

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

L'accompagnement au changement dans le cadre d'une délocalisation

Un outil : la gestion de projet

Audrey FRUCHART

DCS@18-19

« Tout est réalisable, il suffit de trouver comment... »

André GRAVEL

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Pascale WITZ, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long du chemin et m'a offert ses conseils et encouragements.

Je remercie ma maman, pour son soutien sans faille et pour sa présence auprès mes enfants, Eliott et Azélie. Je les remercie, eux aussi, pour avoir accepté que leur maman soit moins disponible pour eux pendant ces dix mois de formation.

Je remercie celles et ceux qui ont accepté de me recevoir lors des entretiens, pour leur contribution indispensable, ainsi que mon amie Valérie, mon fidèle soutien, toujours présente à mes côtés.

Je remercie enfin, l'encadrement de l'ESM et plus particulièrement Morgane LE GAL et Patrick FARNAULT, ainsi que certains collègues de promotion, pour les moments forts partagés au cours de ces dix mois.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. CONTEXTE D'EMERGENCE.....	6
1.1 CONTEXTE GENERAL.....	6
1.1.1 Transformation de l'offre publique de soins du Nord Essonne.....	6
1.1.2 COPERMO : c'est quoi ?	7
1.2 LE PROJET DU GHNE.....	8
1.2.1 Pourquoi un tel projet ?	8
1.2.2 Des scenarii de réhabilitation des sites actuels écartés.....	9
1.2.3 Le projet « Saclay » : 2024 - Hôpital du futur.....	10
1.2.4 Feu vert pour la construction d'un nouvel hôpital à Saclay.....	11
1.3 FFCS DANS CE CONTEXTE DE CHANGEMENT.....	11
1.4 QUESTION DE DEPART ET HYPOTHESES.....	13
2. CADRE THEORIQUE ET CONCEPTS.....	13
2.1 LE CHANGEMENT	14
2.1.1 Définition.....	14
2.1.2 Les différents types de changements	15
2.1.3 Les différents niveaux du changement.....	15
2.1.4 Le processus de changement.....	16
2.1.5 La perception du changement.....	17
2.1.6 Les résistances aux changements.....	17
2.1.7 Gestion des changements	19
2.1.8 La conduite du changement	22
2.2 L'ACCOMPAGNEMENT	23
2.2.1 Définition.....	23
2.2.2 L'accompagnement comme posture et relation.....	25
2.2.3 L'accompagnement comme relation et démarche.....	26
2.2.4 La Nébuleuse des formes d'accompagnement :	27
2.2.5 Pourquoi accompagner ses collaborateurs ?.....	27
2.2.3 Processus d'adaptation	28
2.3 LE PROJET	29
2.3.1 Définition.....	30
2.3.2 Les Différents types de projets	31
2.3.3 Principes et Intérêts d'un projet	33
2.3.4 La conduite de projet.....	34
2.4 ROLE DU CADRE DANS L'ORGANISATION	36
2.4.1 Les différents types de management.....	37
Le management relationnel.....	37
Le management situationnel ou adaptatif	37
Le management participatif.....	38
Le « bon » manager	39

2.4.2 La Conduite du Changement	39
2.4.3 La Gestion/Conduite de Projet :.....	41
Pourquoi et comment conduire le changement ?	42
L'accompagnement par la communication	43
L'accompagnement basé sur « les préoccupations »	43
Gestion des résistances.....	45
2.5 CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL.....	46
3. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES	46
4. ENQUETE DE TERRAIN	47
4.1 METHODOLOGIE	47
4.1.1 Le choix de la population	47
4.1.2 Choix de l'outil.....	48
4.1.3 Construction de l'enquête.....	49
4.1.4 Modalités de réalisation.....	49
4.2 TRAITEMENT DES DONNEES	50
4.2.1 Le choix de la méthode d'analyse.....	50
4.2.2 Analyse des résultats	51
5. SYNTHESE ET PERSPECTIVES	72
6. LIMITES ET APPORTS DE MON TRAVAIL	78
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

AFNOR : Association Française de NORmalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CCSU : Centre de Consultations et de Soins d'Urgences

CDS : Cadre De Santé

CH2V : Centre Hospitalier des 2 Vallées

CHJ : Centre Hospitalier de Juvisy

CHL : Centre Hospitalier de Longjumeau

CHO : Centre Hospitalier d'Orsay

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CHSF : Centre Hospitalier Sud Francilien

COPERMO : COmité interministériel de PERformance et de la Modernisation

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers Rééducateurs et Médico Techniques

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DS : Direction des Soins

EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé

GHNE : Groupe Hospitalier Nord Essonne

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MOFF : Menaces, Opportunités, Forces et Faiblesses

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SMUR : Service Médicalisé d'Urgences et de Réanimation

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TIP : Transport Interne Patients

USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire

INTRODUCTION

Depuis la mise en place de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST)¹ en 2009, et celle de la loi du 26 janvier 2016², les restructurations hospitalières sont au centre des politiques de santé. En conséquence, la rationalisation de l'offre de soins, et sa mise en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS), entraînent des changements majeurs pour les établissements. C'est dans ce climat d'incertitude grandissante et de fragilisation de l'environnement professionnel que le cadre de santé doit poursuivre sa mission auprès de l'équipe dont il a la charge.

En effet, le manager se doit d'appliquer les directives édictées par sa tutelle, et de participer à la mise en œuvre concrète de ces réorganisations institutionnelles.

Au cours de son exercice professionnel, le cadre de santé est confronté régulièrement à l'accompagnement des équipes face aux changements : les nouvelles organisations, les nouvelles procédures, les nouvelles normes, tout en garantissant la dispensation de soins sécuritaires et de qualité.

Mais qu'en est-il lors d'un projet institutionnel comme un déménagement de structure ?

La modification de l'environnement professionnel induit de laisser une partie de son histoire professionnelle derrière soi. Dans le cadre de la construction d'un nouvel établissement, l'orientation vers un nouveau lieu, inconnu, et parfois situé à plusieurs kilomètres du lieu de travail habituel, constitue un changement conduisant à une perte de repères qu'il convient d'accompagner.

L'aménagement dans une nouvelle structure nécessite de revoir les organisations en lien avec les caractéristiques logistiques retenues, le matériel utilisé mais cet accompagnement, est aussi et surtout, un défi humain et organisationnel que le manager doit mener, car il doit faciliter l'intégration des équipes dans les nouveaux locaux mais aussi garantir une offre en soins de qualité.

Pour appréhender le déménagement d'un établissement, différentes interrogations se posent :

Qu'est-ce que le changement ? Quels mécanismes induit-il ? La résistance face à celui-ci est-elle normale et nécessaire ? Quelle est la place du cadre de santé auprès des équipes afin d'accompagner celle-ci au changement ? Bénéficie-t-il des conditions suffisantes lui permettant de mener à bien un projet de cette ampleur ? A-t-il à sa disposition les connaissances et les compétences, mais aussi les outils nécessaires à la réalisation du but poursuivi ?

Ce travail va me permettre de poursuivre la construction de mon identité professionnelle et d'avoir une nouvelle perspective du rôle de Cadre de Santé dans l'accompagnement des équipes dans le changement.

Aussi, je commencerai par préciser le contexte d'émergence de ma recherche en expliquant pourquoi je me suis intéressée à la problématique du changement dans le contexte d'une délocalisation.

Puis, le cadre théorique me permettra d'aborder les concepts principaux délimitant le champ de mon travail, pour aboutir à la question de recherche définitive.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Loi de modernisation du système de santé qui permet un regroupement, des fusions entre établissements = GHT

Je m'intéresserai ensuite à l'enquête de terrain, en décrivant la méthode choisie, les outils utilisés et en exposant l'analyse des données recueillies.

Pour finir, je décrirai ma perception du rôle du cadre de santé engagé dans un processus de délocalisation, en lien avec l'étude menée.

1. CONTEXTE D'EMERGENCE

J'ai intégré le Centre Hospitalier d'Orsay (CHO) dans l'Essonne, en Septembre 2015.

Dans le cadre de ma prise de poste en tant que Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS), on me décrit le contexte général de l'établissement et les projets au regard.

En effet, à l'heure des Groupements Hospitalier de Territoire, un remaniement de l'organisation des soins sur le Nord Essonne est nécessaire.

Le Directeur des 3 établissements situés sur le Nord Essonne, le Centre Hospitalier de Longjumeau (CHL), Le Centre Hospitalier de Juvisy (CHJ) et le Centre Hospitalier d'Orsay (CHO), a proposé un projet de grande ampleur et débutant par des fusions successives.

Dans ce contexte, le CHJ et le CHL fusionnent en 2015 créant le CH2V (Centre Hospitalier des 2 Vallées). Enfin le CHO a fusionné avec le CH2V au 1^{er} janvier 2018.

La fusion de ces 3 établissements constitue le GHNE Groupement Hospitalier Nord Essonne, avec un projet d'établissement unique sur le plateau de Saclay d'ici 2024.

Le GHNE s'est donc constitué en GHT au 1^{er} juillet 2016 et est entré dans un processus d'intégration qui s'est traduit par une fusion juridique de ses trois sites au 1^{er} janvier 2018.

1.1 CONTEXTE GENERAL

1.1.1 Transformation de l'offre publique de soins du Nord Essonne

Le Groupe Hospitalier Nord-Essonne (GHNE) est entré dans un processus d'intégration qui se traduira par un regroupement de toutes les activités sur un site unique, en 2024, sur le plateau de SACLAY (91).

Le regroupement des trois hôpitaux est accompagné d'une réorganisation de l'offre de soins de proximité, reposant sur l'ouverture de trois Centres de Consultations et de Soins Urgents (CCSU), en lien avec la médecine libérale : Longjumeau en 2017, Sainte Geneviève des Bois en 2018 et Juvisy prévu pour 2021.

Ce maillage territorial garantit un accès aux soins facilité pour les usagers du Nord Essonne.



Carte hospitalière Nord Essonne -91

Ce projet fait l'objet d'une instruction très poussée au niveau national et interministériel, dit « dispositif COPERMO ».

1.1.2 COPERMO : c'est quoi ?

Le 11 décembre 2012, Le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (COPERMO) a été mis en place afin de valider et de suivre les actions proposées par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Il mène une double mission : d'une part, il assure le suivi des établissements en difficulté (« COPERMO Performance ») et, d'autre part, il sélectionne et priorise les projets d'investissements nécessitant un financement de l'Etat (« COPERMO Investissements »).

C'est à ce dernier titre que le COPERMO intervient dans le cadre du projet du GHNE.

Le COPERMO suit les projets des établissements de santé dont le montant dépasse 50M€ HT, ce qui est le cas du projet du GHNE, évalué en collaboration avec l'ARS à hauteur de 200M€ (toutes dépenses confondues, valeur finale d'exécution).

Le COPERMO est composé :

- du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales ;
- du Directeur général de l'offre de soins ;
- du Directeur de la sécurité sociale ;
- du Directeur général des finances publiques ;
- du Directeur du budget ;
- du Directeur de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- du Chef de l'inspection générale des affaires sociales ;
- du Délégué général à l'Outre-Mer ;
- du Directeur général de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
- du Commissaire général à l'investissement.

L'objectif du COPERMO est de faire progresser la performance de l'ensemble des investissements portés par les établissements de santé. A ce titre, il impose des outils et des méthodologies.

En effet, le COPERMO s'assure de l'opportunité du projet au regard de l'organisation territoriale de l'offre de soins, du juste dimensionnement capacitaire, de la soutenabilité financière de l'investissement par l'établissement, de la pertinence de la conception technique du projet.

Le COPERMO intervient une première fois pour prononcer (ou non) l'éligibilité. Cette décision valide l'entrée du projet dans le dispositif. Cette décision est prise sur la base du rapport socio-économique réalisé par l'ARS, en collaboration étroite avec le GHNE.

Elle témoigne d'un degré de maturité suffisant du projet, mais également du soutien de l'ARS Ile de France. A ce stade, le COPERMO émet des recommandations sur lesquelles il invite l'ARS et l'établissement à travailler en vue de la consolidation du projet.

Le COPERMO intervient une seconde fois pour prononcer l'élection (ou validation) du projet et fixe alors le montant de l'aide en investissement accordée.

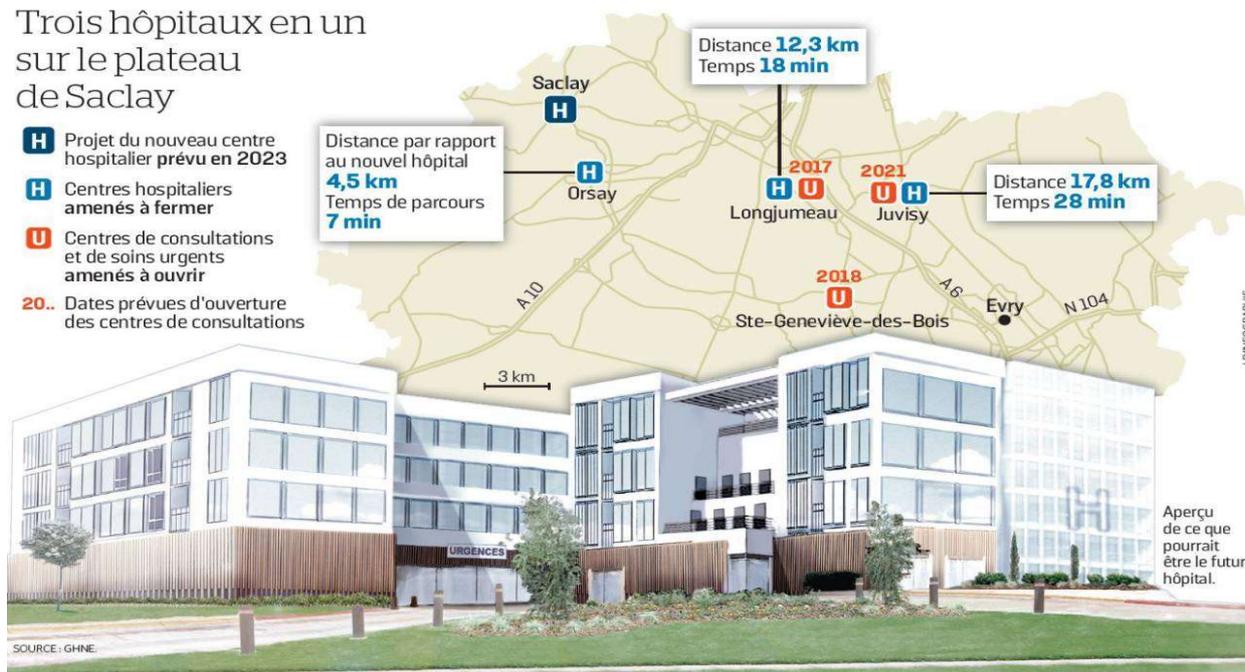
En outre, le Commissariat Général à l'Investissement intervient aux fins de contre-expertise indépendante du projet, ce dernier excédant 100M€

1.2 LE PROJET DU GHNE

Le 28 février 2017, l'éligibilité du projet du GHNE a été prononcée. Ce projet permettra de répondre aux difficultés actuelles et apportera une amélioration de l'offre de soins publique sur le territoire dès aujourd'hui, dans l'attente de l'ouverture de la nouvelle structure.

Trois hôpitaux en un sur le plateau de Saclay

- H** Projet du nouveau centre hospitalier prévu en 2023
- H** Centres hospitaliers amenés à fermer
- U** Centres de consultations et de soins urgents amenés à ouvrir
- 20..** Dates prévues d'ouverture des centres de consultations



1.2.1 Pourquoi un tel projet ?

L'offre actuelle du GHNE s'éloigne des besoins de la population. En effet, l'offre sanitaire est fragile car dispersée.

Sur une bande de 9 kilomètres entre les sites d'Orsay et Longjumeau, coexistent 2 blocs opératoires, 2 maternités de niveau 2B, 2 réanimations, 2 laboratoires de biologie.

Sur un espace de 17 kilomètres entre Orsay et Juvisy on trouve 3 services d'accueil des urgences, 3 services de médecine, 3 services de SSR (Soins de Suite et Réadaptation), 3 sites d'imagerie, 2 pharmacies.....et trop petite pour certains secteurs : à Orsay par exemple, la réanimation, la chirurgie, l'USINV (Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire) sont les plus petites de la région.

A cela s'ajoute le fait qu'en 2024, les hôpitaux du GHNE auront tous plus de 50 ans et se seront progressivement éloignés des normes de conformité technique. En dehors de la présence d'amiante (inactive), ils sont très éloignés des standards hôteliers attendus par les patients (pas de douche dans chaque chambre, trop peu de chambres individuelles).

Les possibilités de parking sont très limitées alors que plus de 70% des patients viennent en voiture.

Dans les périodes précédentes, alors que les sites du GHNE se dégradent, que ces hôpitaux n'étaient pas en mesure de s'entendre sur un projet commun, les choix d'investissement des pouvoirs publics se sont orientés vers d'autres structures publiques (CHSF à Evry) ou privées (Clinique de l'Yvette à Longjumeau).

12 établissements de santé sont accessibles en moins de 20 minutes en voiture des 3 sites du GHNE, parmi lesquels des hôpitaux reconnus comme des références mondiales dans leurs spécialités.

De fait, aujourd'hui, il faut constater que plus de « 7 Longjumellois et Orcéens sur 10, plus de 8 Juvisiens sur 10 se font hospitaliser ailleurs que dans leur hôpital public de proximité. Malgré la présence d'un hôpital et d'une clinique sur la ville de Longjumeau, un Longjumellois sur deux fait le choix d'être hospitalisé ailleurs que dans sa commune. »³

Le GHNE est donc de moins en moins attractif et prouve la nécessité du remaniement de l'organisation des soins sur le Nord Essonne.

Cette situation nécessitait un virage stratégique.

1.2.2 Des scénarii de réhabilitation des sites actuels écartés

Dans le cadre de l'instruction du projet, trois scénarii alternatifs ont été étudiés, à la demande de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France.

Cette démarche requise par le COPERMO vise à démontrer que le scénario final proposé est le plus pertinent et performant.

Les trois scénarii alternatifs au projet Saclay étudiés ont été les suivants :

- Le maintien de l'offre actuelle et la rénovation des trois sites existants ;
- La fermeture du site de Juvisy et la concentration de l'activité sur les sites de Longjumeau et d'Orsay rénovés ;
- Le regroupement des activités sur un site unique, au sein du site actuel de Longjumeau rénové.

A noter que dans l'intégralité de ces scénarii, il a été demandé à l'établissement de se baser sur une hypothèse de fermeture de la chirurgie et de la maternité du site d'Orsay. Cette hypothèse d'évolution de l'offre de soins est justifiée par la coexistence à 8 km d'écart de deux plateaux techniques, l'un et l'autre sous-utilisés.

Il ressort de l'étude des scénarii alternatifs une triple infaisabilité :

- Insoutenabilité financière : Le coût des travaux et de mises aux normes s'élève à 300M€, c'est-à-dire 50% de plus que le scénario de reconstruction sur un site unique à Saclay.
- Complexité technique pour garantir la continuité d'activité : La durée prévisionnelle des travaux de réhabilitation serait de 15 ans pour le seul site de Longjumeau (2 033).

Outre la difficulté considérable d'effectuer des travaux en site occupé dans le secteur hospitalier, on note des contraintes techniques très importantes liées à la présence d'amiante. Des baisses d'activité, en lien avec les nuisances générées par les travaux seraient incontournables, avec un impact financier majeur estimé de 15 à 18 M€ de pertes par an.

Enfin le risque pour les patients notamment en termes d'infections nosocomiales en lien avec les travaux serait très fort, et proportionnel à la durée totale de l'opération.

- Des bâtiments rénovés encore en-deçà des standards actuels hôteliers et médicaux : Enfin, malgré les coûts importants engagés et les nuisances supportées sur un temps long le/les bâtiments rénovés resteraient sous-performant.

En effet, les contraintes architecturales et structurelles des bâtiments actuels conduisent à ce que, même rénovés, les surfaces disponibles pour la prise en charge notamment des soins critiques (urgences, réanimation), soient largement inférieures au niveau auquel elles devraient être.

³ Données extraites de [http://www.gh-nord-essonne.fr/Ressources/FCK/210917 DOSSIER DE PRESSE.pdf](http://www.gh-nord-essonne.fr/Ressources/FCK/210917%20DOSSIER%20DE%20PRESSE.pdf)

En outre, en ce qui concerne les standards hôteliers, il serait techniquement impossible de réaliser des plateaux de soins de 30 lits avec salles de bains, ce qui pourtant est le ratio imposé aux établissements de santé à ce jour afin de garantir notamment la couverture paramédicale la plus efficace.

La possibilité d'héberger 22 lits par étage serait un maximum technique et serait donc très consommateur en personnels.

Les études ont donc mis en évidence des obstacles rédhibitoires. Tout d'abord au regard du coût estimé : plus de 250M€. De plus, l'évaluation des réhabilitations possible, met en évidence le fait qu'elles ne permettraient pas de respecter la totalité des normes en vigueur. Ceci conduirait à une réduction drastique du nombre de lits, sans amélioration de l'offre de soins et nécessiterait, pour le seul site de Longjumeau, 15 ans de travaux avec des nuisances majeures pour la patientèle et les personnels.

1.2.3 Le projet « Saclay » : 2024 - Hôpital du futur

Les nécessités de prise en charge des 100 000 usagers du seul plateau de Saclay à l'horizon 2024, mais aussi des 710 000 habitants de ce nouveau territoire de santé nécessitent l'implantation d'un hôpital.

Le projet prévoit le regroupement des activités de MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) des 3 sites du GHNE sur un site neuf et adapté, situé sur le plateau de Saclay à l'horizon 2024.

Cet établissement comportera 416 lits et places et son orientation sera très fortement axée vers l'activité ambulatoire.

Les 3 SMUR seront maintenus à Longjumeau, Orsay et Juvisy.

Les services de Psychiatrie actuellement présents sur le site de Bures-sur-Yvette (Domaine du Grand Mesnil) resteront sur place.

Les activités de Soins de Suite et de Réadaptation seront regroupées à Orsay (Maison de l'Yvette).

Les nouveaux locaux et les organisations innovantes mises en place permettront d'assurer la prise en charge d'un nombre de patients quasi-identique à la situation actuelle, mais avec une structure neuve et moderne, dont l'organisation sera tournée vers un accueil de qualité.

Le projet prévoit également la mise en place d'une offre de proximité innovante par l'implantation de 3 CCSU pour les populations actuellement desservies par le GHNE mais qui seront les plus éloignées du futur hôpital.

Ces centres, au sein desquels seront présents 7 jours/7 des médecins, du personnel infirmier, des équipements d'imagerie et de biologie, permettront de traiter de 20 à 30 000 patients chacun par an.

Aussi, la transformation de l'offre publique de soins dans le Nord Essonne a commencé dès 2017 avec la création de places d'hôpital de jour, en contrepartie de fermetures de lits d'hospitalisation, le regroupement des 3 fonctions support et logistique en appui de l'activité hospitalière, la création du 1^{er} Centre de Consultations et de Soins Urgents à Longjumeau, le regroupement des lits de Soins intensifs sur un plateau neuf de soins critiques à Longjumeau.

L'activité du site de Juvisy sera transférée à Longjumeau et Orsay en 2021-2022.

Pour les autres sites, les déménagements seront organisés dès 2024 vers le site de Saclay.

L'hôpital profitera de l'environnement exceptionnel du Plateau, de ses relations privilégiées avec les établissements universitaires, pour servir de terrain d'expérimentation à un certain nombre d'innovations, notamment en matière de médecine connectée.

Motivé par ce projet d'avenir, une dizaine de postes médicaux partagés en imagerie, chirurgie, pédiatrie, biologie, neurologie, etc. sont déjà mis en place ou projetés avec des Centres Hospitalo-Universitaires (Saint Anne, Kremlin Bicêtre, Antoine Béclère).

Ainsi, comme le souligne Mr. Guillaume WASSMER, Directeur du GHNE dans un communiqué de presse : *« ce projet de transformation de l'offre publique de soins du Nord Essonne permet de proposer à la population un maillage sanitaire densifié, autour de 4 structures contre 3 aujourd'hui, mais également un hôpital neuf et moderne, équipé des matériels de dernière technologie. Ce projet trace la voie d'une offre de soins renouvelée pour les 25 prochaines années. »*⁴

1.2.4 Feu vert pour la construction d'un nouvel hôpital à Saclay

Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé a donné son accord pour la construction d'un hôpital neuf sur le plateau de Saclay. L'avis favorable qui avait été formulé par le COPERMO le 30 mai 2018 a donc été suivi sur ce dossier.

1.3 FFCS DANS CE CONTEXTE DE CHANGEMENT

Mes fonctions en tant que FFCS sur le CHO se sont articulées sur le service des consultations externes, l'équipe de transport interne patient (TIP) et la chambre mortuaire.

Lors de ma prise de fonction, le GHNE se structure petit à petit autour d'une Direction unique et commune aux 3 établissements ainsi que des équipes transversales communes. En effet, l'EOH, le service Informatique, le service Qualité, le service Biomédical et la pharmacie par exemple sont tri sites.

Ces nouvelles organisations, sous le format « tri sites », ont imposé une régularisation et une harmonisation des pratiques et modes opératoires. Ce premier travail a été amorcé aux regards de la certification V2014 et a donné lieu à de nombreuses interrogations sur mon positionnement en tant que cadre de santé.

En effet, en tant que cadre nous nous devons d'accompagner les transitions provoquées par les changements, à tous niveaux : au niveau de l'individu, au niveau du groupe et au niveau de l'organisation.

Pour David AUTISSIER⁵ et Jean-Michel MOUTOT⁶, le changement est une réalité omniprésente dans le monde des entreprises et des organisations. En effet, les nouvelles technologies, l'environnement, le marché ou encore le contexte économique au sein duquel nous évoluons, sont générateurs de changements.

Leur expérience dans la gestion de projets et la conduite du changement, leur permet d'affirmer que *« dans les discours des entreprises, le mot changement est devenu un leitmotiv permanent. Les dirigeants le mentionnent comme étant*

⁴ Extrait Communiqué de Presse -19 septembre 2017

⁵ Maître de conférences HDR à l'IAE Gustave Eiffel de l'Université de Paris Est Créteil ; Directeur de la Chaire ESSEC du changement et de la Chaire ESSEC IMEO (Innovation Managériale et Excellence Opérationnelle)

⁶ Professeur de Management - école de Management AUDENCIA Nantes. Docteur en Gestion de l'école HEC Paris ; Ingénieur de formation (ENAC) ; titulaire d'un DEA en Gestion (Paris XII- Ecole Centrale Paris) et d'un Master HEC Paris.

une des solutions à l'évolution des marchés, de la technologie, des lois ou bien comme étant la dynamique nécessaire à toute entreprise. Changer ou disparaître devient l'entête des discours managériaux.»⁷

Le monde de la santé n'échappe pas à ce phénomène, et doit faire face aux différents bouleversements générés par les politiques de santé qui se sont succédées à un rythme soutenu ces dernières années.

Dans le cas d'une délocalisation complète, il s'agit d'une succession de changements. Ces changements doivent faire l'objet d'une étude minutieuse, avec les différents volets de préparation, d'anticipation, d'étude et d'évaluation.

A l'aune de 2024 ma tâche sera donc de préparer cette équipe à déménager.

Mon futur métier me place au cœur de cette dimension. Il s'agit pour moi d'anticiper et de préparer mon équipe à partir, pour arriver dans un lieu nouveau, novateur, à priori plein de promesses, mais tellement différent...

Le cadre de santé apporte une contribution forte à ces mutations/changements/ évolutions, notamment en mettant en œuvre des stratégies d'accompagnement en partenariat avec son supérieur hiérarchique et le chef de service.

Ma réflexion porte sur les aspects humains de ces modifications, notamment à travers ces questionnements : Comment réussir une délocalisation ? Quelle est la place du cadre dans ce projet ? De quoi a besoin le cadre de santé pour réussir dans cette mission ?

Il s'agira pour moi de comprendre quels sont les leviers managériaux et outils que le cadre de santé peut déployer face aux phénomènes de résistances au changement et de construire des pistes de réflexion pour accompagner/guider/amener les équipes dans le déménagement/projet/changement.

Je me suis donc interrogée sur les différents concepts qui composent cette réflexion : le changement, l'accompagnement et le projet.

Aussi, pour commencer, je tenterai de répondre aux questions liées au changement : qu'est-ce que le changement ? Qu'implique-t-il ?

Dans un deuxième temps, je mettrai en évidence la nécessité d'accompagner le changement.

Je considérerai ensuite la place du cadre de santé au sein de ce processus : quel est son rôle, quelles sont ses missions, comment intervenir dans le changement ?

Pour finir, je m'intéresserai à un des outils permettant la mise en œuvre du changement : la conduite de projet.

⁷ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – « Méthode de conduite du changement. 2e édition. » – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 5.

1.4 QUESTION DE DEPART ET HYPOTHESES

Mes différentes expériences professionnelles en tant qu'infirmière tout d'abord, puis en tant que faisant fonction de cadre de santé, m'ont permis de constater que les modifications d'organisation étaient la plupart du temps génératrice de peurs et donc de résistances.

Etant donné le projet de construction d'établissement unique impulsé par le groupement dans lequel j'exerce, je vais être confrontée, à l'issue de la formation Cadre de Santé, à accompagner les équipes vers cette nouvelle structure.

Aussi, j'ai souhaité traiter ce sujet afin de mettre en évidence, d'appréhender et de comprendre les éléments qui permettent de vivre ce genre de transition dans les meilleures conditions possibles pour le personnel soignant.

En tant que future cadre de santé, je sais que nous avons un rôle majeur à tenir dans la conduite du changement. Il me semble que le positionnement, les orientations qu'il prend et les actions qu'il décide de mettre en place sont déterminants au bon équilibre de l'équipe dont il a la charge.

D'où ma question de départ :

Comment le Cadre de Santé accompagne-t-il le changement, notamment dans le cadre d'un projet de délocalisation ?

Au regard de cette question de départ, certaines hypothèses me semblent pertinentes à étudier, et à vérifier ou invalider.

- Le CDS est l'élément central permettant la concrétisation sur le terrain d'un projet de délocalisation.
- L'accompagnement au changement est la condition sine qua non à la réussite d'un tel projet.
- La conduite du changement dans le cadre d'un projet de telle envergure s'opère grâce à l'utilisation d'outils variés.

Afin d'avancer dans mes réflexions, j'ai orienté mes lectures autour des notions de changement, d'accompagnement et de projet, plus particulièrement sur les liens existants entre ces concepts.

2. CADRE THEORIQUE ET CONCEPTS

Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins notamment, le cadre de santé conduit très régulièrement des projets, qu'ils émanent de la direction des soins ou qu'ils soient à l'initiative des soignants. Ils s'appuient sur la compréhension des phénomènes relationnels liés à la conduite de projet, dans l'objectif de développer un mode de management qui permette l'acceptation et l'implication des professionnels dans les projets.

Mon sujet d'étude a pour objectif de mieux comprendre ces phénomènes et les moyens dont dispose le cadre de santé pour accompagner le changement.

La première partie est consacrée à poser les concepts de changement, d'accompagnement et de projet qui interviennent dans ma démarche de recherche.

Ensuite, je développe le rôle du cadre, notion prépondérante dans tous ces concepts.

Enfin, les modes de management, inerrants à la conduite de projet, sont développés pour terminer ce cadre conceptuel.

2.1 LE CHANGEMENT

Les évolutions hospitalières remodelent l'offre de soins. L'adaptation constante des professionnels de santé constitue une des préoccupations primordiales du Cadre de Santé.

Entre obligation de soins et contraintes budgétaires, le changement est aujourd'hui et encore plus demain, un vrai défi pour la pérennité de l'hôpital.

Aussi pour développer mon cadre conceptuel, je me suis d'abord appuyée sur la notion de « changement » en commençant par le définir.

2.1.1 Définition

La plupart des définitions tendent vers le fait qu'un changement est un processus de passage d'un état A vers un état B. Ce processus s'opère en réponse à des modifications de l'environnement, à la fois sur les organisations et sur les individus qui les composent.

« Un changement est une modification par rapport à une situation antérieure » ; « il désigne le passage d'un état à un autre »⁸.

Selon la nature, la durée et l'intensité de ce passage, on parle aussi d'évolution, de révolution, de transformation, de métamorphose, de modification, de mutation ...

Le changement est partie intégrante de la vie.

En effet, dès la naissance, l'être humain vit son premier changement en passant d'un environnement liquidien à aérien. Ces transformations se poursuivront tout au long de sa vie : le développement psychomoteur de l'enfant, l'adolescence, le départ de la maison familiale, la vie en couple, l'arrivée d'un enfant, l'entrée dans la vie professionnelle, la vieillesse...

A chaque fois, il s'agit d'un moment important dans l'existence de l'individu. Le changement peut donc aussi se définir comme :

- « *une modification profonde, une rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi* »⁹ ;

- « *le changement ne peut être mis en œuvre sans positionner les acteurs dans un certain déséquilibre. Le changement consiste à passer d'un état à un autre, ce qui n'est pas naturel, il ne peut donc se réaliser sans un certain inconfort* ».¹⁰

Andrew PETTIGREW, sociologue et anthropologue différencie deux types de processus au changement : d'une part, une approche endogène, c'est-à-dire que celui-ci émane d'une démarche volontaire et d'autre part, une approche exogène, caractérisée par une forte implication du pouvoir des dirigeants pour mener à bien le changement (changement subi).

Ainsi, comme indiqué précédemment, « *le changement engendre la plupart du temps un bouleversement dans la vie de l'individu* ».¹¹

⁸ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> (consulté le 12/01/2019).

⁹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> (consulté le 12/01/2019).

¹⁰ HART Josette, LUCAS Sylvie. Management Hospitalier : stratégies nouvelles des cadres. Paris : Lamarre, 2003, p 90.

