La reconnaissance est bivalente. Certains ICS se sentent reconnus par leur direction et par leurs pairs tandis que d'autres expriment un manque de reconnaissance de leur importance et de la réalité de terrain par la Direction Générale mais aussi des équipes. Cette notion risque aussi d'influencer sur le management par le care des ICS.

Deux ICS parlent d'un sentiment d'injustice. L'un pécunier : les médecins responsables de pôle auraient un avantage financier non prévu pour les ICS. Cette injustice risque de mettre à mal la motivation du cadre. Un autre mentionne un sentiment d'injustice dans la répartition des ressources : le financement du cadre soignant prévu par le BMF serait détourné à d'autres fins alors qu'il y a un besoin d'agents supplémentaires.

Nos répondants ne mentionnent pas une absence d'évolution de carrière et ils ont la possibilité de suivre des formations qui permettent d'avoir des outils supplémentaires dans leurs fonctions ; sauf un ICS qui reproche non pas l'accord de formation mais l'accès empêché par d'autres ICS déjà en formation. D'autres ICS mentionnent un besoin de feedback qu'ils ne reçoivent pas ou pas suffisamment de leur hiérarchie.

6.2.3 Cas particulier sur sensemaking/sensegiving

Un rôle important des cadres intermédiaires lors du changement est de donner du sens aux équipes après avoir pu faire sens pour eux-mêmes.

L'étude de Maillet et collgue de 2013 disaient que les émotions et sensemaking sont liés. La même étude mettait en évidence que la valence et l'intensité de l'émotion influencent le sensemaking et sensegiving. Une émotion négative de faible intensité (stress, anxiété) va déclencher un sensemaking tandis qu'une émotion négative intense (colère) peut provoquer un

blocage. Notre étude et la littérature converge ; lors du changement, les répondants qui ont vécu du stress ont ressenti un besoin de faire sens. Les cadres qui ont eu des émotions positives dès le début, n'ont pas eu besoin de faire sens pour eux-mêmes et ont pu directement donner du sens au équipes en les accompagnant. Ce qui rejoint encore une fois l'étude de Maitlis et collègue de 2013 (Maitlis, Vogus, & Lawrence, 2013). Néanmoins, les émotions n'expliquent pas à elles seules pourquoi des ICS s'engagent tout de suite et d'autre ont besoin de faire sens.

- **Difficulté dans sensemaking à travers la communication et l'implication déficiente**

Comme expliqué plus haut, certains répondants mentionnent avoir eu un manque voire une perte de sens. Or, pour faire sens, les cadres ont besoin de collaboration et d'information avec la direction. Ces ICS ont d'ailleurs souhaité avoir une communication plus rapide et être impliqués dès le début du processus du changement ; alors que ceux qui ont été dans une communication franche dès le début ont éprouvé moins de difficulté à faire sens. Ceci montre l'importance d'une communication efficace, transparente et au moment opportun entre Direction Générale et cadre intermédiaire pour initier le sensemaking.

La multiplication de niveaux hiérarchiques entre ICS et Direction Générale complexifie la communication parce que les rôles de cette ligne hiérarchique supplémentaire sont mal définis et mal compris et, selon une partie des ICS, ralentit la communication descendante et ascendante.

- **Coûts du sensemaking**

Une autre explication sur la différence entre les cadres intermédiaires à faire sens plus ou moins facilement sont les coûts du sensemaking. Pour rappel, le sensemaking a plusieurs coûts et plus ils sont importants, plus la motivation devra être grande pour enclencher le processus de sensemaking ; cette motivation sera fonction des émotions. Nous retenons ici le coût cognitif et un coût identitaire.

Le coût cognitif traduit l'encrage de l'individu au passé et la difficulté de voir le nouveau. Dans notre cas, ce coût peut être lié à l'ancienneté dans l'institution où le changement à lieu et/ou l'ancienneté dans la fonction de cadre qui va être modifiée. Il est peut-être plus difficile pour ces ICS avec une ancienneté plus grande de faire un deuil de leur passé et de se tourner vers l'avenir.

Quant au coût identitaire, il peut être lié à l'identité de site. En effet, la Direction Générale demande de penser institution et de mettre leur identité de site de côté. Or, certains cadres

estiment que la DG met en avant un site plutôt qu'un autre. Dès lors, les cadres qui travaillent sur un site « privilégié » ont peut-être un coût identitaire moindre que les autres.

Le coût identitaire peut être également lié à l'individu. Les cadres intermédiaires mentionnent un changement dans leur identité. Eloignés du top management, ils se sentent écartés des décisions stratégiques et plus proches de leurs équipes qui les accaparent plus pour des problèmes organisationnels dont ils n'ont normalement pas la tâche. Ce coût accentue alors le brouillage identitaire, le cadre ne sachant plus quelle posture managériale il doit observer.

- **Difficulté de sensemaking à travers le brouillage identitaire**

Pour rappel, le NPM a fait émerger une nouvelle identité du manager : les « managers hybrides ». Il s'agit de cadre dans une position intermédiaire entre terrain et top management qui peuvent souffrir d'un brouillage identitaire à cause d'un conflit entre les valeurs prônées par les professionnels de soins de santé et les logiques gestionnaires du top management comme la rentabilité, la performance et la flexibilité (Resenterra, Siggen, & Giauque, 2013). Certains cadres interrogés ont mentionné ce conflit entre leurs propres valeurs et la communication d'informations peu populaires aux équipes qui les considèrent alors comme responsables de leur situation.

Par ailleurs, nous avons vu dans la littérature que le sensemaking est un rôle central dans la gestion du changement. La position hybride des cadres intermédiaires peut entraver le processus de sensemaking comme l'ont montré PICHULT et SCHOENAERS qui ont étudié trois entités belges d'intérêts publics. Ils se sont concentrés sur les cadres et ont décrit trois comportements stratégiques pour s'approprier le changement surtout lorsque la charge de travail augmente, qu'il y a une incertitude sur l'avenir et que leur marge de manœuvre diminue. Ils les nomment : le loyalisme, l'accommodement et la contestation. De plus, ces comportements peuvent se situer dans la congruence ou la dissonance. Enfin, ils introduisent la notion « disciplinaire » aux dispositifs (éléments du changement dans leurs cas d'étude) : fort ou faible ; ex ante ou ex post. Ex ante est la formalisation du dispositif, ex post le contrôle de l'exécution. Ces auteurs soulignent qu'un loyaliste sera congruent si le formalisme est faible puisqu'il a la possibilité d'interpréter le dispositif ; tandis qu'il sera dissonant si le formalisme est fort pouvant même conduire à la contestation. L'accommodement apparaît si le contrôle (ex post) est élevé (Pichault & Schoenaers, 2012).

Dans notre étude, les cadres ne présentent pas un seul comportement stratégique en fonction du changement ; il s'agit plus d'un continuum de stratégies en fonction de la rencontre des

éléments du changement (dispositifs pour Pichault et Schoenaers). Par exemple, un cadre est d'un côté dans la contestation « *Et ça, clairement, on n'a rien dit, mais on s'est tous regardés après la réunion, quand on avait éteint. On ne va pas faire ça.* » ICS6 (598-600) et d'un autre loyal dissonant parce qu'elle communique une directive de la direction mais est en contradiction avec ses valeurs de soignant « *Et dire à une équipe pendant trois mois "tu vas mordre sur ta chique" et le faire comprendre aux chefs qui elles vont devoir le répercuter, ça, c'est très compliqué.* » ICS6 (308-311).

Cette tension se rapporte à l'une des quatre sources de tension citées par Kahn et collègue dans l'étude de Rivière et collègues (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2013) : la tension de **rôle personnel** qui survient lors d'un conflit entre valeur et rôle à remplir. Nous voyons donc qu'en plus d'un manque de communication, la position hybride des cadres intermédiaires complique le processus de sensemaking ce qui aura un impact sur le sensegiving vers les équipes.

- **Intelligence émotionnelle**

Si les émotions permettent de faire complètement sens ou non, c'est aussi l'intelligence émotionnelle des cadres qui va faciliter le sensemaking et, in fine, le sensegiving. L'ICS en colère a pu maîtriser son émotion et a pu faire sens pour lui-même et ensuite présenter le changement aux équipes. Nous pouvons supposer que ce cadre a utilisé l'intelligence émotionnelle pour comprendre ses émotions et travailler dessus. Cette intelligence est d'ailleurs un levier vers la résilience qu'il mentionne lui-même « *Le deuil, la première chose c'est la colère. Et donc ça, je suis en train de... je suis passé le... t'entends qu'il y a encore un peu de colère. Mais ça va déjà mieux. (...) Et donc après j'aurai la phase de résilience et je suis dedans* » ICS12.

Cette intelligence émotionnelle est relayée par d'autres ICS qui confient devoir comprendre leurs émotions et celles de leurs équipes.

6.2.4 Risque d'épuisement, burnout

Dans leur étude PICART Ludovic et collègues ont synthétisé des études (Karasek, Siegrist, Dejours et Adams) et ont distingués des facteurs organisationnels comme l'autonomie qui est la latitude décisionnelle face au stress, la récompense à l'effort (reconnaissance et sécurité de l'emploi), le collectif de travail et la justice organisationnelle (notamment distributive) (Picart, Jaussaud, & Amann, 2019). Leur démarche empirique de cette même étude, qui s'est appuyée sur une observation dans une organisation, a permis de proposer un modèle de détermination

du burnout sur trois facteurs (contexte, collectif de travail et soutien du N+1) ; ce dernier est disponible en annexe 3. D'après PICART et collègues, avec un soutien des collègues et un collectif de travail et, ajouté à cela, un soutien du N+1, une autonomie, une récompense (reconnaissance) et une justice interactionnelle (relations entre les individus), il ne devrait pas y avoir de d'épuisement ou de burnout mais une satisfaction.

Dans notre étude, les répondants ont mentionné le soutien de leurs pairs. Ce qui, en plus d'être identifié dans la littérature comme une stratégie d'adaptation, en fait une ressource utile pour prévenir le burnout. De plus, les cadres mentionnent un soutien et une disponibilité de la Direction du Département Infirmier sur tous les sites. Or, malgré cela, les répondants mentionnent un épuisement émotionnel « *C'est fatigant mentalement, je trouve...* » ICS5 (339-340). Un premier élément de réponse est la ligne hiérarchique au-dessus de leur N+1. L'étude de PICART place le cadre intermédiaire entre le terrain et le top management. Dans notre cas, il y a des lignes hiérarchiques au-dessus de la DDI de site. Si les cadres intermédiaires estiment avoir du soutien et de la reconnaissance de leur N+1, il n'en est pas toujours de même avec les lignes hiérarchiques supérieures ; ce qui peut provoquer une insatisfaction des ICS. A l'opposé, d'autres ICS estiment leur rapport avec leur N+1 et N+2 tout à fait transparent et rassurant et indiquent être satisfait de la situation. Par ailleurs, la surcharge de travail qui ajoute du stress peut être déclencheur d'un épuisement professionnel malgré un soutien de sa Direction.

6.2.5 En résumé

Nous venons de croiser la littérature et les résultats de la recherche. Le changement a été rapide et a nécessité de faire sens, donner du sens et implémenter le changement. Il y a eu au début de l'incertitude qui a amené de l'anxiété, du stress voire de la colère et a nécessité un besoin de sensemaking.

Nous avons retenu deux coûts du sensemaking : le coût cognitif et le coût identitaire. Le premier pouvant être lié à l'ancienneté, le second à son identité de site et de cadre.

Par ailleurs, ce processus a été perturbé par une communication et une collaboration perfectible mais également par un brouillage identitaire entre valeurs de soignant et les exigences de l'organisation. Une loyauté envers la direction est mise en conflit avec une loyauté envers sa vocation de soignant et donc envers le terrain.

Après l'appropriation, un processus de sensegiving vers les équipes a pu s'amorcer. Ce deuxième temps est marqué par des émotions plus positives même s'il subsiste des incertitudes

et des conflits de valeur. Le rôle d'information vers les équipes a été pour certains cadres retardé voire bloqué de nouveau par une communication déficiente entre top management et cadres intermédiaires, mais aussi un éloignement organisationnel alors que la littérature les reconnaît comme facilitateur du changement.

Nous avons identifié que le modèle proposé par PICART et collègues est trop réducteur dans notre contexte et que d'autres facteurs comme des lignes hiérarchiques supplémentaires ou la surcharge de travail peuvent être des déterminants de l'apparition d'un épuisement professionnel.

Une étude de Rivière et collègue de 2015 soutient que les tensions de rôle et le stress sont liés. En 2024, Collins et collègues disaient que la surcharge de travail est une source de stress supplémentaires. Les répondants de notre étude ont régulièrement mentionné cette surcharge stressante en plus des nouvelles afférentes au changement disruptif. Les individus mettent alors en place des stratégies d'adaptation pour y faire face.

6.3 Des stratégies d'adaptation et ressources

6.3.1 Stratégies et ressources disponibles

Dans cette partie, nous analysons les stratégies que les ICS utilisent pour faire face au changement. Pour rappel, les recherches de VAS et GUILMOT sont mises en place face à 4 paradoxes : apprentissage, appartenance, organisation et performance.

Le coping ou stratégie d'adaptation est défini par Lazarus et Folkman comme : « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Rivière, Commeiras, & Loubes, 2013). Nous nous sommes limités à cinq travaux : Mullet et Spitz (2003), Montgomery et Demers (2010), Rivière et collègues (2013), Vas et Guilmot (2017) et Rivière (2019) qui sont compilés en annexe 2.

Les études de Muller et Spitz ont décrit les stratégies comme centrées sur le problème ou sur les émotions (Muller & Spitz, 2003) ou celle de Montgomery et Demers qui cite des stratégies de Muller et Spitz mais y ajoute le caractère fonctionnelle ou dysfonctionnelle (Montgomery, Morin, & Demers, 2010).

Concernant les résultats de Rivière (2019) dans l'annexe 2, seuls les échantillons de l'étude concernant le personnel des soins de santé ont été retenus (cadres de santé issus de l'étude de Frisch *et al.* de 1991, les cadres infirmiers de Shirey de 2006 et cadres de santé de Miyata *et al.*

de 2015). D'autres échantillons de cette étude faisant partie d'autres secteurs ou du personnel soignant des équipes de terrain n'ont pas été repris puisqu'ils ne correspondent pas à notre public cible.

Par facilité de lecture, le tableau 3 ci-dessous reprend de manière synthétique les stratégies citées par les cadres interrogés en fonction de stratégies centrées problème, centrée émotion ou surcharge de travail/conflit de rôle ; de même que la qualité fonctionnelle ou dysfonctionnelle. En annexe 2bis, nous retrouvons les stratégies documentées des verbatims. Afin de souligner des similitudes ou dégager de nouvelles stratégies, nous avons comparé le tableau de l'annexe 2 et de l'annexe 2bis ce qui servira à la discussion plus loin.

	Centrée problème	Centrée émotion	Surcharge de travail/ conflit de rôle
Fonctionnelle	- Coping actif - Planification, décomposition temporelle (oscillation, ondulation) - Soutien social instrumental, décomposition spatiale (interne ou externe) - Distraction - Acceptation	- Soutien social émotionnel - Expression sentiment - Réinterprétation positive - Évitement, suppression (sélection/rejet) - Prise de recul	- Soutien social émotionnel - Soutien social instrumental, décomposition spatiale (interne ou externe) - Réinterprétation positive - Séparer vie privée et vie professionnelle/ Recentrer sur la vie privé
Dysfonctionnelle	- Consommation		

Tableau 3 : Stratégies citées par les répondants

Le tableau 3 montre que les ICS sont tournés autant vers les stratégies centrées problèmes que les stratégies centrées émotions. Toutes sont fonctionnelles à l'exception d'un répondant qui consomme des produits à base de plante pour dormir. Aucun ne mentionne le déni, le blâme

envers soi ou le désengagement. Nous remarquons aussi que près de la moitié des stratégies fonctionnelles sont des stratégies mobilisées face à la surcharge de travail et/ou les conflits de rôle.

- **Stratégies centrées émotion**

Ces stratégies sont citées par les cadres dans d'autres situations que le contexte dont il est question. Par exemple, l'évitement mentionné par l'ICS7 pour ne pas assister à des réunions n'est pas propre aux changements de notre contexte. L'ICS 10 échange régulièrement avec une amie sur son stress quotidien engendré par une charge de travail importante⁴.

Cependant, la mobilisation de ce type de coping centré émotion peut être davantage mobilisé lors du changement disruptif. Une hypothèse est le manque de communication de la Direction Générale et le manque d'implication des cadres intermédiaires au début du changement ; les cadres cherchent alors du soutien entre eux en verbalisant leurs inquiétudes. En effet, cette notion rejoint le besoin de faire sens généré par des émotions négatives comme nous l'avons vu dans les travaux de Guilmot et Vas de 2012 qui citent KANTER (Guilmot & Vas, 2012). Les cadres intermédiaires se concertent alors plus intensément pour faire sens pour eux-mêmes et pouvoir donner du sens et accompagner les équipes. De plus, ces stratégies peuvent être mobilisées lors de conflit de rôle. Dans un conflit intra-émetteur, les ICS prennent du recul pour analyser la situation par exemple quand la direction demande de faire plus avec moins.

Les stratégies centrées émotions ne font pas face qu'aux émotions négatives. La réinterprétation (voire l'interprétation) positive intervient face à un changement pour lequel l'émotion est positive parce que le changement est supposé amener un mieux. Cette stratégie est mobilisée par un grand nombre de répondants qui disent que le changement est nécessaire ; ce qui déclenche une stratégie centrée problème (coping actif) qui stimule le cadre à s'engager dans le changement. La question qui vient est : « *Pourquoi certains ont des émotions positives dès le début du changement ?* ». L'ancienneté dans la fonction est peu probable vu la différence d'ancienneté des ICS qui partagent cette stratégie. Est-ce lié à la personnalité ? Certains évoquent un besoin du changement dans leur vie professionnelle, voient cela comme stimulant (mais fatigant) avec des personnalités agiles, adaptables, etc.

⁴ Pour rappel, les verbatims sont dans l'annexe 2bis

- **Stratégies centrées problème**

Comme les stratégies centrées émotion, les stratégies centrées problèmes sont mobilisées au quotidien. Beaucoup de répondants mentionnent la décomposition temporelle qui consiste à découper son temps de travail pour se consacrer à différentes tâches, ce qui permet de faire face à la surcharge de travail ; mais aussi le soutien instrumental qui consiste à demander l'avis des pairs pour faire face aux difficultés rencontrées. De plus, ils font appel à une décomposition spatiale interne et/ou externe en déléguant à des subordonnés ou en mobilisant des services support (chargé de mission). Ce qui permet d'alléger cette surcharge.