¹¹ ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. Comportements humains et management. 3ème éd. Paris : Pearson education, 2009, p 282.

Aussi, pour s'intégrer dans un processus de changement, l'acteur doit accepter de perdre provisoirement sa stabilité pour se projeter dans un nouvel environnement. Le pas à franchir est souvent difficile et nécessite un accompagnement.

2.1.2 Les différents types de changements

Les changements peuvent être planifiés (ceux que l'on veut faire) ou imprévus (ceux que l'on subit). Les changements peuvent être nombreux, petits, grands, perturbants... Ils peuvent même représenter un nouveau paradigme. Cependant, ils ont toujours des conséquences (parfois multiples) qui peuvent faire ressortir des forces et des faiblesses, générer des problèmes et d'autres changements dans l'organisation ainsi que des opportunités et des risques.

Les changements peuvent être positifs ou négatifs. S'ils sont positifs, ils peuvent générer des opportunités et contribuer à améliorer la performance de l'organisation. S'ils sont négatifs, ils peuvent générer des risques et nuire à la performance de l'organisation.

Il est important pour l'organisation d'être vigilant, d'observer et d'anticiper les signaux, d'évaluer les conséquences, de revoir les priorités, les budgets... Mais avant tout, il est nécessaire d'avoir les outils adéquats (identification, évaluation, analyse et gestion des changements, performance, forces et faiblesses, opportunités et risques...).

Une bonne gestion du changement assure une performance optimale, équilibrée et durable de l'institution.

Dans un contexte de « turbulences », les dirigeants ont besoin de nouveaux outils plus rapides et plus flexibles qui permettent de connaître et d'évaluer les causes et les conséquences des changements et d'élaborer une stratégie de transformation organisationnelle.

2.1.3 Les différents niveaux du changement

On distingue deux types de changements : les changements de niveau I qui interviennent à l'intérieur d'un système et les changements de niveau II qui affectent le système lui-même.

Cette approche « systémique » vaut à la fois pour les changements organisationnels et pour les changements individuels.¹²

- Le changement de niveau I est une modification de certains facteurs à l'intérieur d'un système qui demeure relativement stable. Lorsque les conditions du changement sont défavorables, le changement de niveau I peut générer des phénomènes d'autorégulation destinés à assurer la permanence du système et sa continuité dans un environnement fluctuant.
- Le changement de niveau II est une modification qui affecte le système lui-même et l'amène à se modifier.

¹² P. WATZLAWICK, J. WEAKLAND, R. FISCH - « Changements, paradoxes et psychothérapie » - Seuil, 1981

2.1.4 Le processus de changement

Face à la multiplication des changements dans le domaine de la santé et plus généralement dans la société, de nombreux travaux ont été réalisés afin de comprendre le processus de changement. En effet, même si l'être humain est confronté au changement dès le début de la vie, celui-ci provoque un certain déséquilibre chez lui. La bibliographie, à travers certains auteurs tel Kurt LEWIN, permet ainsi de mettre en exergue les changements inhérents au processus de déménagement.

Aussi, Kurt LEWIN, psychosociologue américain a mis en évidence trois phases qui conduisent vers le changement¹³:

- « *la décrystallisation* » : il s'agit d'amener l'individu à prendre conscience de l'intérêt du changement. Celle-ci passe par la mise en évidence des bénéfices qui en résultent. Il est également nécessaire de ne pas occulter les risques qui peuvent émerger. L'homme doit avoir la possibilité de discuter, d'exprimer ses craintes qui sont tout à fait légitimes ;

- « *le déplacement* » : cette étape permet aux acteurs de réfléchir, de construire et de se projeter dans la nouvelle organisation. Il faut aider l'individu à identifier les enjeux ;

- « *la recristallisation* » : il faut conforter l'individu dans la nouvelle situation. Au cours de cette période, il est nécessaire d'effectuer une évaluation du changement. Il ne faut pas hésiter mais au contraire mettre en évidence les difficultés rencontrées au cours de ce processus.

On distingue donc deux types de processus interdépendants : le changement organisationnel et le changement individuel.

Le changement organisationnel :

Il est le processus par lequel une organisation (le Ministère, un établissement, un service...) s'adapte, en continu ou par rupture, sous la contrainte ou par anticipation, aux évolutions de son environnement. La conduite du changement désigne le pilotage du changement organisationnel : c'est l'ensemble de la démarche qui va de la perception d'un problème d'organisation à la définition d'un cadre d'actions qui permet l'élaboration, le choix et la mise en œuvre d'une solution dans des conditions optimales de réussite. La conduite du changement fait appel aux outils du pilotage par projet.

Le changement individuel :

Il est de nature radicalement différente : il s'agit d'un processus psychologique d'apprentissage. Le changement individuel peut être appréhendé comme une adaptation des comportements individuels à un nouveau contexte. Cette modification de comportement est précisément l'apprentissage d'un nouveau comportement. Ce processus individuel nécessite une attention particulière de la part de l'encadrement : c'est l'accompagnement du changement qui permet, par agrégation des changements individuels, l'évolution de l'organisation. Face à un même changement organisationnel (changement de mission, de logiciel, de lieu de travail, de chef de service, ...), les individus s'adapteront plus ou moins facilement. Pour certains, il s'agira

¹³ ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre et al. op.cit., pp 293-295.

d'un apprentissage routinier. Pour d'autres, il pourra s'agir d'un apprentissage plus difficile nécessitant un investissement personnel en temps et en travail important. Pour d'autres enfin, il pourra s'agir d'une remise en cause identitaire difficile à accepter.

2.1.5 La perception du changement

Pour les individus, seul le changement « perçu » compte.

Un changement organisationnel de niveau I pourra être perçu comme étant un changement individuel de niveau II s'il nécessite un apprentissage complexe.

L'inverse vaut également pour un changement de niveau II ayant un impact organisationnel majeur : les agents peu touchés par ce changement percevront un changement de niveau I n'affectant qu'à la marge leur système de référence.

Par exemple : la réforme de la notation des agents est un changement organisationnel de niveau I dans le système « règles de gestion des corps ». Au niveau des notateurs, il peut cependant être perçu comme étant un changement organisationnel de niveau II dans le système « notation des agents ».

2.1.6 Les résistances aux changements

Le changement bouscule nécessairement les usages, les pratiques, les mentalités, les organisations, les positions et les structures, autrement-dit le système.

Aussi, pour limiter les peurs, craintes et autres résistances aux changements, il est essentiel de préparer le changement en amont, de manière à impliquer le plus possible les collaborateurs dans celui-ci en leur donnant toutes les clés nécessaires à une compréhension optimale et en les accompagnant tout au long du processus.

En effet, par définition, tout changement nécessite de faire le deuil de quelque chose. On sait ce que l'on va perdre alors qu'on ignore encore ce que l'on aura.

En physique, la résistance est une qualité par laquelle un corps résiste à l'action d'un autre. Dans le sens commun, une résistance est une force qui s'oppose au mouvement.

Par ailleurs, toute évolution impacte l'entreprise en tant qu'entité de manière individuelle (chaque collaborateur voit ses repères et diverses représentations du monde se modifier, ses émotions se déplacer et sa vision du changement évoluer), collective (cohésion de groupe, alliances, mouvements collectifs), mais également organisationnelle (hiérarchie architecturée différemment, modes de fonctionnement organisationnels transformés).

En opposant certaines réticences face à la nouveauté, l'humain cherche paradoxalement avant tout un équilibre, essentiel à son bien-être. Il tente de se rassurer sur le fait que finalement, rien ne changera dans son environnement professionnel quotidien et exprime facilement les non-sens.

Parallèlement, E. MORIN¹⁴ fait référence au principe thermodynamique de l'énergie, qui ne devient une force que lorsqu'elle rencontre une résistance. Cela explique que la recherche du sens suive le constat du non-sens.

AUTISSIER¹⁵, maître de conférences en management et conduite de changement, explique que la perte de repères et d'envie est souvent qualifiée de « perte de sens » par les salariés et les cadres notamment.

Les nouvelles logiques économiques et politiques, les changements de plus en plus fréquents entraînent un sentiment de dépossession de leur environnement de travail et de leur identité professionnelle.

Il explique, par ailleurs, que les aspirations des salariés évoluent : ils recherchent des « *relais de sens* » et des sources d'implication multiples, comme le respect de l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle, une bonne ambiance de travail, l'innovation par le projet, l'autonomie...

POPIELSKI¹⁶, explique que, dans le monde hospitalier, les soignants expriment de plus en plus souvent une perte de sens par rapport aux soins donnés, en lien avec les multiples changements que subissent les structures sanitaires. Cela explique la recherche de sens à laquelle se rattachent les soignants.

Le cadre de santé a donc pour mission de redonner du sens au travail s'il veut « fédérer » les soignants autour du projet. Pour y parvenir, il peut créer des lieux et des espaces propices à la réflexion collective.

Le changement est une rupture dans son fonctionnement lorsque les éléments suivants sont transformés : les pratiques, les conditions de travail, les outils, l'organisation, le métier, la stratégie et la culture.

Il convient alors de gérer les résistances naturelles qui s'opèrent.

Gérard-Dominique CARTON¹⁷, met en avant quatre grands types de résistance face au changement :

- L'inertie, les « non-dits » ou la procrastination des « résistants » : l'individu va faire croire qu'il embrasse pleinement la transformation alors qu'il n'en est rien et qu'il ne va surtout pas bouger. Il va se réfugier derrière une certaine prudence et/ou le besoin d'avis complémentaires afin de repousser l'échéance d'acceptation dudit projet le plus loin possible.
- L'argumentation (qui donne lieu à des discussions sans fin) : tout est prétexte à argumenter contre le projet et démontrer la prévalence de la situation actuelle face aux changements proposés.
- La révolte : résistance dans l'action (Ex : grèves diverses et variées, menaces de démissions, actions sociales, barrages...)
- Le sabotage : sous couvert d'acceptation du projet, les saboteurs vont tout faire pour ridiculiser le bien-fondé de ce dernier dans le but de le faire capoter purement et simplement. (Ex : fausses rumeurs, zèle excessif visant à prouver la fragilité ou l'ineptie de la démarche et/ou du projet en lui-même).

La résistance qu'une action de changement peut rencontrer, ne doit pas être comprise comme une simple inertie mise en travers d'une évolution, mais comme une phase de maturation nécessaire. Les individus ont besoin de comprendre les changements qui les concernent avant d'agir en conséquence.

¹⁴ MORIN Edgar – « Introduction à la pensée complexe » - Editions Du Seuil – Avril 2005

¹⁵ AUTISSIER David et WACHEUX Frédérique - « Manager par le sens » - Editions Eyrolles - 2006

¹⁶ POPIELSKI Jean-François – « Donner ou redonner du sens au travail » – Articles Soins Cadres (n°87) – 2013 – p15-43

¹⁷ Gérard-Dominique CARTON, expert-conseil en ingénierie du changement et ses implications

Le changement organisationnel induit forcément des changements individuels qu'il faut identifier et prendre en considération dans les étapes d'accompagnement au changement.

En effet, appliquée au changement, la théorie du cycle de réponse au deuil de « Kübler-Ross¹⁸ » décrit, malgré les différences individuelles, cinq étapes successives caractérisées par une réponse émotionnelle au changement. Ce cycle vaut surtout s'il s'agit d'un changement imposé et subi.

Ces étapes de réponse individuelle au changement organisationnel sont les suivantes :

- Le déni, le refus de comprendre : « ça n'est pas possible... pourquoi moi ? Cela ne peut pas m'arriver... ». L'individu ne comprend pas ce qui lui arrive ;
- La colère, la révolte : « jamais je n'accepterai... ». L'individu « accuse » les responsables apparents du changement ;
- Le marchandage : « si c'est comme ça, alors en échange il faudra que... ». L'individu essaie de négocier, de diminuer les pertes attendues ou supposées ;
- La dépression, la résignation : « de toute façon, il n'y a rien à faire... ». L'individu « apprécie » la réalité de la perte ;
- L'acceptation, l'intégration du changement, l'établissement d'un compromis : « après tout, c'est peut-être un mal pour un bien... ». L'individu accepte la situation et ses multiples implications.

Cette « *résistance au changement n'est ni plus ni moins rationnelle, ni plus ni moins légitime que l'action qui la provoque* ». ¹⁹ Cette citation de FRIEDBERG, illustre « la normalité » de ces étapes, reflétant la mise en place de l'apprentissage conduisant au changement individuel.

Ainsi, c'est autant le type (ou le niveau de changement concerné) que la gestion de ce changement par les responsables qui en ont la charge, qui détermineront la durée de ce cycle incompressible et son amplitude.

Le niveau du changement organisationnel concerné, croisé avec le niveau des apprentissages individuels, détermine à chaque fois des situations particulières ; situations sont sous la responsabilité de CDS qui ont eux-mêmes des styles de management (participatif, délégatif, directif, ...) différents.

2.1.7 Gestion des changements

La gestion d'un changement est un processus complexe qui varie selon les besoins, et qui se compose de 3 étapes principales :

- Le diagnostic du changement,
- L'accompagnement du changement,
- Et le pilotage du changement.

¹⁸ Elisabeth KUBLER-ROSS, psychiatre helvético-américaine, pionnière de l'approche des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie.

¹⁹ E. FRIEDBERG - « Le pouvoir et la règle » - Seuil, 1993

Le diagnostic du changement, est la phase qui permet d'identifier les besoins de changement, les populations concernées et leur état d'acceptation. Cela permet de dresser un état des lieux en matière de conduite du changement mais également de choisir les leviers les plus appropriés ainsi que leur modalité de réalisation.

La phase d'accompagnement au changement est la plus connue car elle concerne le déploiement des leviers de la conduite du changement que sont la communication, la formation et l'accompagnement des transformations. Issus des méthodes de conduite du changement type projet, ces leviers constituent la phase dite d'accompagnement du changement auprès des personnes concernées.

Le cycle de pilotage du changement est très important car il met la conduite du changement en obligation de résultats. Cela permet de formaliser l'état des transformations et de voir si ces dernières correspondent aux souhaits d'origine.

Le pilotage constitue une indication pour calibrer les leviers et revenir sur les modalités de déploiement de certains en cas de contre-performance.

La gestion des trois phases d'un processus de changement :

Qu'il s'agisse d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation, le changement peut être appréhendé comme un processus composé de trois phases successives : *l'éveil, la transition et la ritualisation*²⁰.

(Il s'agit des mêmes phases décrites précédemment par Kurt LEWIN (« *la décrystallisation - le déplacement et la recristallisation* »), qui sont nommées différemment par les auteurs de l'ouvrage « *La gestion du changement organisationnel* »).

Beaucoup de démarches de changement sont difficiles parce qu'elles se réduisent à la phase de transition : ni l'éveil ni la ritualisation ne sont organisés.

Les processus d'apprentissage ne s'enclenchent pas, les évolutions formelles de l'organisation restent sans effet au niveau des comportements.

E. DELAVALLEE nous invite réfléchir à la gestion de ces trois étapes, par cette question : « *Pourquoi apprendre à se comporter de manière différente quand on n'a pas perçu la nécessité ou l'intérêt de changer ?* »²¹ »

En effet, la première étape, l'éveil, est le processus de prise de conscience de l'écart entre la situation prévue et la situation actuelle. L'objectif est à ce stade de préparer le changement pour en faire émerger les possibilités et les conditions. Pour un changement imposé ou subi, le processus de deuil se déroule essentiellement pendant cette phase.

Cette étape correspond à l'évaluation des conditions du changement, afin de pouvoir mettre en place le dispositif d'accompagnement le plus adapté.

Cela permet :

- D'avoir une idée de la façon dont le changement est perçu par les agents concernés,
- D'estimer les ressources disponibles pour conduire ce changement,
- D'évaluer le contexte dans lequel ce changement intervient. Ces informations, permettront d'orienter le plan d'action.

²⁰ P. COLLERETTE, R. SCHNEIDER, P. LEGRIS, ISO Management Systems – « La gestion du changement organisationnel » - octobre 2001, mars-avril 2002, septembre-octobre 2002, janvier-février 2003, mai-juin 2003 et novembre-décembre 2003

²¹ E. DELAVALLEE – « Les méthodes de gestion du changement organisationnel » - Encyclopédie des ressources humaines, Vuibert, 2003

Le recours à une stratégie inadéquate peut retarder ou mettre en échec le projet. Il convient donc de ne pas se tromper sur l'appréciation des conditions du changement et de bien définir le système qui doit changer et le niveau I ou II de ce changement. Seuls un diagnostic co-élaboré avec les agents concernés et un choix partagé permettent de limiter cet écueil.

Ce choix n'est pas neutre quant à la stratégie de gestion du changement à adopter : le changement de niveau I pourra plus facilement être géré dans la continuité, tandis que le changement de niveau II sera plus souvent associé à des ruptures.

Lorsque cela est possible, il est préférable de privilégier la continuité à la rupture, afin de respecter le rythme de développement des processus individuels d'apprentissage.

La deuxième étape est la transition, ou la mise en œuvre du plan d'action global.

Lorsque la stratégie a été choisie et qu'un plan d'action a été défini, il faut mettre en œuvre concrètement les actions prévues et assurer le passage effectif de la situation actuelle à la situation visée.

La transition est le processus par lequel on passe de l'état ancien à l'état nouveau. C'est une phase durant laquelle on expérimente une nouvelle manière de faire les choses, où on tente d'abandonner les anciennes pratiques pour en acquérir de nouvelles. Elle se traduit par la mise en œuvre opérationnelle du plan d'action.

Deux catégories d'outils peuvent être utilisées. Ils sont empruntés à la conduite de projet :

- les outils de pilotage (ex : note de cadrage, organigramme du projet, plan de communication, tableau de bord du projet, plan d'actions, fiche de relevé de décision, ...)
- les outils techniques (ex : fiche de définition de fonction, tableau des charges et des ressources, tableau de suivi des activités, ...).

La démarche proposée n'est pas une suite linéaire d'étapes chronologiques et se distingue ici des trois étapes « cadrer, conduire et conclure » de la conduite de projet.

Elle est composée de cycles successifs dans lesquels l'évaluation des actions menées constitue le diagnostic de la nouvelle situation, jusqu'à ce que le niveau de consolidation des nouveaux comportements (la ritualisation) requis par le changement soit jugé satisfaisant par le pilote du changement.

Ces cycles successifs sont mis en œuvre par une équipe projet animée par un chef de projet. Il conduira l'action qui lui est confiée selon le processus²², ci-après :

Cadrer l'action :

- Initialiser l'action : analyser la demande initiale, formuler les objectifs du projet et les résultats à atteindre, faire valider par le comité de pilotage ;
- Lancer l'action : organiser le dispositif nécessaire en fonction des objectifs définis ;
- Constituer l'équipe de projet ;
- Définir la démarche ;
- Elaborer le planning de l'action ;
- Evaluer son coût ;
- Organiser le dispositif de pilotage opérationnel.

²² Philibert DE DIVONNE – « Conduire et accompagner les changements » - La Lettre du CEDIP n° 33 - En ligne - octobre 2005

Conduire l'action. Le chef de projet :

- Organise les séances de travail,
- Suit l'état d'avancement des travaux et le planning de réalisation,
- Assure le retour d'information vers le pilotage stratégique,
- Anime le dispositif de communication.

Evaluer l'action. L'évaluation de l'action permet de :

- mesurer le niveau de consolidation des nouveaux comportements requis par le changement,
- préparer le cadrage d'une nouvelle action.

Enfin, la ritualisation, par l'accompagnement du changement, est la phase de consolidation des nouveaux comportements requis par le changement. Elle consiste à pérenniser les nouvelles pratiques, sans quoi les anciennes habitudes se rétablissent. Lors de la ritualisation, « *les nouvelles pratiques se stabilisent, les doléances s'apaisent, les individus développent graduellement des automatismes (...)* Le changement est adopté à des degrés divers, selon les personnes, mais on a atteint un seuil de non-retour »²³.

2.1.8 La conduite du changement

La clé de la gestion du changement réside dans la capacité des projets à construire une démarche et des actions visant l'adhésion et la participation des principaux bénéficiaires. Ce dispositif s'intitule conduite du changement et vise à réaliser un cadrage du périmètre concerné, à déployer des actions de communication, de formation et d'accompagnement et à mesurer en permanence la réalisation du changement.

Conduire les changements organisationnels et accompagner les changements individuels induits ne relèvent pas d'une procédure normalisée. C'est une construction humaine aléatoire et parfois chaotique.

En réponse à ces besoins, des offres théoriques, méthodologiques et opérationnelles ont vu le jour. Les auteurs comme Peter DRUCKER²⁴, Peter SENGE²⁵ ou Rosabeth MOSS KANTER²⁶ ont été des pionniers de cette nouvelle donne du management en mettant en avant la notion de changement.

La conduite du changement est une technique de gestion qui est apparue il y a une quinzaine d'années avec les grands projets informatiques. Dans ce contexte les dirigeants se sont intéressés aux actions de communication et de formation, qui composent les deux leviers principaux de la conduite du changement.

La conduite du changement est l'ensemble des actions et opérations effectuées au sein d'une organisation pour lui permettre de s'adapter au changement et à l'évolution de l'environnement. Les personnes sont alors

²³ P. COLLERETTE, R. SCHNEIDER, P. LEGRIS, ISO Management Systems – « La gestion du changement organisationnel » - octobre 2001, mars-avril 2002, septembre-octobre 2002, janvier-février 2003, mai-juin 2003 et novembre-décembre 2003

²⁴ P. DRUCKER - professeur, consultant américain en management d'entreprise, auteur et théoricien.

²⁵ P. SENGE - professeur de management et auteur américain, directeur du Center for Organizational Learning du MIT Sloan School of Management.

²⁶ R. MOSS KANTER - professeur en management des entreprises à la Harvard Business School

accompagnées afin de comprendre et d’apprivoiser les nouveautés qui seront intégrées petit à petit à leur environnement de travail.

« Il n’y a pas pour le changement de recette universelle ou de solution miracle qui ne serait plus « qu’à appliquer » et qui pourrait toujours garantir le succès (...) L’action de changement est une action politique, au sens plein du terme, qui ne relève pas d’une logique d’optimisation ni même de maximisation ». « Une stratégie de changement doit donc inventer et articuler un ensemble d’actions « sur mesure » qui tiennent compte des caractéristiques spécifiques des jeux et du système d’acteurs dont il s’agit de transformer la structuration »²⁷.

En raison d’un nombre croissant de projets et afin de permettre aux managers de se professionnaliser tant sur la gestion de projet que sur la gestion des changements et transformations induits par ces projets, des études d’impacts et des plans d’accompagnement des transformations ont été ajoutés aux deux leviers principaux de la conduite du changement.

Aussi, on retiendra trois objectifs à la conduite du changement. Le premier objectif réside dans l’adhésion des principaux acteurs ; le deuxième objectif, dépendant du premier, est celui de la transformation ; et le troisième objectif est celui de l’évolution, comme conséquence à moyen et long terme de la phase de transformation.

En effet, pour LEWIN²⁸, *« il est préférable de conduire le changement en se focalisant sur la diminution des forces restrictives, plutôt que de chercher à augmenter les forces propulsives. »* Les normes sociales liant les individus d’un même groupe agissent comme des résistances au changement.

Le déroulement du changement sans une participation en amont génère stress et confusion.

De plus, prendre en compte les avis des destinataires du changement est signe de reconnaissance et de valorisation. Ceci encourage la participation des professionnels à la réflexion sur une nouvelle organisation et leur permet de s’appropriier le changement. Il peut donc être un facteur limitant la résistance.

Dans le cadre de la conduite du changement, la participation en tant que levier du changement nécessite d’être associée à d’autres stratégies et outils pour potentialiser son action et optimiser l’accompagnement.

2.2 L’ACCOMPAGNEMENT

La modification de l’environnement professionnel induit de laisser une partie de son histoire professionnelle derrière soi. Dans le cadre de la construction d’un nouvel établissement, l’orientation vers un nouveau lieu, inconnu, et parfois situé à plusieurs kilomètres du lieu de travail habituel, constitue un changement conduisant à une perte de repères qu’il convient d’accompagner.

Cet accompagnement est un défi humain et organisationnel que le manager doit mener, car il doit faciliter l’intégration des équipes dans les nouveaux locaux mais aussi garantir une offre en soins de qualité.

2.2.1 Définition

Le verbe accompagner, d’après le dictionnaire latin Lexilogos et le dictionnaire étymologique de la langue française en ligne, est composé de *ac*, préfixe latin qui veut dire rapprochement proximité, et de *compagnon*.

²⁷ E. FRIEDBERG – « Le pouvoir et la règle » - Seuil, 1993

²⁸ K. LEWIN – « Psychologie dynamique : les relations humaines » - PUF, 1975

Ce dernier, d'après le dictionnaire de la langue française Le Larousse, est formé à partir du latin *cum* : « avec » et *panis* : « pain » ce qui veut dire « qui mange son pain avec ».

L'accompagnement est un concept qui existait dans le champ des soins palliatifs dans les années 1960-1970 Il va prendre son essor et envahir le champ professionnel dans les années 1990, dans des domaines d'activité variés comme la santé, le social, l'éducation..., ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens.

Le terme d'accompagnement apparaît au XIII^{ème} siècle dans le vocabulaire du droit lors d'un « contrat de pariage »²⁹ ; puis au XVI^{ème} siècle, il signifie un ensemble de gens accompagnant un personnage généralement de haut rang. Au XVIII^{ème} siècle apparaît le terme de « compagnonnage » défini comme le temps pendant lequel un ouvrier, après son apprentissage, doit travailler comme compagnon chez un maître avant de devenir maître lui-même.

Accompagner, selon le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, c'est : « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener.* » ; « *Accompagner un malade, l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie.* ».

Pour l'accompagnant « *Se dit, pour une personne qui en aide une autre dans diverses situations de la vie.* »³⁰

Ces notions sont toutes fondées sur une base relationnelle forte, dans laquelle la fonction de l'un est de faciliter l'apprentissage ou un passage de l'autre. Il s'agit bien d'être avec et d'aller vers.

Ainsi l'accompagnement jouerait donc sur deux tableaux. Il participerait à la fois à la valorisation d'un être-avec et à celle d'un être-ensemble.

Ce sont là deux logiques. Entre une logique de l'entretenir : tenir entre, maintenir mutuellement, maintenir l'individu dans la vie sociale - et une logique de l'appartenir : de la relation du tout à la partie, à quels usages sont destinés aujourd'hui les différentes formes de l'accompagnement ? On pressent que toutes ces formes drainent avec elles un univers de valeurs.

Il y a bien effectivement une structure identique et constitutive de toutes les formes d'accompagnement inscrite dans la sémantique même du verbe accompagner, *ac-cum-pagnis*,

Ac (vers), cum (avec), pagnis (pain), dotent l'accompagnement d'une double dimension de relation et de cheminement.

Ainsi la définition minimale de toute forme d'accompagnement est : être avec et aller vers, sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage.

La définition du verbe accompagner confirme cette organisation du sens, se joindre à quelqu'un (dimension relationnelle), pour aller où il va (dimension temporelle et opérationnelle), en même temps que lui : à son rythme, à sa mesure, à sa portée.

²⁹ Autour des mots : RECHERCHE et FORMATION-N°62-20095-Trésor de la langue française, volume XII, p. 999.RR062_08_Autour des mots_91-108 14/12/09. Page 95

³⁰ Définition <https://fr.wikipedia.org/wiki/Accompagnement>

Le terme accompagnement renvoie ainsi à quatre idées :

Tout d'abord, il renvoie à celle de secondarité : celui qui accompagne est second, c'est-à-dire « suivant » (et non « suiveur »). S'il n'a pas la primauté, il n'est pour autant pas accessoire puisqu'il n'y aurait accompagnement sans ce binôme initial. Sa fonction est de soutenir au sens de valoriser celui qui est accompagné³¹.

Le terme d'accompagnement renvoie ensuite à l'idée de cheminement incluant un temps d'élaboration et des étapes qui composent la « mise en chemin ».

En trois, vient l'idée d'un effet d'ensemble : quelle que soit la dissymétrie relationnelle, l'action vise à impliquer les deux éléments à tous les stades de ce cheminement.

Enfin, c'est l'idée de transition, liée à une circonstance, une actualité, un événement, une situation qui vient dire que tout accompagnement est temporaire : il a un début, un développement et une fin.

Dans cette organisation, la dimension relationnelle est première. La dimension opérationnelle lui est subordonnée. La « mise en relation » (avec) est la condition de la « mise en chemin » (vers).

L'accompagnement tend à désigner une forme de relation avec un autre, acteur de son projet. La relation apparaît alors comme lieu de l'autonomisation et de la coopération.

Depuis les années 1990-2000, tous les secteurs professionnels se sont vus concernés d'une certaine manière par la question de l'accompagnement et le mot est passé du vocabulaire familier au vocabulaire professionnel.

2.2.2 L'accompagnement comme posture et relation

Tous les acteurs qui utilisent la notion d'accompagnement s'entendent pour rappeler la définition courante où accompagner est se joindre à quelqu'un / pour aller où il va / en même temps que lui et souligne que la relation y est première.

La posture, en effet, désigne « *une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à un moment donné. C'est une attitude de corps et d'esprit* », qui selon M. PAUL³², revêt les différentes formes.

Tout d'abord, c'est une posture « *éthique* », parce que nécessairement réflexive et critique. C'est une posture éthique au sens où DERRIDA³³ définit la relation éthique comme un « *rapport non-violent (...) à autrui* ».

Ensuite, M. PAUL parle de posture de « *non-savoir* ». Par cela, il indique que la compétence du professionnel ne consiste plus à énoncer des compréhensions, des explications, des interprétations, mais bien à s'ouvrir aux savoirs et vérités construits par les échanges et les dialogues, en situation.

Il évoque, également, la posture de « *dialogue* ». La relation de dialogue pose un espace qui met en scène deux personnes, deux sujets, s'entretenant à propos d'une situation pour laquelle leur double compétence est requise.

³¹ Maëla PAUL, « Accompagnement », *Recherche et formation* [En ligne], 62 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2013, consulté le 07 mars 2019. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/435> ;

³² M. PAUL - « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique » Mis en ligne sur Cairn.info le 01/01/2014, consulté le 07 mars 2019. Recherche en soins infirmiers 2012/3 (N° 110), pages 13 à 20 URL : <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>

³³ DERRIDA J. *L'écriture et la différence*, Paris : Seuil ; 1967 (cité dans 31).

La posture « *d'écoute* », désigne un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagée du sens qui soutient la démarche et nourrit le cheminement.

Enfin, la posture « *émancipatrice* », qui vise à recréer un environnement relationnel qui soit une opportunité, pour tous, de « grandir en humanité » en se distanciant des jeux qui peuvent aliéner les uns aux autres.

La posture d'accompagnement désigne donc une manière de se tenir en relation avec l'autre qui ne soit ni dans la domination ni dans l'indifférence et peut être caractérisée comme une posture labile, fluide, en constante redéfinition et ajustement.

2.2.3 L'accompagnement comme relation et démarche

L'accompagnement se conçoit comme cheminement partagé. La démarche (ses étapes, ses outils) ne prend sens qu'en considération de ce qui s'échange au sein d'une relation de dialogue et de partage. Seule la personne concernée est habilitée à dire ce qu'il en est de sa situation, comment elle la vit et quel désir de changement elle nourrit pour celle-ci. Toute contrainte exercée, toute tentative de persuasion, ne prépare qu'un échec différé.

Il en résulte que : de la mise en relation dépend la mise en chemin - et réciproquement : de la mise en chemin dépend la mise en relation.

En effet, la relation se forme à l'occasion d'un prétexte qui fait projet.

Pour qu'il y ait accompagnement, il faut qu'il y ait projet : c'est-à-dire, une mise en mouvement qui ait un sens qui réponde à une orientation choisie. Il ne peut y avoir de mise en chemin si on n'a pas quelque chose en vue.

Pour qu'il y ait projet, il faut donc qu'il y ait plusieurs éléments :

- une situation présente ressentie comme insatisfaisante ou améliorable ;
- l'appréhension que cette situation est changeable, qu'elle vaut la peine d'être changée ;
- l'imagination de ce qui pourrait être mis à la place de ce qui est là ;
- et le désir d'entreprendre ce changement : d'en être l'acteur.

Accompagner est alors créer les conditions pour exercer sa capacité et son pouvoir d'agir sur sa propre situation, dans son propre environnement. Il n'y a donc pas de démarche standardisée.

On ne peut donc uniquement avancer dans la réalisation de ce projet au regard d'une seule stratégie planifiée.

Accompagner suppose une « stratégie tâtonnante » qui conjugue :

- une stratégie sur un mode délibéré (ce que l'on prévoit d'atteindre et qui justifie la mise en route)
- avec une stratégie sur un mode aléatoire (qui permet d'être ouvert à tout ce qui survient en cours de route et d'en intégrer les informations).

Le choix d'une stratégie répond aux besoins de réduire l'incertitude ou l'inefficacité, de « contrôler » à minima la situation, autant qu'au désir de réaliser notre intention.

Etant donné que nous agissons, dans notre environnement, en tentant à la fois d'atteindre nos objectifs personnels et de répondre aux attentes dans un contexte donné, l'accompagnement se révèle ainsi le lieu d'une double visée : une visée productive en termes de résultat (réponse à une commande sociale) et une visée constructive en termes de développement d'une personne (élément qualitatif).