Certains cadres acceptent plus volontiers le changement. Cela fait partie de leurs tâches et ils sont formés à cela via des formations sur la gestion du changement.

Le coping actif qui consiste à prendre le problème à bras le corps semble plus propre au changement disruptif. Il intervient directement ou vient après les stratégies centrées émotion. Encore une fois, suivant les émotions ressenties lors de l'annonce du changement, celui-ci sera vu comme une évidence ou nécessitera de faire sens.

Nous voyons un répondant qui utilise une stratégie centrée problème dysfonctionnelle : la consommation. A travers l'entretien, nous constatons que cette stratégie n'est pas exclusive au changement. Elle est mobilisée parce que le cadre n'arrive pas à laisser le travail derrière lui. Il a mentionné : « *J'ai des nuits compliquées, moi, quand même. Parfois, je me réveille à 2h du mat en train de réfléchir à mes problématiques de travail* » ICS3 (635-637). Problématique qu'il dit ne pas avoir rencontrée lorsqu'il était ICU. Une explication possible est le climat entre ICS qui n'est pas toujours serein, qu'il y a des tensions entre eux. Il ajoute « *devoir rattraper des choses de ses collègues* ». Il y a alors une difficulté de déposer calmement directement les problèmes, et un sentiment de devoir laisser passer les choses un moment avant de revenir dessus. Ce stress étant alors probablement ramené à la maison.

- **Stratégies ou ressources ?**

La plupart des stratégies évoquées par les répondants ne sont pas mobilisées uniquement lors du changement. Par exemple, la distraction (sport, yoga, balade dans les bois, etc.) est utilisée face à la surcharge de travail qui est permanente dans le quotidien des cadres (RIVIERE, 2012). L'ICS 19 dit d'ailleurs « *je fais plus de sport qu'avant* » en parlant du changement. Ce qui montre une mobilisation permanente dont l'intensité varie suivant la surcharge rencontrée notamment lors d'un changement.

Le soutien social instrumental et le soutien social émotionnel sont, d'après la littérature, définis comme, respectivement, des stratégies d'adaptation face à la surcharge de travail et aux stress. Ils sont aussi utilisés au quotidien et sont devenus une ressource plus qu'une stratégie face au changement. Dis autrement, comme l'évoquent les cadres, ils vivent beaucoup de changements et ces stratégies sont mobilisées en permanence. En effet, les cadres estiment que le changement de notre contexte est finalement un changement comme un autre ; ils ont tous connu des changements depuis qu'ils sont ICS voire déjà avant. Le changement est-il devenu une facette normale de la vie de cadre intermédiaire ? Une normalité probablement facilitée par le Master en Santé Publique ou Soins Infirmiers et les formations en management complémentaires de même que les formations MBTI, ennéagramme, HBDI, etc. Les travaux de RIVIERE en 2012 stipulaient que les cadres mobilisaient comme coping la formation en Master (RIVIERE, 2012) ; cette dernière étant obligatoire maintenant pour accéder à la fonction.

En plus des stratégies évoquées ci-dessus, les cadres intermédiaires ont mentionné une série de ressources disponibles personnelles, organisationnelles ou familiales. Si les ressources familiales sont essentiellement du soutien logistique, les ressources personnelles sont axées sur la personnalité comme la résilience, l'adaptabilité, l'optimisme, etc.

- **De nouvelles stratégies pour les cadres intermédiaires en santé ?**

D'autres stratégies sont évoquées par les répondants. Ces dernières ne sont pas reprises dans notre revue de littérature et complètent dès lors les théories explorées comme le coaching pour atteindre des objectifs « *L'objectif doit venir de toi en tant qu'individu. (...) J'en ai fait individuellement avec mes propres deniers parce que j'en avais besoin* » ICS3 (701-704) ou des formations auto-financées pour compenser la perte des soins « *ça me manquait. Et donc j'ai demandé pour faire des formations complémentaires, ...* » ICS12 (223-224). De nouveau, ces stratégies ne sont pas liées exclusivement au changement mais à une surcharge et à un stress de la fonction de cadre. Cette stratégie vient renforcer le soutien social instrumental et la décomposition spatiale externe puisque le cadre fait appel à une aide extérieure.

Les cadres citent une possibilité de partir « *Si à un moment, on ne s'y retrouve plus, libre à nous de faire le choix de partir ou pas.* » ICS10 (429-431). Un échantillon de public cible (personnel soignant et infirmiers) dans l'étude de Rivière (2019) (non repris dans la synthèse annexe 2) fait appel à cette stratégie et l'applique. Dès lors, pourquoi les infirmiers de terrain partent et pourquoi les cadres intermédiaires restent ? Une hypothèse qui expliquerait que les cadres restent, est la loyauté des cadres intermédiaires vis-à-vis de l'institution mais aussi des équipes.

La loyauté (qui peut être dissonante) envers l'institution serait surtout le fait que les cadres trouvent encore un équilibre entre leurs valeurs et la stratégie mise en place par la Direction Générale. Vis-à-vis des équipes, les ICS sont avant tout des soignants, ils ont été collègues avant d'être ICU puis ICS, il y a peut-être une volonté de ne pas abandonner leurs équipes à un moment où il y a des tensions, des inquiétudes. Une deuxième hypothèse, est l'attachement site. Bien qu'ils soient forcés de penser institution et plus site, ils sont nombreux à avoir grandi avec leur site et expriment un besoin identitaire. La situation géographique, la population fréquentée sont aussi des hypothèses qui expliquent le maintien des cadres comme le dit un ICS qui est attaché à la population où il travaille. Enfin, les restructurations liées aux fusions et au nouvel horizon hospitalier n'incitent peut-être pas à prendre le risque de partir vers une autre institution au risque d'être le premier licencié. Ce qui est moins problématique pour les soignants sur le terrain vu la pénurie actuelle.

6.3.2 Résumé

Le changement disruptif de notre contexte est majoritairement considéré par les cadres comme un changement comme les autres. Ces changements accentuent une surcharge de travail, du stress et des tensions de rôles. Face à cela, les cadres mobilisent de manière permanente des stratégies d'adaptations centrées émotions et centrées problème comme le soutien entre eux (soutien social instrumental et émotionnel), l'acceptation (du changement et des rôles), le coping actif (directement ou après avoir fait une réinterprétation positive). En effet, ils ont fait face par le passé à une série de changements ; et y sont confrontés de plus en plus ce qui mobilisent ces stratégies au quotidien. Si le changement est plus important, la stratégie est adaptée comme plus de sport ou plus de recul.

Les stratégies centrées émotions sont essentiellement le soutien des pairs et pour les pairs lorsque la communication avec la hiérarchie au-delà de la DDI de site est déficiente de même que l'implication lors du changement. En plus de la réinterprétation positive, elles sont mobilisées au début du changement (l'annonce) pour faire face aux émotions négatives et faciliter les sensemaking. Ces stratégies sont devenues au fur et à mesure des ressources permanentes.

Ensuite, les stratégies centrées problèmes sont monopolisées pour faire face aux nouvelles tâches imposées par le changement comme le coping actif, la réorganisation du travail et le soutien instrumental. Enfin, les cadres séparent vie professionnelle et vie privée et profitent de leurs moments personnels pour se distraire. Si le stress ou la surcharge de travail augmentent

notamment avec le changement, les cadres mobilisent plus intensément la stratégie comme le disait l'ICS19 « *je fais plus de sport qu'avant* ». Ces stratégies sont elles aussi devenues des ressources permanentes.

En plus de ces stratégies, les cadres disposent de ressources personnelles comme leur personnalité et organisationnelles comme les relations avec les directions, des formations, des services supports. Cependant, bien que les études de PICART stipulent que le burnout est préservé par le soutien du N+1 (voir annexe3), il semble que dans notre étude, ce soutien ne suffise pas à prévenir un épuisement professionnel accentué par une charge de travail, des tensions de rôles plus importants.

Par ailleurs, les cadres ont exprimé la possibilité de quitter l'institution ou la fonction de cadre sans toutefois le faire. Nous avons émis une série d'hypothèse qui tente d'expliquer cela comme la loyauté envers l'institution et/ou les équipes mais aussi une prudence face aux restructurations de cadres intermédiaires.

Dans notre étude, quelques cadres ont révélé une nouvelle stratégie qui est la formation autofinancée et/ou le coaching pour faire face à la difficulté de communication, de management d'équipes, de management du changement. Les autres ont déjà suivi un éventail important de formations externes financées par l'institution ou se satisfont des formations proposées en interne.

6.4 Recommandations

À l'issue de cette analyse, les recommandations suivantes sont proposées pour améliorer le vécu.

La première recommandation est d'inclure les cadres intermédiaires dès le début du processus. C'est d'ailleurs une attente de leur part répétée lors des entretiens. En effet, étant le porte-parole des équipes, leur expertise peut amener des notions importantes à prendre en compte pour mettre en place le changement. De plus, une communication franche et précoce concernant la stratégie du changement, des tenants et aboutissants permettrait de diminuer l'anxiété des cadres sur le futur. Les bruits de couloir se propageront moins facilement si la communication est rapide et juste. Enfin, cela aidera les ICS à faire plus vite sens pour eux-mêmes, développer des émotions positives suite à l'annonce du changement et limitera le blocage du sensemaking et sensegiving.

Une deuxième recommandation est l'attention portée au besoin de formation comme le MIORS, des formations sur la motivation, le management du changement. Si l'aspect « autorisation » n'est pas le problème, c'est bien l'aspect temporel qui est en cause. Le manque de temps et de disponibilité par priorisation d'autres ICS induit un sentiment d'injustice distributive et donc un stress. Comme le mentionne Giauque et collègue en 2016, le manque de formation est une source de stress chez les cadres intermédiaires.

Une troisième recommandation est d'accorder plus de reconnaissance envers les cadres intermédiaires sur différentes facettes. Premièrement, reconnaître le travail au-delà de la loi qui impose la continuité des soins ; mais aussi tout l'aspect contrôle qualité des soins et statistique sur l'absentéisme du personnel, le taux d'occupation, les motifs d'admission qui prennent du temps. Ce qui, deuxièmement, amène à reconnaître la (sur)charge de travail et donc le stress. Troisièmement, reconnaître le rôle pivot des cadres entre la Direction et les équipes de terrain et la fonction punchingball de même que les tensions de rôles entre leurs valeurs managériales et directives dictées par le top management.

Dans la continuité de la troisième recommandation, une quatrième suggère de revoir la loi cadre infirmier chef de service. La loi prévoit 1 ICS pour 150 lits agréés ; cependant, cette norme ne tient pas compte des services medicotechniques comme la radiologie, la dialyse, l'endoscopie, stérilisation, etc. Elle ne tient pas compte non plus du personnel paramédical comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues qui dépendent du département infirmier.

Enfin, une dernière recommandation invite à porter attention à l'identité de site nécessaire aux personnels en place et qui, selon eux, n'empêche pas la transversalité. Il convient aussi d'être vigilant à apporter un sentiment de justice. Les répondants mentionnent devoir faire preuve de vision institutionnelle mais ont l'impression que l'institution ne se focalise que sur un site. Une solution serait un déplacement de la DG sur les différents sites plutôt que de privilégier un site pour, par exemple, des réunions importantes.

6.5 Limites de la recherche et pistes futures

6.5.1 Limites et réflexions

Le choix de la méthode qualitative ne permet pas de généraliser les résultats obtenus mais nous aura permis d'explorer et d'analyser en profondeur le vécu des cadres intermédiaires lors de changements importants comme la fusion de sites, le changement de gouvernance et l'annonce

d'une réforme fédérale du milieu hospitalier ainsi que les stratégies d'adaptation mobilisées qu'ils mobilisent. Nous pourrions approfondir la recherche en l'étendant géographiquement tout en gardant un contexte de changement disruptifs similaires (changement de gouvernance, fusion et nouvel horizon hospitalier). Une étude mixte quantitative et qualitative pourrait apporter un plus large panel de répondants et une première tentative de généralisation. De même, cette étude, son contexte et son public cible ne rencontrent pas à notre connaissance d'autres études similaires en cours ou abouties qui permettraient de faire une comparaison plus ciblée.

Une deuxième limite concerne les institutions choisies. Elles ont été sélectionnées parce qu'elles présentent des similitudes du changement de même que la temporalité. Cependant, elles sont voisines géographiquement avec une double influence de l'horizon hospitalier. En effet, ces deux institutions bien que faisant partie du même réseau hospitalier restent en concurrence ; ce qui peut exacerber le sentiment de craintes pour le futur de site et des cadres. Une première piste est donc d'étendre la recherche à d'autres institutions plus éloignées, moins influencées par la concurrence directe avec des ICS issus d'horizons différents. Une deuxième réflexion porte sur les cadres intermédiaires eux-mêmes. On peut y voir un biais de sélection parce que la plupart d'entre eux, qui travaillent ensemble, se connaissent de longue date. Les échanges, la collaboration et la facilité de faire face au changement peut être influencée par ces relations antérieures. Par ailleurs, certains cadres n'ont pas connu les deux changements et ont donc peut-être été moins impactés.

Enfin, le changement étudié ici n'est pas terminé. Si les nouvelles gouvernances sont bien mises en place, le travail en transversalité et par pôle n'est encore qu'à ses débuts. Comme l'ont dit quelques cadres, le changement est toujours en cours, il serait donc intéressant de refaire une analyse longitudinale dans 1 ou 2 ans pour avoir un changement complètement effectué afin de voir si le vécu du changement est le même, si de nouvelles émotions sont ressenties et si les cadres ont eu un rôle, de nouvelles tâches et finalement si ils ont développé des stratégies d'adaptation. Il en est de même face à la réforme fédérale du nouvel horizon hospitalier.

6.5.2 Pistes futures

Par rapport aux stratégies dysfonctionnelles observées dans le cas étudié, une hypothèse mériterait une étude plus approfondie : « **Les cadres s'interdisent-ils les stratégies dysfonctionnelles ?** ». Est-ce leur personnalité qui est un déterminant pour contrer ces stratégies ou l'intelligence émotionnelle qui permet de faire face à la dissonance entre leurs

valeurs et leurs obligations ? Priorisent-ils le bien-être de leur équipe avant le leur ? Lorsque les répondants sont sollicités sur les thèmes des stratégies mises en place, une majorité évoque avant tout ce qu'ils mettent en place pour aider leurs équipes avant de parler d'eux-mêmes.

Quant aux stratégies qui consistent à partir, une nouvelle question se pose : « **Quels déterminants influencent le maintien en place des cadres intermédiaires sous tension ?** ». Une étude permettrait d'approfondir les éléments qui influencent le souhait des ICS de rester dans leur fonction malgré les tensions et le stress et, peut-être, de mettre en lumière des notions comme la loyauté envers sa direction et les équipes.

Cette recherche pourrait être complétée par une étude plus ciblée sur les émotions et l'intelligence émotionnelle lors de changement. Nous avons sommairement abordé la notion d'intelligence émotionnelle pour ouvrir une réflexion sur la capacité des cadres à faire sens malgré la colère ressentie. De même, une piste s'invite par rapport aux émotions et sensemaking : l'importance du site lors du changement et la marginalisation des plus petits sites. En croisant les réponses et le site de l'ICS, nous pouvons voir un lien entre la valence de l'émotions et le site. En effet, un ICS a expliqué que lors d'une fusion précédente (NDR : qui a défusionné depuis), son site était « *le géant qui absorbe le petit poucet* » et que maintenant, ce sont eux les petits poucets. Lors de cette précédente fusion, ce cadre dit que le vécu était plutôt positif mais difficile pour le site « absorbé ». Un autre cadre avait dit « *pour notre site ça ira mais pour l'autre, ça risque d'être un peu mal mené* ». D'autres avaient mentionné le sentiment qu'un site était mis plus en avant que le leur. Une étude pourrait approfondir cette thématique concernant l'importance du site afin d'identifier un lien entre le site, les obligations stratégiques et la valence et l'intensité des émotions générées. « **Changements dans les organisations multisites, l'importance d'un site influence-t-elle le vécu auprès du personnel ?** ».

Une étude pourrait approfondir la réflexion sur la différence entre l'étude de PICART et collègues et nos résultats concernant le soutien des N+1 et la satisfaction, l'épuisement voire le burnout des cadres intermédiaires. « **Quels sont les déterminants du burnout chez les cadres intermédiaires des institutions de soins de santé ?** ».

En parallèle à cette problématique, nous pourrions amener une discussion future sur le management par le care des cadres intermédiaires. En effet, les répondants mettent en avant des techniques de management par le care comme : prendre soins de ses équipes, être disponible et proche des équipes, avoir un management participatif, etc.

Une étude de Taskin et collègues s'est portée sur les cadres intermédiaires en période COVID. Ils ont étudié leur vécu de cette période à travers le travail identitaire. Ils ont identifié un travail identitaire des cadres en 3 étapes successives : « 1) *attente du care qui met l'accent sur la proximité*, 2) *implémentation de pratiques durables* et 3) *la variation entre gratification immédiate et l'épuisement*. » (Taskin, Terlinden, Coster, & Ajzen, 2024). Les pratiques sont, par exemple, des rencontres formelles et informelles permettant de mettre l'accent sur le bien être et les relations entre les membres d'une équipe. Nous retrouvons cette notion dans notre étude lorsque les ICS mentionnent des one-to-one avec leurs ICU et les passages réguliers dans les équipes pour « prendre la température » et se rendre accessibles. La différence entre l'étude de Taskin et collègues se situe à la troisième étape. Dans cette dernière, les cadres étudiés par Taskin et collègues expriment de la fatigue et du désinvestissement notamment par un manque de reconnaissance à différents niveaux (équipes et direction) et par le fait de ne rien avoir en retour de leur « porter soin » (Taskin, Terlinden, Coster, & Ajzen, 2024). Dans notre contexte, les cadres mentionnent un soutien de leur ICU mais aussi des collègues et de leur hiérarchie directe (N+1). Le travail en présentiel est-il un élément favorisant l'éthique du care et le maintien dans la durée ? En effet, les cadres dans notre étude sont en contact quotidien avec leurs collègues et N+1 et ne souffrent donc pas d'un isolement comme lors du télétravail obligatoire. A ce stade, aucun cadre intermédiaire ne mentionne une volonté de revenir à un management de base : gestion, contrôle, planification ; tout au plus limiter, réduire cette proximité dont les équipes se sont accoutumées (ce qui démontre une attente persistante de care de la part des équipes) qui ralentit leur travail de production. Certains cadres confient un manque de reconnaissance des équipes et de la Direction Générale, de l'épuisement, des difficultés à motiver les équipes. Ceux-là sont-ils aux portes de la troisième phase décrite par Taskin et collègue ? Une étude longitudinale pourrait être menée et comparée à cette étude de Taskin et collègues afin de comprendre : « **comment les cadres intermédiaires en milieu hospitalier parviennent à maintenir le management par le care malgré des situations disruptives ?** »

7. Conclusion

Dans un contexte économique difficile par le sous-financement, le coût des nouvelles technologies, mais aussi les difficultés de recrutement et de rétention du personnel soignant, cette étude visait à répondre à la question de recherche « **Quel est le vécu des cadres**

intermédiaires en période de changement organisationnel disruptif, et quels déterminants (individuels, collectifs, institutionnels) pour y faire face ? ».