Ceci amène à accorder à la démarche d'accompagnement, une double lecture :

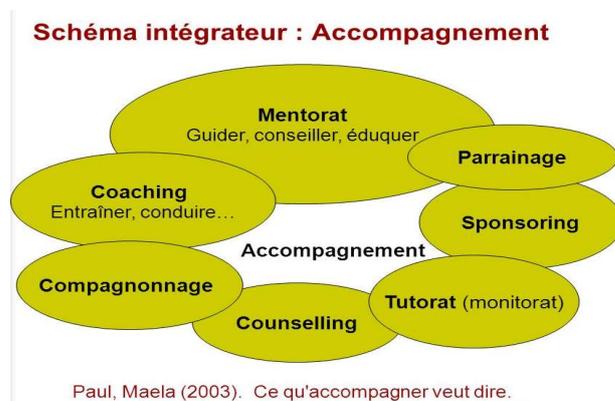
- une lecture de la démarche programme, en réponse à la commande : l'objectif est-il atteint ou pas ?
- une lecture en termes de démarche projet : à cette occasion, et quel que soit l'atteinte ou pas de l'objectif, quelles sont les compétences (personnelles et sociales) mobilisées, celles qui ont été acquises et celles qui restent à acquérir ?

2.2.4 La Nébuleuse des formes d'accompagnement :

La plupart des pratiques actuelles d'accompagnement tendent plus ou moins à la professionnalisation.

On en compte 6 d'après la littérature et notamment d'après M. PAUL³⁴ :

- Conseil
- Parrainage
- Sponsoring
- Tutorat / Compagnonnage
- Coaching
- Mentorat



On pressent que toutes ces formes drainent avec elles un univers de valeurs : le coaching et l'idée de maïeutique, le counseling et la relation d'aide, le tutorat et l'apprentissage, le mentorat et la solidarité intergénérationnelle, le compagnonnage et l'idée de transmission.

Elles sont toutes fondées sur une base relationnelle forte, dans laquelle la fonction de l'un est de faciliter l'apprentissage ou un passage de l'autre. Il s'agit bien d'être avec et d'aller vers.

2.25 Pourquoi accompagner ses collaborateurs ?

S'il y a enjeu à la mise en œuvre d'une relation forte d'accompagnement, ce n'est pas parce que la personne accompagnée est incapable de faire seule. En effet, s'il s'agit de se joindre à elle, c'est que la présence de l'un à l'autre et la parole qu'ils s'échangent sont incitatives à la mise en mouvement.

³⁴ M. PAUL – « Autour du mot accompagnement » - <https://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR062-8.pdf>

Car :

- En relation, celui qui est accompagné peut s'entendre dire à un autre ce qu'il a besoin de se dire à lui-même. Cela suppose donc une relation d'interpellation et d'interlocution qui sollicite et incite à se dire.
- C'est parce qu'il ne pourra reconnaître qu'il vaut quelque chose qu'en ayant expérimenté, au sein d'une relation, que ce qu'il a à dire vaut la peine d'être écouté.
- Cette reconnaissance de l'autre, donnant accès à la reconnaissance qu'il peut avoir de lui-même de valoir, est nécessaire pour qu'il puisse tenter de faire valoir ce qu'il vaut au niveau social.
- Chaque opportunité d'accompagnement est le lieu d'un apprentissage réciproque du dialogue et de la co-construction, de la mobilisation des ressources : de la mise en situation d'acteurs, inventoriant les ressources d'un territoire. Chaque dispositif d'accompagnement peut être l'occasion de vérifier que nous sommes capables de parler et d'agir ensemble.

Pour M. PAUL³⁵, l'accompagnement apparaît alors comme « *démarche ou dynamique balisée par une suite d'opérations qui se constitue en cheminement et en projet, s'exprimant dans un déroulement temporel sur la base de ses fondamentaux :*

-De la mise en relation dépend la mise en chemin – et réciproquement.

-De la mise en lumière des ressources et contraintes liées à une situation, dépendent la mise en valeur de la personne, la mise en œuvre de ses capacités dialoguantes et coopératives, et leur mise en lien et en scène par et dans un territoire donné ».

L'accompagnement permet aux individus d'entrer dans un processus d'adaptation

2.2.3 Processus d'adaptation

C'est certain, le changement nécessite un effort d'adaptation de la part des collaborateurs. Il est important d'accompagner les collaborateurs, surtout les « réticents », à chaque étape du processus d'acceptation du changement.

En effet, si on doit laisser du temps aux collaborateurs pour qu'ils s'habituent au changement, on doit surtout éviter de les forcer et de les précipiter, au risque de les braquer davantage.

Autant que possible, il faut les impliquer dans le processus du changement. Leur montrer que leur avis compte et qu'il existe des solutions pour faciliter le processus d'adaptation.

Le processus d'adaptation des individus aux changements se déroule en trois étapes distinctes.

Au cours de ces trois étapes, on peut observer des émotions et des comportements communs et dégager des stratégies en conséquence :

- Etape 1 : Rompre avec le passé.

³⁵ PAUL M., « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », Paris, L'Harmattan -2004

Il faut faire le deuil des anciennes méthodes et des habitudes. La première réaction est souvent de l'incertitude et du rejet. En effet, les conséquences des changements les contrarient dans le sens d'un renoncement à ce qui leur est familier et confortable.

De nombreuses stratégies visent à soutenir les individus dans cette situation : fournir de l'information, expliquer à quoi s'attendre, traiter le passé avec respect, déceler et accepter les signes d'émotion, ...

- Etape 2 : Explorer les nouvelles façons de faire.

Dans cette deuxième étape, l'anxiété et la résistance laissent place à l'expérimentation des changements et à la définition de nouveaux rôles. C'est la transition entre les méthodes anciennes que l'on oublie et les nouvelles que l'on ne maîtrise pas complètement.

Les actions doivent alors aller dans le sens de l'identification claire des priorités et définir les objectifs à court terme, faire connaître les postures transitoires, encourager l'implication des individus à toutes les étapes du changement, ...

- Etape 3 : Commencer les changements.

Paradoxalement, le commencement correspond à la dernière étape du processus d'adaptation. C'est l'étape au cours de laquelle les individus adhèrent aux nouvelles valeurs, adoptent de nouvelles attitudes et commencent à percevoir des bénéfices tangibles et à s'engager dans l'implantation des changements.

L'implication ne se fait réellement que lorsque les individus ont intégré mentalement, émotionnellement et physiquement les changements.

Pour certains le début des changements demeure angoissant et la possibilité persistante que les changements ne soient pas conformes aux attentes ; pour d'autres, la vision est claire, ou du moins, plus claire et ils sont déjà engagés dans le processus.

Les actions qui peuvent être entreprises à ce niveau, selon la situation et les individus, sont les suivantes :

- S'inspirer des meilleures pratiques,
- Favoriser le leadership,
- Communiquer la vision et la stratégie,
- Former les individus,
- Identifier les occasions de succès rapide,
- Manifester de la gratitude,
- Récompenser les individus.

En conclusion, afin que les changements se déroulent le mieux possible, il est essentiel d'accompagner les collaborateurs. Cet accompagnement permet de prouver que l'évolution se fait pour le bénéfice de tous, et que les intérêts de chacun seront pris en compte dans la mesure du possible, en étant à l'écoute des collaborateurs, en identifiant leurs craintes et leurs doutes, et en apportant des solutions adaptées.

Vivre un changement n'est pas facile, mais il reste aisé d'encourager ses collaborateurs, de reconnaître leurs efforts et de les valoriser ... car il est essentiel de reconnaître et de saluer le travail réalisé par les collaborateurs pour qu'ils s'adaptent et acceptent le changement.

2.3 LE PROJET

Le troisième élément de ce cadre conceptuel concerne la notion de projet.

Le mot « projet » révèle des significations différentes en fonction de son utilisation. En effet, la signification première et la plus courante est celle de : « *ce que l'on projette de faire* ». Le mot projet est également utilisé pour identifier l'ébauche ou la première rédaction d'un texte (ex : texte de loi). Au sens architectural, un projet est un dessin, un schéma. Pour l'AFNOR³⁶, un projet est un texte préparant la publication d'une norme internationale. Enfin, le mot projet a inspiré la littérature, notamment Jean-Pierre BOUTINET, qui propose sa vision du projet selon quatre modèles (commande sociale, paternaliste, participatif, autonome) dans son ouvrage intitulé « *Anthropologie du projet* »³⁷.

2.3.1 Définition

Si les significations du mot projet citées précédemment sont différentes, l'histoire, la racine et l'étymologie du mot nous orientent dans son appropriation.

En effet, la racine latine du projet est *projicere*, qui veut dire « *jeter vers l'avant* »³⁸. En est issu le verbe projeter, qui se décompose facilement en « *pro* » et « *jet* ».

Il évoque donc un mouvement, une trajectoire, un rapport à l'espace et au temps.

L'étymologie latine du mot projet est « *projectus* » : projeter, expulser. Cette étymologie explique le sens actuel du terme : « *se projeter dans le futur* ».

La notion de projet apparaît à l'époque de la renaissance dans le domaine de l'architecture. Le projet représente alors le travail de conception de l'architecte et se différencie de la phase de réalisation. Le projet correspond à la construction précise d'une idée et il précède la phase de mise en œuvre.

L'époque des lumières marque un tournant dans la définition du projet car il est alors le moyen pour l'homme de se réaliser par sa capacité de créativité.

Après Mai 1968, la construction d'un projet permet alors à l'individu de promouvoir ses valeurs. Cela signe le passage d'une société de masse à une société de l'individu

Pour les sociologues comme CROZIER³⁹, en lien avec le monde du travail, le projet est un moyen pour le salarié d'être acteur et d'exercer un pouvoir sur l'organisation.

Pour BOUTINET⁴⁰, enseignant chercheur en psychosociologie, le projet se soucie « *d'aménager un vide créateur* », le projet est « *l'anticipation opératoire partiellement déterminée* » (p.64).

³⁶ AFNOR = Association Française de NORmalisation.

³⁷ BOUTINET J.P., « Anthropologie du projet », 2012, Mis en ligne sur Cairn.info le 10/11/2016 - ISBN 9782130594611 - ISBN en ligne 9782130806981

³⁸ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Projet>

³⁹ M. CROZIER & E. FRIEDBERG, « L'acteur et le système », Editions du Seuil, 1977

⁴⁰ BOUTINET J.P., « Anthropologie du projet » - Éditeur : Presses Universitaires de France, 2012 – 464 p

VILATTE⁴¹, enseignant chercheur en sciences de l'éducation, s'appuie sur les travaux de plusieurs auteurs pour définir le projet comme « *un instrument de mobilisation sociale et individuelle, mais aussi comme un élément d'évaluation* » (p5). Il est le moyen pour les acteurs d'atteindre leurs objectifs.

Omniprésent dans tous les domaines aujourd'hui, le projet est aussi une réponse à la crise économique, idéologique et morale actuelle car il permet aux individus de s'appuyer sur de nouveaux repères.

Pour qu'il y ait projet, il faut un point de départ sur lequel on se base pour se lancer en avant vers un but précis.

Par définition, un projet est une organisation temporaire (pouvant s'étendre sur plusieurs années), un « *processus unique, qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et des dates de fin, entreprises dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques telles que des contraintes de délais, de coûts et de ressources* »⁴²

Pour Hugues MARCHAT, « *Un projet désigne un ensemble d'actions coordonnées faisant appel à diverses compétences et ressources (acteurs, matériels, etc. ...) pour atteindre un but, concrétiser une intention* ». ⁴³

2.3.2 Les Différents types de projets

Au regard de la littérature, BOUTINET et VILATTE notamment, font des distinctions entre les différents projets.

BOUTINET distingue deux types de projets : le projet de référence et le projet participatif.

VILATTE, quant à lui, décrit sept dimensions possibles du projet : la première concerne principalement le projet de référence, alors que les six autres dimensions traitent du projet participatif.

1 - Le projet de référence

Un projet de référence théorise la vision et les valeurs de l'organisation. Les acteurs de l'organisation pourront alors se baser sur une culture d'entreprise bien identifiée.

Pour BOUTINET comme pour VILATTE, le projet de référence s'appuie principalement sur une dimension symbolique.

Le projet de référence cherche à bien mettre en évidence les valeurs culturelles qui sont censées inspirer l'action, alors que le projet de référence exprime les grandes orientations et doit ensuite être communiqué à

⁴¹ VILATTE J.C., « Le Projet ? » - Séminaires-rencontres des médiateurs en Midi-Pyrénées – 2006 - En ligne URL : <http://docplayer.fr/19486944-Le-projet-seminaires-rencontres-des-mediateurs-en-midi-pyrenees-seminaire-rodez-du-2-3-fevrier-2006.html>

⁴² ISO 10006

⁴³ Hugues Marchat – « La Conduite de projet » _ Eyrolles Editions- 2014 / p13

tous les acteurs de la structure concernée afin de s'assurer que les actions de chacun s'inscrivent dans un sens commun.

Il s'agit par le projet de combiner l'efficacité de l'entreprise avec le développement des hommes.

L'ANSEM⁴⁴, dans son document « *Repères concernant la notion de projet* », présente le projet d'institution comme un outil de management qui « *revêt de ce fait un caractère plutôt vertical. Cependant, il doit au mieux faire l'objet d'une mobilisation, au pire être l'expression d'une volonté partagée.* » (p.4).

2 - Le projet participatif

Pour BOUTINET, les projets participatifs sont des déclinaisons opérationnelles des projets de référence, qui comprennent des phases de planification de tâches porteuses de sens.

Pour VILATTE, projet participatif et projet de référence sont différents. Un projet participatif peut exister indépendamment d'un projet de référence, ce que ne présente pas BOUTINET. Le projet participatif a une dimension opératoire importante. Il concrétise une intention et pose un but à atteindre. Pour ce faire, les actions et les moyens nécessaires sont planifiés.

Malgré leur divergence, les deux auteurs s'accordent sur les dimensions sociales et volontaristes du projet.

Ainsi, BOUTINET insiste sur la capacité du projet participatif à créer du lien entre les membres d'une équipe. Il représente une ressource pour le manager qui souhaite créer une dynamique d'équipe.

VILATTE aborde aussi le rôle fédérateur du projet participatif en décrivant sa dimension de socialisation. Le projet demande aux individus de communiquer, de participer et de coopérer. Il responsabilise les acteurs les uns envers les autres. Il implique de travailler en équipe. Le projet ne suscite pas d'emblée l'unanimité mais nécessite d'être bien explicité afin de parvenir à un consensus dynamique.

Pour BOUTINET, les acteurs participent activement de la conception à la réalisation du projet. Le projet participatif a ainsi une dimension volontariste qui traduit l'implication de l'acteur dans le projet. Ce type de projet permet de motiver les personnes et de lutter contre la lourdeur des organisations bureaucratiques, synonymes de règles et de normes souvent rigides.

VILATTE décrit les dimensions de désir, qui engage la créativité de l'individu et qui permet de se « réapproprier la réalité ». Dans le même ordre d'idée, il décrit la dimension affective qui correspond au besoin personnel de se réaliser et au besoin d'établir des relations interpersonnelles.

En conclusion, pour ces deux auteurs, le projet trace le chemin entre le désir et la réalité. Pour atteindre ses objectifs, il doit être suffisamment souple pour pouvoir être incarné par tous les acteurs et bien construit pour ne pas les perdre.

⁴⁴ANESM, 2009, portail HAS - « Repères concernant la notion de projet » - Consulté le 12/03/2019 https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201803/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf

Dans cette perspective, le projet de référence donne une direction, il est porteur de sens et de valeurs. Le projet participatif, lui, permet de mobiliser une dynamique d'équipe, de développer le sentiment d'appartenance et la créativité des acteurs du projet.

Jean-Paul JEANNIN, socioanalyste définit le projet comme « *un processus d'action construit à partir d'un diagnostic de situation, du choix d'objectifs cohérents par rapport à cette situation et de différents moyens à mettre en œuvre pour répondre à une problématique précise* ». Les actions, articulées entre elles, visent à transformer la « *situation initiale insatisfaisante* » en « *situation résultante satisfaisante* ». « *Les résultats sont mesurables et programmés dans le temps. L'élaboration est collective tout comme son objet*⁴⁵ ».

Manager le changement est un acte indispensable pour accompagner les transformations générées par les nouveaux projets. Malheureusement les aspects techniques sont souvent prioritaires au détriment des préoccupations humaines. Et pourtant la réussite passe obligatoirement par l'acceptation de la nouvelle organisation et des nouvelles missions/tâches associées. La bonne conduite du changement par le cadre de santé ne dépend pas que de sa méthode managériale, mais aussi des moyens et des informations qu'il a sa disposition.

En définitive, le projet est un processus unique où il est nécessaire de suivre les différentes étapes précédemment citées pour le mener à bien. Celles-ci facilitent l'acceptation du changement des pratiques des acteurs et la pérennité du projet en découle alors. Un projet réussi est un projet qui perdure dans le temps. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue, comme l'indique Jean Pierre BOUTINET, que « *le résultat est incertain* » lors du démarrage du processus.

2.3.3 Principes et Intérêts d'un projet

Comme le rappelle Jean Pierre BOUTINET, « *un projet est efficacité, rationalisation de l'organisation, détermination des fonctions, des rôles de chacun, fixation d'objectifs, de priorités à court et long terme, restructuration face aux changements, refus de l'habitude* ⁴⁶ ».

Un projet sert à systématiser une action, l'ensemble des activités à réaliser pour atteindre un objectif précis. Il implique la mise en place d'un comité de pilotage, composé d'un nombre plus ou moins important de personnes, rassemblées à la seule fin de la réalisation du projet.

Il permet à l'individu (aux groupes) d'accorder ses buts en suivant des plans, des définitions d'étapes, des perspectives d'objectifs prioritaires, c'est-à-dire des projets successifs.

Selon MARCHAT, « *le mode projet est une organisation relativement autonome composée d'experts dont la seule finalité est la réalisation d'objectifs dans un planning et un budget donné* ».⁴⁷

⁴⁵ JEANNIN Jean-Paul. « Le projet » URL : http://www.sosreseaux.com/outils/projet/projet_definition.pdf (consulté le 5/01/2019).

⁴⁶ <http://docplayer.fr/19486944-Le-projet-seminaires-rencontres-des-mediateurs-en-midi-pyrenees-seminaire-rodez-du-2-3-fevrier-2006.html> , page 13, consulté le 06/01/2019

⁴⁷ Hugues Marchat – « La Conduite de projet » _ Eyrolles Editions- 2014 / p16

C'est un objet de maîtrise, un processus de co-adaptation : adaptation de l'individu à l'environnement (physique et social) et au temps, mais aussi de l'environnement et du temps à l'individu.

Le projet est la prise en compte des besoins évolutifs des individus et des structures sociales. Il est l'expression personnelle et collective, dans une structure qui se veut pluraliste. Il apparaît comme la clef de voûte d'un système.

Si le projet est tourné vers l'avenir, le projet apparaît aussi comme une nécessité, face aux situations de plus en plus complexes qui touchent notre société moderne. Il apparaît alors, la perte de repères. Le projet permet de refaire surgir ces repères, de lutter contre l'angoisse existentielle de notre époque.

Avoir un projet, c'est vouloir prendre son destin en main.

Construire un projet, c'est accéder à l'autonomie, c'est prouver sa capacité à générer des changements orientés, dans un environnement incertain.

Si le projet vise à la reconnaissance et à la promotion de l'autonomie (le projet est centré sur l'individu), il est aussi une forme de responsabilisation par rapport aux autres.

Le projet est un produit de la raison, de la cognition, c'est donc un processus de responsabilisation pour celui qui s'engage dans un projet.

Le projet crée une relation aux autres, rend nécessaire le travail en équipe, le travail en collaboration. Il est donc par essence fédérateur, convivial dans une recherche de sens et d'efficacité de tous les partenaires qui lui sont associés.

Élaborer un projet suppose d'avoir des idées, des envies. C'est toute une dynamique idéologique qui alimente, stimule le projet.

Le projet est aussi une occasion de réalisation de soi et de prise de conscience de soi.

Dans son aspect dynamique, le projet permet le dépassement de soi et la résolution des conflits. Il contribue au sentiment d'identité

Un projet est donc un mouvement entre deux pôles, un mouvement entre le désir et la raison.

Le projet oscille aujourd'hui entre une dimension phénoménologique (projet de vie, de l'individu, dimension subjective, expérience personnelle irréductible à la généralisation) et l'approche rationalisante (explicative, justificative, normalisatrice dans le conseil de la planification etc.).

Le projet doit s'inscrire dans ces deux dimensions, trouver un équilibre.

2.3.4 La conduite de projet

La conduite de projet, aussi appelée gestion de projet ou management de projet, est une démarche, qui a pour but de structurer et assurer le bon déroulement d'un projet.

Le management de projet correspond à l'ensemble des actions engagées par une ou des organisation(s) afin de définir/concevoir un projet, de le lancer et de le réaliser. Il ne relève pas seulement de l'application d'outils de gestion, mais d'un système de gestion à part entière.

Conduire un projet se résume en 4 grandes étapes :

1 - La phase d'avant-projet ou de cadrage : il s'agit de toute la partie d'analyse, de formalisation et de planification en amont. C'est le tout début du processus avec la prise en compte de la demande et le calibrage du projet dans ses grandes lignes.

2 - La conception : c'est l'étape de la définition et de la préparation des travaux à venir (constitution de l'équipe, mise au point du planning, définition des ressources...).

3 - L'exécution : la réalisation de ce qui a été planifié précédemment avec les séances de travail, les réunions avec les parties prenantes, les validations intermédiaires, la communication, la (très importante) conduite du changement... Sans oublier le pilotage.

4 - La clôture : l'heure du bilan et l'organisation de la fin des travaux. Avec une évaluation.

La conduite de projet est articulée par un chef de projet.

Pour mener ses missions à bien - fixation des objectifs, organisation des actions, planification, gestion des ressources, etc. - le chef de projet doit faire appel à une large palette d'outils.

Les outils de gestion de projet sont à utiliser selon les besoins à couvrir.

- Outils de cadrage : analyse des besoins, objectifs, budget, rôles et responsabilité, cahier des charges
- Outils de conception : pré-analyse, priorisation, tâche à mener, communication, gestion des risques
- Outils de conduite de projet : travail de groupe, résolution de problèmes, prise de décision, pilotage, mise en place de solutions
- Outils de clôture : bilan de projet
- Outils de performance personnelle du chef de projet : organisation personnelle et communication

Aussi, le profil d'un chef de projet doit rassembler plusieurs compétences, dont :

- Capacité à gérer les situations incertaines
- Connaissances générales, techniques et de gestion
- Capacité d'analyse
- Capacité relationnelle
- Capacité à négocier et à déléguer
- Grande disponibilité

La conduite de projet est l'une des missions dévolues au cadre de santé.

Ainsi, au cours de son exercice professionnel, il sera nécessairement amené à réfléchir à une stratégie pour accompagner le changement. Pour cela, il doit y inclure l'ensemble des acteurs, car ceux-ci peuvent être une aide non négligeable dans ce processus. De plus, la communication doit être mise au centre de cette réflexion. Dès lors, l'élaboration d'un plan ou d'une réflexion s'avèrent indispensable afin de fédérer au maximum les équipes autour du projet. Le cadre de santé peut en être ici, soit un acteur, soit l'instigateur.

2.4 ROLE DU CADRE DANS L'ORGANISATION

Pour Henry MINTZBERG, universitaire canadien en science de gestion et représentant du courant de la sociologie des organisations (Ecole de la contingence), l'institution confère au cadre de santé une autorité formelle assortie de responsabilités en respectant une hiérarchie déterminée. Dans « *Le management au quotidien* » (MINTZBERG, H., 1984), il définit 10 rôles qu'il classe en 3 catégories :

Les rôles interpersonnels :

- Le cadre comme symbole
- Le cadre comme leader
- Le cadre comme agent de liaison

Les rôles liés à l'information :

- Le cadre comme observateur actif
- Le cadre comme diffuseur
- Le cadre comme porte-parole

Les rôles décisionnels :

- Le cadre comme entrepreneur
- Le cadre comme régulateur
- Le cadre comme répartiteur de ressources
- Le cadre comme négociateur

La fonction cadre étant définie, il est important de noter que selon CROZIER et FRIEDBERG, le cadre a également des « pouvoirs » d'actions qui lui sont propres et que sa réussite réside dans la régulation de ces derniers.

En effet, Michel CROZIER, sociologue et concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations, et Erhard FRIEDBERG, sociologue français, et professeur de sociologie à Sciences Po, nous proposent une réflexion conceptualisée sur l'action humaine individuelle et collective au travers de leur ouvrage « *L'acteur et le système* »⁴⁸.

Les auteurs définissent un « *système d'actions concret* » dans lequel nous évoluons, la société, comme « *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire, la stabilité de ses jeux.* »⁴⁹

Dès lors, il existe des sources de pouvoirs dont ils distinguent 4 origines :

- La possession d'une compétence d'expert
- Les relations entre l'organisation et son environnement (contrôle)
- La communication et les flux d'information
- L'utilisation des règles organisationnelles

⁴⁸ CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. – 1977 - « *L'acteur et le système* »

⁴⁹ CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. - 1977, « *L'acteur et le système* » (p.286).

Nous retrouvons ici des éléments des référentiels d'activités et de compétences du cadre de santé. Le bon fonctionnement de l'organisation dépend alors de la régulation des pouvoirs au sein de cette même organisation.

2.4.1 Les différents types de management

Henri MINTZBERG, relate que le cadre est « *personnellement responsable de la conception de projets* »⁵⁰. Or, l'accompagnement au changement peut être considéré comme une démarche projet qui peut être articulée par différents types de managements, en fonction des facteurs définis par ce dernier.

Le management relationnel

L'efficacité de la relation avec les autres est une composante essentielle du management. Elle consiste à animer les relations entre le manager et son équipe, et entre l'équipe et son environnement. Il est au carrefour entre les hommes et le management opérationnel.

Dans son ouvrage, Laurence BARANSKI⁵¹, place le management dans une démarche globale qui prend en compte à la fois la dynamique de changement au niveau : de la personne, du groupe, et de l'entreprise. Selon elle, le management relationnel permet de donner du sens au changement, à l'action. Elle rejoint l'approche humaniste selon laquelle le collaborateur est guidé par des motivations qui lui sont propres. Il faut alors, réunir les conditions favorables pour qu'il décide de se motiver.

CROZIER dit que « *l'individu est un acteur libre qui agit pour atteindre ses propres objectifs. Le système se doit donc de proposer une organisation permettant la réciprocité des intérêts de chacun* ».

Pour BARANSKI, « *La bienveillance, l'attention à l'autre, le respect, l'écoute sont des leviers d'efficacité dans les relations managériales* ».

Aussi, le manager doit réunir les conditions favorables au développement des motivations, en adoptant un management relationnel et situationnel.

Le cadre pourra alors s'adapter à des organisations de plus en plus complexes. Celui-ci doit faire preuve d'écoute, d'authenticité et d'empathie pour favoriser la performance globale.

Pour BARANSKI, dans le cadre du projet de changement, « *le management intermédiaire doit favoriser la collaboration, privilégier une posture de facilitateur, d'accompagnateur en utilisant par exemple la délégation* ».

Le management situationnel ou adaptatif

Les équipes étant généralement composées de personnalités différentes, le principe du management situationnel est d'adapter son management à chacun des collaborateurs. Il n'existe donc pas une manière idéale de manager mais plusieurs styles adaptés à diverses situations. Pour définir le style qui correspond le

⁵⁰ MINTZBERG Henri. Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre. 2ème éd. Paris : Organisation, 2006, p 172.

⁵¹ L. BARANSKI – « Le manager éclairé : donner du sens et réussir le changement » - Editions Eyrolles, 2014

mieux à chaque cas, on considère deux critères : l'engagement et la compétence. L'engagement représente la motivation ainsi que la confiance en soi et la compétence inclut les connaissances, le savoir-faire et le potentiel.

P. HERSEY⁵², économiste et spécialiste en management, a abordé ce concept de management situationnel, qu'il a également défini sous le terme de management adaptatif. Ce mode de management tend à s'adapter aux différentes typologies de salariés, autant qu'à la complexité de plus en plus grande des organisations.

Avec K. BLANCHARD (auteur du « *Manager Minute* »), ils sont les inventeurs du leadership situationnel. Dans ce cadre, ils définissent quatre modes de management qui se doivent d'être utilisés selon les circonstances :

- Management directif : le leader directif est très organisationnel et peu relationnel. Il fixe des objectifs et les moyens très précis. Il est le seul décisionnaire.
- Management persuasif : le leader persuasif est très organisationnel et très relationnel. Il fixe des objectifs, donne les instructions et décide. Il explique ses choix et ses décisions.
- Management associatif : le leader associatif est peu organisationnel et très relationnel. Il écoute, donne la parole, parle peu et conseille. Les décisions sont prises en équipe.
- Management délégatif : le leader délégatif est peu organisationnel et peu relationnel. Il délègue pour responsabiliser et impliquer les membres de l'équipe. Il n'intervient pas de lui-même mais répond aux sollicitations. Il laisse la responsabilité de la prise de décision à l'équipe.

« *L'art de manager* » devient alors l'art d'utiliser le bon mode de management au bon moment.

Le management participatif

Le management participatif s'appuie sur un développement de la communication au sein de l'entreprise et sur la mise en place de conditions de travail favorables. Stimuler l'écoute, le partage et la collaboration du personnel de l'entreprise dans le cadre du projet de l'entreprise permet de développer la confiance individuelle dans un premier temps, puis collective ce qui renforce l'esprit de groupe et améliore le fonctionnement de l'entreprise.

Kurt LEWIN en parle sous le terme de management démocratique. Ce type de management n'est pas basé sur le laisser faire mais sur la libre participation aux échanges : il favorise l'implication, lève les freins et permet l'adoption de nouvelles normes.

BARANSKI, de son côté, insiste sur l'importance pour le manager de maîtriser les canaux de communication afin de promouvoir l'adhésion au projet.

⁵² Paul HERSEY, « *Le leader situationnel* » - Les Éditions d'Organisation, 1989

Aussi, fondée sur quatre principes, la communication permet la compréhension, l'adhésion, l'appropriation par une réflexion impliquante et enfin l'action.

De plus, S. MOSCOVICI⁵³ décrit les qualités dont l'individu doit faire preuve pour influencer le groupe. Il dit que l'individu qui communique avec cohérence pourra influencer sur les décisions du groupe. En effet, l'individu cherche à se conformer à l'avis du groupe afin d'être accepté par les membres du groupe. Cela fait donc intervenir les relations interpersonnelles et les capacités d'écoute.

Il apparaît donc indispensable que le manager porte les qualités requises au management participatif afin de réguler les échanges et d'aider les membres du groupe à trouver un consensus qui fasse sens pour chacun.

Le « bon » manager

Si le management est l'art de conduire une organisation vers la réalisation de ses objectifs, le manager (le cadre de santé) est la personne qui en permet la réalisation.

Aussi, un bon manager doit notamment être capable de :

- d'organiser et accompagner le travail de son équipe au quotidien ;
- fixer les objectifs et négocier les moyens ;
- évaluer les résultats et apprécier les performances ;
- déléguer des missions à ses collaborateurs ;
- maintenir la motivation de son équipe sans pouvoir nécessairement augmenter les salaires.

En résumé, conduire un projet, c'est prévoir, animer et contrôler.

« Le meilleur manager est celui qui sait trouver les talents pour faire les choses, et qui sait aussi réfréner son envie de s'en mêler pendant qu'ils les font ». (Theodore Roosevelt)

2.4.2 La Conduite du Changement

Pourquoi et comment conduire le changement ?

La conduite du changement n'est pas un élément méthodologique optionnel dans la mise en œuvre du projet, mais au contraire un élément nécessaire à sa structuration.

L'accompagnement au changement permet de préparer les individus à vivre le mieux possible la transition entre un présent appelé à disparaître, et un futur difficile à appréhender. L'intérêt de la mise en place de cette procédure est de prendre en compte les difficultés ou les craintes des salariés et de les amener à devenir acteurs du projet, ou tout au moins à les informer, les rassurer, les former afin qu'ils soient opérationnels lorsque le changement sera devenu réel.

⁵³ Serge MOSCOVICI et Geneviève PAICHELER, "Travail, individu et groupe." (1973) - Un chapitre publié dans l'ouvrage de Serge Moscovici, « INTRODUCTION À LA PSYCHOLOGIE SOCIALE » TOME II., Chapitre 1, pp. 9-44. Paris : Librairie Larousse, 1973, 363 pp. Collection : Sciences humaines et sociales.

Pour D. AUTISSIER et J.-M. MOUTOT⁵⁴, puisque le changement est incontournable et de plus en plus présent dans le quotidien des organisations, il est important de s'intéresser à la façon de le mettre en place.

Dans leur ouvrage « *Méthode de conduite du changement* », les auteurs décrivent que, le plus souvent, les initiateurs de changement ne voient l'accompagnement au changement que comme « *un ensemble d'actions de communication et de formation* ». Or, si ces actions sont nécessaires à la conduite du projet, elles ne résument pas l'ensemble du processus de conduite.

En effet, celui-ci se décompose en trois étapes :

o Le diagnostic du changement, qui correspond à l'analyse du changement et du contexte. Il permet de mettre en évidence les besoins du projet. Cette étape permet de cibler les actions à mettre en place, en fonction des nécessités mises en évidence. C'est un travail de repérage et de cadrage.

o Un cycle d'accompagnement de changement, illustrant le déploiement des leviers de la conduite du changement. Ce diagnostic permet de s'intéresser aux répercussions du changement sur différents facteurs, que les auteurs appellent « l'étude d'impacts », mais aussi sur les individus qui vont être impliqués dans le changement. C'est une étape pivot qui fait le lien entre les phases d'analyses et d'actions.

o Un cycle de pilotage du changement (phase d'action) correspondant à la mise en place d'outils qui vont permettre à la personne chargée de conduire le changement, de le mettre en œuvre. Cela va passer par la construction d'un « plan d'action d'accompagnement du changement », qui va reprendre toutes les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs posés.

Ces actions se déclinent sous trois formes principales : actions de communication, de formation (avec réalisation d'un plan de communication et/ou de formation), et action de mise en œuvre des procédures de travail (actions de transformation).

Le pilotage correspond également à la phase d'évaluation des actions mises en place. Cette évaluation se fait grâce à l'utilisation d'indicateurs qui vont permettre de mesurer la performance des outils, ainsi que le degré d'atteinte des objectifs et détermineront finalement s'il y a eu adhésion ou non des acteurs au changement.

Un projet peut émaner soit de l'équipe, soit être à l'initiative de l'encadrement. Dans ce dernier cas, il est crucial que le projet devienne celui de l'équipe entière et non seulement du cadre.

La notion de collectif est fondamentale. Pour qu'un projet arrive à terme, il est nécessaire d'obtenir l'implication de 80% des personnes, les 20 % restant accordant leur confiance a posteriori. Il s'agit ici d'un facteur de réussite du processus. Nous pouvons également noter comme autre facteur le recensement en considération.

Aussi, se contenter de transmettre de nouvelles directives comportementales ou organisationnelles sans plus d'explication ni d'un minimum d'accompagnement promet un rejet total de la transformation. Les individus ont besoin de savoir, comprendre, donner du sens avant d'adopter de nouveaux comportements.

Anticiper et accompagner la transformation permet ainsi de :

⁵⁴ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – « Méthode de conduite du changement » 2e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 16.

- diminuer les angoisses liées à la nouveauté : en expliquant les changements, notamment la motivation profonde de ces derniers, vous permettez à vos collaborateurs de se les approprier et ainsi moins les craindre.
- donner du sens : en évoquant les conséquences positives de la transformation par rapport à la situation actuelle, vous légitimez le changement.
- aider à surmonter les difficultés liées à la transition et à la nouvelle situation : grâce à une écoute sans faille et des réponses aux interrogations de chacun, vous éviterez découragement, démotivation, rejet et sabotage.
- développer l'esprit d'équipe et booster l'intelligence collective : tous les membres de votre équipe n'évoluant pas au même rythme, la transition est une occasion de favoriser les échanges, l'entraide et la cohésion d'équipe.
- insuffler une nouvelle dynamique positive : votre équipe ainsi mobilisée retrouvera son dynamisme et la motivation nécessaire - souvent plus fortement qu'auparavant - pour atteindre les nouveaux objectifs.

2.4.3 La Gestion/Conduite de Projet :

La gestion de projet offre des méthodes, une rigueur et une démarche qui permettent de composer avec la nouveauté, l'unicité, l'inconnu, l'incertitude et le risque associé à la poursuite du but identifié.

Elle permet de pallier l'absence d'expérience et de pratiques antérieures par rapport à l'objectif spécifique visé.

Conduite de projet : définitions

La conduite de projet, aussi appelée gestion de projet ou management de projet. C'est une démarche, qui a pour but de structurer et assurer le bon déroulement d'un projet.

La gestion de projet est le mode de réalisation d'un projet, où l'application des techniques de gestion permet d'atteindre des objectifs précis.

L'AFNOR⁵⁵ quant à elle, donne cette définition : « *La gestion de projet couvre l'ensemble des outils, techniques et méthodes qui permettent au chef de projet et à l'équipe plus ou moins nombreuse, qui lui est directement associée, de conduire, coordonner et harmoniser les diverses tâches exécutées dans le cadre du projet, afin qu'il satisfasse aux besoins explicites et implicites pour lesquels il a été entrepris* ».

Composition de la conduite de projet

La gestion de projet comprend :

- planifier le projet dans le temps : c'est l'objet de la planification,
- chiffrer et suivre le budgétisé (étude préalable des coûts et avantages ou revenus attendus en contrepartie, des sources de financement, étude des risques projets, opérationnels et financiers et des impacts divers ...),
- maîtriser et piloter les risques,
- atteindre le niveau de qualité souhaité,
- faire intervenir de nombreuses parties prenantes : c'est l'objet des organisations qui identifient maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage (voir également fonctions de maîtrise d'ouvrage) ,
- responsabiliser le chef de projet ou le directeur de projet, mettre en place un comité de pilotage,

⁵⁵ AFNOR = Association française de normalisation

- suivre des enjeux opérationnels et financiers importants
- organiser les avenants au contrat nécessaires pour couvrir les demandes de modifications.

Conduire un projet, c'est prendre toutes les mesures nécessaires pour faire en sorte que le projet atteigne ses objectifs, notamment sur quatre axes principaux :

- le respect des objectifs de qualité des livrables ;
- le respect des délais ;
- le respect des coûts ;
- la satisfaction du client.

Pour optimiser ces quatre axes, la personne en charge d'orchestrer le projet, le chef de projet, met notamment en œuvre différents savoirs, habiletés, outils et techniques.

Action concrètes de la conduite de projet

Conduire un projet efficacement, c'est :

- structurer et planifier ;
- piloter le projet ;
- manager l'équipe projet ;

Pourquoi et comment conduire le changement ?

La conduite du changement n'est pas un élément méthodologique optionnel dans la mise en œuvre du projet, mais au contraire un élément nécessaire à sa structuration.

L'accompagnement au changement permet de préparer les individus à vivre le mieux possible la transition entre un présent appelé à disparaître, et un futur difficile à appréhender. L'intérêt de la mise en place de cette procédure est de prendre en compte les difficultés ou les craintes des salariés et de les amener à devenir acteurs du projet, ou tout au moins à les informer, les rassurer, les former afin qu'ils soient opérationnels lorsque le changement sera devenu réel.

Pour D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT⁵⁶, puisque le changement est incontournable et de plus en plus présent dans le quotidien des organisations, il est important de s'intéresser à la façon de le mettre en place.

Dans leur ouvrage « Méthode de conduite du changement », les auteurs décrivent que, le plus souvent, les initiateurs de changement ne voient l'accompagnement au changement que comme « *un ensemble d'actions de communication et de formation* ». Or, si ces actions sont nécessaires à la conduite du projet, elles ne résument pas l'ensemble du processus de conduite. En effet, celui-ci se décompose en trois étapes :

o Le diagnostic du changement, correspondant à l'analyse du changement et du contexte. Il permet de mettre en évidence les besoins du projet. Cette étape permet de cibler les actions à mettre en place, en fonction des nécessités mises en évidence. C'est un travail de repérage et de cadrage.

o Un cycle d'accompagnement de changement, illustrant le déploiement des leviers de la conduite du changement. Ce diagnostic permet de s'intéresser aux répercussions du changement sur différents facteurs,

⁵⁶ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – « Méthode de conduite du changement » 2e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 16.

que les auteurs appellent « l'étude d'impacts », mais aussi sur les individus qui vont être impliqués dans le changement. C'est une étape pivot qui fait le lien entre les phases d'analyses et d'actions.

o Un cycle de pilotage du changement (phase d'action) correspondant à la mise en place d'outils qui vont permettre à la personne chargée de conduire le changement, de le mettre en œuvre. Cela va passer par la construction d'un « plan d'action d'accompagnement du changement », qui va reprendre toutes les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs posés.

Ces actions se déclinent sous trois formes principales : actions de communication, de formation (avec réalisation d'un plan de communication et/ou de formation), et action de mise en œuvre des procédures de travail (actions de transformation).

Le pilotage correspond également à la phase d'évaluation des actions mises en place. Cette évaluation se fait grâce à l'utilisation d'indicateurs qui vont permettre de mesurer la performance des outils, ainsi que le degré d'atteinte des objectifs et détermineront finalement s'il y a eu adhésion ou non des acteurs au changement.

L'accompagnement par la communication

Une opération de changement repose sur des efforts importants de dialogue et de communication à tous les niveaux de l'organisation et tout au long du processus de changement.

En effet, il s'agit :

- D'engager la discussion sur le changement et les ruptures,
- D'explicitier les contraintes et les freins,
- De mettre en évidence les gains potentiels individuels,
- De dédramatiser le changement en objectivant les « pertes » supposées ou réelles,
- De générer un foisonnement d'idées qui enrichit le processus et l'accélère,
- Et enfin d'adapter la démarche aux différents acteurs et à leur position.

Tout au long du processus, les pilotes peuvent être pris entre deux exigences parfois contradictoires :

- Être suffisamment explicites pour que les différents groupes d'acteurs puissent y adhérer,
- Être suffisamment ouverts pour ne pas contraindre à priori le changement.

Il conviendra donc de trouver un juste milieu entre la communication qui donne le cap et la participation qui co-élabore le processus permettant de l'atteindre.

L'accompagnement basé sur « les préoccupations »

C. BAREIL et A. SAVOIE⁵⁷ évoquent l'existence d'autres cadres conceptuels que la théorie sur la résistance. Grâce à leurs recherches, ils ont mis en évidence trois « modèles dynamiques » qui permettent d'expliquer les comportements des Hommes face au changement, et donc, de les accompagner :

⁵⁷ BAREIL.C, SAVOIE.A. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement. In : Gestion, vol. 24, n°3, 1999. – p 87

- L'approche cognitivo-temporelle : basée sur la théorie de LEWIN, elle reprend l'idée des phases de dé cristallisation, de déplacement puis de recristallisation des normes.
- L'approche socio-émotionnelle. Elle décrit quatre à dix étapes réactionnelles nécessaires pour vivre le changement : du déni à l'engagement, en passant par la tristesse, la culpabilité, la colère et la confusion.
- L'approche cognitivo-affective ou « *théorie des phases de préoccupations* » qui ne considère plus la résistance au changement comme un obstacle ou un problème, mais plutôt comme « *des inquiétudes et des questions face à une situation actuelle ou anticipée* ». Elles vont nécessiter la mise en place de stratégies bien définies en fonction de la progression du projet.
 Cette méthode dispose d'outils de mesure permettant de recueillir facilement les données directement auprès des personnes concernées (grille d'entretien ou questionnaire) ; elle bénéficie d'un « fondement théorique vérifié empiriquement », qui la rend légitime auprès des « gestionnaires et des bénéficiaires ».

Pour qu'un acteur exécute une action, il doit être compétent et motivé. Pour augmenter sa compétence, il faut l'informer, le former et l'accompagner (savoir, savoir-faire, savoir-être). Pour améliorer sa motivation, il faut faire évoluer ses représentations : extrinsèques (ce qu'il peut en retirer) et intrinsèques (l'intérêt de la tâche elle-même).

En effet, les personnes confrontées au changement le perçoivent souvent comme une prise de risque, ou tout au moins comme une déstabilisation.

En s'appuyant sur les cinq phases de préoccupations, l'accompagnement permet de tenir compte de l'évolution du ressenti des acteurs en fonction de l'avancée du projet. Aussi, les actions de soutien et d'accompagnement que le porteur du changement pourra mettre en place, varieront en fonction de l'évolution de ce changement :

- Phase 1 : le déni. Pas de préoccupation. Le destinataire ne se sent pas concerné. Il continue à travailler comme si le processus n'était pas enclenché.

Lors de cette phase, le manager va communiquer en utilisant des faits montrant que le changement est nécessaire et qu'il est inéluctable. Il doit favoriser la prise de conscience.

- Phase 2 : l'individu est préoccupé par lui-même. Il prend conscience du changement et se pose beaucoup de questions sur son devenir et ses conditions d'exercice. Cette phase est propice à l'apparition d'inquiétudes.

Durant cette phase, le manager informe et rassure. Il doit rendre concrète la mise en œuvre du processus, sans apporter trop de détails. Il y a un risque de voir l'inquiétude augmenter, et de voir les individus développer des positions de résistance, aussi il est indispensable de créer un climat favorable à l'expression des craintes, et être à l'écoute des destinataires du changement.

- Phase 3 : les préoccupations se tournent vers l'organisation. L'employé se demande si l'organisation est capable de supporter ce changement, et s'il est avantageux pour lui de s'investir dans le projet.

Cette phase est surtout un temps de réassurance sur l'organisation. Le manager rentre dans les détails du projet, décrit et clarifie les choix réalisés ou à réaliser, parle du déroulement et explique aux salariés ce qu'on attend d'eux.

- Phase 4 : les préoccupations sont orientées sur le changement lui-même. Les personnes réclament des détails. Elles sont en attente de réponses à leurs questionnements.

Le manager doit répondre à cette attente en fournissant le plus d'informations possibles sur l'avancée du processus, mais aussi sur les événements à venir. C'est le moment de mettre en place des réunions pour parler concrètement du changement, mais aussi de créer des groupes de travail.

- Phase 5 : les préoccupations du salarié sont centrées sur l'expérimentation. Les individus sont prêts et acceptent le changement, mais ils doutent de leur capacité à pouvoir le faire efficacement.

Le rôle du manager à ce moment-là est de réduire leur sentiment d'incompétence. Pour cela, il peut utiliser les formations ou le retour sur expérience en faisant témoigner des équipes ayant déjà vécu cette expérience.

Si les inquiétudes des destinataires du changement sont normales et légitimes, la réussite du projet est entre les mains du manager.

En permettant de percevoir les difficultés psychiques des individus face au changement, ce modèle d'aide au pilotage du changement donne au manager la possibilité « *de développer [chez eux] une prédisposition au changement* »⁵⁸.

Le manager a le devoir de répondre à ces préoccupations, mais il doit aussi adapter ses interventions en fonction des individus et du stade auquel chacun se situe.

Gestion des résistances

Pour gérer une situation nouvelle imposée à des collaborateurs, il est essentiel de bien connaître les sources de résistance au changement.

En voici quelques-unes, complétées par des pistes d'action :

1 - Les collaborateurs concernés ont quelque chose à perdre. Il est essentiel dans ce cas de bien cerner les acquis qui vont disparaître pour leur proposer des alternatives crédibles.

2 - Le changement génère des incertitudes. Pour les réduire, rien ne vaut une information sur les tenants et aboutissants du projet. Et encore mieux organiser des rendez-vous réguliers de communication. Les parties prenantes pourront ainsi exprimer leurs doutes, craintes et peurs.

3- Les personnes concernées redoutent de ne pas posséder les compétences requises : pour les rassurer, il convient d'aborder très rapidement la question de leur formation. Et présenter un plan précis pour lever toute ambiguïté sur l'implication de la direction à les former.

4 - Opposition liée à la personne ou opposition par principe : l'astuce est d'impliquer ces personnes dans des décisions collectives, de les placer face aux décisions du groupe.

Faire face aux résistances nécessite une bonne dose de savoir-faire et savoir-être ainsi qu'une grande patience.

⁵⁸ AUITSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. – Conduite du changement : concepts clés. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 145.

2.5 CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL

Au regard des différentes recherches documentaires réalisées, nous pouvons constater que le changement est un sujet complexe.

En effet, même si celui-ci est inhérent à la vie, il reste vécu la plupart du temps comme un évènement douloureux. Lorsque celui-ci se réalise dans un contexte d'organisation professionnelle, il s'avère encore plus compliqué.

Face aux multiples changements qui se mettent en place dans les établissements de santé, le cadre de santé est amené à accompagner les équipes dans ce processus.

Le cadre de santé doit alors s'appuyer sur la notion de groupe pour accompagner les agents dans ce processus et permettre de limiter la perte des repères et des valeurs. Cependant, cette démarche n'empêchera pas les résistances, celles-ci étant inéluctables et nécessaires.

Néanmoins, le cadre de santé doit accompagner les équipes pour faire face à ces multiples changements, en gardant à l'esprit la notion de service rendu au patient et de qualité des soins.

La compétence des cadres est aujourd'hui jugée sur la capacité de s'ouvrir aux changements tout en préservant la confiance des équipes et la sécurité des patients.

3. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

En faisant le parallèle avec les projets dans lesquels je me suis impliquée en tant qu'infirmière, ainsi que dans les projets débutés en tant que faisant fonction de cadre de santé, j'ai pris conscience de la nécessaire cohérence entre les projets et le projet d'établissement. Ces projets m'ont permis de m'inscrire dans une politique de qualité et de sécurité des soins, en lien avec l'établissement.

À la suite des recherches effectuées, il ressort clairement que projet et changement vont de pair et doivent être pensés conjointement. La mise en œuvre d'un changement, qu'elle qu'en soit l'ampleur, doit devenir un projet.

L'accompagnement des salariés sur le terrain du travail est un facteur clé du succès des changements, mais il faut rendre plus lisibles, plus accessibles les outils et méthodologies nécessaires aux acteurs ayant en charge cet accompagnement pour qu'ils exercent leur rôle avec efficacité et « confort ».

Au regard de ma question de départ et à l'issue de cette phase exploratoire, je peux affirmer que le Cadre de Santé est l'élément central permettant la concrétisation d'un projet de délocalisation. De plus, la littérature a permis de démontrer que l'accompagnement au changement était la condition sine qua non à la réussite d'un tel projet. Enfin, il est évident que la conduite du changement s'opère grâce à l'utilisation de différents outils et notamment la conduite de projet.

Ces postulats m'ont permis d'affiner ma question de départ, sur la base de ces deux hypothèses :

- La conduite de projet est une démarche de conduite au changement qui permet de structurer et d'assurer le bon déroulement d'un projet.
- Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet.

D'où ma question de recherche :

En quoi « la conduite de projet » est-elle un outil du Cadre de Santé pour accompagner le changement, notamment dans le cadre d'un projet de délocalisation ?

4. ENQUETE DE TERRAIN

Les évolutions en matière de santé génèrent des changements qui nécessitent une adaptation en plusieurs étapes. A travers cette enquête de terrain, je vais chercher à valider ou invalider les hypothèses posées au regard de ma question de recherche.

Mon thème d'étude porte sur la démarche projet et le rôle du manager dans sa mise en œuvre afin de comprendre ce qui permet une conduite de changement réussie.

L'objectif de ces entretiens est de recueillir des éléments concrets me permettant de construire mon enquête.

Le but de l'enquête est de cibler les thèmes du cadre conceptuel : changement, accompagnement et projet.

- Par rapport au changement, le but est de voir quelles sont les approches expérientielles et conceptuelles que les cadres de santé ont du changement.
- Par rapport à l'accompagnement, le but est de découvrir la manière dont les CDS conçoivent leur rôle auprès des équipes
- Par rapport au projet, comprendre quel est le type de représentation des acteurs face à un projet, et vérifier le niveau d'investissement et d'appropriation des cadres face aux différents outils d'accompagnement

Aussi, dans le cadre de cette enquête, j'ai commencé par développer la méthodologie utilisée avant de présenter les résultats et d'en faire une analyse.

4.1 METHODOLOGIE

Après avoir posé deux hypothèses pour éclairer ma question de recherche, j'ai souhaité utiliser une méthode de recherche hypothético-déductive.

Pour ce faire, j'ai d'abord déterminé la population à interroger, puis l'outil à utiliser. J'ai ensuite analysé ces entretiens selon un modèle d'analyse thématique.

4.1.1 Le choix de la population

Le travail s'inscrit dans un contexte de construction d'une nouvelle identité professionnelle : celle de cadre de santé, responsable d'une unité de soins et porte sur le management dans la démarche projet.

Au regard de ma thématique de recherche et dans le cadre de la constitution de l'échantillon de recherche, j'ai choisi d'explorer uniquement le point de vue des cadres de santé issus de mon groupement hospitalier.

Dans toute étude, le choix de l'échantillon ainsi que le nombre de sujets inclus sont primordiaux afin d'obtenir une enquête exploitable. L'échantillon se doit également d'être représentatif afin d'éviter tout biais⁵⁹.

En effet, le projet du GHNE est un projet qui s'inscrit dans une certaine primauté. Cette primauté en donne un caractère unique et dans ce contexte j'ai réellement souhaité avoir les retours de mes pairs.

En parallèle, j'ai voulu, malgré tout, interroger d'autres CDS, exerçant dans d'autres structures et ayant conduit des projets, afin de comparer les réponses et d'en retirer une certaine objectivité.

Aussi, je me suis appuyée sur le collectif cadre du GHNE et sur mes stages pour interroger 10 cadres de santé responsables d'unités de soins.

Je les ai contactés et je leur ai expliqué que les entretiens que je demandais découlaient de ma démarche de recherche et que je souhaitais les interroger sur le projet du GHNE. Tous ont accepté de me rencontrer.

Le groupe de 10 CDS interrogés se compose ainsi :

- 5 cadres de santé du GHNE : Cadre des Urgences adultes, Cadre de Chirurgie, Cadre en SSR, Cadre en USP et Cadre en Psychiatrie ;
- 1 Cadre Supérieur de Santé « Tri-sites » du GHNE ;
- 2 cadres de santé, issus du GHNE (qui ont changé d'établissement au cours des 2 dernières années) : l'ancienne cadre de Médecine à visée gastro et cardio, et l'ancienne cadre du laboratoire ;
- 1 cadre de santé en position de retraite du GHNE, qui était cadre de bloc opératoire ;
- 1 cadre de santé responsable d'un service de rééducation cardiaque, dans un établissement privé à but non lucratif.

4.1.2 Choix de l'outil

Dans le contexte de mon sujet de recherche, je me suis interrogée sur l'outil d'enquête qui me paraissait le plus pertinent à utiliser.

Après avoir longuement hésité entre le questionnaire ou l'entretien, j'ai choisi l'entretien car il me semblait offrir plus de souplesse pour recueillir les informations que je cherchais.

En effet, l'interactivité possible lors des échanges m'est apparue comme étant la plus favorable à l'obtention de données qualitatives.

J'ai souhaité recueillir les opinions et expériences des cadres de santé en phase de vivre ce projet et donc ces changements. L'entretien était donc l'outil le plus adapté afin de rendre compte du point de vue des personnes interrogées.

⁵⁹ Dr LEMASSON. Cours biostatistiques – ESM - Université Paris-Est Créteil. 2018-2019

Dans cette perspective, j'ai choisi l'entretien semi directif pour laisser un espace de liberté à l'interviewé et pour qu'il puisse répondre selon ses représentations.

Enfin, il me semblait important d'avoir la possibilité et la liberté de pouvoir recentrer l'entretien si je m'apercevais que l'interviewé s'éloignait trop de la question de base.

J'ai donc décidé de ne réaliser que des entretiens semi-directifs car cela me semblait plus approprié pour me permettre, lors de mon analyse, de confronter les réponses et discuter les différents points de vue.

4.1.3 Construction de l'enquête

Pour réaliser mes entretiens, j'ai rédigé une « grille d'entretien ».

En introduction de chacune d'elles, je précise que je m'engage au respect de la confidentialité des entretiens réalisés, ainsi qu'à l'anonymisation des données recueillies.

Cette grille n'a malheureusement pas pu être corrigée ni validée par mon directeur de mémoire avant que j'aie la possibilité de l'utiliser sur le terrain. Aussi, j'ai décidé de tester ma grille d'entretien auprès de 2 des cadres que j'avais prévu d'interroger initialement : mon ancienne collègue cadre de bloc opératoire actuellement à la retraite, et une de 2 cadres qui ont quitté le GHNE dernièrement.

Ce test était indispensable, car il m'a permis de voir que certaines questions devaient être reformulées, induisant du ressenti ; que d'autres orientaient les réponses par les termes utilisés ; ou encore, au regard de la pertinence de certaines questions, interrogeant l'analyse qui en serait faite.

Ces remarques ont finalement été confirmées par mon directeur de Mémoire, qui a son retour de congés, a pu me faire un retour sur ma grille d'entretien initiale, ce, avant que j'aie véritablement sur le terrain.

J'ai donc fait quelques corrections, et ai orienté mes entretiens sur la base de la grille d'entretien annexée à ce travail.

4.14 Modalités de réalisation

J'ai d'abord pris contact, avec la Direction des Soins de mon établissement. J'ai expliqué la thématique de mon mémoire et mes intentions. Ensuite j'ai contacté mes collègues CDS.

J'ai systématiquement proposé aux personnes de venir à leur rencontre sur le terrain. Par ailleurs, j'ai précisé qu'en cas de difficulté à conjuguer les plannings, l'entretien pourrait être réalisé par téléphone.

Lors des prises de contact, j'ai expliqué les raisons et le but de ma démarche, mais sans entrer dans les détails, pour ne pas risquer de fausser, d'influencer ou d'orienter les réponses de mes interlocuteurs. À la suite de cela, nous avons fixé un rendez-vous.

Sur 10 CDS, 2 ont été « utilisés » pour tester ma grille d'entretien.

Sur les 8 CDS restant, six entretiens ont été réalisés dans le cadre d'une rencontre dans les services de soins. Un a été réalisé par téléphone au cours du stage d'encadrement et le dernier est l'entretien obtenu auprès d'un Cadre Supérieur de Santé de mon groupement.

Pour chaque entretien, j'ai demandé l'autorisation d'enregistrer les échanges, afin de me permettre de me dégager de la prise de note et d'être plus disponible à la relation avec mon locuteur. J'ai reçu un accord unanime à cette demande.

Seul l'entretien téléphonique n'a pas été enregistré. J'ai dû prendre des notes, qui peuvent être exploitées, mais qui ne peuvent pas être retranscrites comme pour les autres entretiens.

La durée des entretiens varie entre 25 et 50 minutes. Tous se sont déroulés dans des lieux relativement calmes ou permettant de s'isoler afin de ne pas être dérangé à tout moment. Certaines collègues ont même eu la délicatesse de couper leur téléphone ou de transférer leur ligne, afin que notre discussion ne soit pas parasitée par des appels intempestifs.

Pour conduire mes entretiens, je me suis appuyée sur les questions de mon guide d'entretien et j'ai utilisé les techniques de reformulation et de clarification des propos entendus afin de faire préciser certaine pensée. Reformuler était aussi un moyen d'éviter le plus possible d'interpréter ensuite de façon erronée les propos entendus.

Une fois les entretiens réalisés, j'ai procédé à la retranscription de chacun d'eux⁶⁰. Puis je les ai insérés dans un tableau récapitulatif. J'ai choisi de regrouper les entretiens des 6 CDS interrogés, afin de pouvoir les analyser, en mettant en parallèle l'entretien obtenu auprès du Cadre Supérieur de Santé.

Ensuite, j'ai imprimé toutes ces retranscriptions. Je les ai ensuite découpés, et j'ai classé les extraits ainsi obtenus en fonction des thèmes ou concepts⁶¹.

Enfin, j'ai extrait les verbatims et j'ai pu analyser les données ainsi regroupées.

4.2 TRAITEMENT DES DONNEES

L'analyse réalisée s'attache à exposer l'importance et la place du cadre de santé, acteur dans la démarche projet. Au préalable, cela nécessite d'étudier leur perception du changement, de l'accompagnement et des processus décisionnels inhérents aux projets.

L'interprétation de ces résultats a pour objectif de vérifier que la conduite de projet est un des leviers du cadre de santé, dans la gestion des changements.

4.2.1 Le choix de la méthode d'analyse

J'ai choisi d'effectuer une analyse qualitative. En effet, le modèle d'analyse thématique ne s'attache pas à la singularité du discours mais c'est la cohérence thématique qui est recherchée.

Aussi, cette analyse sera axée sur le contenu thématique, l'ensemble pouvant être découpé par grand thème.

Tout d'abord, j'ai construit ma grille d'analyse d'entretien au regard de mes hypothèses de départ.

Ensuite, j'ai déterminé les grandes thématiques à rechercher. J'ai catégorisé les éléments signifiants des entretiens (mots et phrases) et les ai consignés dans ma grille d'analyse. J'ai alors repéré les sous-thèmes

⁶⁰ La retranscription complète des entretiens se trouvent en annexes

⁶¹ Cours de Mme Anne OLIVIER, L'analyse du contenu, ESM - 2018/2019.

auxquels les sujets accordaient une importance particulière et j'ai mis en exergue les points de convergence et de divergence entre les différents entretiens.

Pour chaque sous-thème, j'ai fait des allers/retours vers le cadre conceptuel ; ceci afin de mettre en perspective les résultats et concepts et pour permettre de repérer les apports nouveaux éventuels.

Pour terminer, j'ai mis en relation les propos tenus et les hypothèses posées dans le but de les vérifier

4.2.2 Analyse des résultats

Les entretiens ont tous débuté par la prise de connaissance de l'expérience professionnelle des personnes interviewées.

Ces éléments me semblent indispensables pour appréhender réellement les conditions de préparation et de réalisation du déménagement.

J'observe que l'ancienneté dans l'établissement, dans la fonction cadre de santé et dans le service sont très disparates.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Service	Cadre en chirurgie	Cadre des urgences adultes, SMUR et urgences psy	Cadre en SSR + équipe rééducateurs depuis 2017	Cadre en USP (12 lits)	Cadre en Psychiatrie de l'adolescent	Cadre en médecine sur le GHNE, puis depuis 2018 Cadre en SSR sur un autre établissement
Ancienneté dans la fonction Cadre	5 ans CDS 1 an FFCS	2 ans CDS 3 ans FFCS	7 ans CDS dont 2 ans pour les rééducateurs	5 ans CDS	13 ans CDS 1 an ½ FFCS en SSR	12 ans CDS 1 an FFCS
Ancienneté dans le poste actuel	2 ans	2 ans	7 ans		6 ans	7 ans en médecine sur le GHNE, 1 an en SSR

Dans le contexte de déménagement, l'analyse des résultats des entretiens des cadres interrogés a pour objectif, selon le projet développé, de répondre à ma question de recherche :

En quoi « la conduite de projet », est-elle un outil du Cadre de Santé pour accompagner le changement, notamment dans le cadre d'un projet de délocalisation ?

La première partie de mon analyse s'attachera à vérifier l'hypothèse suivante :

- La conduite de projet est une démarche de conduite au changement qui permet de structurer et d'assurer le bon déroulement d'un projet.

L'objectif de la seconde partie sera de vérifier l'hypothèse selon laquelle :

- Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet.

Le projet

Dans le cadre de cette analyse, je me suis penchée sur la définition que les CDS donnaient de la notion de projet.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Définition du mot « projet »	C'est un outil managérial : il permet d'interroger les pratiques, de faire un bilan de l'existant, de faire des recherches, benchmark, de fixer un objectif avec un calendrier bien défini. Le projet permet au manager de travailler avec son équipe pour modifier l'organisation du travail afin d'améliorer la prise en charge des patients	Un projet est un changement à apporter, celui-ci lié à la construction d'un hôpital unique sur Saclay Le directeur en charge de COPERMO nous inscrit dans cette démarche	But à atteindre à travers des objectifs, un calendrier, des délais et des jalons, grâce à des moyens humains et matériels	Le projet peut être la mise en place d'une activité, mais aussi adapter les organisations au regard des besoins des patients	Un projet est la mise en place d'actions spécifiques pour atteindre un nouvel objectif, un objectif défini. Un projet permet, entre autres, de s'adapter aux changements, à l'évolution de l'environnement. En fonction du projet, il s'agit de mettre en place une démarche dont le but est d'organiser toutes les étapes pour atteindre, pour réaliser ce projet.	Pour moi le projet c'est quelque chose à construire pour l'avenir dans le but d'améliorer un quotidien, un programme à mener

La définition du projet par la Norme AFNOR⁶² est celle-ci : « *Un projet est un système complexe d'intervenants, de moyens et d'actions constitué pour apporter une réponse à une demande élaborée pour satisfaire au besoin d'un maître d'ouvrage ; le projet implique un objet physique ou intellectuel, des actions à entreprendre avec des ressources données* ».

Au regard du cadre de théorique et de la définition du projet donnée par Hugues MARCHAT, est « *Un projet désigne un ensemble d'actions coordonnées faisant appel à diverses compétences et ressources (acteurs, matériels, etc. ...) pour atteindre un but, concrétiser une intention* ».⁶³

Pour les CDS interrogés, un projet est « *un outil* », « *un changement à apporter* », « *un but à atteindre* », « *la mise en place des actions, des activités ou d'une démarche* » et enfin pour le dernier cadre interrogé, un projet est « *quelque chose à construire* ».

Les caractérisations du projet sont énumérées par les CDS, on peut donc en conclure que la définition de ce qu'est un projet est intégré à la conception managériale du CDS.

De plus, un projet permet d'après eux : « *d'interroger les pratiques* », « *de faire un bilan de l'existant* », « *de faire des recherches* », « *du benchmarking* », « *de fixer des objectifs* », « *d'établir un calendrier* », « *d'adapter les organisations* », « *d'organiser les étapes à atteindre* », « *améliorer un quotidien* ».

Par ailleurs, certains CDS ajoutent que le projet permet de modifier les organisations à des fins d'efficience : « *amélioration du quotidien* », « *adapter les organisations au regard des besoins des patients* », « *modifier les organisations du travail afin d'améliorer la prise en charge des patients* ».

On comprend alors que pour les CDS, un projet doit avoir pour but d'améliorer, de progresser. Si la notion de changement est clairement donnée, ce changement doit s'inscrire dans une démarche de progrès.

⁶² AFNOR = Association Française de NORmalisation – extraite de l'ouvrage en référence 60 (p13)

⁶³ Hugues MARCHAT – « La Conduite de projet » _ Eyrolles Editions- 2014 / p13

Enfin, seulement 2 CDS parlent des moyens humains et matériels. Pour l'un d'eux, les moyens permettent la réalisation du projet, alors que pour l'autre, l'intérêt est de ne pas travailler seul, mais avec son équipe.

La Cadre Supérieure de Santé interrogée, quant-à-elle, propose cette définition : « *Le projet est un outil managérial qui permet de fédérer les équipes, améliorer les pratiques pour une prise en charge optimale du patient de son entrée à sa sortie.* »

Participation antérieure à un projet

Du latin *experientia*, l'expérience est, d'après sa définition, l'action et l'effet d'expérimenter⁶⁴. Aussi, afin de faire valoir les propos recueillis lors de ces entretiens, j'ai souhaité au préalable vérifier la véracité des propos tenus par les CDS, au regard de leurs expériences. Je me suis donc intéressée à leurs potentielles participations à des projets, ou à leurs prochaines implications dans des projets à venir.