Le changement dont il est question, est la mise en place d'une nouvelle gouvernance et la fusion de sites pour faire face aux contraintes économiques ; les établissements de soins hospitaliers devenant ainsi plus proche du secteur marchand par son management issu du NPM. Au cours de ce travail, l'annonce récente du nouvel horizon hospitalier s'est également exprimé à nous comme un changement incontournable.

Après avoir défini la fonction des cadres intermédiaires, nous nous sommes penchés, à travers plusieurs travaux, sur les rôles des cadres intermédiaires au quotidien comme diffuseur d'information, observateur et symbole mais aussi les rôles lors du changement comme le rôle de leader pour conduire ses équipes lors du changement, de diffuseur d'information pour expliquer ce changement et sensegiver pour y donner du sens. Avant de pouvoir donner du sens aux équipes, les cadres doivent passer par le processus de sensemaking qui a plusieurs coûts dont le coût cognitif et identitaire. De plus, le changement accentue une tension de rôle entre leurs valeurs de soignant et les exigences du NPM. Or, tension de rôle et stress sont liés. De plus, un manque d'information, de feedback, une perception d'injustice sont autant de facteurs qui augmentent le stress.

Notre étude qualitative faite de 19 entretiens menés auprès de managers intermédiaires des différents sites a convergé vers ces concepts théoriques par rapport aux stressseurs, aux tensions de rôle, aux émotions et sensemaking/sensegiving. Si le vécu s'est déroulé en un temps, nous distinguons néanmoins deux moments : un premier « l'annonce » qui génère plutôt des émotions négatives et un deuxième « d'appropriation » qui développe des émotions positives. Dès lors, au premier temps, une majorité de répondants a ressenti des émotions négatives de faible intensité ce qui a permis d'engager le processus de sensemaking. D'autres, une minorité, ont vu immédiatement le positif du changement et n'ont pas eu besoin de faire sens. Les cadres interrogés ont mentionné une charge de travail déjà stressante, accentuée par l'annonce de nouvelles tâches comme la transversalité, le travail en pôle. De plus, ils vivent des tensions de rôle avec notamment l'obligation de mettre en place des stratégies décidées au top management en contradiction avec leurs valeurs et une perception du terrain qui les juge responsables de la nouvelle situation. Ils ont également mentionné des difficultés à cerner leurs nouveaux rôles et ceux de la nouvelle ligne hiérarchique.

Ensuite, au deuxième temps, le changement a été approprié et les cadres ont pu jouer leur rôle de sensegiver et de leader du changement auprès des équipes mais également développer leurs nouvelles fonctions engendrées par le changement. Ce passage a été facilité par une communication avec le top management ou à défaut par un soutien entre pairs pour faire sens collectivement.

Pour faire face au changement et au stress, les individus mettent en place des stratégies d'ajustement ou coping. Nous avons analysé des études précédentes qui identifient deux grandes familles de stratégies : centrée émotion et centrée problème. Une deuxième notion a été retenue : l'aspect fonctionnel qui a une action prolongée dans le temps ou dysfonctionnel qui est efficace rapidement sur une période très courte. Toutes les stratégies citées dans notre étude (sauf une) sont fonctionnelles.

A l'annonce du changement, nous avons observé dans les réponses des participants que ce sont les stratégies centrées émotions fonctionnelles qui sont davantage mobilisées notamment pour faire sens lorsque les interactions avec le top management ne sont pas suffisantes. Les stratégies centrées problème (coping actif, décomposition temporelle et spatiale) sont mobilisées par la suite pour faire face aux nouvelles difficultés rencontrées lors du changement comme le travail en pôle, en transversalité.

Nous avons comparé la littérature avec les réponses des ICS de notre étude et il y a une similitude dans les stratégies. Cependant, nous n'avons pas observé beaucoup de nouvelles stratégies si ce n'est la formation et/ou le coaching autofinancé citée par deux cadres. Quant à l'idée de partir est mentionnée par trois répondants mais pas appliquée.

Au final, à la question que nous nous sommes posé, le changement de notre contexte est vécu par les cadres intermédiaires comme un autre. Il n'y a pas de stratégies d'adaptations propres à ce changement. Si il y a une nouvelle situation (changement), les cadres réinterprètent de manière positive celui-ci et y font face (coping actif). Les stratégies mentionnées dans la littérature comme le soutien social instrumental et émotionnel, la décomposition spatiale ou temporelle, la distraction sont devenues des ressources permanentes ce qui montre que les cadres intermédiaires sont perpétuellement sous stress et en tension de rôle ; cela fait partie de leur quotidien. Finalement, il serait intéressant d'étudier leur personnalité et leurs intelligence émotionnelle pour faire face au changement qui semblent davantage être des leviers pour faire face au changement disruptif.

8. Références

- Baumeister, R., Bratslavsky, E., Vohs, K., & Finkenauer, C. (2001). bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, Vol. 5(No. 4.), 323-370. doi:10.1037//1089-2680.5.4.323
- Trionfetti, M., & Hirtz, N. (2025). Retour sur les dynamiques sociales de la conflictualité dans le secteur de la santé (2019-2024). *Chronique Internationale de l'IRES*, 1(189), 21-35. doi:10.3917/chii.189.0021
- Anne, B. (2021). *transition et soins de santé : quels défis pour le futur?* (D. Christophe, Éd.) ETOPIA. Récupéré sur <https://www.researchgate.net/publication/361845529>
- Balogun, J. (2003). From Blaming the Middle to Harnessing its Potential: Creating Change Intermediaries. *British Journal of Management*, Vol. 14, 69–83 .
- Bayenet, B., & Fontaine, M. (2021, 12 06). La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir. (C. -C. publique, Éd.) *Pyramide : Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 11-33. Récupéré sur <https://journals.openedition.org/pyramides/1837>
- Belfius. (2024). *Rapport MAHA 2023/2024*.
- Birken, S. A., Shooou-Yih, D. L., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation. *Implementation Science*. doi:10.1186/1748-5908-7-28
- Bogaert, H., & Bains, M. (2003). Vieillesse et dépenses publiques de soins de santé et de soins aux personnes âgées. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 5-16. doi:10.3917/rpve.421.0005
- Bresnen, M., Hodgson, D., Bailey, S., Hassard, J., & Hyde, P. (2018, 07 03). Hybrid managers, career narratives and identity work: A contextual analysis of UK healthcare organizations. *The University of Manchester Research*, 1-46. doi:10.1177/0018726718807280
- Britten, N. (2011). Qualitative research on health communication: What can it contribute? *atient Education and Counseling*, 82, 384-388.
- Buchanan, D., Denyer, D., Jaina, J., Kelliher, C., & Moor, C. (2013, 06). How do they manage? A qualitative study of the realities of middle and front-line management work in health care. *National Institute for Health Research*, 1, 1-49.
- Collins, A., Ashman, I., & Crozier, S. (2024). Managing boundaries: exploring the experiences of line-managers who provide mental health support in the workplace. *The International Journal of Human Resource Management*, 35(22), 3800–3825. doi:10.1080/09585192.2024.2429128
- Devos, P. (2021). La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir. (C. -C. publique, Éd.) *PYRAMIDES : Revue du Centre d'études et*