	CDS 1	2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Participation antérieure à un projet ?	J'ai participé à un regroupement des spécialités de chirurgie sur un étage pour créer une unité d'ambulatoire sur l'autre aile.		Réorganisation du service avec visite de conformité en 2013. Projet pare à chute et lutte contre les chutes graves chez les patients âgés depuis 2016. Accompagnement dans les projets institutionnels.	Il y a 2 ans le service avait un taux d'occupation à 65 % et la direction a diminué le nombre de lits pour être à 10 lits. J'ai dû accompagner les équipes dans ce projet de restructuration avec une diminution de personnel et du coup, des changements dans notre organisation. De plus il y avait beaucoup de jeunes infirmières qui manquaient de formation pour les soins palliatifs	Déménagement et restructuration des services en SSR pédiatrique Ouverture d'un service de psychiatrie pour adolescent Restructuration de l'équipe suite à la fermeture de lits et la mise en place d'un PREF En cours : restructuration de l'HDJ ados avec le développement d'une filière de soins pour le dépistage et la prise en charge précoces des premiers épisodes psychotiques.	En ce qui concerne les projets, lorsque j'étais en psychiatrie nous devions accompagner les équipes dans un projet de déménagement puisqu'il y avait des travaux sur le bâtiment de psychiatrie. Au moment du déménagement j'étais en formation à l'IFCS et donc je n'y ai pas participé. La mise en place de nouvelles activités thérapeutiques, la préparation d'un séjour thérapeutique sont des projets que j'ai eu à mener. En SSR j'ai travaillé sur le projet de transformation de 10 lits de SSR en médecine gériatrique nécessitant un travail important d'accompagnement des équipes.

Pour A. EINSTEIN, « *La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information* ⁶⁵».

Hormis le CDS 2, pour lequel je n'ai pas de retranscription à faire sur ce point, tous ont eu à gérer ou à participer à un projet : « *regroupement de spécialités de chirurgie, pour la création d'une unité d'ambulatoire* », « *projet Pare à chutes* », « *réorganisation de service* », « *restructuration de service, diminution du nombre de lits, diminution des effectifs* », « *déménagements de service* », « *projet de transformation de lits* », « *mise en place d'activités thérapeutiques* », ... autant de projets divers et variés !

⁶⁴ Définition d'expérience - Concept et Sens <http://lesdefinitions.fr/experience#ixzz5nSr1c4k8>

⁶⁵ Albert EINSTEIN - Mathématicien, Physicien, Scientifique (1879 - 1955)

Ressentis des CDS en lien avec les projets vécus ou à venir

A travers cette question, j'ai cherché à savoir comment les CDS, qui avaient déjà vécu des projets, ont ressenti ce processus de changement.

Dans le même temps, pour ceux qui n'en auraient pas vécu, la question devait me permettre de savoir comment ils se sentent dans le cadre du projet Saclay.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Ressentis par rapport aux projets vécus ou à venir	Il demande beaucoup d'investissement de la part du manager pour ne pas laisser l'équipe dans leur quotidien mais apporter des axes d'amélioration qui seront bénéfiques d'une part pour le patient mais aussi pour les soignants -> prendre de la hauteur	Il faut amener les équipes à y adhérer, la conduite de projet est une des missions du cadre. Il permet aussi de réfléchir sur les pratiques	Un projet est toujours stimulant à condition qu'il soit suivi d'effets. J'ai au cours de ma carrière travaillé à des projets n'ayant abouti à rien et cela est en revanche déprimant et non motivant à en suivre ou conduire d'autres	C'était difficile, pas celui de la création de l'unité. On partait d'une page blanche, on a été voir ce qui se passait dans les autres USP du département, on a beaucoup lu également. Par contre, quand la direction a choisi de diminuer les lits, c'était compliqué. Heureusement que le cadre de pole était là pour m'accompagner. Je n'y serai pas arrivée seule. C'est compliqué d'être un leader d'équipe quand on a du mal à comprendre les décisions. J'ai bien conscience qu'on devait s'améliorer au niveau de la DMS, mais avec les nouvelles infirmières, en manque de formation et le chef de service qui n'était pas d'accord avec la décision de la direction. J'ai eu beaucoup de mal et j'étais très stressée.	Certains projets sont moteurs, permettent de se questionner sur nos pratiques, de ne pas tomber dans la « routine ». Par contre d'autres projets sont plus « compliqués » à mettre en place quand il s'agit de restructurer une équipe.	Les projets inquiètent et fascinent à la fois, ils peuvent être moteur et motivant mais ils peuvent aussi être source de démotivation quand ils n'aboutissent pas. En effet cela demande souvent beaucoup d'énergie et quand les projets changent au rythme des directions c'est très démotivant et épuisant

En effet, la place du cadre de santé est prépondérante lors de l'accompagnement des équipes vers une nouvelle structure.

Ainsi, il est souvent identifié, de manière globale, comme la personne ressource au cours de ce projet.

Éléments moteurs des projets, les CDS ont tous parlé de sentiments et de ressentiments.

Si les projets sont « difficiles », « compliqués » et « inquiétants », les CDS les qualifient également de « stimulants », « fascinants », « moteurs et motivants ».

De plus, 2 des CDS interrogés disent que : les projets demandent « beaucoup d'investissement » pour l'un, et « beaucoup d'énergie » pour l'autre.

En parallèle, et au regard de leurs expériences, les CDS disent aussi que lorsque le projet n'aboutit pas c'est « déprimant et non motivant » et « source de démotivation ».

En effet, le CDS qui dit qu'un projet est « stimulant », ajoute la condition qu'il soit « suivi d'effets ».

Enfin, lorsque la gestion des projets est trop changeante, cela est « démotivant et épuisant ».

Une seule CDS parle de l'accompagnement par le CSS. Elle dit qu'elle n'y « serait pas arrivée seule ». La gestion de projet a été pour elle « difficile » ; elle dit que c'est « compliqué d'être leader d'équipe quand on ne comprend pas les décisions » et enfin qu'elle « a eu beaucoup de mal », qu'elle était « très stressée ».

Elle ajoute à cela le fait que son personnel « *manquait de formation* » et que « *le chef de service n'était pas d'accord avec la décision de la Direction* ».

Le fait et l'importance « *d'amener les équipes à adhérer* » a un projet est également souligné. En effet, 3 CDS parlent à nouveau des options d'efficacité d'un projet : « *apporter des axes d'amélioration* », « *permet de réfléchir sur les pratiques* », « *prendre de la hauteur* », « *questionner nos pratiques et ne pas tomber dans la routine* ».

Aussi, la CSS interrogée, dit ceci : « *Afin d'élaborer un projet, pour moi, il est essentiel d'avoir une culture collective. Mon rôle essentiel est de la développer avec des pratiques très différentes entre les 3 sites. Je dois accompagner l'encadrement vers ce changement qui sera essentiel pour le regroupement futur dans un établissement unique.* »

Le Changement

Le changement est un des éléments soulignés par une des CDS interrogée lorsqu'on a parlé projet. Aussi, j'ai souhaité aborder avec eux la notion de changement en commençant par déterminer quelle définition ils y en donnaient.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Définition du changement	Le changement peut être source de stress soit négatif soit positive. Il bouscule la Façon de travailler et fait réfléchir sur nos pratiques. Maintenant, les restructurations et parfois diminution de personnel sont des changements demandés par la hiérarchie qui peuvent être compliqué à mettre en place pour tous. Il faut comprendre la nécessité d'un projet pour y travailler et accompagner les équipes	Le changement est régulier dans les hôpitaux car il faut s'adapter aux nouvelles règles, s'inscrire dans une démarche qualité aussi.	Passer d'un état connu à un état inconnu donc inquiétant	Le changement, ça nous remet en question perpétuellement. Par contre, c'est bien aussi de stabiliser les choses. Trop de changements peuvent être source de stress pour l'équipe et le cadre.	C'est tout ce qui modifie l'environnement de travail, l'organisation habituelle d'un service, d'une équipe.	C'est modifier un comportement, une organisation, un état... il y a un avant et un après

Au regard de cette définition, les éléments apportés par les CDS sont relativement parlants.

Le CDS 3 donne cette définition : « *passer d'un état connu à un état inconnu, donc inquiétant* ».

Les CDS 1,2 et 4 abordent la notion de stress liée aux changements : « *le changement est source de stress, soit négatif, soit positif* » ; « *trop de changements peuvent être source de stress* », « *le changement, ça nous remet en question* », « *il bouscule la façon de travailler* » et enfin, « *qu'il faut s'adapter aux nouvelles règles* ».

Ici, les éléments relationnels induits par le changement sont identifiés par les CDS.

De plus, Les CDS 5 et 6 identifient le changement comme étant une modification : « *c'est tout ce qui modifie l'environnement de travail, l'organisation habituelle* », « *c'est modifier un comportement, une organisation, un état* ».

En effet, le terme « modification » renvoie à « *un changement de quelque chose qui existe déjà* »⁶⁶ ; le « changement » désigne alors « *le passage d'un état à un autre qui peut s'exercer dans des domaines très divers et à des niveaux très divers* »⁶⁷.

Il est vrai que ce passage d'un état à un autre, fait appel à la notion de temps. Seul le CDS 6 indique qu'un changement s'inscrit dans le temps, en disant « *qu'il y a un avant et un après* ».

Les Différents types de changements

Selon la nature, la durée et l'intensité de ce passage, on parle d'évolution, de révolution, de transformation, de métamorphose, de modification, de mutation ...

En effet, la plupart des types de changements énumérés par les CDS sont des évolutions et/ou des transformations : « *changement du chef de service et du projet de service* », « *changement vers l'ambulatoire* », « *changement de collègues* », « *rattachement à un pôle* », « *diminution de lits* », « *décision de la direction* », « *augmentation d'activité* », « *contraintes budgétaires* » ...

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Différents types de changements	Changement du chef de service et du projet de service Changement lié à une prise en charge ajouté - > chirurgie bariatrique Changement suite à une décision de diminution de lits pour des mesures d'efficacités Changement vers l'ambulatoire par rapport à l'évolution des pratiques et diminution des lits d'hospitalisations dites traditionnelles	Le changement suite à une décision de la direction, du territoire, des nécessités de service pour améliorer la prise en charge	Oui, les changements choisis et réfléchis et les changements imposés qui sont plus difficiles à accepter et à s'approprier	Il y a des changements positifs, quand on construit un projet de création d'unité. J'avoue que c'était super de travailler avec les équipes sur ce projet. Tout le monde était pour. Par contre, c'est compliqué de faire des changements avec des réductions du personnel. Heureusement, il y a eu 2 départs spontanés en province.	Oui. Cela peut-être les changements de collègues liés aux mouvements « naturels » du personnel ou aux contraintes budgétaires, le rattachement à un autre pôle, les changements de médecin, l'évolution de la filière de soins.	Non je ne crois pas si ce n'est qu'il y a des changements plus aisés que d'autres

A travers leurs propos, les CDS ne font pas la distinction entre les changements impulsés par la Direction, et ceux en lien direct avec l'organisation du service. Cependant, le CDS 3, différencie les changements « *choisis et réfléchis* », des changements « *imposés* », car d'après elle, ces derniers « *sont plus difficiles à accepter et à s'approprier* ».

La CDS 6, quant à elle, ne pense pas qu'il existe différents types de changements. Pour elle, « *il y a des changements qui sont plus difficiles que d'autres* ».

Enfin, pour la CSS interrogée, il y a les changements, « *liés à la modification de la structure, des acteurs, des directives, mais aussi de à l'évolution de notre système de santé.* »

⁶⁶ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Modification>

⁶⁷ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Changement>

Les exigences d'un changement

Il est certain qu'un changement génère des modifications. Aussi, j'ai souhaité savoir quels pouvaient être, d'après ces 6 CDS, les transformations qu'un changement impliquait.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Ce qu'implique un changement	Il faut prendre du recul, comprendre les enjeux institutionnels, les enjeux de prise en charge, se remettre en question sur les pratiques des soignants, accompagner les équipes, poser des bases et un calendrier pour limiter le stress de tous et savoir vers quoi on va	Une réflexion sur les pratiques de soins, un challenge à relever	Le passage d'une organisation à une autre	Un appui de la direction et du cadre de pole. Des directives claires et une compréhension de pourquoi on change.	Tout changement peut engendrer du stress, de la résistance, des questionnements mais également apporter une évolution positive des conditions de travail, une remotivation, ...	Il implique de se questionner, d'anticiper, de se remettre en question. Il faut une motivation sans motivation il n'y a pas de changement sauf dictature !

Ces transformations vont se manifester essentiellement sur les équipes, et vont se traduire par une forme de résistance.

Les CDS 1,5 et 6 font référence à ces résistances : « *il faut accompagner les équipes ... pour limiter le stress de tous* », « *tout changement peut engendrer du stress, de la résistance, des questionnements ...* »,

Ces résistances, développées dans le cadre conceptuel vont nécessiter une certaine méthodologie pour les CDS.

Aussi, pour quasi tous les CDS, le changement implique : « *de prendre du recul* », « *de comprendre les enjeux institutionnel* », « *de questionner, d'anticiper, de se remettre en question* », d'avoir « *une réflexion* », d'avoir « *une compréhension de pourquoi on change* », « *savoir vers quoi on va* ».

Les cadres 1 et 5 développent certains éléments qui ont attiré à la conduite de changement : « *poser les bases et un calendrier* », « *évolution positive ... apporte une remotivation* ».

La motivation est un des leviers de la conduite de changement. Pour le CDS 6, « *il faut une motivation, car sans, il n'y a pas de changement sauf dictature !* »

Pour le CDS 3, le changement impose nécessairement « *le passage d'une organisation à une autre* ».

La CDS 4, signale qu'un changement implique « *un appui de la direction et du Cadre de Pole* » et ce avec « *des directives claires* ». En effet, comme le dit la militante suédoise pour le climat, aucun changement ne peut s'opérer seul : « *Je suis juste là au bon endroit, au bon moment* », et précise qu'« *un individu ne change rien seul*...⁶⁸».

⁶⁸ Greta THUNBERG - militante pour le climat. Elle a notamment initié la « Skolstrejk för klimatet » et donné un discours à la conférence de Katowice de 2018 sur les changements climatiques

Enfin, la définition que donne la CSS est, à elle seule, une synthèse des éléments fournis par les CDS : « *Le changement implique une adaptation perpétuelle. Mais il peut être source de stress pour les équipes. En qualité de CSS, j'accompagne les cadres dans ces mouvements. Le monde de la santé est en évolution constante. Le changement implique une remise question de nos pratiques, il est pour moi source remise en question, mais aussi avoir une prise de recul importante face à ces mouvances.* »

Déménagement = changement ?

Selon la définition du Petit Robert, un déménagement est « *l'action de changer de logement* », le changement quant à lui ne se résume pas à un déménagement.

Aussi, cette question visait à valider, auprès des CDS, le fait que le projet de déménagement de l'établissement était bien considéré comme un changement à venir. Leurs réponses positives sont unanimes.

Informations faites aux équipes

Selon AUTISSIER, JOHNSON et MOUTOT⁶⁹, l'information et la communication sont des leviers de la conduite du changement, car donner le sens, par une communication adaptée à chaque étape de la conduite du changement, est indispensable à la conduite du projet.

Par cette question, j'ai souhaité savoir, comment les CDS communiquaient les informations projets à leurs équipes.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Informations Aux Equipes	<p>Tout d'abord, j'ai rassuré les équipes sur les « bruits de couloirs », je leur ai dit qu'il fallait prendre en compte l'efficacité et l'amélioration de la prise en charge des patients avec un service unique ambulatoire. J'ai informé les équipes lors de réunions, d'une part animée par moi et aussi en collaboration avec le chef de service car nous travaillons ensemble.</p> <p>Je comprenais les inquiétudes des équipes. Hormis ces temps officiels avec des CR, nous échangeons lors des pauses, voir, j'ai rencontré ceux qui le voulaient en entretien individuelle.</p> <p>Mon souhait exprimé, était qu'ils aient la juste information et que nous puissions travailler ensemble sur nos champs de compétences pour accompagner ce changement. Il est important de rassurer les équipes, de poser les problèmes, de réfléchir ensemble sur les actions à mettre en place par des groupes de travail (exemple rangement de la salle de soins, le circuit du patient dans notre unité de l'accueil à la sortie)</p>	<p>Je fais des réunions régulières pour les informer des possibilités liées à COPER MO. Je rédige des CR que j'envoie à chacun.</p>	<p>Lors de réunions d'équipe et d'échanges informels. Chaque fois que j'apprends une information j'essaie d'en parler aux agents présents dans le service, puis lors de la réunion d'équipe qui suit</p>	<p>Il y a eu des assemblées générales. Tout le monde a été informé au même moment. Après, j'ai travaillé avec l'exécutif du pôle. Le cadre de pôle a également accompagné l'équipe et a fait des réunions. En parallèle, si besoin, j'ai rencontré les soignants qui en avaient besoin. Ma cadre de pôle m'a demandé de faire des CR des réunions. On a mis en place des groupes de travail pour définir, avec les soignants l'organisation à mettre en place suite à ces changements afin que tout le monde s'implique. On a fait des tests d'organisation. On a dû modifier certaines choses. On a fait ça ensemble, avec l'aide du cadre de pôle, toujours présent et surtout pour être tous prêt à la date de réduction à 10 lits</p>	<p>Par les biais de réunions d'équipe, d'entretiens individuels, par la diffusion de note de service.</p>	<p>Par des réunions d'information. Il est indispensable de communiquer sur l'avancée du projet</p>

Au regard des réponses faites par les CDS, on remarque que l'information et la communication sont des outils utilisés.

Dans leurs réponses, on distingue le but de cette communication : « *rassurer les équipes* », « *informer* », « *poser les problèmes* », « *réfléchir ensemble* ».

⁶⁹ AUTISSIER D., JOHNSON K., MOUTOT J.M. – « L'innovation Managériale » - Groupe Eyrolles - 2018

De plus, sont abordés les moyens de communication et d'information : « lors de réunions », « lors d'entretiens individuels », « temps d'échange informels », « réunion d'équipe », « assemblées générales », « rencontres », « réunions d'information »

Apparaissent également, les résultats qui découlent ou peuvent découler de cette communication : « échanges », « mise en place des groupes de travail », « faire des compte rendus », « on a fait des tests d'organisation », « diffusion de notes de service ».

Enfin, à cette question, la CSS, développe le volet information/communication et introduit la notion de groupe et d'appartenance :

« Dans un 1^{er} temps, j'ai observé les pratiques des différents sites. Puis nous avons échangé ensemble sur les améliorations à apporter. Je me suis servi de mon expertise mais aussi des actions mises en place dans certains secteurs. Il est essentiel d'accompagner l'encadrement vers une culture commune, tout en gardant les spécificités de chaque site, et le rythme de chacun. Je crois beaucoup à l'émulsion du groupe. Je suis là pour donner le cap, même si les chemins sont parfois détournés. Je me suis servie de l'élaboration du projet de soins, avec un ébancier clair pour tous et raisonnable pour avancer dans le même sens.

Je fais des réunions tri-sites, par mois, sur chaque site à tour de rôle. De plus, je fais à minima 1 réunion par site pour le lissage des plannings et des problématiques rencontrées.

De plus, je demande aux cadres de m'inviter à minima 2 fois par an aux réunions d'équipes.

J'ai mis en place également un séminaire, à l'extérieur des 3 sites, pour favoriser l'échange. Je me sers du renseignement du PAQSS, comme vecteur. Ce groupement, facilite les échanges et limite les barrières. La notion d'appartenance au GHNE est essentielle, il faut décloisonner. »

Participation des agents au changement

En mon sens, la participation des agents suppose de l'implication, de l'envie et de la motivation. Le fait d'aborder ce thème doit me permettre de comprendre le positionnement des CDS face à la participation des agents, ou du moins percevoir en quoi leur participation est bénéfique et nécessaire.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Participation des agents au changement ?	J'ai eu beaucoup de chance car beaucoup se sont impliqués, les IDE et AS et les ASH. En effet, j'ai fait plusieurs groupes de travail sur des thématiques, comme cités avant, et chacun a pris part au projet. Régulièrement, nous faisons des points de l'avancement de nos réflexions, ce qui nous a permis de modifier ensemble et de trouver un consensus de tout le monde, paramédical et médical	Nous avons regardé ensemble le circuit du patient lors d'un groupe de travail mais aussi de manière informelle. Grace à leur expertise, j'ai pu apporter des modifications nécessaires dont je n'avais pas vu l'impact sur leur organisation de travail	Dans un premier temps toujours une résistance, y compris pour les cadres. Puis une forme de fatalisme qui amène à accepter l'inévitable et à s'adapter	Plusieurs se sont inscrites dans les groupes de travail qui ont débouché sur des fiches de poste et de tâches afin d'avoir des repères dans notre travail. D'autres, ont attendu les réunions pour critiquer. Mais comme c'était une réflexion de groupe, on a tenu compte de certaines idées. Surtout on a été uni face aux opposants.	D'après moi, il est important que le soignant se sente impliqué dans le projet, qu'il soit sollicité pour les étapes qui le concerne.	Cela dépend de leur implication dans le projet...mais aussi du positionnement dans l'institution et dans l'équipe. Le soignant qui est proche de la retraite n'a que peu d'intérêt à s'impliquer dans un projet de délocalisation s'il cesse son activité avant l'aboutissement du projet. Et puis les changements font peur car c'est l'inconnu, ça oblige parfois à « se mettre en danger » à sortir de sa zone de confort

3 CDS sur 6 reprennent le terme d'implication : « j'ai eu beaucoup de chance, car beaucoup se sont impliqués », « il est important que le soignant se sente impliqué », « la participation dépend de de leur implication ».

En parallèle, le CDS 3, parle de « résistances » qui interviennent toujours dans un premier temps, suivies par une « forme de fatalisme, qui amène à accepter l'inévitable et à s'adapter ». Pour le CDS 6, « les changements font peur, car c'est l'inconnu, ça oblige parfois à se mettre en danger, à sortir de sa zone de confort ».

Les CDS 1,2 et 4 font part des modalités managériales qui ont optimisé la participation des agents : « nous faisons régulièrement des points de l'avancement de nos réflexions », « nous avons modifié ensemble et trouver un consensus », « leur expertise m'a permis d'apporter des modifications nécessaires », « les groupes de travail ont débouché sur des fiches de postes et de tâches ».

Par ailleurs, contrairement à l'idée que je me fais de la participation, aucun CDS n'a abordé la motivation.

Posture du Cadre face au changement : accompagnateur ?

Par cette question, j'ai voulu chercher à prouver que le cadre était l'agent du changement par sa posture d'accompagnateur. J'espérais également qu'elles puissent développer la posture globale du cadre face au changement.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Posture du Cadre face au changement = accompagnateur ?	Il doit être accompagnateur, mais ne doit pas oublier le cap qui doit garder. Il doit rassurer les équipes mais aussi être ferme et maintenir les décisions prises.	Il est essentiel d'accompagner les équipes, mais elle n'est pas inquiète car Saclay n'est pas loin d'Orsay. Les soignants se projettent dans ce projet attendu depuis plusieurs années. La seule complexité dont ils n'ont pas conscience à ce jour, c'est de regrouper 3 services d'urgences en un seul va diminuer les effectifs par rapport à ce jour et il va falloir qu'on ait la même culture, ce qui n'est pas le cas à ce jour.	D'accompagnateur et de facilitateur	Oh oui, il faut accompagner, mais ce n'est pas toujours facile. Surtout que j'ai eu du mal à comprendre cette notion d'efficacité. On va perdre beaucoup à force de parler de coût.	oui mais pas seulement	Complètement !

Tous s'accordent pour dire que le CDS doit avoir une posture d'accompagnateur.

Pour le CDS 3, le cadre doit être « accompagnateur et facilitateur ».

La CDS 1, ajoute que le cadre doit « rassurer », « être ferme » et « maintenir les décisions prises ».

La CSS pense également que le cadre a un rôle d'accompagnateur, mais dit qu'il a aussi un rôle de « contrôle ».

Cela correspond à la définition que donne M. PAUL de l'accompagnement : « un dispositif relationnel qui vise, au travers d'un échange et d'un questionnement, la compréhension d'une situation ou d'un projet. »⁷⁰

Rôle du Cadre de Santé dans le projet

Par cette question, je souhaité vérifier les rôles du cadre mis en exergue dans mon cadre conceptuel. En effet, ces 5 rôles sont transposables dans le processus de déménagement.

Ils nécessitent, de la part du manager, une adaptation du type de management en fonction de ceux-ci :

- prévoir : anticiper les besoins en personnels, en matériel, en locaux ;

⁷⁰ PAUL Maela, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/3 (N° 110), p. 13-20. DOI : 10.3917/rsi.110.0013. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

- organiser : les nouvelles méthodes de travail, groupe de travail dans le service ; transmettre l'information
- décider : décider parfois pour les équipes car, il possède plus d'informations ; trancher ;
- motiver : impliquer les équipes dans la concertation, soutenir devant les difficultés ;
- évaluer : les difficultés rencontrées, transmettre l'information.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Rôle du CDS dans le projet	D'accompagner les équipes, de maintenir le cap fixé, de pas engendrer des zones de flou, être rigoureux et rendre compte à sa hiérarchie en cas de dysfonctionnement et également sur l'avancée du projet	A cette étape, je participe à la réflexion du circuit et aux effectifs en poste. Je participe à des réunions régulières avec l'exécutif du pôle, le directeur COPERMO et la DS. Dès que des avancements sont actés, j'en fais part à l'équipe. J'attends que cela soit stabilisé pour limiter les inquiétudes.	Mon rôle est d'amener les équipes à accepter les changements imposés, à se les approprier et à y adhérer autant que possible	L'accompagnement des équipes, faire en sorte que chacun trouve sa place, la notion d'équipe est importante pour moi. On a tous des missions différentes, mais on doit avancer pour une prise en charge de sécurité et de qualité pour le patient et leur entourage.	De communication D'anticipation des résistances De sollicitation, de repérage des personnels ressources De soutien des équipes De prises de décisions	Evaluer les freins, trouver des leviers pour y remédier, accompagner les changements, communiquer, être à l'écoute.

Aussi, au regard des réponses apportées, le rôle du cadre dans le projet est : « accompagner les équipes », « maintenir le cap fixé », « être rigoureux », « rendre compte », « participer à des réflexions », « participer à des réunions », « faire part » des avancements, « limiter les inquiétudes », « amener les équipes à accepter les changements », « se les approprier », « y adhérer ».

Les CDS 5 développe un peu plus et ajoute les rôles « de communication », « d'anticipation des résistances », « de sollicitation », « de repérage des personnels ressources », « de soutien des équipes », « de prise de décisions ».

Enfin, la CDS 6 finalise le tableau des 5 rôles du cadre en disant qu'il faut « évaluer les freins » et « trouver des leviers ».

Positionnement du CDS = levier managérial ?

J'ai souhaité savoir, par le biais de cette question, si les CDS avaient conscience des leviers managériaux, et notamment par le biais de leur positionnement.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Positionnement du CDS = levier managérial	Le cadre est essentiel, mais il ne doit pas être oublié qu'il n'est pas seul. Il doit travailler en collaboration avec le chef de service et le cadre de pôle. Ce dernier pourra l'aider à avancer en cas d'obstacles, car il y en a toujours.	La conduite de projet est un des outils essentiels pour mon management. Il permet de se poser, ne pas agir dans l'urgence, bien connaître l'existant, faire des recherches, visites, savoir vers où nous voulons aller pour une amélioration de la prise en charge des patients. Et surtout faire un échéancier, avec des repères dans le temps. C'est essentiel pour tous	Bien sûr, face à l'inéluctable il vaut mieux être proactif que passif. C'est d'autant plus vrai quand le projet est à l'initiative du service : sans leadership le projet ne peut aboutir	Le cadre n'est pas tout seul comme leader. Il est accompagné du cadre de pôle qui a des directives de la direction. On n'est pas là pour faire à la place des soignants mais de les accompagner dans leurs missions.	Oui	Oui très certainement

A cette question, les CDS 5 et 6, valident le fait que le positionnement du cadre puisse être un levier managérial. Les CDS 1 et 4, insistent sur le fait qu'elles ne travaillent pas seules, mais qu'il s'agit d'un travail en collaboration.

Le CDS 3 quant à elle, parle de leadership. D'après elle, « *sans leadership, le projet ne peut aboutir* ».

Enfin, le CDS 2, dit que la conduite de projet, est « *un des outils essentiels* » de son management. Elle développe ce point, en précisant que cela lui permet « *de se poser* », « *de ne pas agir dans l'urgence* », « *bien connaître l'existant* », « *faire des recherches* ». Elle parle enfin de l'importance « *d'un échancier* ».

La CSS de son côté n'a aucun doute quant au positionnement du CDS et dit : « *Il l'est effectivement. Il doit donner le cap à son équipe, mais aussi veiller à son organisation et contrôler* ».

Réactions des équipes face à l'annonce du projet

En effet, je pense que le positionnement du CDS doit être articulé au regard de la réaction des soignants. Aussi, j'ai voulu savoir ce qu'elles avaient pu remarquer vis-à-vis de la réaction des soignants face à l'annonce du projet.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Réactions des Equipes face à l'annonce du projet	Pour ce projet, cela a été compliqué car les agents allaient avoir des horaires différents s'ils choisissaient de travailler en ambulatoire, la perte financière des week-ends, le sentiment pour ceux qui seraient en hospitalisation traditionnelle d'avoir une diminution de leur activité, le réaménagement des locaux, etc. il a fallu les rassurer +++ sur leurs bonnes pratiques actuelles et ne pas avoir le sentiment de « mal » faire son travail.	Elles étaient plutôt ravies car il n'implique pas de changement dans la vie personnelle (lieu géographique, mêmes horaires de travail proposés) Leur seule interrogation est de travailler sur ce projet avec les équipes des 2 sites qui fonctionnent différemment	Une peur Ensuite ils ont réalisé que nous sommes la seule unité or psychiatrie qui ne déménage pas ce qui les a rassurés Viendra plus tard, à l'approche de la date d'ouverture du nouvel hôpital, les inquiétudes liées à l'éloignement du support mais pour le moment c'est trop loin	Ça a été très dur. Mais grâce aux réunions, le soutien du cadre de pôle, les formations des soignants dans d'autres établissements pour récupérer des modes de fonctionnement à mettre en place et voir ce qu'on pouvait aussi faire chez nous, les rencontres avec NEPALE avec l'équipe. J'avoue qu'au début, ils n'étaient pas très contents car il trouvait qu'il travaillait bien. Et ils avaient raison. Mais il a fallu comprendre la notion de rentabilité / cout. Et en soins palliatifs, c'est un peu compliqué de s'exprimer en DMS moyenne de 10 jours !	Etant donné qu'à maintes reprises par le passé, le CHO avait annoncé son intention de construire un nouvel hôpital, certains soignants étaient très crédules par rapport à ce projet.	Inquiétude face à l'inconnu, peur des suppressions de postes annoncées, beaucoup de zones d'incertitude. Le projet de Saclay passait d'abord par la fusion de 2 puis 3 établissements. Il fallait donc uniformiser la gestion RH car à terme une seule direction pour 3 établissements avec des pertes et des gains.

On remarque que certaines CDS abordent les notions de résistances, alors que d'autres positionnent le ressenti des équipes dans un cadre plus fonctionnel.

Aussi, les CDS 2,3 et 6 parlent de « *peur* », « *d'inquiétudes* », tandis que les CDS 1 et 4 disent que « *c'était compliqué* » ou « *ça a été dur* ».

Le CDS 5 indique une notion intéressante en parlant de « *crédulité* ». En effet, le projet Saclay, est un projet qui se profile depuis de nombreuses années, ... au gré des changements de directeurs et des politiques de santé. La validation par Copermo a activé le processus et il a pu générer un sentiment pour les soignants de non-investissement ou de désintéressement que j'associe à cette notion de crédulité.

Les CDS 2 et 4, travaillant sur des services de Gériatrie et de Psychiatrie ne sont pas directement concernés par le déménagement, étant donné que ces spécialités sont installées dans des locaux qui resteront et qui ne

déménageront pas. Les changements seront pour eux différents et probablement que la gestion de ces changements s'articulera donc différemment et ultérieurement.

Enfin, la CSS quant à elle, répond à cette question avec un regard tri-sites, et projette les impacts de l'annonce du déménagement vers Saclay, au regard de la distance géographique :

« La distance géographique n'a pas été facilitateur pour les équipes de Juvisy et Longjumeau.

JUVISY : J'ai le sentiment que « la notion de sursis » avec un déficit annoncé depuis des années, le changement de statut entre la croix rouge avant et le public maintenant ainsi que « petit hôpital » -> personnel fataliste mais qui souhaite apporter à la population des soins de sécurité et qualité

LONGJUMEAU : très complexe avec un IGH, des problèmes techniques, une impossibilité de rebâtir sur site, le deuil de leur entité est en cours, mais très difficile à admettre

ORSAY : n'est pas loin du plateau de Saclay, moins de crainte personnelle »

Participation des équipes : démarche polaire, institutionnelle ou à l'initiative du CDS ?

La dynamique projet doit permettre aux éléments moteurs et notamment aux CDS d'impulser une démarche de conduite de projet auprès de leurs équipes. Aussi, j'ai souhaité savoir comment les CDS percevaient leur rôle dans le contexte institutionnel.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Participation des équipes : démarche polaire, institutionnelle ou à l'initiative du CDS ?	Nous en avons discuté avec le cadre de pole, elle m'a accompagné pour les annonces, avec le chef de service également. Puis, j'ai proposé de mettre en place plusieurs groupes de travail pour que chacun se sentent moteur dans ce changement. Je dois avouer que l'équipe jour et nuit ont bien participé. Je leur ai posé les limites, le cadre. Je rendais compte régulièrement aux cadres de pole qui m'a soutenu dans cette démarche. Il a été une aide, un appui et une force à mes moments de doute.	C'est une démarche en cascade, d'abord institutionnelle avec ma participation, puis en pole et enfin j'ai pu travailler avec les équipes. Les remarques des soignants ont été importantes et prise en compte si possible avec les contraintes de COPERMO (surface au sol)	A ce jour l'initiative est polaire avec le déménagement cette année du SSR neuro de Longjumeau qui vient à la maison de l'Yvette : nous sommes en plein dans la préparation des travaux, dans la réflexion des organisations à venir. Le changement pour nous c'est cette année déjà	J'avoue surtout polaire, enfin le cadre de pole. J'avais besoin de son aide et c'est moi qui ai impulsé la dynamique auprès de l'équipe	Actuellement, les équipes de psychiatrie sont peu sollicitées et se sentent peu concernées par le projet. Par contre, avec les médecins de psychiatrie, nous avons demandé à être sollicités pour réfléchir à la liaison pédopsychiatrique dans les services des urgences et de pédiatrie. Lorsque le projet sera un peu plus avancé, j'aurai également, avec mes autres collègues, à être impliquée dans toutes les réflexions au sujet du lien, de l'organisation avec les services logistiques, informatiques, pharmacie, labo... D'autres part, au sein du pôle, se développe une nouvelle filière de soins sur le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiatriques chez l'adolescent et le jeune adulte. Cette filière se crée en lien avec le projet Saclay 2024 et le nombre important d'étudiants présents sur le plateau	Il y a eu une demande institutionnelle et les cadres devaient se charger de solliciter les équipes via le pôle, de les encourager à participer à des groupes de travail. Le travail en commun a d'abord démarré avec les directions puis des cadres.

A l'unanimité, la démarche est polaire. Toutes parlent du Cadre de Pole, élément clé, d'aide, de soutien aux CDS, et relais de la Direction.

La CDS 2, dit qu'il s'agit d'une démarche « en cascade ». J'aime beaucoup cette image, qui permet de bien voir le côté descendant de la démarche. Institutionnelle d'abord, puis polaire et enfin au niveau des CDS.

Evidemment, la réponse de la CSS est à l'image des réponses des CDS. Elle dit ceci :

« Il s'agit d'une démarche institutionnelle, avec implication des pôles. A notre niveau, pole sur 3 sites, je tente d'initier une participation des équipes par le biais du cadre de proximité

La DS GHNE a fait un séminaire CSIRMT en mars dernier sur plusieurs thèmes dont : la communication, la culture GHNE.

Le but est d'avoir une réflexion commune sur les 3 sites, de mettre des actions concrètes en place afin d'échanger et de partager cette culture GHNE et décloisonner les équipes. »

On se rend compte à la lecture de ces réponses que la conduite de projet ne s'opère pas seul, mais par des déclinaisons pour lesquels chacun à un rôle à jouer.

Le rôle du CDS face aux résistances

Ce point fait appel aux notions de la conduite du changement et aux outils dont disposent les CDS face aux résistances qu'ils peuvent rencontrer.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Résistances ? Si oui, de quelle manière ? Et comment les lever ?	En fait, très peu de résistance car beaucoup d'explications, de réunions, de rencontre individuelle pour rassurer les équipes	Non, pas du tout, les équipes sont contents de participer à leur niveau dans ce projet et avoir des nouveaux locaux, plus adaptés à l'organisation de travail leur convient.	Pour les rééducateurs l'ignorance de l'organisation prévue après le déménagement est une vraie inquiétude mais pas vraiment une résistance. Des questions à chaque réunion d'équipe rééducation, restées sans réponse de la direction des soins donc qui me sont posées à nouveau à chaque fois. Des réflexions exprimant leurs doutes, parfois ironiques Je réponds à toutes leurs questions quand j'ai des réponses Je leur montre tous les documents auxquels j'ai accès et viens les voir chaque fois que j'apprends quelque chose Pour les IDE/AS ils ne se sentent pas encore impactés, la gériatrie ne déménagera pas.	Et bien, on a beaucoup échangé sur la santé publique en générale, puis sur ce qu'on voulait comme soins de qualité dans notre unité. Là, on était tous d'accord.	Depuis l'annonce de ce projet et la fusion des établissements, les équipes de psychiatrie ont l'impression d'être un peu oubliées, mises de côté. En parallèle de ce projet, le service de psychiatrie de l'adolescent a vécu tellement de changements de médecins, qui engendrent des modifications des organisations, que nous étions plutôt centrés sur ces projets-là. D'autre part le développement de la nouvelle filière engendre de la crainte, de la résistance chez certains, au vu du profil des patients concernés et également, par le fait que certains types de patient, actuellement pris en charge, ne le seront plus ou sur des créneaux mieux définis, plus limités. Pour accompagner les soignants, je les ai tous rencontrés individuellement en présence du médecin référent du dispositif afin d'écouter leurs craintes, leurs attentes, de repérer leurs compétences, ...	oui bien sûr « on va se faire bouffer » disaient les agents Les gens ralent, se plaignent Je suis partie avant ce travail mais je pense qu'on se doit de faire remonter les inquiétudes du terrain auprès de notre N+1, de rassurer les équipes, de donner de l'information et de tirer le positif de ces changements.

La CDS 2 n'a pas eu de résistances à priori et associe cette « non-résistance » au fait que les agents soient « contents de participer ».

Les CDS 1 et 4 n'ont pas non plus eu trop de résistance et font le lien avec leurs actions : « beaucoup d'explications, de réunions, de rencontre individuelle », dans le but de rassurer les équipes ; « on a beaucoup échangé... sur ce qu'on voulait... on était tous d'accord ».

La CDS 5, positionnée en psychiatrie, aborde d'autres types de projets, étant donné que la psychiatrie ne déménagera pas. Elle ne souligne donc pas les résistances, mais indique que « les équipes de psychiatrie ont l'impression d'être un peu oubliées, mises de côté ». Par contre, elle aborde cependant les axes qu'elle tient auprès de ses équipes, à savoir : « rencontres individuelles », « écoute des craintes et des attentes », « repérer les compétences ».

La CDS 3, de son côté, parle plus d'inquiétude que de résistance « *l'organisation prévue après le déménagement est une vraie inquiétude mais pas vraiment une résistance* ». Elle indique avoir recours aux réunions d'équipe pour répondre aux questions. Elle dit d'ailleurs qu'elle a « *des réflexions exprimant leurs doutes, parfois ironiques* ». A cela, elle indique ne pas forcément avoir toujours les réponses aux questions qui lui sont posées, mais s'engage, à répondre à toutes celles auxquelles elle peut, leur montrer également tous les documents qu'elle a en sa possession.

La CDS 6 ne doute pas des résistances possibles : « *les gens râlent, se plaignent* ». Elle utilise d'ailleurs un verbatim entendu par les agents : « *on va se faire bouffer!* ». Aussi, elle explique lors de cet entretien, que même si elle a quitté l'établissement avant l'amorce de ce travail, elle pense que « *les inquiétudes du terrain doivent être remontées auprès de la N+1* », « *qu'il faut rassurer les équipes, donner de l'information et tirer le positif de ces changements* ».

Enfin, la CSS évoque quant à elle, la résistance émanant des syndicats. Elle dit : « *Les grandes résistances sont syndicales. En effet, les organisations syndicales s'opposent au projet.*

Mais l'implication des cadres, des soignants, des équipes médicales, de la direction limitent fortement leur action. Chaque projet est travaillé au sein du pôle et en équipe pour inclure les acteurs dans leur futur ».

Les stratégies managériales face au changement

J'ai ensuite voulu savoir si elles avaient d'autres éléments de stratégie managériale à apporter au sujet. Je leur ai donc demandé quelles stratégies managériales elles avaient déjà pu mettre en place ou celles auxquelles elles pensent

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	6
Stratégies managériales mises ou à mettre en place face au changement ?	Il faut surtout connaître les objectifs d'un projet pour l'accompagner et mettre en place un calendrier, mettre des repères est essentiel. J'ai toujours fait un calendrier, avec les réunions d'avancement définies et mise en place « d'éclair » en cas de point particulier. J'ai fait un tableau Excel avec des semaines en haut et les actions en verticales. Pour chacune des actions, j'ai fait un onglet qui permettait d'écrire notre avancement. Ce document était notre outil qui servait lors des réunions communes. Par contre, il faut être très clair avec les équipes « la lettre au père Noël n'existe pas ».	Surtout faire des réunions régulières et mettre fin aux « radios de bruit de couloir », garder le cap. Nous travaillons en confiance avec l'équipe, c'est primordial	J'envisage d'associer les personnels chaque fois que possible J'aimerais que l'encadrement supérieur vienne aussi informer, montrer sa connaissance du terrain et s'impliquer auprès des agents afin qu'ils se sentent intégrés dans une équipe de pôle, acteurs et pas seulement des pions	Surtout un calendrier fixé et claire afin d'atteindre l'objectif. Même pour les groupes de travaux, on a mis un échéancier. On savait où on devait aller. A chaque fois, on a exposé l'avancement des groupes de travail avec un accès à tous à l'information. J'ai mis en place un classeur que tout le monde pouvait consulter pour les CR avec un émargement de lecture. Ce qui m'a permis d'aller à a rencontre de ceux qui ne signé pas les CR, leur expliquer en individuel. Comme ça, on a eu peu de résistances	Pour le développement de la nouvelle filière de soins, une communication à ce sujet est réalisée régulièrement en réunion d'équipe, des journées de travail pour préparer la rentrée programmée. Je vais également profiter des entretiens annuels pour proposer des formations adaptées. Lorsqu'il s'agira de réfléchir sur la liaison avec les services des urgences, ainsi que les services logistiques, je pense prévoir des groupes de travail afin d'impliquer les équipes, en fonction de leurs compétences, de leurs domaines d'intérêt.	

La CDS 6 n'a pas répondu à la question, j'avoue qu'il est possible que je ne la lui aie pas posée, au regard des réponses fournies précédemment. Cela dit, je ne m'en souviens pas du contexte exact lié à cette question.

Aux stratégies managériales énoncées par les CDS, toutes parlent d'information, de communication, d'accompagnement et de réunions.

2 CDS abordent la notion de calendrier ou d'échéancier. L'important pour le CDS 1 est de « *mettre des repères* ». Elles associent ce calendrier à « *la compréhension des objectifs* » pour l'une et à « *l'atteinte des objectifs* » pour l'autre. Pour le CDS 3, il faut « *associer le personnel* ».

Pour le CDS 2, la notion de « *confiance* » est mise en avant.

Aussi, face à cela, la plupart des CDS agissent par la mise en place d'outils : « *réunions d'avancement* », « *création d'un tableau Excel* » comportant les différentes actions et permettant d'insérer les avancements ; mise en place « *d'un classeur d'information avec CR* », accessible à tous ; ou encore « *créer ou prévoir des groupes de travail* ».

Seule la CDS 5, dit qu'elle « *profitera des entretiens annuels pour proposer des formations adaptées* ».

De cette question a découlé plusieurs verbatims assez représentatifs : « *il faut être clair avec les équipes : la lettre au père Noël n'existe pas !* » ; « *il faut mettre fin aux radios de bruit de couloirs* » ou encore « *les équipes sont acteurs et pas seulement des pions* ».

Par ces phrases, on peut déduire les notions d'information, de communication et d'implication des agents au changement. Cela coïncide avec les propos de la CSS qui dit : « *Il est très important, dans ces zones de turbulences, de donner un cap avec un échéancier, d'anticiper. S'il y a un changement de « cap », il faut l'expliquer, garder une confiance entre tous les acteurs est plus qu'essentiel en respectant les missions de chacun.* »

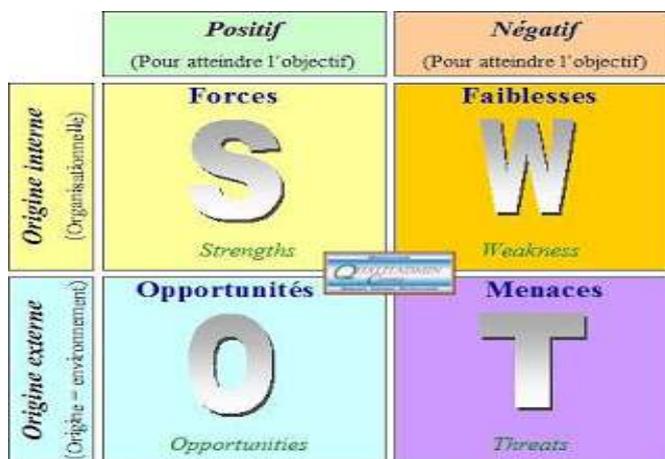
Expérience de la conduite de projet

Au regard des différentes réponses apportées par les CDS, je souhaitais savoir si elles avaient une expérience de la conduite de projet à proprement parlé.

Toutes ont confirmé avoir déjà eu une expérience avec la conduite de projet⁷¹. Les réponses sont assez courtes et dans cette partie elles énumèrent les projets dans lesquels elles l'ont mis en place.

Le S.W.O.T.

L'analyse SWOT ou
matrice SWOT :



De l'anglais Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces), est un outil de stratégie d'entreprise permettant de déterminer les options stratégiques envisageables au niveau d'un domaine d'activité stratégique.

⁷¹ Tableau récapitulatif des retranscriptions des entretiens - annexe 2 – Section « Expérience de conduite de projet »

Les expressions équivalentes en langue française sont « Menaces Opportunités Forces Faiblesses » ou « Atouts, Faiblesses, Opportunités, Menaces » ; on utilise d'ailleurs parfois le terme analyse MOFF ou analyse AFOM.

Ce modèle est une simplification du modèle LCAG développé dans les années 1960 par Learned, Christensen, Andrews et Guth, quatre professeurs de la Harvard Business School, on l'appelle également « *modèle de Harvard* »

Cet outil est une technique puissante pour la compréhension des forces et faiblesses, et pour examiner les opportunités et les menaces auxquelles on peut être confronté.

L'analyse SWOT peut également être utilisée dans un contexte personnel, il aide à développer son parcours en aidant par l'identification des forces et des faiblesses ainsi que par une analyse des opportunités et des menaces, à tirer le meilleur parti des talents, capacités et possibilités au sein de l'entreprise (ou ailleurs).

En effet il est évident que nous sommes plus à même de réussir en utilisant au maximum nos talents, et en gérant au mieux nos faiblesses.

L'analyse SWOT personnel permet à partir de la réflexion qu'elle provoque d'aider à découvrir les possibilités insoupçonnées et à comprendre les faiblesses, et ainsi éliminer les menaces qui nuiraient aux capacités à aller de l'avant.

Aussi, j'ai souhaité savoir si les CDS avaient pu repérer des forces et opportunités, faiblesses/menaces et freins, à l'encontre de ce projet.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Opportunités projet	Cela a permis de nous faire avancer dans nos pratiques, d'avoir le sentiment d'être ensemble et de travailler tout en respectant les missions de chacun. En qualité de manager, j'ai été très fière de cette avancée car nous étions ensemble, dans un seul but : améliorer la prise en charge du patient. Sans cette unité d'équipe, le projet n'aurait pas abouti avec le respect des délais. La reconnaissance de mon cadre de pole a été aussi important	L'hôpital est enclavé dans la ville, nous n'avons plus de possibilité d'extension, nous allons avoir des locaux respectant les patients avec des chambres seules en plus grand nombre, nous aurons des locaux modernes avec des technologies avancés, de la place pour se garer pour le personnel, les patients, les visites.	Harmonisation des pratiques Benchmarking et améliorations en prenant ce qu'il y a de mieux dans chacune des organisations	Grace à ce projet, j'ai appris à faire participer les équipes, à leur faire confiance comme la cadre de pole me faisait confiance. J'ai appris que je pouvais m'appuyer sur l'équipe qui est force de propositions	Saclay 2024 permet de se questionner sur nos pratiques, de réfléchir / redéfinir des organisations	Il permet de fédérer une équipe pour aller dans la même direction et parfois de motiver des agents qui « stagnent », il permet aussi au cadre (quand ce n'est pas déjà fait) de faire un point sur son équipe : quels sont les éléments moteurs ? les personnalités négatives....

Les opportunités citées par les CDS sont axées sur l'efficacité que le projet apportera. En effet, 3 CDS parlent de qualité des soins : « nous faire avancer dans nos pratiques », « améliorer la prise en charge du patient », « Harmonisation des pratiques, benchmarking et améliorations », « se questionner sur nos pratiques, y réfléchir », « redéfinir des organisations ».

Pour 2 d'entre elles, le projet permet plutôt de « fédérer une équipe », « de travailler ensemble », « faire participer les équipes », « leur faire confiance » et « s'appuyer sur les équipes qui sont force de propositions ». La notion de groupe est primordiale pour ces cadres de santé, qui font de l'équipe une opportunité à ce projet.

Pour la CDS 6, cela permet aussi de « motiver les agents qui stagnent », et permet également au cadre de « faire un point sur ses équipes : éléments moteurs ? personnalités négatives ? ... ».

Seule la CDS 2 parle du confort que le déménagement générera : « avoir des locaux respectant les patients », « des chambres seules en plus grand nombre », « des locaux modernes », « de la place pour se garer ». En effet, il me semble que ces points sont des éléments qui aident les soignants à mieux se projeter dans le cadre de ce projet.

Enfin, pour la CSS, les opportunités sont celles-ci : « Le projet de regroupement sur un site unique est une opportunité pour notre bassin de vie, pour la population, pour un hôpital offrant des chambres seules en plus grand nombre, une réflexion sur nos pratiques, un pas en avant pour l'hôpital de demain et surtout la PEC des patients en amont et aval du système hospitalier ».

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Menaces et Freins	Malheureusement les organisations syndicales au début, mais l'harmonie de l'équipe ne leur a pas permis d'aller plus loin dans leur souhait d'opposition au projet. De plus, j'avais le soutien de mon directeur des soins	Il n'y a pas de frein au niveau de l'équipe. Les seuls qui sont contre le projet, c'est certains syndicats. Il ne pense pas à l'offre de soins puisque le bassin de population ira à Saclay. Mais effectivement si on prend la masse salariale des 3 sites, une diminution des effectifs est prévue. Ils oublient juste de regarder le nombre de départ par an.	La résistance au changement propre à l'humain Le manque d'information Le manque de sens La peur de l'augmentation de charge de travail	Le gros frein, c'était moi qui n'adhérais pas au projet, j'ai dû en comprendre la nécessité, savoir l'expliquer aux équipes et surtout faire confiance aux équipes. Ça a été un bouleversement pour ma façon de manager. J'avais tendance à être dans le contrôle perpétuel, certes qui est utile, mais pas que	Les moyens financiers Certains personnels (entre autres les syndicats) qui diffusent certaines informations qui maintiennent les personnels dans le doute, la crainte, la résistance aux changements Certaines directives de nos tutelles Un manque d'information de la part de la direction qui nous met dans une position délicate	Qu'a-t-on à perdre ou à gagner ? quels efforts cela va nécessiter pour moi ?

Les réponses des CDS au regard des freins supposés au projet, sont assez disparates.

En effet, la CDS 4 dit que le frein principal c'était elle ! Elle dit : « le gros frein, c'était moi qui n'adhérais pas au projet, j'ai dû en comprendre la nécessité, savoir l'expliquer aux équipes et surtout faire confiance aux équipes ».

La CDS 3 énumère en tant que freins les résistances au changement. Elle y associe « le manque d'information », « le manque de sens » et « la peur de l'augmentation de la charge de travail ».

Pour la CDS 6, les freins sont les réponses à 2 questions : « Qu'a-t-on à perdre ou à gagner ? Quels efforts cela va nécessiter pour moi ? »

La CDS 5 est la seule à mettre en avant « *les moyens financiers* », mais ne développera pas plus le sujet. De plus, elle dit que « *les directives des tutelles* » ainsi que « *un manque d'information de la part de la Direction* » sont également des freins au projet, et elle ajoute que ce manque d'information la positionne dans une « *position délicate* ». La CDS 1 en revanche dit que pour lever ses freins, elle a bénéficié « *du soutien de son directeur des soins* ».

Enfin, 3 des CDS sont d'accord pour dire que les syndicats et leurs actions sont des freins au projet. En effet, le CDS 1 impute les freins aux « *organisations syndicales* » mais elle précise aussi que « *l'harmonie de l'équipe ne leur a pas permis d'aller plus loin dans leur souhait d'opposition au projet* ».

La CDS 5 dit que « *certaines personnes* » et précise en ajoutant, « *entre autres les syndicats* » sont des freins au projet, car d'après elle « *certaines informations diffusées par les syndicats maintiennent le doute, la crainte, la résistance aux changements* ».

Enfin, pour la CDS 2 « *il n'a pas de frein au niveau de l'équipe. Les seuls qui sont contre le projet, c'est certains syndicats* ».

Au frein, la CSS interrogée répond : « *Les freins ? Sans hésiter, les organisations syndicales. Les menaces, les enjeux politiques* ».

Outils pour lever les freins

Au regard des réponses apportées par les CDS, j'ai souhaité savoir si elles avaient des outils à proposer susceptibles d'aider à lever les freins.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Outils pour lever les freins ?	La confiance est le plus important et l'absence de jugement de valeur	Surtout, de mon côté, rassurer les équipes, leur dire des avancements quand ils sont actés, maintenir le lien de confiance.	Expliquer, expliquer, expliquer pour donner du sens Impliquer et faire participer : les équipes opérationnelles sont forces de propositions	Faire confiance à l'équipe, mais surtout à moi. Je travaille différemment depuis ce projet de restructuration. Maintenant, je me sers des entretiens individuels d'évaluation pour « piocher » des idées d'amélioration dans notre organisation. Nous en parlons en septembre lors de la réunion de rentrée. Nous réfléchissons ensemble pour définir des axes d'amélioration, quel en est l'objectif et surtout faire un échéancier. Le fait de travailler sur la notion de projet a été une révélation pour moi et a modifier mon mode de management.	Une communication ++++ Impliquer les équipes Les écouter Mettre en avant leurs compétences, reconnaître leurs valeurs Repérer les personnes ressources dans l'équipe Anticiper les résistances Définir une méthodologie dans la conduite du projet	Etre à l'écoute de ce qui fait obstacle et s'appuyer sur les agents qui croient au projet. Prendre en compte le ressenti des équipes

Les outils dont parlent les CDS interrogés font tous appel à la conduite du changement.

3 des CDS utilisent le mot « *confiance* » : « *la confiance est le plus important* », « *maintenir le lien de confiance* », « *faire confiance à l'équipe* ». Par ailleurs, la CDS 3, de son côté dit qu'elle doit surtout se faire confiance à elle.

Elles utilisent également les notions de « *communication* », « *absence de jugement de valeur* », « *rassurer les équipes* », « *les écouter* », « *mettre en avant leurs compétences* », « *prendre en compte le ressenti des équipes* », « *être à l'écoute de ce qui fait obstacle* », « *reconnaitre leurs valeurs* » ...

En parallèle, « *l'implication des équipes* » ressort également comme un outil pour lever les freins. Cette implication est soulignée par le CDS 2 et le CDS 5. Le CDS 6 quant à lui, dit « *qu'il faut s'appuyer sur les agents qui croient au projet* », et le CDS 3 dit qu'il faut « *expliquer, expliquer, expliquer pour donner du sens* ».

Le CDS 5, dit « *repérer les personnes ressources* ».

Le CDS 4 dit se servir « *des entretiens individuels d'évaluation* », pour « *piocher des idées d'amélioration* », « *définir des axes d'amélioration, les objectifs et un échéancier* » qui seront alors « *discutés ensemble lors de la réunion de rentrée* » qui a lieu tous les ans en septembre.

Au final, le CDS 5, dit que pour lever les freins, elle va « *anticiper les résistances* » et « *définir une méthodologie de la conduite de projet* ».

La CSS donne cette réponse : « *Inclure les soignants dans le projet et travailler avec les organisations syndicales malgré leur frein* ».

La gestion de projet pour lever les freins ?

Par cette question, j'ai souhaité savoir si les CDS intégraient la notion de gestion de projet. Je leur ai donc demandé s'ils pensaient que la gestion de projet pouvait être un levier pour lever les freins.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Gestion de projet permet de lever les freins ?	Tout à fait. Mais un projet doit être construit, anticipé et suivi.	L'avantage de la conduite de projet, c'est qu'on explique pourquoi on fait les choses, vers quoi on veut aller et avec un échéancier. Il y a toujours des freins dans les équipes, mais se poser, exposer est essentiel pour rassurer	Oui je le pense en levant les résistances et les peurs	Tout à fait et il faut faire confiance aux équipes	Oui	Pas toujours...

Les réponses ne sont pas très exhaustives. En effet, elles ont quasi toutes acquiescées face à cette question. Seule la CDS 6 a répondu « *pas toujours* ». Toutes les autres ont validé le fait que la gestion de projet permette de lever les freins.

La CDS 1 complète sa réponse en disant qu'un projet « *doit être construit, anticipé et suivi* ». Pour la CDS 2 le bénéfice de la gestion de projet permet de lever les freins en « *se posant* », « *en exposant* », « *en expliquant pourquoi on fait les choses et ou on veut aller* ».

La CDS 3, quant à elle, dit que la gestion de projet permet de « *lever les résistances et les peurs* ».

Enfin, la CDS 4 parle à nouveau de confiance en disant « *qu'il faut faire confiance aux équipes* » et associer de la gestion de projet pour pouvoir lever les freins.

La CSS quant à elle dit : « *Tout à fait, chaque projet, qui engendre des modifications importantes et présenté en CHSCT. L'utilisation de la méthode projet en collaboration avec les acteurs est essentiel pour limiter voir lever ces freins* ».

Les leviers d'accompagnement des CDS dans la gestion de projet

En effet, n'ayant obtenu que des réponses assez vagues à ma question précédente, j'ai demandé ensuite aux cadres quels pouvaient être les leviers d'accompagnement des CDS dans la gestion de projet.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Leviers d'accompagnement du CDS dans la gestion de projet ?	Il faut se servir des forces et des faiblesses des équipes. Bien avoir en tête que nous sommes là dans l'intérêt des patients qui réclame de plus en plus de passer moins de temps à l'hôpital. Il faut avoir conscience des dépenses et recettes et savoir être à l'équilibre dans un projet. Tout ceci est dans l'intérêt de notre système de santé. et il faut l'expliquer, le dire et le redire aux équipes.	Nous sommes tous là dans un seul but : améliorer la prise en charge des patients, il ne faut pas l'oublier. Mais aussi, il est important de garder en tête la qualité de vie au travail, faire des point, réunions régulières, expliquer vers quoi on va, pourquoi, mais aussi donner des limites. Il faut avoir tous ces paramètres. La conduite du projet permet de stabiliser, de donner des repères. C'est essentiel.	Respecter les résistances et les lever une à une Être à l'écoute, écoute positive et attentive Entendre les angoisses et apporter des réponses Développer l'esprit d'initiative Associer les acteurs à tous les niveaux	Il faut savoir travailler avec son équipe pour prendre de la hauteur dans la routine du quotidien.	Je ne sais pas si je comprends bien cette question. Mais il me semble que le cadre doit pouvoir compter, s'appuyer sur son encadrement supérieur, sur la direction des soins pour l'aider à mener à bien les projets. Le cadre doit également pouvoir avoir des espaces de paroles pour échanger avec ses pairs, recevoir du soutien. Pour ma part, cela passe également par un travail d'équipe avec les médecins du service. Je ne conçois pas mener à bien les différents projets en lien avec Saclay sans être en accord avec le projet porté par le médecin, sans respect mutuel.	Le soutien de son N+1, les volontaires pour travailler sur le projet

Cette avant-dernière question est assez riche et reprend beaucoup des points issus de cette enquête.

Le CDS 1 dit « *qu'il faut se servir des forces et faiblesses des équipes* », « *avoir conscience des dépenses et recettes, pour savoir être en équilibre dans un projet* » et « *qu'il faut l'expliquer, le dire et redire aux équipes* ». Pour ce cadre de santé, l'objectif est « *l'intérêt des patients* ».

Pour le CDS 2, le but est « *d'améliorer la prise en charge des patients* » et pour cela « *l'important est de garder en tête la qualité de vie au travail* », « *faire des réunions régulières* », « *expliquer vers quoi on va et pourquoi* », et « *donner des limites* ». Pour elle, la conduite de projet « *permet de stabiliser, de donner des repères* », qui pour elle sont essentiels.

La CDS 3 liste plusieurs actions émanant du cadre de santé : « *respecter les résistances et les lever une à une* », « *être à l'écoute* » qui doit être une écoute « *positive et attentive* », « *Entendre les angoisses et apporter des réponses* », « *développer l'esprit d'initiative* » et « *associer les acteurs à tous les niveaux* ».

La CDS 4 ne m'a parlé que de l'importance de savoir travailler en équipe, et a dit que ça lui permettait de « *prendre de la hauteur* ».

La CDS 5 commence sa réponse en étant pas certaine de bien la comprendre ... je lui ai dit de me répondre comme elle le souhaitait. Aussi, elle a commencé en disant que le CDS « *doit pouvoir compter, s'appuyer sur son encadrement supérieur et sur la Direction des soins* ». Elle ajoute que le CDS doit pouvoir rencontrer ses pairs et « *échanger dans des espaces de paroles* », ceci afin de « *recevoir du soutien* ». Elle complète sa réponse en disant que pour elle, cela passe également « *par un travail d'équipe avec les médecins du service* ». Elle termine en disant qu'elle ne conçoit pas de s'investir dans un projet qui ne serait pas validé par le médecin, et que cela nécessite « *un respect mutuel* ».

Pour la CDS 6, les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet sont « *le soutien de son N+1 et les volontaires pour travailler sur le projet* ».

La CSS quant à elle, donne cette réponse : « *La participation des équipes et l'implication de tous, des consignes claires précises. Mais aussi un contrôle du cadre sur les mesures prises.* »

La formation

Au regard de l'ensemble des entretiens et des réponses obtenues, je me demande si les CDS ont eu des formations spécifiques. En effet, on a pu voir dans le cadre conceptuel, que la conduite du changement et la gestion de projet sont des procédés spécifiques et pour lesquels des méthodes doivent être appliquées. Pour pouvoir les appliquer correctement, il est probable qu'une formation soit nécessaire.

Aussi, j'ai souhaité savoir lesquels des CDS interrogés avaient pu bénéficier d'une formation.

	CDS 1	CDS 2	CDS 3	CDS 4	CDS 5	CDS 6
Formation spécifique	L'école des cadres m'a permis d'avoir une boîte à outils pour travailler, j'ai également participé à des journées ANAP qui sont force de proposition dans plusieurs domaines. J'ai aussi eu une formation en intra sur la conduite de projet, sur le process com qui permet d'adapter le discours en fonction des acteurs	A PIFCS	Rien depuis en PIFCS en 2011/2012 hormis le terrain et la gestion des projets avec les CSS	Je n'avais pas trop d'expertise, même si j'ai appris à l'école de cadre. De là à le mettre en place, c'était compliqué pour moi. Mais mon cadre de pôle m'a apporté son aide, de la méthode, de la recherche, des échanges avec les autres cadres. J'ai également fait une formation suite à cette expérience qui m'a permis de mettre des mots sur ce que j'ai fait. C'est un changement total dans ma façon de manager les équipes.	Pendant ma formation cadre Plusieurs formations réservées aux personnels encadrants.	non

Je constate que les personnes rencontrées n'ont participé à aucune formation spécifique dans le cadre de ce projet. La CSS interrogée n'a pas eu plus de formation à la gestion de projet, si ce n'est, comme pour les CDS, les enseignements reçus à PIFCS et un Master 2 obtenu en management gestion de santé à Montsouris.

5. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Ma réflexion porte sur les aspects humains de ces modifications, notamment à travers ces questionnements :

Qu'est-ce que le changement ? Quels mécanismes induit-il ? La résistance face à celui-ci est-elle normale et nécessaire ? Quelle est la place du cadre de santé auprès des équipes afin d'accompagner celle-ci au changement ? Bénéficie-t-il des conditions suffisantes lui permettant de mener à bien un projet de cette ampleur ? A-t-il à sa disposition les connaissances et les compétences, mais aussi les outils nécessaires à la réalisation du but poursuivi ? De quoi a besoin le cadre de santé pour réussir dans cette mission ?

Il s'agissait pour moi de comprendre quels sont les leviers managériaux et outils que le cadre de santé peut déployer face aux phénomènes de résistances au changement et de construire des pistes de réflexion pour accompagner/guider/amener les équipes dans le déménagement/projet/changement.

L'analyse des différents entretiens réalisés m'a aidé à mieux comprendre le processus de changement dans le contexte des restructurations organisationnelles à l'hôpital. Les témoignages, mais aussi les propos recueillis, m'ont permis de faire avancer ma réflexion en la confrontant à la réalité des faits vécus par mes interlocuteurs.

Voici quelques-uns des constats que j'en retire :

- o Les changements sont difficiles et représentent une réelle épreuve pour ceux qui les vivent.

En effet, lors de ma revue de littérature autour du sujet sur l'accompagnement au changement, et au regard des réponses faites par les CDS, il m'a semblé que ce n'est pas tant le projet lui-même qui est difficile à vivre pour les personnes, mais plutôt les changements qui en découlent.

Une de mes hypothèses de départ était que l'accompagnement au changement est la condition sine qua non à la réussite d'un tel projet.

Une autre de mes hypothèses de départ était que la conduite du changement dans le cadre d'un projet de telle envergure s'opère grâce à l'utilisation d'outils variés.

Au regard des entretiens, il apparaît assez clairement que le changement suppose des outils permettant de favoriser l'appropriation du processus par les équipes.

Cependant, on remarque aussi que les répercussions négatives inhérentes à ces bouleversements, qu'elles soient individuelles ou collectives et personnelles ou professionnelles, sont significativement réduites lorsque l'encadrement est parvenu à proposer un accompagnement aux destinataires du changement.

Cet outil de mise en œuvre de soutien aux équipes, qu'est la conduite du changement semble apporter une réelle aide aux équipes pour traverser ces périodes de mouvance et d'incertitudes.