- de recherches en administration publique, 187-208. Récupéré sur <https://journals.openedition.org/pyramides/1913>
- Domeignoz, C., & Morin, E. (2016). Les émotions ont leur raison, qu'il convient d'écouter. (D. B. Supérieur, Éd.) *Entreprendre & Innover*, 7-15. doi:10.3917/entin.029.0007
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 1(87), 42-58. doi:10.3917/grhu.087.0042
- Durant, G. (2022). "Le financement de l'activité hospitalière en Belgique". MARDAGA.
- Durant, G. (2022). *Le financement de l'activité hospitalière en Belgique*. Mardaga. Récupéré sur <https://stm.cairn.info/le-financement-de-l-activite-hospitaliere-en-belgique--9782804724214-page-147?lang=fr>
- George, J. M., & Jones, G. R. (2001). Towards a process model of individual change in organizations. *Human Relations*, 54(4), 419—444. doi:10.1177/0018726701544002
- Giauque, D. (2016). Stress among public middle managers dealing with reforms. *Journal of Health Organization and Management*, 30(8), 1259-1283. doi:10.1108/JHOM-06-2016-0111
- Guilmot, A., & Vas, N. (2017). Paradoxes et changement organisationnel : les stratégies d'adaptation des cadres intermédiaires. *gestion 2000*, 381-410.
- Guilmot, N., & Vas, A. (2012). Les cadres intermediaires au cœur du sensemaking : Le processus de création de sens en contexte de changement organisationnel. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 18, 77-99. doi:10.3917/rips1.045.0077
- Hartviksen, T. A., Aspfors, J., & Uhrenfeldt, L. (2019). Healthcare middle managers' experiences of developing capacity and capability: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*. Récupéré sur <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4345-1>
- KCE. (2014, SEPTEMBRE 24). <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/reforme-necessaire-et-urgente-du-financement-des-hopitaux-le-kce-propose-un-cadre-conceptuel-global>. Récupéré sur KCE.fgov.be: <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/reforme-necessaire-et-urgente-du-financement-des-hopitaux-le-kce-propose-un-cadre-conceptuel-global>
- Kirmi, B., & Chahouati, W. (2019). Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité. *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*(10), 321-347. Récupéré sur <https://hal.science/hal-02299828v1>
- Kroon, D., & Reif, H. (2023). The Role of Emotions in Middle Managers' Sensemaking and Sensegiving Practices During Post-merger Integration. *Group & Organization Management*, 48, 790–832. doi:10.1177/10596011211037789
- Lavergne, T., & Janssens, H. (2024). *Pénurie des infirmier-es et crise du « prendre soin »*. (D. d. Michel Pasteel, Éd.)

- Lecocq, D., Locoge, T., De Wever, A., & Pirson, M. (2014, septembre). *Sixième réforme de l'Etat: quel impact pour les hôpitaux?* Roche Diagnostics Belgium. Récupéré sur <https://www.researchgate.net/publication/266083691>
- M. Collins, A., Ashman, I., & Crozier, S. (2024, 11 14). Managing boundaries: exploring the experiences of line-managers who provide mental health support in the workplace. (R. T. group, Éd.) *The International Journal of Human Resource Management*, 35(22), 3800-3825. Récupéré sur <https://doi.org/10.1080/09585192.2024.2429128>
- Maitlis, S. (2005). THE SOCIAL PROCESSES OF ORGANIZATIONAL SENSEMAKING. *Academy of Management Journal*, Vol. 48(No. 1), 21–49.
- Maitlis, s., Vogus, T. J., & Lawrence, T. B. (2013). Sensemaking and emotion in organizations. (SAGE, Éd.) *organizational psychology review*, 3, 222_247. doi:10.1177/2041386613489062
- Maitlis , S., & Sonenshein, S. (2010, 05). Sensemaking in Crisis and Change: Inspiration and Insights From Weick (1988). (B. P. Ltd, Éd.) *Journal of Management Studies*, 47(3), 551-580. doi:10.1111/j.1467-6486.2010.00908.x
- Maitlis, S., & Ozcelik, H. (2004). Toxic Decision Processes: A Study of Emotion and Organizational Decision Making. *Organization Science*, 15(4), 375–393. doi:10.1287/orsc.1040.0070
- Maltis, A., Cornet, C., Balizet, D., Sampers, A., & Frache, S. (2024, novembre décembre). Partir ou rester ? Les médecins hospitaliers à l'épreuve des réformes de santé. *Société Française de Santé Publique*, vol. 36(6), 65-73. doi:10.3917/spub.246.0065
- McLarty , J., & McCartney, D. (2009, 08). the nurse manager the neglected middle. *healthcare financial management*.
- Michaux , B., Neckebroek , R., & Cooreman, M. (2024, janvier-mars). *hospitals.be*. Récupéré sur hospitals magazine: <https://hospitals.be/fr/concerns-about-hospital-financing/>
- Mintzberg. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. (P. ROMALAER, Trad.) Eyrolles.
- Mintzberg, H. (1973). *le manager au quotidien les 10 rôles du cadre*. (R. Pierre, Trad.) Eyrolles.
- Moniteur. (2006, 07 17). *AR modifiant la loi de 1964 portant sur portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre*. Belgique. Récupéré sur https://www.afiso.be/Chef-du-departement-infirmier-infirmiers-chefs-de-service-et-infirmiers-en-chef-13-JUILLET-2006_a84.html
- Montgomery, C., Morin, Y., & Demers, S. (2010). Le stress, les stratégies d'adaptation, le locus de contrôle et l'épuisement professionnel chez les professeurs universitaires francophones. *Revue canadienne d'enseignement supérieur*, 40(1), 69-99.
- Moran, J., & Brightman, B. K. (2000). Leading organiza onal change. *Journal of workplace Learning*, 12(2), 12(2), 66. doi:<https://doi.org/10.1108/13665620010316226>

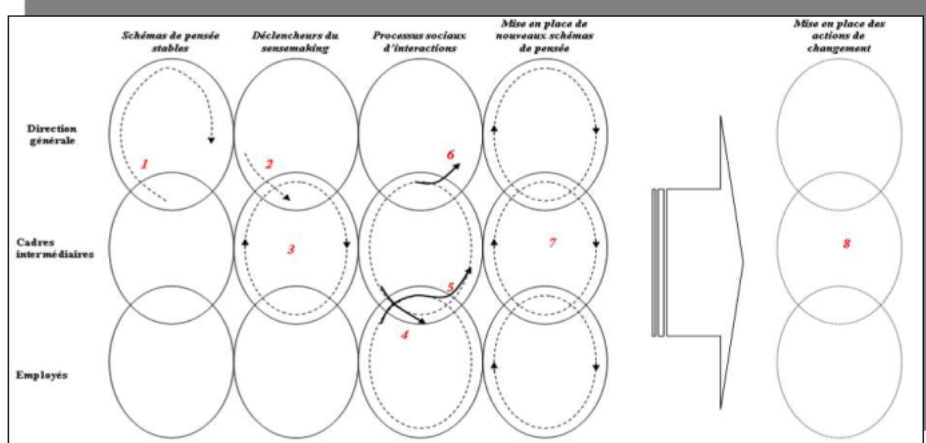
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, 29(cahier 1), 507-518.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). L'analyse thématique. (A. Colin, Éd.) *L'analyse qualitative en sciences humaines*, 123-145.
- Picart, L., Jaussaud, J., & Amann, B. (2019). Au cœur des risques psychosociaux : Facteurs organisationnels déterminants du Burnout des managers. *revue Recherche en Sciences de Gestion*, 5(134), 259-281. doi:10.3917/resg.134.0259
- Pichault, F., & Schoenaers, F. (2012). Le middle management sous pression : La difficile intégration du référentiel managérial issu du NPM dans les organisations au service de l'intérêt général. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 18(45), 121-150. doi:10.3917/rips1.045.0121
- Resenterra, F., Siggen, M., & Giauque, D. (2013, 01). Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande. *Humanisme et Entreprise*, 5(315), 1-24. . doi:10.3917/hume.315.0001
- Rillaerts, S. (2021, 12 06). La gouvernance hospitalière : une complexité croissante, multiple et sous-estimée. (C. -C. publique, Éd.) *Pyramide : Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 251-268. Récupéré sur <https://journals.openedition.org/pyramides/1948>
- RIVIERE, A. (2012). « LE CADRE DE SANTE, A L'INTERFACE ENTRE MANAGEMENT ET SOIN : TENSIONS DE ROLE ET STRATEGIES D'AJUSTEMENT » . *XXIIIème Congrès de l'AGRH : « Les interfaces de la GRH »* . Nancy.
- Rivière, A. (2019, 10 18). Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : L'effet modérateur des stratégies d'ajustement. (JLE, Éd.) *Revue française de gestion*, 2019/5(282), 11-35. doi: 10.3166/rfg.2019.00351
- Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 142-162. doi:10.3917/jgem.132.0142
- Rivière, A., Commeiras, N., & Loubes, A. (2019). nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. (ESKA, Éd.) *revue de gestion des ressources humaines*, 3-20. doi:10.3917/grhu.112.0003
- San Martino, L. (2023). L'hôpital public : vers une entreprise comme une autre ? Quels risques pour la dimension humaine et l'éthique ? *Question(s) de management*, 1(42), 47-57. doi:10.3917/qdm.222.0047
- Sandberg, J., & Tsoukas, H. (2015). Making sense of the sensemaking perspective: Its constituents, limitations, and opportunities for further development. *Journal of Organizational Behavior*, 36, S6–S32. doi:10.1002/job.1937
- Scheen, A. (2023). Editorial : Le système des soins de santé ébranlé par Les crises. *JOURNAL DU PRATICIEN Rev Med Liège*(73), 1-3.

- Steigenberger, N. (2015). EMOTIONS IN SENSEMAKING: A CHANGE MANAGEMENT PERSPECTIVE. *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 28. doi:10.1108/JOCM-05-2014-0095
- TAOUSSI, G., & BOUDHIR, Z. (2024, 02 25). L'effet de l'intelligence émotionnelle chez les gestionnaires de la santé publique face à la crise sanitaire COVID-19 : Enseignements d'une exploration quantitative. *Revue Internationale du Chercheur*, 5(1), 324-351. Consulté le 06 2026, sur www.revuechercheur.com
- Vielle, P., Ceulemans, E., & Wattecamps, C. (2021). L'articulation traditionnelle entre financement et gestion de la sécurité sociale en Belgique, nécessité ou contingence? Une lecture néo-institutionnelle. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 04. Récupéré sur <http://hdl.handle.net/2078.1/231694>
- Will, M., & Pies, I. (2018, October 08). Sensemaking and sensegiving: A concept for successful change management that brings together moral foundations theory and the ordonomic approach. *Journal of Accounting & Organizational Change*, VOL 14, 292-313. doi:10.1108/JAOC-11-2016-0075

ANNEXES

Annexe1

Figure 2 : les cadres intermédiaires au cœur du processus de sensemaking



1 : Les cadres intermédiaires font remonter des informations à la direction générale sur base desquelles cette dernière va modifier sa représentation de la réalité et éventuellement

2 : Le top management informe les cadres intermédiaires du projet de changement et de la nouvelle vision de l'organisation

3 : Les cadres intermédiaires débutent leur processus de sensemaking de manière à donner du sens à la situation qui leur est imposée.

4 : Après s'être approprié le changement, les cadres intermédiaires en informent leurs employés dans un langage adapté.

5 : Les cadres intermédiaires tiennent compte des réactions de leurs employés vis-à-vis du changement

6 : Les cadres intermédiaires informent la direction générale des réactions des employés de manière qu'elle puisse faire évoluer sa vision de la réalité et adapter les dispositifs de mise en œuvre en conséquence.

7 : Les processus d'interactions sociales aboutissent à une représentation partagée de la réalité.

8 : Sur base de cette représentation partagée de la réalité, le projet de changement est traduit en actions concrètes.

Annexe 2 : classification des stratégies de coping de la littérature

	Muller et Spitz (2003)	Montgomery et Demers (2010)	Rivière et collègues (2013)	Vas et Guilmot (2017) *	Rivière (2019)
Coping actif	(CP)	(F)		Ajustement	
Maîtrise et résolution de problème	(CP)				(CP)
Planification	(CP)	(F)		Décomposition temporelle	
Soutien social instrumental	(CP)		X	Décomposition spatiale	(ST/CR)
Désengagement comportemental	(CP)	(D)			
Distraction	(CP)				
Blâme	(CP)	(D)			
Déni	(CP)	(D)			
Acceptation	(CP)	(F)			
Religion	(CP)				
Consommation	(CP)	(D)			
Soutien social émotionnel	(CE)		X		(ST/CR)
Expression sentiment	(CE)				
Réinterprétation positive	(CE)	(F)			(ST/CR)
Humour	(CE)				
Évitement				Suppression (sélection/rejet)	(CE)

Prise de recul					(CE)
Séparer vie privée et vie professionnelle					(ST/CR)
Centré problème (CP) Centré émotion (CE) Fonctionnelle (F) Dysfonctionnelle (D)		Stratégie organisationnel (X = cité) Face surcharge de travail et au conflit de rôle (ST/CR)			

* Rapprochement entre les stratégies de Vas et Guilmot et de Muller et Spitz.

Annexe 2bis : classification des stratégies de coping de l'étude

Stratégie de coping de la littérature	Classification (*) voir bas tableau	ICS de la recherche	Extrait des ICS
Coping actif,	CP, F	ICS6	« J'ai pris l'habitude maintenant de faire des Teams, j'ai des groupes réseaux partagés pour les formations »
Ajustement discursif/structurel		////////////////	////////////////////////////////////
Maitrise et résolution de problème		////////////////	////////////////////////////////////
Planification	CP, F	ICS10 (Oscillation)	« Alors moi j'organise mon travail en plaçant, mes tâches de réflexion plutôt le matin, où je suis le plus frais mentalement, ... »
Décomposition temporelle		ICS10 (Ondulation)	« On essaye de travailler à des systèmes d'organisation plus résilients (...) entre la partie gestionnaire des problèmes du boulot qui sera toujours là et (...) gestion de développement de nouveaux projets qui avait tendance à régresser »

Soutien social instrumental	CP	ICS3	« On tente de garder un bon climat entre nous. »
	ST/CR	ICS17	« Qu'est-ce que je pourrais ou pas déléguer, et comment ? » (interne)
		ICS17	« On travaille aussi avec des chargés de mission qui nous aident quand même bien sur certains secteurs » (externe)
Désengagement comportemental	CP, D	////////////////	////////////////////////////////////
Distraction	CP	ICS18	« Je vais marcher dans les bois, je m'occupe de mon jardin. Je suis très orienté vers l'extérieur et vers la nature. Ça me ressource énormément. »
Blâme sur soi-même	CP, D	////////////////	////////////////////////////////////
Déni	CP, D	////////////////	////////////////////////////////////
Acceptation	CP, F	ICS1	« Et en même temps, accepter que ça fait partie de la fonction. »
		ICS5	« (...) le mot intermédiaire dit bien qu'on doit vraiment être, malléable entre le terrain et les directions »
Religion	CP	////////////////	////////////////////////////////////
Consommation	CP, D	ICS3	« Donc, on prend des trucs à base de plantes pour tenter de dormir correctement »
Soutien social émotionnel	CE	ICS1	« J'ai pu verbaliser à mes collègues mes inquiétudes, »
	ST/CR	ICS10	« J'ai une meilleure amie qui est directrice d'une prison et j'échange beaucoup avec elle. »
Expression sentiment	CE	ICS16	« J'ai exprimé ce que je devais exprimer »

		ICS17	« <i>Donc j'en parlerai, à mon avis, entre quatre yeux avec mon N+1 directement</i> »
Réinterprétation positive	CE, F ST/CR	ICS6	« <i>Je le prends de manière très positive parce que je pense qu'on va améliorer la qualité</i> »
Humour	CE	////////////////	////////////////////////////////////
Évitement	CE	ICS3	« <i>Donc, j'évite ce genre de choses.</i> »
Suppression (sélection/rejet)		ICS7	« <i>M'autoriser de ne pas assister à des réunions soit parce que psychologiquement, j'ai vécu quelque chose d'assez impactant avant et je ne suis pas en état d'être frais et dispo dans cette réunion.</i> »
Prise de recul	CE	ICS6	« <i>Mais donc j'essaye, quand il y a une décision qui tombe, de prendre un moment pour moi, de me dire qu'est-ce qui est raisonnable, qu'est-ce qui ne l'est pas ?</i> »
Séparer vie privée et vie professionnelle	ST/CR	ICS1	« <i>Quand je pars, je pars, je coupe</i> »
Recentrer sur la vie privé		ICS2	« <i>Alors, on essaie de sortir de l'hôpital en laissant l'hôpital derrière nous</i> »
		ICS8	« <i>Donc je me dis maintenant je privilégie peut-être plus ma vie de famille qu'avant</i> »
(*)			
Centré problème = (CP)		Fonctionnelle = (F)	
Centré émotion = (CE)		Dysfonctionnelle = (D)	
ST /CR : Surcharge de Travail/ Conflit de Rôle			

Annexe 3 : Enchaînement des facteurs organisationnels déterminants du Burnout.

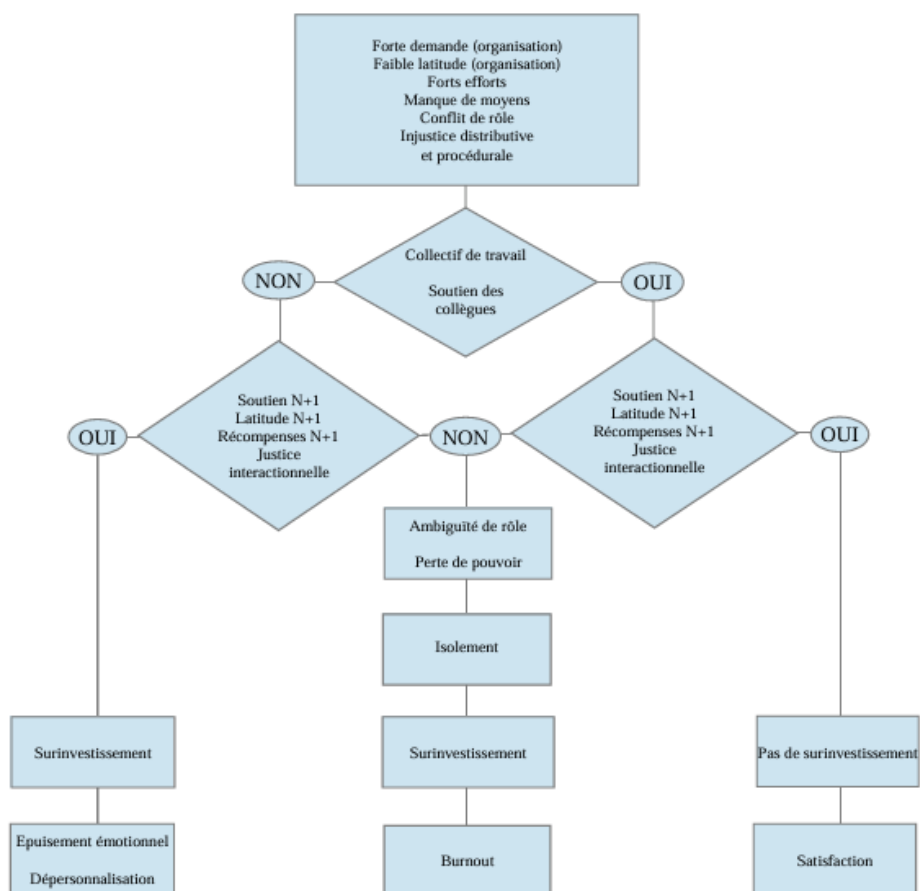


Figure 2 : Enchaînement des facteurs organisationnels déterminants du Burnout.