- o Le CDS est l'acteur central de la conduite du changement

En effet, le CDS semble être l'acteur le plus à même d'utiliser cet outil et de mettre en œuvre tout ce qu'il peut (communication, rencontres, explications, attitude participative, travail inter équipe, formation ...) pour amener les équipes à cheminer ensemble vers leur but commun.

Tous le reconnaissent comme étant non seulement l'acteur central de la conduite du changement, mais surtout comme étant l'élément clé permettant de mener des projets. Certaines CDS se reconnaissent un rôle de facilitateur mais aussi de fédérateur du fait des explications et des échanges créés. Le CDS permet de donner du sens au changement et d'amener les personnes à le comprendre, l'accepter et finalement à se l'approprier.

Informé et favoriser les échanges collaboratifs sont présentés par les cadres de santé interrogés comme des outils majeurs leur permettant de donner du sens au projet. Véritables communicants, ils doivent déployer des qualités spécifiques.

Lorsque le cadre de santé communique sur le projet sur le volet « information », il doit avoir à l'esprit le souci de permettre à chacun, dans l'équipe, d'en comprendre les objectifs et de faire le lien avec sa pratique quotidienne.

En effet, quel que soit le projet évoqué, tous les cadres font part de la nécessité d'informer les soignants sur les objectifs du projet. Cette information délivrée doit leur permettre de mieux comprendre le projet, sa finalité. Les soignants ont besoin de pouvoir donner un sens au projet pour s'y engager. Le cadre, quant à

lui, devrait s'assurer de la cohérence entre le sens donné par le soignant au projet, le sens que lui-même donne et le sens que l'institution ou le service donne au projet.

Par ailleurs, la plupart des cadres interrogés expliquent que faciliter la compréhension permet aussi au cadre de santé de rassurer les soignants par rapport à ces projets, aux impacts sur leurs pratiques professionnelles et/ou sur leurs conditions de travail

L'information est donc aussi un moyen d'accompagner le changement.

De plus, le CDS est responsable de la circulation de l'information ascendante et descendante.

Le point commun à tous ces projets est d'être en lien direct avec l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins pour un soin sécurisé et de qualité.

En effet, mettre l'accent sur cette similitude permettrait aux agents de mettre en cohérence le projet institutionnel et leur pratique soignante tout en s'appuyant sur des points de convergence pour s'entendre sur un sens commun global à donner au projet.

Les propos tenus par les cadres laissent à penser qu'il ne serait pas suffisant pour les soignants d'avoir une vision des objectifs du projet pour s'y inscrire. Il importe qu'ils puissent aussi percevoir les bénéfices qu'ils pourront tirer du projet. Ce constat fait aussi écho aux propos de CROZIER sur le pouvoir de l'acteur dans l'organisation : l'acteur décide de se mettre en mouvement au regard des opportunités dont il pourra se saisir s'il s'investit dans le projet.

Pour ce projet institutionnel, les cadres expliquent également se positionner à l'interface des soignants et de la direction : ils représentent l'institution aux yeux des agents et ils font remonter la parole des soignants auprès de la direction. Les cadres peuvent inscrire le projet dans le cadre de référence des valeurs globales de l'institution. Ils permettraient ainsi aux soignants de rattacher le projet aux valeurs de l'institution.

Par ailleurs, si l'information est présentée par les cadres interrogés comme un élément primordial pour donner du sens au projet, les échanges collaboratifs semblent l'être aussi.

La communication ne doit pas être à sens unique. Le cadre a la possibilité d'instaurer des espaces de réflexion avec soignants de façon à leur permettre de collaborer dans la perspective de s'entendre sur le sens des mots pour poser ensuite un sens et des valeurs communes.

Les espaces privilégiés par les cadres interrogés sont les réunions internes au service, soignantes ou pluri professionnelles. Des groupes de travail doivent aussi se constituer, avec une inscription volontaire des participants.

Un des cadres souligne l'intérêt de travailler en groupe pluri professionnel pour enrichir les échanges et les points de vue.

Il apparaît ici que la présence du cadre auprès des équipes est indispensable aux échanges collaboratifs.

Il s'agirait d'utiliser le projet pour mobiliser les individus en créant, à partir de leurs valeurs communes, de nouveaux repères pour réfléchir collectivement à un sens commun sur une thématique choisie.

De même, il apparaît que le cadre de santé doit savoir repérer les personnes ressources qui pourront l'aider à promouvoir le projet. Il utiliserait alors l'influence des pairs.

MOSCOVICI décrit les processus d'influence que peut exercer chacun sur le groupe s'il fait preuve de persuasion dans sa communication, à l'instar des cadres qui proposent des réunions régulières, en présence de toute l'équipe, et en travaillant sur des thématiques qui font lien avec leurs pratiques professionnelles et pourront permettre de poser un socle commun de valeurs et un sens commun.

A travers ces premiers éléments d'analyse, il a été mis en avant l'importance des actes que les cadres de santé doivent mobiliser ; Le CDS étant l'élément central permettant la concrétisation sur le terrain d'un projet.

- La conduite de projet reflète les compétences du CDS

Effectivement, les CDS doivent démontrer d'autres compétences et qualités, notamment de communicant, dans leur relation avec leurs équipes.

Lors des entretiens, les cadres de santé ont fait part de certaines compétences relationnelles, auxquelles ils accordent une importance particulière, pour communiquer avec l'équipe, à visée d'information et d'échanges constructeurs de sens. L'analyse a montré que le cadre de santé doit maîtriser les techniques de communication, d'argumentation afin de pouvoir s'adapter aux équipes et aux agents.

Plusieurs canaux de communication sont appliqués pour transmettre l'information et s'assurer de la manière dont elle est reçue. Ils utilisent à la fois l'information écrite et orale et demandent aux agents de leur faire un retour sur ce qu'ils ont compris du projet, afin de reprendre les informations données si nécessaire.

Ils ont d'ailleurs également mis en exergue leurs qualités d'animation de groupe.

Les qualités « d'écoute », de « communication », « d'accompagnement », les outils de « conduite du changement », le rôle « fédérateur » ou la capacité à « impulser » sont mises en avant par les cadres comme leur permettant de favoriser les échanges collaboratifs, la dynamique d'équipe. Il m'est apparu dans l'analyse que toutes ces qualités et compétences leur permettent d'accompagner les équipes dans la recherche de sens et de reconnaître chacun de ses membres.

Ces compétences mises en avant par les cadres interrogés rentrent toutes dans le champ de la communication.

L'analyse et l'interprétation des résultats montrent l'attention portée par les cadres à l'information qu'ils délivrent à l'équipe à propos du projet. L'enjeu repéré de l'information est de donner du sens, à savoir permettre au soignant de comprendre, de juger des intérêts et des valeurs portées par le projet, du rôle qu'il peut y jouer.

En effet, de nombreuses théories sur la motivation montrent que l'individu est motivé par un projet si celui-ci lui permet de satisfaire ses besoins.

Mettre en avant les liens entre le projet et le soin apparaît le moyen privilégié pour le cadre de santé de recentrer le projet. Le projet s'inscrirait alors dans la pratique professionnelle et aurait pour objectif d'améliorer les pratiques ou les conditions de travail.

L'environnement de travail est également un facteur permettant l'adhésion des agents au changement et les échanges collaboratifs sont le signe d'une dynamique d'équipe constructive, signe d'un environnement de travail favorable.

Lorsque le cadre de santé, pour conduire des projets, anime des réunions soignantes ou pluri-professionnelles ou des groupes de travail, il sollicite la participation des soignants. Il utilise alors un mode de management participatif et se met en situation d'écoute, de régulation de groupe. Il encourage la liberté de parole, la réflexivité des soignants. Tous ces éléments contribuent à la réflexion de l'équipe sur les objectifs du projet et sur les actions possibles pour répondre à ces objectifs. Par son mode de management participatif, le cadre crée les conditions nécessaires à l'implication des soignants dans une réflexion d'équipe à propos du projet.

Les cadres interrogés s'attachent aussi à montrer des signes de reconnaissance envers les soignants autour de la démarche projet. Cette attention est plus marquée par certains cadres que par d'autres.

Certains cadres expliquent leur volonté de reconnaître l'individu dans sa singularité mais aussi de le resituer dans un collectif. Ses propos résonnent avec ceux de THEVENET qui explique que, si l'implication première est personnelle, elle doit prendre par la suite une dimension collective afin de pérenniser l'engagement de tous dans un projet commun.

A l'inverse la non-reconnaissance existentielle est un frein à l'implication à un projet. Ce serait le cas des projets institutionnels, qui pourraient être considérés par les soignants comme responsable de conditions de travail difficiles.

Au-delà de l'expertise propre à certains individus, les cadres s'appuient aussi sur la force de proposition du soignant comme professionnel et sa capacité d'innovation pour faire avancer les projets.

Pour certains cadres, l'entretien professionnel annuel est un moment particulièrement utile pour s'appuyer sur les compétences de l'agent en échangeant avec lui sur ses attentes, ses propositions, ainsi que sur les projets dans lesquels il souhaite s'engager.

Il ressort de l'analyse autour de la première hypothèse formulée sur ma question de recherche que le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet.

Si l'analyse a fait apparaître le cadre de santé comme l'élément moteur dans la conduite de projet, le cadre conceptuel articulé autour sur la conduite de projet, prouve également que la conduite du changement qui en découle est une démarche permettant de structurer et d'assurer le bon déroulement d'un projet.

En effet, l'aspect décisionnel est présent tout au long de la vie d'un projet : de sa conception à sa phase opérationnelle.

Les projets institutionnels ont, la plupart du temps, un caractère obligatoire, en lien avec la législation en rapport à la qualité et la sécurité des soins. Des projets internes aux services ou transversaux en découlent parfois. C'est ici la Direction qui décide des projets à mener. Les cadres ont alors la responsabilité de les mettre en œuvre au sein de leurs unités.

Pour les projets internes aux services, tous les cadres font part de l'intérêt qu'ils perçoivent à faire réfléchir ensemble les soignants. Ils sont alors acteurs dans la démarche projet, peuvent faire des propositions et laisser s'exprimer leur créativité. Cependant, s'il apparaît que tous les cadres choisissent d'accompagner l'équipe sur un mode de management participatif.

Ce sont les cadres de santé qui déterminent les espaces, les orientations et les objectifs dans le projet.

La motivation, la reconnaissance et la dynamique d'équipe sont décrites par de nombreux auteurs comme des facteurs de conduite du changement.

La démarche projet comprend différentes phases qui vont de la conception à l'évaluation. L'évaluation du projet doit être prévue en amont, le plus souvent à l'aide d'indicateurs. Communiquer sur les résultats de ces indicateurs m'apparaît être un moyen de reconnaître les soignants qui y ont participé.

Pour certains cadres, le projet est aussi un moyen de reconnaître les difficultés inhérentes à la pratique professionnelle des soignants ou à une organisation interne à améliorer.

Cela permet également de rechercher des solutions, notamment dans le cadre de projets liés à l'amélioration des conditions de travail.

Cette deuxième partie d'analyse valide donc ma seconde hypothèse : La conduite de projet est une démarche de conduite du changement qui permet de structurer et d'assurer le bon déroulement d'un projet.

« Le changement en soi peut constituer une aventure humaine intéressante si ceux qui le conduisent savent le présenter sous son aspect dynamique plutôt que sous son aspect contraignant »⁷² (Josette HART).

Je suis convaincue que les cadres de santé sont aptes à accompagner une équipe vers un nouvel établissement. Les changements et résistances générés seront levés les uns après les autres, pour permettre aux agents de s'approprier le changement, les objectifs qui en découlent et les actions à venir.

Les propos recueillis par le Cadre Supérieure de Santé confortent mes idées, réflexions et mon positionnement.

De plus, celui-ci me permettra d'appréhender différemment le métier de cadre de santé en y donnant davantage une dimension polaire et institutionnelle.

« Selon la littérature, le changement est normal, inévitable et urgent et il peut être géré par des leaders compétents et efficaces. Les recettes de compétence dans la gestion du changement représentent des jumelages variés de plusieurs modèles de changement sur chacun desquels les auteurs peuvent mettre un accent différent. Cependant, les leaders doivent être entrepreneurs, visionnaires, stratèges, aventureux et rester à l'affût des crises et des opportunités. Ils doivent faire preuve de prévoyance et programmer et planifier le changement avec soin et attention. Ils doivent être des leaders charismatiques et de fins psychologues capables de

⁷² J. HART – 2002 – « Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres : concepts, méthodes, études de cas »

vaincre les résistances de leurs troupes. Ils doivent être humains, favoriser la participation et habiliter les opérateurs. Enfin, ils doivent être d'habiles négociateurs, aptes à mettre en place les coalitions gagnantes »⁷³.

Cette étude a permis de comprendre les difficultés liées aux changements en général dans les organisations ; de vérifier les connaissances sur les déterminants organisationnels du changement ; de définir le positionnement et les aptitudes des cadres de santé dans la gestion des projets inscrits dans les dynamiques organisationnelles, le tout dans un souci d'efficacité, d'efficacité et de qualité.

Enfin, afin d'approfondir et de développer mes connaissances et mes compétences professionnelles, je souhaite, dans le prolongement du master 1, réaliser un master 2 « Management des organisations soignantes ». Les apports dispensés dans le cadre de ce master me permettront de m'approprier davantage la méthodologie de la conduite de projet, notion qui s'avère extrêmement utile, dans le cadre de l'accompagnement des équipes dans la conduite de projet.

6. LIMITES ET APPORTS DE MON TRAVAIL

Ce travail de recherches a été assez compliqué par plusieurs aspects.

Tout d'abord, n'étant pas une lectrice invétérée, j'ai d'abord eu des difficultés à identifier les lectures qui allaient m'être utiles. Ensuite, une fois les ouvrages choisis et lus, il m'a été difficile d'extraire et de synthétiser les informations judicieuses et utiles.

En effet, comme cela a été conseillé, j'ai d'abord opté pour la « frappe au kilomètre ». Ce fonctionnement a été finalement problématique, car ayant énormément tapé au kilomètre, je me retrouvais avec des quantités énormes de données, que j'ai eu beaucoup de mal à exploiter. J'ai cependant, conduit l'exercice avec la meilleure volonté possible, avec l'aide des enseignements reçus à l'IFCS et également grâce à l'accompagnement de ma Directrice de mémoire. Cette dernière m'a permis de voir plus clair dans l'ensemble des recherches effectuées lorsqu'elle m'a demandé d'établir le plan, même grossier, de mon mémoire. Ce plan a été d'une grande aide, pour pouvoir trier, organiser et finalement développer mon sujet.

De plus, au moment du passage à l'écriture j'ai eu beaucoup de difficultés à m'extraire des écrits originaux.

Enfin, l'enquête et l'analyse, étaient des « premières » pour moi. Outre, la petite expérience de recherche effectuée dans le cadre de la rédaction du mémoire à l'IFSI, je n'avais jamais eu à faire ce genre d'exercice. Cela a été relativement compliqué car pas suffisamment maîtrisé pour moi.

⁷³ <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf> : La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé

Les limites repérées dans mon travail, concernent principalement l'échantillon choisi, le guide, la conduite d'entretien et l'analyse effectuée.

En effet, j'ai décidé d'interroger uniquement des cadres de santé de mon groupement. Cependant, il aurait certainement été intéressant de croiser leurs propos avec ceux des soignants de leurs équipes, afin d'avoir un point de vue soignant sur les actions des cadres dans l'accompagnement et la gestion des projets.

De plus, deux des cadres interrogés sur les six sont responsables d'unités de psychiatrie ou de gériatrie, services pour lesquels dans le cadre du projet institutionnel, il n'y aura pas de déménagement. Je supposais qu'ils allaient aborder le projet général au regard des changements que cela génèrera pour eux à l'avenir. Car, si ces services ne déménageront pas à Saclay, ils dépendront toujours du Groupe Hospitalier et seront donc rattachés au futur établissement. Dans ce contexte, j'avais supposé que les CDS m'auraient parlé des changements que la non-proximité du futur établissement créeraient. Si ce point a été abordé, il n'a pas été développé.

Enfin, l'élaboration du guide et des grilles d'entretien n'a pas été aussi simple que je l'avais imaginé, et cela c'est ressenti lors des entretiens effectués.

L'entretien semi-directif nécessite une élaboration des questions par le chercheur au fil des réponses faites par l'interviewé. La qualité de l'entretien dépend des compétences du chercheur pour le mener. N'étant pas habituée à mener ce type d'entretien, je ne suis pas certaine que toutes mes questions étaient véritablement judicieuses, ou du moins orientées de façon à ce que leur exploitation soit facilitée.

Aussi, j'ai conscience de ne pas avoir toujours formulé mes questions convenablement, ce qui a pu entraîner un défaut de compréhension. J'ai également pu faire des erreurs de compréhension sur les propos tenus par les personnes interrogées. Enfin, suivant les entretiens, j'ai parfois utilisé mon guide dans un ordre différent, ce qui a pu induire un cheminement de pensée différent.

De ce fait, l'analyse a également été compliquée. En effet, j'ai pu faire des erreurs dans l'extraction et l'exploitation des données. De plus, j'ai choisi d'associer les verbatims des personnes interrogées, aux thématiques analysées. J'ai donc fait des associations d'idées avec ma subjectivité d'apprenti chercheur. Je ne peux donc pas leur donner une réelle valeur scientifique.

Aussi, j'ai conscience d'avoir pris des libertés avec la méthode, sans garantie sur la finalité. Finalement, cela ne remet pas mon étude, ni les résultats, en cause.

Par ailleurs, dans la partie « projet » du cadre conceptuel, j'ai décidé de ne pas recueillir les caractéristiques détaillées de la conception et de la mise en place du projet, ni même d'un projet en général.

En effet, en projection totale avec mon futur poste de Cadre de Santé dans ce groupement, j'ai souhaité véritablement orienter ce travail sur le Cadre de Santé, son positionnement, ses outils et ses compétences dans l'accompagnement des agents dans ce changement qui nous attend. Aussi, je n'ai pas du tout développé les phases de conception, ni les études préalables (études d'opportunité, études de faisabilité), ni même les objectifs généraux que regroupent le budget, le calendrier et le résultat attendu.

Je suis consciente du fait que le projet de mon groupement soit un projet de très grande envergure, incluant un nombre incalculable d'objectifs complémentaires. Ce projet institutionnel est à l'initiative de la Direction et c'est aussi pour cela que je n'ai pas voulu développer cette partie. Cependant, je sais aussi qu'un projet peut être mis en place à l'initiative du Cadre de santé, et dans ce sens il aurait été intéressant que je le développe un peu.

Concernant ma question de recherche, et à la suite de l'analyse des entretiens, j'ai pu valider les hypothèses faites qui infirment, d'une part, que la conduite de projet est une démarche de conduite du changement qui

permet de structurer et d'assurer le bon déroulement d'un projet, et d'autre part que le positionnement du Cadre de Santé est un levier majeur dans la conduite de projet.

La validation de ces hypothèses, et donc de ma question de recherche, est réalisée avec toute ma subjectivité, mais, elle est, malgré tout, établie au regard de la littérature et des éléments qui ont nourri le cadre conceptuel.

Enfin, j'ai repéré la thématique de la « formation » à la conduite de projet, à l'issue de l'analyse et je n'ai pas eu le temps de rechercher suffisamment de documentation sur le sujet pour dépasser le stade des suppositions.

Ce que je souhaite que l'on retienne de ce travail de recherche, c'est que, même si les changements ne sont pas faciles à vivre et à faire accepter, il existe des méthodes et des outils qui permettent de rendre les mutations acceptables et supportables. L'accompagnement au changement en est un formidable exemple. D'autre part, le cadre de santé est un acteur essentiel de cette transition. Sa proximité et sa connaissance de la réalité du terrain et des individus qui composent son équipe fait de lui un collaborateur, un partenaire de sa hiérarchie, notamment lors des prises de décisions affectant son unité, et un allié indispensable à la réalisation d'un projet institutionnel.

CONCLUSION :

Ces dernières années, l'évolution de la société, le contexte politique, socio-économique et sanitaire est en perpétuelle mutation. Cela se caractérise, dans le secteur hospitalier, par l'apparition de plus en plus fréquente, de restructurations organisationnelles.

Ces évolutions concernent les politiques de santé, les organisations sanitaires mais aussi les acteurs de santé. Le déménagement d'une structure de soins est un projet qui doit prendre en considération ces différentes dimensions. En effet, cette démarche de reconstruction a, la plupart du temps, pour point de départ, la nécessité d'adapter les locaux afin de dispenser des soins de qualité, ceci de manière efficiente. Or, si l'institution est garante de la qualité des soins, le cadre de santé l'est également dans le service dont il est responsable.

Ces restructurations sont donc synonymes de changement.

Le changement fait partie de nos réalités quotidiennes depuis la nuit des temps et pourtant certains affirment que les êtres humains ont naturellement peur du changement.

En effet, quel que soit le contexte dans lequel le changement s'exprime, il est pour eux, souvent synonyme de rupture, de déstabilisation et de destruction du sens que chacun donne à ses actions ; et n'a d'intérêt que s'il se caractérise par une évolution positive ou un progrès. C'est pourquoi, lors de la mise en œuvre de ces réformes institutionnelles, il est indispensable de mettre en place des procédures permettant à chacun de s'approprier les nouvelles données.

Dans le contexte politique et économique actuel, pour tenter de contrôler les difficultés et les incertitudes multiples, la conduite du changement devient un élément managérial incontournable de la résolution des problèmes.

C'est dans ce climat d'incertitude grandissante et de fragilisation de l'environnement professionnel que le cadre de santé doit poursuivre sa mission auprès de l'équipe dont il a la charge. Bien qu'il soit aujourd'hui difficile d'envisager l'organisation sur le long terme, le manager se doit d'appliquer les directives édictées par sa tutelle, et de participer à la mise en œuvre concrète de ces réorganisations institutionnelles. Mais bénéficie-t-il des conditions suffisantes lui permettant de mener à bien un projet de cette ampleur ? A-t-il à sa disposition les connaissances et les compétences, mais aussi les outils nécessaires à la réalisation du but poursuivi ?

C'est pourquoi, en tant que future cadre de santé, je m'interroge sur la réussite de ces réorganisations. Qu'est-ce qui permet de réduire l'impact de ces changements ? Comment conduire ces projets ? L'accompagnement au changement est-il une solution ?

Le cadre de santé tient un rôle majeur dans ce processus.

En effet, celui-ci possède une place importante dans la démarche projet au vu d'un déménagement d'une structure de soins.

Par sa proximité, il est le plus à même de recenser les attentes, les craintes des soignants tout en prenant en compte l'identité professionnelle des membres de l'équipe. Effectivement, le cadre de santé doit personnaliser l'accompagnement face au changement, en prenant en compte la personnalité, les attentes de chaque soignant.

De plus, son implication auprès de son équipe, ainsi que les outils qu'il met en œuvre pour aider le groupe à traverser cette « épreuve » influencent directement les individus et les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes ou des actions qu'on leur demande de mener.

L'accompagnement au changement devient un élément indispensable de la stratégie managériale que le cadre de santé doit mettre en œuvre pour répondre aux exigences institutionnelles.

Certains considèrent même que la conduite du changement est un élément nécessaire à la structuration du projet qui est mené, car il permet de préparer les individus à vivre au mieux les transitions qui se présentent à eux.

Le rôle du cadre de santé dans un tel processus ne peut donc pas être dissocié de la démarche projet établie au niveau institutionnel. C'est grâce à cette complémentarité que l'accompagnement des équipes pourra être effectué de manière la plus optimale, limitant ainsi les pertes de repères des soignants.

Les changements de type déménagements, quand ils sont bien préparés sont dans la majorité des cas bien accueillis par les équipes, car ils s'accompagnent souvent d'un gain matériel et de nouveaux locaux. En revanche l'organisation du travail qu'elle suscite et la reconstruction identitaire qu'elles créent, génèrent souvent une opposition de la part des équipes.

En tant que future Cadre de Santé, je vais être amené à accompagner des équipes dans les différents changements à venir, et notamment dans le projet de délocalisation de mon institution.

Mes premières lectures sur les concepts de changement, d'accompagnement et de projet mettent en évidence la nécessité pour les soignants de donner du sens au projet pour s'y engager

De plus, les cadres interrogés lors de la phase exploratoire ont confirmé que la démarche projet était omniprésente dans les services. Le projet est présent à deux niveaux : au niveau institutionnel et au niveau interne au service. Les premiers s'inscrivent le plus souvent dans une politique nationale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les seconds voient souvent le jour pour répondre à l'amélioration des pratiques professionnelles, des organisations et des conditions de travail.

Dès lors, j'ai pu affiner mon questionnement et construire le cadre conceptuel de cette recherche. Il m'a semblé ensuite important de m'attacher à repérer, autour de cette thématique, quel était plus particulièrement le rôle du cadre. Ce choix avait pour objectif de poursuivre la construction de ma nouvelle posture professionnelle de cadre de santé, entamée avec mon expérience de FFCDS puis mon entrée à l'IFCS.

J'ai ainsi pu formuler ma question de recherche :

« En quoi « la conduite de projet » est-elle un outil du Cadre de Santé pour accompagner le changement, notamment dans le cadre d'un projet de délocalisation ? »

M'inscrivant dans une démarche hypothético-déductive, j'ai posé deux hypothèses qui devaient me permettre de répondre à cette question, en m'appuyant sur l'interprétation des résultats de l'analyse thématique, réalisée à partir des entretiens menés auprès de six cadres de santé. Le but était de mettre en évidence les compétences et les qualités qu'un cadre de santé doit avoir, ainsi que les outils qu'il peut mobiliser pour accompagner les équipes dans un déménagement.

J'ai mis en relation les résultats de l'analyse et le cadre conceptuel construit pour vérifier mes hypothèses.

A l'analyse des entretiens effectués, la question du « sens » donné au projet est rapidement apparue. Le premier moyen mis en avant par les cadres de santé pour que les soignants puissent donner du sens au projet est l'information.

Par ailleurs, les cadres de santé ont expliqué qu'ils mettent en place des espaces de réflexion d'équipe qui créent une dynamique constructive et permettent de construire un sens commun du projet.

La dynamique d'équipe est définie comme un facteur de réussite au projet, notamment par BOUTINET et VILATTE. Les réflexions d'équipe favorisent l'appropriation du projet par les soignants et créent des espaces de liberté.

Dans la transmission des informations et la mise en place d'échanges, le cadre de santé déploie ses aptitudes de communicant.

Pour engager les soignants dans cette démarche, l'analyse des entretiens met en évidence que les cadres de santé interrogés utilisent un mode de management principalement participatif.

Tous les concepts étudiés permettent de mettre en avant le rôle du cadre de santé et les compétences essentiellement relationnelles qu'il doit mobiliser dans la conduite de projet. Par le mode de management que le cadre de santé va choisir, il va instaurer des relations différentes avec les soignants. Le mode de management participatif semble le meilleur moyen de permettre aux soignants d'échanger ensemble pour parvenir à des décisions qui font consensus. Les cadres m'ont donc fait part des compétences et qualités employées, importantes à leurs yeux.

Je peux ainsi présenter les conclusions de mon travail d'initiation à la recherche en reliant les résultats et l'approche conceptuelle et affirmer que :

La conduite de projet est un outil du cadre de santé qui s'appuie sur ses compétences managériales et sur ses qualités relationnelles pour créer les conditions favorables à l'accompagnement au changement.

Mener cette recherche m'a permis de développer des connaissances autour du management relationnel dans le domaine de la conduite de projet.

Ce travail met aussi en lumière les qualités de communicant que je devrai être amenée à développer afin de réaliser mes missions.

Je retiens ainsi qu'il est impératif de communiquer. Cela nécessite de se demander à quel type de message l'individu est réceptif, afin d'adapter son mode de communication.

J'ai mesuré l'importance d'être à l'écoute des soignants pour délivrer le bon message et pour repérer les signes de résistances, par le management participatif.

Ce travail de recherche met aussi en avant le rôle d'interface du cadre de santé et les efforts qu'il doit faire pour relier constamment soignants et institution. Le management situationnel m'apparaît comme le mode de management à privilégier pour concilier les attentes des agents et celles de l'institution. Je serai attentive à garder à l'esprit les valeurs et les besoins de l'organisation et à les rappeler à l'équipe pour qu'elles fassent sens et rejoignent leurs propres valeurs.

Si ce travail m'a permis de renforcer les acquis qui découlent des enseignements à l'IFCS, il fait aussi apparaître de nouvelles pistes de réflexion.

L'analyse des propos tenus par les cadres a soulevé la question de la formation.

En effet, la gestion de projet est un outil qu'il faut manipuler pour se l'approprier. Dépendant du type de projet, le cadre de santé va devoir déployer des stratégies qui ne peuvent pas être décidées sans réflexion ni consensus. Aussi, c'est pour cela que je pense que les directions devraient instaurer des formations internes pour leurs cadres de proximité.

Par ailleurs, les CDS interrogés ont souligné que l'accompagnement par le N+1, le Cadre Supérieur de Santé, ou le supérieur hiérarchique direct, était effectif et constituait une véritable aide, un soutien dans la gestion des changements liés aux projets institutionnels. Cela suppose que les CSS soient formés à la conduite de projet...

Or, au regard des entretiens effectués, l'obtention du Master II, du CSS interrogé, est la seule formation différente par rapport aux acquis des CDS à l'IFCS. Même si ce Master est la garantie d'un accompagnement efficace des CDS sur la gestion de projet, je me demande si tous les CSS bénéficient de ce type de formation en fonction des Masters qu'ils choisissent ?

Enfin, je garderai en tête, la nécessité de prendre le temps d'appréhender les différentes dimensions d'un projet, comme le contexte et les enjeux pour les acteurs. Mieux comprendre me permettra de donner du sens à la situation pour ensuite chercher, en collaborant avec les acteurs concernés, la solution la plus pertinente.

Ce mémoire a donc renforcé une posture réflexive et m'aura permis d'enrichir mes connaissances fondamentales en lien avec le métier de cadre de santé, et m'a donc permis de progresser dans mon positionnement vis-à-vis de ma future nouvelle fonction de Cadre de Santé. De plus, la thématique traitée et les résultats de cette recherche pourront me servir pour conduire mes futurs projets et accompagner mes équipes.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- CROZIER, M. & FRIEDBERG, E. L'acteur et le système, Editions du Seuil, 1977, 286p.
- BOUTINET J.P., « Anthropologie du projet » - Éditeur : Presses Universitaires de France, 2012 – 464 p
- MARCHAT, H. La Conduite de projet, Eyrolles Editions- 2014 – 272p
- MINTZBERG, H. Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre. 2ème éd. Paris : Organisation, 2006, - 284p
- AUTISSIER, D. & MOUTOT, J-M. Méthode de conduite du changement. 2e édition, Paris : Éditions DUNOD, 2010- 288p

Consultations partielles :

- MINTZBERG, H. Le management, voyage au cœur des organisations, Paris, Ed d'organisation, 1999
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R. Changements, paradoxes et psychothérapie, Seuil, 1981
- DELAVALLEE, E. Les méthodes de gestion du changement organisationnel, Encyclopédie des ressources humaines, Vuibert, 2003
- GROUARD, B. & MESTON, F., L'entreprise en mouvement, conduire et réussir le changement, Dunod, 1998
- BERNOUX, P. Sociologie du changement, Seuil, 2004
- ALEXANDRE-BAILLY, F. BOURGEOIS, D. GRUERE, J-P. et al. Comportements humains et management, 3ème éd. Paris : Pearson education, 2009, 282 p.
- HART, J. LUCAS, S. Management Hospitalier : stratégies nouvelles des cadres. Paris : Lamarre, 2003
- WATZLAWICK, P. WEAKLAND, J. FISCH, R. Changements, paradoxes et psychothérapie, Seuil, 1981
- MORIN, E. Introduction à la pensée complexe, Editions Du Seuil, Avril 2005
- AUTISSIER, D. et WACHEUX, F. Manager par le sens, Editions Eyrolles – 2006
- FRIEDBERG, E. Le pouvoir et la règle, Seuil, 1993
- COLLERETTE, P. SCHNEIDER, R. LEGRIS, P. , ISO Management Systems, La gestion du changement organisationnel, octobre 2001, mars-avril 2002, septembre-octobre 2002, janvier-février 2003, mai-juin 2003 et novembre-décembre 2003
- DELAVALLEE, E. Les méthodes de gestion du changement organisationnel, Encyclopédie des ressources humaines, Vuibert, 2003
- DERRIDA J. L'écriture et la différence, Paris : Seuil ; 1967
- PAUL, M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Paris, Harmattan -2004
- BARANSKI, L. Le manager éclairé : donner du sens et réussir le changement, Editions Eyrolles, 2014
- HERSEY, P. Le leader situationnel, Les Éditions d'Organisation, 1989
- MOSCOVICI, S. et PAICHELER, G. Travail, individu et groupe., Chapitre publié dans l'ouvrage de Serge Moscovici : Introduction à la psychologie sociale, Tome II., Chapitre 1, pp. 9-44. Paris : Librairie Larousse, 1973, 363 pp. Collection : Sciences humaines et sociales, 1973
- AUTISSIER, D. & VANDANGEON-DERUMEZ, I. & VAS, A. Conduite du changement : concepts clés, Paris : Éditions DUNOD, 2010.
- AUTISSIER D., JOHNSON K., MOUTOT J.M. L'innovation Managériale, Groupe Eyrolles - 2018
- HART, J. Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres : concepts, méthodes, études de cas, 2002

Webographie :

- http://www.gh-nord-essonne.fr/Ressources/FCK/210917_DOSSIER_DE_PRESSE.pdf, Communiqué de Presse -19 septembre 2017 (consulté le 14/12/2018)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> (consulté le 12/01/2019)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> (consulté le 12/01/2019)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Accompagnement> (consulté le 21/02/2019)

<http://journals.openedition.org/rechercheformation/435> - PAUL, M. Accompagnement, Recherche et formation [En ligne], 62 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2013, (consulté le 07 mars 2019).