Annexe 4 : courrier aux DDI.

FRANCIS Xavier
xavier.francis@student.uclouvain.be
0496/836578

Concerne : demande de participation des infirmier·ère·s chef·fe·s de service à une étude qualitative

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de Master en Sciences de la Santé publique à l'UCLouvain.

Je m'appelle Xavier FRANCIS. Je réalise actuellement mon mémoire sur le rôle et l'expérience des cadres intermédiaires, plus particulièrement des infirmier·ère·s chef·fe·s de service, lors de changements institutionnels majeurs tels que la récente fusion de sites et l'évolution de gouvernance qui ont eu lieu récemment dans vos institutions.

Afin de mener à bien ce travail, je souhaiterais obtenir votre accord pour interroger des infirmier·ère·s chef·fe·s de service actuellement en fonction dans vos établissements. Si vous êtes d'accord, pourriez-vous également diffuser auprès d'elles·eux l'appel à participation ci-jointe?

Les entretiens semi-directifs dureront environ 40 minutes. Ils seront réalisés au moment et au lieu choisis par les participant·s et entièrement anonymisés, tant pour l'identité des personnes que pour le site hospitalier concerné.

Votre collaboration serait précieuse pour la réalisation de ce mémoire et contribuerait à une meilleure compréhension et valorisation du rôle des cadres infirmier·es dans l'évolution des institutions hospitalières.

Je reste bien entendu disponible pour toute précision concernant le protocole de recherche, les modalités pratiques ou les garanties d'anonymat et de confidentialité. Vous pouvez également obtenir des renseignements auprès de ma promotrice, la professeure Laurianne TERLINDEN à lauriane.terlinden@uclouvain.be.

Je vous remercie vivement de l'attention portée à cette demande et espère pouvoir compter sur votre soutien.

Avec mes salutations distinguées,

Xavier FRANCIS

Annexe 5 : Guide d'entretien.

Question de recherche :

Quel est le vécu des cadres intermédiaires en période de changement organisationnel disruptif, et quels déterminants (individuels, collectifs, institutionnels) pour y faire face ?

Critères d'inclusion :

- infirmier/infirmière chef.fe de service
- actuellement en fonction dans l'une des 5 structures étudiées
- ayant vécu une fusion et/ou une mise en place de nouvelle gouvernance

Introduction :

Bonjour et bienvenue à cet entretien sur le vécu des cadres intermédiaires en situation disruptives. Nous entendons par disruptives, une situation qui provoque un changement important.

L'objectif de cet entretien est d'explorer vos vécus, vos stratégies d'ajustement face à ces situations disruptives, ainsi que les ressources qui ont été utiles dans ces situations.

Vos réponses seront confidentielles et contribueront à enrichir notre compréhension des stratégies mises en place. L'anonymat des répondants est garanti et le site où vous travaillez également. Les 5 sites étudiés ont vécu la même situation à savoir : une fusion et/ou un changement de gouvernance.

Merci encore pour votre participation et pour l'ouverture avec laquelle vous partagerez vos expériences. Vos contributions sont précieuses et auront un impact significatif sur la recherche dans ce domaine.

Je vous rappelle que vous avez le droit d'interrompre cet entretien à tout moment et d'y revenir si vous le souhaitez. Vous avez la liberté de répondre ou non aux questions que je vais vous poser.

Guide entretien

- Question 1 : Parcours du cadre
 - Pouvez-vous vous présenter ?
 - Quelle est votre expérience avant d'être cadre ?
 - Quelle est votre formation et quelle(s) fonction(s) avez-vous exercée(s) ?
 - Depuis combien de temps êtes-vous cadre ?
 - Toujours les mêmes services ?
 - *Adaptation ? (notion de changement d'identité comme cadre, nouveaux services, nouvelles personnes à manager ce qui pourrait alourdir les difficultés liées au changement)*
- Question 2 : rôle actuel lié à la fonction de cadre
 - Pouvez-vous me décrire une journée type ? une semaine type ?
 - Activités prévisibles ?
 - réunions formelles/informelles entre vous ?
 - contacts avec les équipes ? fréquence ? comment ?
 - Activités imprévisibles ?
 - Vous avez encore des contacts dans les soins ? avec les patients ?
pour moi : choix personnel, obligation organisationnelle ?
- Question 3 : vécu du changement organisationnel
 - Comment décririez-vous le changement actuel au niveau macro (de l'institution) – du moins ce que vous en avez connu ?
 - Quel a été votre rôle et votre implication dans ce/ces changement(s) ?
 - A quel(s) niveau(x) s'est joué ce rôle ? (Au niveau institutionnel pour co-définir le changement, et/ou de l'équipe pour le communiquer) ?
 - Rôle imposé ou coconstruit ?
 - Le(s) rôle(s) était-ils clairement défini ?
 - Quelles évolutions cela a-t-il entraîné dans votre rôle de cadre ?
 - Quelle évolution dans la manière de vivre ce rôle ou de le mettre en œuvre ?
 - exemple : détachement retrait, ...
 - Comment avez-vous vécu ce changement, sur le plan professionnel et personnel ? Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans cette expérience ?

- Que mettez-vous/qu'avez-vous mis en place pour faire face aux éventuelles difficultés rencontrées liées au changement [*rebondir sur les difficultés mentionnées avant*] ?
 - *vie professionnelle*
 - *vie privée*
 - *vie familiale*
 - Y a-t-il eu des pratiques particulières qui vous ont aidé à traverser cette période – vous-même mais aussi vis-à-vis des équipes ?
- L'institution met-elle/a-t-elle mis des choses en place pour vous aider face à ces changements ?
- Que pourrait-elle, selon vous, mettre en place ?
- Question 4 : apprentissages et conclusion
 - Avec le recul, quels apprentissages tirez-vous de cette expérience ?
 - Si une nouvelle situation disruptive devait survenir demain, que feriez-vous différemment ? Y a-t-il un aspect de votre vécu que vous aimeriez partager et qui n'a pas été abordé ?
 - Que souhaiteriez-vous que les décideurs ou chercheurs comprennent mieux à propos du rôle des cadres intermédiaires dans ces contextes ?

Conclusion

Nous arrivons au terme de cet entretien. Merci encore pour le temps que vous m'avez consacré.

Je vous rappelle que cet entretien sera anonymisé ainsi que le site où vous travaillez.

Cet entretien anonymisé sera retranscrit et joint au mémoire pour analyse.

La temporalité d'un mémoire est assez longue, il faudra maintenant un temps de retranscriptions, d'analyse et d'écriture. Cependant, je peux vous faire un retour agrégé sur les résultats dans les environs de l'été 2026 si vous le souhaitez.

Voulez-vous rajouter quelque chose avant de clôturer cet entretien ?

Je vous souhaite une bonne journée ! Merci.

Annexe 6 : consentement éclairé.

Formulaire de consentement

INFORMATIONS

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une étude qualitative sur les cadres intermédiaires en situation de changements importants dans les institutions de soins. Avant d'accepter d'y participer, voici les informations utiles :

- L'étude porte sur le vécu des cadres intermédiaires (Infirmier.ère Chef.fe de Service) lors de changement de structure et/ou de gouvernance.
- Elle concerne 5 sites en Région Wallonne.
- L'entretien dure environ 30 à 40 minutes.
- Le lieu et le moment seront à votre convenance.
- Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude, à l'étudiant et/ou sa promotrice via :
 - xavier.francis@student.uclouvain.be (étudiant)
 - laurianne.Terlinden@uclouvain.be (promotrice)
- Il s'agit d'une participation **volontaire**
- Un contact préalable avec la direction du département infirmier a été pris et un accord du/de la directeur.rice a été obtenu pour interroger les cadres intermédiaires de l'institution. Il ne s'agit pas d'une autorisation individuelle mais d'un accord général. Votre participation est donc entièrement volontaire et sera anonymisée, de même que le site hospitalier..

Vos Droits

- vous avez le droit de refuser de participer à l'étude.
- Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Toutes les données récoltées jusque-là seront supprimées.
- Votre refus de participer à cette étude ou votre retrait pendant l'entretien ne porte pas préjudice moral/professionnel.
- Vous avez le droit à l'anonymat et à la protection de vos données conformément à la loi sur le RGPD : **loi du 30 JUILLET 2018**. - Loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

1) Je soussigné(e), déclare :

- avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête.
- avoir reçu une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté.
- avoir reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête
- avoir été informé(e) de ce qu'on attend de ma part.
- avoir eu la possibilité de poser mes questions sur l'enquête et d'y avoir reçu les réponses claires sans ambiguïté.

2) Je comprends que je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'entretien à tout moment sans devoir justifier ma décision et sans entraîner de préjudice moral et/ou professionnel.

3) Je comprends qu'en acceptant de participer à cette étude, des données seront collectées à mon propos, et que l'étudiant susnommé s'engage à traiter ces données de manière strictement confidentielle.

En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de **loi du 30 JUILLET 2018**. - Loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

4) Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

Nom et signature du/de la participant.e, Date :

Je soussigné, Mr FRANCIS Xavier, confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'entretien à la personne mentionnée ci-dessus.

.....

Nom et signature de l'étudiant, Date :