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Projet> (consulté le 07/03/2019)

<http://docplayer.fr/19486944-Le-projet-seminaires-rencontres-des-mediateurs-en-midi-pyrenees-seminaire-rodez-du-2-3-fevrier-2006.html> - VILATTE J.C., Le Projet ? Séminaires-rencontres des médiateurs en Midi-Pyrénées, 2006, (consulté le 07/03/2019).

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201803/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf - ANESM, 2009, portail HAS, Repères concernant la notion de projet, (consulté le 07/03/2019).

http://www.sosreseau.com/outils/projet/projet_definition.pdf- JEANNIN, J-P. Le projet (consulté le 5/01/2019)

<http://docplayer.fr/19486944-Le-projet-seminaires-rencontres-des-mediateurs-en-midi-pyrenees-seminaire-rodez-du-2-3-fevrier-2006.html> , page 13, (consulté le 06/01/2019)

<http://lesdefinitions.fr/experience#ixzz5nSr1c4k8> - Définition d'expérience - Concept et Sens (consulté le 17/02/2019)

<https://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR062-8.pdf> - PAUL, M. Autour du mot accompagnement, (consulté le 10/01/2019)

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>-PAUL, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient, Recherche en soins infirmiers, 2012/3 (N° 110), p. 13-20 (consulté le 10/01/2019)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Modification> (consulté le 15/04/2019)

Documents :

Les organisations face au changement, Revue française de gestion, N°120, 1998.

DE DIVONNE, P. Conduire et accompagner les changements - La Lettre du CEDIP n° 33 - octobre 2005

LEWIN, K. Psychologie dynamique : les relations humaines, PUF, 1975

POPIELSKI, J.F. Donner ou redonner du sens au travail, Articles Soins Cadres (n°87) – 2013 – p15-43

RECHERCHE et FORMATION-N°62-2009, Trésor de la langue française, volume XII, p. 999.RR062_08_Autour des mots_91-108

PAUL, M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, Mis en ligne sur Cairn.info le 01/01/2014, Recherche en soins infirmiers 2012/3 (N° 110), pages 13 à 20

BOUTINET, J.P. Anthropologie du projet, 2012, Mis en ligne sur Cairn.info le 10/11/2016

BAREIL.C, SAVOIE.A. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement. In : Gestion, vol. 24, n°3, 1999.

Législation :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Enseignements IFCS

Dr LEMASSON. Cours biostatistiques – ESM - Université Paris-Est Créteil. 2018-2019

Mme OLIVIER, L'analyse du contenu, ESM - Université Paris-Est Créteil. 2018/2019

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Retranscriptions des Entretiens

Annexe 3 : GANTT

Grille d'Entretiens – Mémoire : Projets et projet SACLAY 2024
--

Dans le cadre de ma formation à l'IFCS, je réalise un mémoire en lien avec le projet de mon établissement, à savoir : l'accompagnement au changement dans le cadre d'une délocalisation.

L'objectif de cet entretien est de recueillir des éléments concrets me permettant de construire mon enquête.

Voici les règles du déroulement de l'entretien :

- L'entretien sera enregistré, et tout ce qui est dit dans cet entretien sera utilisé dans la recherche. La confidentialité des enregistrements est assurée.
La durée sera située entre 30 et 45 minutes.
- Répondez le plus spontanément possible.
- Si besoin, je vous demanderai de développer votre idée.
- Il n'y a pas de mauvaises ou bonnes réponses. Tout est utile

-
- 1) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?
 - 2) Comment définissez-vous le mot projet ?
 - 3) Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?
 - 4) Quelle est votre définition du changement ?
Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?
 - 5) Qu'implique un changement pour vous ?
 - 6) Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?
 - 7) Comment avez-vous informé vos équipes ?
 - 8) Quelle est la participation des soignants au changement ?
 - 9) Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?
Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?
 - 10) Le positionnement du cadre est-il un levier dans la conduite de projet (leadership managérial) ?
 - 11) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?
 - 12) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?
 - 13) Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?
Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?
Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?
 - 14) Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?
 - 15) Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?
 - 16) Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?
 - 17) D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?
 - 18) Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?
 - 19) Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?
 - 20) Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?
 - 21) Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués

Annexe 2 : Retranscription des entretiens (6 Cadres de Santé et 1 Cadre Supérieur de Santé)

Entretien– Mémoire : **CADRE EN CHIRURGIE**

1-Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?
Cadre en chirurgie depuis 2 ans, avant cadre en psychiatrie pendant 3 ans, FF cadre en USLD pendant 1 an

2-Comment définissez-vous le mot projet ?

Le projet est un outil managérial qui permet de nous interroger sur nos pratiques, de faire un bilan de l'existant, de faire des recherches, benchmark, de fixer un Objectif avec un calendrier bien défini. Le projet permet au manager de travailler avec son équipe pour modifier l'organisation du travail afin de d'améliorer la prise en charge des patients

3-Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

Il demande beaucoup d'investissement de la part du manager pour ne pas laisser l'équipe dans leur quotidien mais apporter des axes d'amélioration qui seront bénéfiques d'une part pour le patient mais aussi pour les soignants -> prendre de la hauteur

4-Quelle est votre définition du changement ?

Le changement peut être source de stress soit négatif soit positive. Il bouscule la Façon de travailler et fait réfléchir sur nos pratiques. Maintenant, les restructurations et parfois diminution de personnel sont des changements demandés par la hiérarchie qui peuvent être compliqué à mettre en place pour tous. Il faut comprendre la nécessité d'un projet pour y travailler et accompagner les équipes

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

- Changement du chef de service et du projet de service
- Changement lié à une prise en charge ajoutée -> chirurgie bariatrique
- Changement suite à une décision de diminution de lits pour des mesures d'efficacités
- Changement vers l'ambulatoire par rapport à l'évolution des pratiques et diminution des lits d'hospitalisations dites traditionnelles

5-Qu'implique un changement pour vous ?

Il faut prendre du recul, comprendre les enjeux institutionnels, les enjeux de prise en charge, se remettre en question sur les pratiques des soignants, accompagner les équipes, poser des bases et un calendrier pour limiter le stress de tous et savoir vers quoi on va

6-Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?

Tout à fait, il y a la perte de Repères pour l'équipe, se réapproprier les locaux, revoir l'organisation de travail si elle est transposable ou à modifier

7-Comment avez-vous informé vos équipes ?

J'ai participé à un regroupement des spécialités de chirurgie sur un étage pour créer une unité d'ambulatoire sur l'autre aile. Tout d'abord, j'ai rassuré les équipes sur les « bruits de couloirs », je leur ai dit qu'il fallait prendre en compte l'efficacité et l'amélioration de la prise en charge des patients avec un service unique ambulatoire.

J'ai informé les équipes lors de réunions, d'une part animée par moi et aussi en collaboration avec le chef de service car nous travaillons ensemble.

Je comprenais les inquiétudes des équipes. Hormis ces temps officiels avec des CR, nous échangeons lors des poses, voir, j'ai rencontré ceux qui le voulaient en entretien individuelle.

Mon souhait exprimé, était qu'ils aient la juste information et que nous puissions travailler ensemble sur nos champs de compétences pour accompagner ce changement. Il est important de rassurer les équipes, de poser les problèmes, de réfléchir ensemble sur les actions à mettre en place par des groupes de travail (exemple rangement de la salle de soins, le circuit du patient dans notre unité de l'accueil à la sortie)

8-Quelle est la participation des soignants au changement ?

J'ai eu beaucoup de chance car beaucoup se sont impliqués, les IDE et AS et les ASH. En effet, j'ai fait plusieurs groupes de travail sur des thématiques, comme cités avant, et chacun a pris part au projet. Régulièrement, nous faisons des points de l'avancement de nos réflexions, ce qui nous a permis de modifier ensemble et de trouver un consensus de tout le monde, paramédical et médical

9-Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?

Il doit être accompagnateur, mais ne doit pas oublier le cap qui doit garder. Il doit rassurer les équipes mais aussi être ferme et maintenir les décisions prises.

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

D'accompagner les équipes, de maintenir le cap fixé, de pas engendrer des zones de flou, être rigoureux et rendre compte à sa hiérarchie en cas de dysfonctionnement et également sur l'avancé du projet

10-Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

Le cadre est essentiel, mais il ne doit pas oublier qu'il n'est pas seul. Il doit travailler en collaboration avec le chef de service et le cadre de pole. Ce dernier pourra l'aider à avancer en cas d'obstacles, car il y en a toujours.

11-Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

Pour ce projet, cela a été compliqué car les agents allaient avoir des horaires différents s'ils choisissaient de travailler en ambulatoire, la perte financière des week-ends, le sentiment pour ceux qui seraient en hospitalisation traditionnelle d'avoir une diminution de leur activité, le réaménagement des locaux, etc. il a fallu les rassurer +++ sur leurs bonnes pratiques actuelles et ne pas avoir le sentiment de « mal » faire son travail.

12-La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?

Nous en avons discuté avec le cadre de pole, elle m'a accompagné pour les annonces, avec le chef de service également. Puis, j'ai proposé de mettre en place plusieurs groupes de travail pour que chacun se sentent moteur dans ce changement. Je dois avouer que l'équipe jour et nuit ont bien participé. Je leur ai posé les limites, le cadre. Je rendais compte régulièrement aux cadres de pole qui m'a soutenu dans cette démarche. Il a été une aide, un appui et une force à mes moments de doute.

13-Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?

Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?

Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

En fait, très peu de résistance car beaucoup d'explications, de réunions, de rencontre individuelle pour rassurer les équipes

14-Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

Il faut surtout connaître les objectifs d'un projet pour l'accompagner et mettre en place un calendrier, mettre des repères est essentiel. J'ai toujours fait un calendrier, avec les réunions d'avancement définies et mise en place « d'éclair » en cas de point particulier. J'ai fait un tableau Excel avec des semaines en haut et les actions en verticales. Pour chacune des actions, j'ai fait un onglet qui permettait d'écrire notre avancement.

Ce document était notre outil qui servait lors des réunions communes.

Par contre, il faut être très clair avec les équipes « la lettre au père Noël n'existe pas ».

15-Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

Oui

16-Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

Cela a permis de nous faire avancer dans nos pratiques, d'avoir le sentiment d'être ensemble et de travailler tout en respectant les missions de chacun.

En qualité de manager, j'ai été très fière de cette avancée car nous étions ensemble, dans un seul but : améliorer la prise en charge du patient. Sans cette unité d'équipe, le projet n'aurait pas abouti avec le respect des délais.

La reconnaissance de mon cadre de pole a été aussi important

17-D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

Malheureusement les organisations syndicales au début, mais l'harmonie de l'équipe ne leur a pas permis d'aller plus loin dans leur souhait d'opposition au projet. De plus, j'avais le soutien de mon directeur des soins

18-Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?

La confiance est le plus important et l'absence de jugement de valeur

19-Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

Tout à fait. Mais un projet doit être construit, anticipé et suivi.

20-Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

Il faut se servir des forces et des faiblesses des équipes. Bien avoir en tête que nous sommes là dans l'intérêt des patients qui réclame de plus en plus de passer moins de temps à l'hôpital. Il faut avoir conscience des dépenses et recettes et savoir être à l'équilibre dans un projet. Tout ceci est dans l'intérêt de notre système de santé. et il faut l'expliquer, le dire et le redire aux équipes.

21-Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

L'école des cadres m'a permis d'avoir une boîte à outils pour travailler, j'ai également participé à des journées ANAP qui sont force de proposition dans plusieurs domaines. J'ai aussi eu une formation en intra sur la conduite de projet, sur le process comme qui permet d'adapter le discours en fonction des acteurs

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ?

Votre questionnaire m'a permis de me remémorer un des projets importants que j'ai menés.

1-Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?
FF cadre de nuit pendant 3 ans . Cadre des urgences adultes, SMUR et urgences psy depuis 2017

2-Comment définissez-vous le mot projet ?

Un projet est un changement à apporter, celui-ci lié à la construction d'un hôpital unique sur Saclay
Le directeur en charge de COPERMO nous inscrit dans cette démarche

3-Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

Il faut amener les équipes à y adhérer, la conduite de projet est une des missions du cadre. Il permet aussi de réfléchir sur les pratiques

4-Quelle est votre définition du changement ?

Le changement est régulier dans les hôpitaux car il faut s'adapter aux nouvelles règles, s'inscrire dans une démarche qualité aussi.

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

Le changement suite à une décision de la direction, du territoire, des nécessités de service pour améliorer la prise en charge

5-Qu'implique un changement pour vous ?

Une réflexion sur les pratiques de soins, un challenge à relever

6-Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?

Bien entendu, pour l'hôpital unique, nous essayons de nous projeter sur des plans, des surfaces. Il faut parfois faire abstraction de ce que nous connaissons pour exprimer les besoins en superficie de pièce. Nous avons été faire des visites dans 3 services d'urgences afin de nous projeter par rapport au contrainte de surface au sol. Nous avons réfléchi sur le circuit du patient de l'entrée à sa sortie

7-Comment avez-vous informé vos équipes ?

Je fais des réunions régulières pour les informer des possibilités liées à COPERMO. Je rédige des CR que j'envoie à chacun.

8-Quelle est la participation des soignants au changement ?

Nous avons regardé ensemble le circuit du patient lors d'un groupe de travail mais aussi de manière informelle.

Grace à leur expertise, j'ai pu apporter des modifications nécessaires dont je n'avais pas vu l'impact sur leur organisation de travail

9-Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?

Il est essentiel d'accompagner les équipes, mais elle n'est pas inquiète car Saclay n'est pas loin d'Orsay. Les soignants se projettent dans ce projet attendu depuis plusieurs années. La seule complexité dont ils n'ont pas conscience à ce jour, c'est de regrouper 3 services d'urgences en un seul va diminuer les effectifs par rapport à ce jour et il va falloir qu'on est la même culture, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

A cette étape, je participe à la réflexion du circuit et aux effectifs en poste. Je participe à des réunions régulières avec l'exécutif du pole, le directeur COPERMO et la DS.

Dès que des avancements sont actés, j'en fais part à l'équipe. J'attends que cela soit stabilisé pour limiter les inquiétudes.

10-Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

La conduite de projet est un des outils essentiels pour mon management. Il permet de se poser, ne pas agir dans l'urgence, bien connaître l'existant, faire des recherches, visites, savoir vers où nous voulons aller pour une amélioration de la prise en charge des patients. Et surtout faire un échéancier, avec des repères dans le temps. C'est essentiel pour tous

11-Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

Elles étaient plutôt ravies car il n'implique pas de changement dans la vie personnelle (lieu géographique, mêmes horaires de travail proposés)

Leur seule interrogation est de travailler sur ce projet avec les équipes des 2 sites qui fonctionne différemment

12-La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?

C'est une démarche en cascade, d'abord institutionnelle avec ma participation, puis en pole et enfin j'ai pu travailler avec les équipes. Les remarques des soignants ont été importantes et prise en compte si possible avec les contraintes de COPERMO (surface au sol)

13-Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?

Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?

Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

Non, pas du tout, les équipes sont contents de participer à leur niveau dans ce projet et avoir des nouveaux locaux, plus adaptés à l'organisation de travail leur convient.

14-Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

Surtout faire des réunions régulières et mettre fin aux « radios de bruit de couloir », garder le cap. Nous travaillons en confiance avec l'équipe, c'est primordial

15-Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

Avec la certification (processus et préparation à la visite des experts), les axes d'amélioration à prévoir, pour moi, je me sers régulièrement de la conduite de projet. C'est important de stabiliser les équipes et de travailler sur des objectifs, axes d'amélioration, actions à réaliser et calendriers

16-Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

L'hôpital est enclavé dans la ville, nous n'avons plus de possibilité d'extension, nous allons avoir des locaux respectant les patients avec des chambres seules en plus grand nombre, nous aurons des locaux modernes avec des technologies avancées, de la place pour se garer pour le personnel, les patients, les visites.

17-D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

Il n'y a pas de frein au niveau de l'équipe. Les seuls qui sont contre le projet, c'est certains syndicats. Il ne pense pas à l'offre de soins puisque le bassin de population ira à Saclay. Mais effectivement si on prend la masse salariale des 3 sites, une diminution des effectifs est prévue. Ils oublient juste de regarder le nombre de départ par an.

18-Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?

Surtout, de mon côté, rassurer les équipes, leur dire des avancements quand ils sont actés, maintenir le lien de confiance.

19-Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

L'avantage de la conduite de projet, c'est qu'on explique pourquoi on fait les choses, vers quoi on veut aller et avec un échéancier. Il y a toujours des freins dans les équipes, mais se poser, exposer et essentiel pour rassurer

20-Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

Nous sommes tous là dans un seul but : améliorer la prise en charge des patients, il ne faut pas l'oublier. Mais aussi, il est important de garder en tête la qualité de vie au travail, faire des point, réunions régulières, expliquer vers quoi on va, pourquoi, mais aussi donner des limites. Il faut avoir tous ces paramètres. La conduite de projet permet de stabiliser, de donner des repères. C'est essentiel.

21-Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

A l'IFCS

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ?

Non.

22) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?

Cadre de santé masseur kinésithérapeute

- 1.5 an de libéral après DE en 1993
- 17 ans à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes comme MK
- CDS depuis aout 2012 à Orsay en SSR, encadrement AS, IDE, ASH, encadrement rééducateurs depuis septembre 2017 en plus
- Réorganisation du service avec visite de conformité en 2013
- Projet pare à chute et lutte contre les chutes graves chez les patients âgés depuis 2016
- Accompagnement dans les projets institutionnels

23) Comment définissez-vous le mot projet ?

But à atteindre à travers des objectifs, un calendrier, des délais et des jalons, grâce à des moyens humains et matériels

24) Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

Un projet est toujours stimulant à condition qu'il soit suivi d'effets.

J'ai au cours de ma carrière travaillé à des projets n'ayant abouti à rien et cela est en revanche déprimant et non motivant à en suivre ou conduire d'autres

25) Quelle est votre définition du changement ?

Passer d'un état connu à un état inconnu donc inquiétant

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

Oui, les changements choisis et réfléchis et les changements imposés qui sont plus difficiles à accepter et à s'approprier

26) Qu'implique un changement pour vous ?

Le passage d'une organisation à une autre

27) Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?

Effectivement car cela transforme les distances, la logistique, les délais, les organisations

28) Comment avez-vous informé vos équipes ?

Lors de réunions d'équipe et d'échanges informels. Chaque fois que j'apprends une information j'essaie d'en parler aux agents présents dans le service, puis lors de la réunion d'équipe qui suit

29) Quelle est la participation des soignants au changement ?

Dans un premier temps toujours une résistance, y compris pour les cadres.

Puis une forme de fatalisme qui amène à accepter l'inévitable et à s'adapter

30) Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?

D'accompagnateur et de facilitateur

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

Mon rôle est d'amener les équipes à accepter les changements imposés, à se les approprier et à y adhérer autant que possible

31) Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

Bien sûr, face à l'inéluctable il vaut mieux être proactif que passif.

C'est d'autant plus vrai quand le projet est à l'initiative du service : sans leadership le projet ne peut aboutir

32) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

Une peur

Ensuite ils ont réalisé que nous sommes la seule unité or psychiatrie qui ne déménage pas ce qui les a rassurés

Viendra plus tard, à l'approche de la date d'ouverture du nouvel hôpital, les inquiétudes liées à l'éloignement du l'établissement support mais pour le moment c'est trop loin

33) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?

A ce jour l'initiative est polaire avec le déménagement cette année du SSR neuro de Longjumeau qui vient à la maison de l'Yvette : nous sommes en plein dans la préparation des travaux, dans la réflexion des organisations à venir. Le changement pour nous c'est cette année déjà

34) Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?

Pour les rééducateurs l'ignorance de l'organisation prévue après le déménagement est une vraie inquiétude mais pas vraiment une résistance. Surement beaucoup plus à Longjumeau.

Pour les IDE/AS ils ne se sentent pas encore impactés

Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?

Des questions à chaque réunion d'équipe rééducation, restées sans réponse de la direction des soins donc qui me sont posées à nouveau à chaque fois.

Des réflexions exprimant leurs doutes, parfois ironiques

Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

Je réponds à toutes leurs questions quand j'ai des réponses

Je leur montre tous les documents auxquels j'ai accès et viens les voir chaque fois que j'apprends quelque chose

35) Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

J'envisage d'associer les personnels chaque fois que possible

J'aimerais que l'encadrement supérieur vienne aussi informer, montrer sa connaissance du terrain et s'impliquer auprès des agents afin qu'ils se sentent intégrés dans une équipe de pôle, acteurs et pas seulement des pions

36) Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

Master conduite du changement au CNAM même si je n'ai validé que l'écrit

Réorganisation du service autour du staff pluridisciplinaire et de la conformité HAS

Rassemblement des SSR en ce moment et jusqu'à 2024

37) Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

Harmonisation des pratiques

Benchmarking et améliorations en prenant ce qu'il y a de mieux dans chacune des organisations

38) D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

La résistance au changement propre à l'humain

Le manque d'information

Le manque de sens

La peur de l'augmentation de charge de travail

39) Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?

Expliquer, expliquer, expliquer pour donner du sens

Impliquer et faire participer : les équipes opérationnelles sont forces de propositions

40) Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

Oui je le pense en levant les résistances et les peurs

41) Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

Respecter les résistances et les lever une à une

Etre à l'écoute, écoute positive et attentive

Entendre les angoisses et apporter des réponses

Développer l'esprit d'initiative

Associer les acteurs à tous les niveaux

42) Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

Rien depuis l'IFCS en 2011/2012 hormis le terrain et la gestion des projets avec les CSS

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ?

1) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?

Je cadre depuis 5 ans, je suis infirmière comme métier. Je travaille en Unité Soins Palliatifs depuis son ouverture à 12 lits. Il y a 2 ans le service avait un taux d'occupation à 65 % et la direction a diminué le nombre de lits pour être à 10 lits. J'ai dû accompagner les équipes dans ce projet de restructuration avec une diminution de personnel et du coup, des changements dans notre organisation. De plus il y avait beaucoup de jeunes infirmières qui manquaient de formation pour les soins palliatifs

2) Comment définissez-vous le mot projet ?

Le projet peut être la mise en place d'une activité, mais aussi adapter les organisations au regard des besoins des patients

3) Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

C'était difficile, pas celui de la création de l'unité. On partait d'une page blanche, on a été voir ce qui se passé dans les autres USP du département, on a beaucoup lu également.

Par contre, quand la direction a choisi de diminuer les lits, c'était compliqué. Heureusement que le cadre de pole était là pour m'accompagner. Je n'y serai pas arrivée seule. C'est compliqué d'être un leader d'équipe quand on a du mal à comprendre les décisions. J'ai bien conscience qu'on devait s'améliorer au niveau de la DMS, mais avec les nouvelles infirmières, en manque de formation et le chef de service qui n'était pas d'accord avec la décision de la direction. J'ai de beaucoup de mal et j'étais très stressée.

4) Quelle est votre définition du changement ?

Le changement, ça nous remet en question perpétuellement. Par contre, c'est bien aussi de stabiliser les choses. Trop de changements peuvent être source de stress pour l'équipe et le cadre.

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

Il y a des changements positifs, quand on construit un projet de création d'unité. J'avoue que c'était super de travailler avec les équipes sur ce projet. Tout le monde était pour.

Par contre, c'est compliqué de faire des changements avec des réductions du personnel. Heureusement, il y a eu 2 départs spontanés en province.

5) Qu'implique un changement pour vous ?

Un appui de la direction et du cadre de pole. Des directives claires et une compréhension de pourquoi on change.

6) Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?

Oh oui ! D'ailleurs, on parle de changer de site pour notre unité. Et bien, j'espère que les recommandations seront suivies. Ici, on a des beaux locaux avec des studios pour les familles. Si j'ai bien compris, on n'aura pas les mêmes locaux. C'est dommage pour l'accompagnement des proches. Même si je sais que c'est pour quelques années en attendant la reconstruction de notre établissement

7) Comment avez-vous informé vos équipes ?

Il y a eu des assemblées générales. Tout le monde a été informé au même moment. Après, j'ai travaillé avec l'exécutif du pole. Le cadre de pole a également accompagné l'équipe et a fait des réunions. En parallèle, si besoin, j'ai rencontré les soignants qui en avaient besoin. Ma cadre de pole m'a demandé de faire des CR des réunions. On a mis en place des groupes de travail pour définir, avec les soignants l'organisation à mettre en place suite à ces changements afin que tout le monde s'implique. On a fait des tests d'organisation. On a du modifier certaines choses. On a fait ça ensemble, avec l'aide du cadre de pole, toujours présent et surtout pour être tous prêt à la date de réduction à 10 lits

8) Quelle est la participation des soignants au changement ?

Plusieurs se sont inscrites dans les groupes de travail qui ont débouché sur des fiches de poste et de tâches afin d'avoir des repères dans notre travail.

D'autres, ont attendu les réunions pour critiquer. Mais comme c'était une réflexion de groupe, on a tenu compte de certaines idées. Surtout on a été uni face aux opposants.

9) Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?

Oh oui, il faut accompagner, mais ce n'est pas toujours facile. Surtout que j'ai eu du mal à comprendre cette notion d'efficacité. On va perdre beaucoup à force de parler de cout.

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

L'accompagnement des équipes, faire en sorte que chacun trouve sa place, la notion d'équipe est importante pour moi. On a tous des missions différentes, mais on doit avancer pour une prise en charge de sécurité et de qualité pour le patient et leur entourage.

10) Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

Le cadre n'est pas tout seul comme leader. Il est accompagné du cadre de pole qui a des directives de la direction. On n'est pas là pour faire à la place des soignants mais de les accompagner dans leurs missions.

11) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

Ça a été très dur. Mais grâce aux réunions, le soutien du cadre de pole, les formations des soignants dans d'autres établissements pour récupérer des modes de fonctionnement à mettre en place et voir ce qu'on pouvait aussi faire chez nous, les rencontres avec NEPALE avec l'équipe. J'avoue qu'au début, ils n'étaient pas très contents car il trouvait qu'il travaillait bien. Et ils avaient raison. Mais il a fallu comprendre la notion de rentabilité / cout. Et en soins palliatifs, c'est un peu compliqué de s'exprimer en DMS moyenne de 10 jours !

12) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?

J'avoue surtout polaire, enfin le cadre de pole. J'avais besoin de son aide et c'est moi qui ai impulsé la dynamique auprès de l'équipe

13) Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?

Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?

Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

Eh bien, on a beaucoup échangé sur la santé publique en générale, puis sur ce qu'on voulait comme soins de qualité dans notre unité. Là, on était tous d'accord.

14) Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

Surtout un calendrier fixé et clair afin d'atteindre l'objectif. Même pour les groupes de travail, on a mis un échéancier. On savait où on devait aller.

A chaque fois, on a exposé l'avancement des groupes de travail avec un accès à tous à l'information. J'ai mis en place un classeur que tout le monde pouvait consulter pour les CR avec un élargement de lecture. Ce qui m'a permis d'aller à la rencontre de ceux qui ne signent pas les CR, leur expliquer en individuel. Comme ça, on a eu peu de résistances

15) Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

Oui, je n'étais pas très à l'aise, mais le cadre de pole m'a aidé

16) Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

Grâce à ce projet, j'ai appris à faire participer les équipes, à leur faire confiance comme le cadre de pole me faisait confiance. J'ai appris que je pouvais m'appuyer sur l'équipe qui est force de propositions

17) D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

Le gros frein, c'était moi qui n'adhérais pas au projet, j'ai dû en comprendre la nécessité, savoir l'expliquer aux équipes et surtout faire confiance aux équipes.

Ca a été un bouleversement pour ma façon de manager. J'avais tendance à être dans le contrôle perpétuel, certes qui est utile, mais pas que

18) Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?

Faire confiance à l'équipe, mais surtout à moi.

Je travaille différemment depuis ce projet de restructuration.

Maintenant, je me sers des entretiens individuels d'évaluation pour « piocher » des idées d'amélioration dans notre organisation.

Nous en parlons en septembre lors de la réunion de rentrée. Nous réfléchissons ensemble pour définir des axes d'amélioration, quel en est l'objectif et surtout faire un échéancier.

Le fait de travailler sur la notion de projet a été une révélation pour moi et a modifié mon mode de management.

19) Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

Tout à fait et il faut faire confiance aux équipes

20) Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

Il faut savoir travailler avec son équipe pour prendre de la hauteur dans la routine du quotidien.

21) Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

Je n'avais pas trop d'expertise, même si j'ai appris à l'école de cadre. De là à le mettre en place, c'était compliqué pour moi. Mais mon cadre de pole m'a apporté son aide, de la méthode, de la recherche, des échanges avec les autres cadres. J'ai également fait une formation suite à cette expérience qui m'a permis de mettre des mots sur ce que j'ai fait. C'est un changement total dans ma façon de manager les équipes.

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ?

43) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?

Parcours professionnel :

- Infirmière dans un dispensaire au Rwanda en juillet et août 1989
- Infirmière puéricultrice en Réa Néonatal de juillet 1990 à Novembre 1993
- Pause Bébé
- Infirmière puéricultrice en Soins de Suite et de Rééducation de mai 2002 à avril 2006
- FF de cadre d'avril 2006 à septembre 2007 en SSR
- Cadre de juillet 2008 à novembre 2013 en SSR
- Cadre en Psychiatrie de l'adolescent de novembre 2013 à ce jour

Formations :

- De septembre 1986 à juin 1989 : Formation d'IDE
- De septembre 1989 à juin 1990 : Formation de Puéricultrice
- De septembre 2007 à juin 2008 : Formation de Cadre de santé
- De janvier 2011 à juin 2012 : DUI en médecine et santé de l'adolescent
- Divers formations en intra ou extra : prévenir et gérer les conflits, process communication management, Agiletime, Parcours patient, management de la qualité de vie au travail, Oméga (gestion des états de crise), développer le leadership du cadre en psychiatrie, les addictions en milieu professionnel, Gestform, préparation à la venue des experts visiteurs, identitovigilance, évaluation du risque suicidaire.

Ancienneté dans la fonction cadre : 13 ans

Projets menés ou en cours :

- Déménagement et restructuration des services en SSR pédiatrique
- Ouverture d'un service de psychiatrie pour adolescent
- Restructuration de l'équipe suite à la fermeture de lits et la mise en place d'un PREF
- En cours : restructuration de l'HDJ ados avec le développement d'une filière de soins pour le dépistage et la prise en charge précoces des premiers épisodes psychotiques.

44) Comment définissez-vous le mot projet ?

Un projet est la mise en place d'actions spécifiques pour atteindre un nouvel objectif, un objectif défini. Un projet permet, entre autres, de s'adapter aux changements, à l'évolution de l'environnement.

En fonction du projet, il s'agit de mettre en place une démarche dont le but est d'organiser toutes les étapes pour atteindre, pour réaliser ce projet.

45) Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

Certains projets sont moteurs, permettent de se questionner sur nos pratiques, de ne pas tomber dans la « routine ».

Par contre d'autres projets sont plus « compliqués » à mettre en place quand il s'agit de restructurer une équipe

46) Quelle est votre définition du changement ?

C'est tout ce qui modifie l'environnement de travail, l'organisation habituelle d'un service, d'une équipe.

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

Oui.

Cela peut-être les changements de collègues liés aux mouvements « naturels » du personnel ou aux contraintes budgétaires, le rattachement à un autre pôle, les changements de médecin, l'évolution de la filière de soins,...

47) Qu'implique un changement pour vous ?

Tout changement peut engendrer du stress, de la résistance, des questionnements mais également apporter une évolution positive des conditions de travail, une remotivation,

48) Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ? Oui

Etant en psychiatrie, nous sommes impliqués différemment dans ce projet, car les services de psy ne déménageront pas.

49) Comment avez-vous informé vos équipes ?

Par le biais de réunions d'équipe, d'entretiens individuels, par la diffusion de note de service.

50) Quelle est la participation des soignants au changement ?

D'après moi, il est important que le soignant se sente impliqué dans le projet, qu'il soit sollicité pour les étapes qui le concerne

51) Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ? oui mais pas seulement.

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

- ▶ De communication
- ▶ D'anticipation des résistances

- ▶ De sollicitation, de repérage des personnels ressources
 - ▶ De soutien des équipes
 - ▶ De prises de décisions
- 52) Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

Oui

53) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

Etant donné qu'à maintes reprises par le passé, le CHO avait annoncé son intention de construire un nouvel hôpital, certains soignants étaient très crédules par rapport à ce projet.

54) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ? Actuellement, les équipes de psychiatrie sont peu sollicitées et se sentent peu concernées par le projet. Par contre, avec les médecins de psychiatrie, nous avons demandé à être sollicités pour réfléchir à la liaison pédopsychiatrique dans les services des urgences et de pédiatrie.

Lorsque le projet sera un peu plus avancé, j'aurai également, avec mes autres collègues, à être impliquée dans toutes les réflexions au sujet du lien, de l'organisation avec les services logistiques, informatiques, pharmacie, labo...

D'autres part, au sein du pôle, se développe une nouvelle filière de soins sur le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiatriques chez l'adolescent et le jeune adulte. Cette filière se crée en lien avec le projet Saclay 2024 et le nombre important d'étudiants présents sur le plateau

- 55) Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?
Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?
Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

Depuis l'annonce de ce projet et la fusion des établissements, les équipes de psychiatrie ont l'impression d'être un peu oubliées, mises de côté.

En parallèle de ce projet, le service de psychiatrie de l'adolescent a vécu tellement de changements de médecins, qui engendrent des modifications des organisations, que nous étions plutôt centrés sur ces projets-là.

D'autre part le développement de la nouvelle filière engendre de la crainte, de la résistance chez certains, au vu du profil des patients concernés et également, par le fait que certains types de patients, actuellement pris en charge, ne le seront plus ou sur des créneaux mieux définis, plus limités.

Pour accompagner les soignants, je les ai tous rencontrés individuellement en présence du médecin référent du dispositif afin d'écouter leurs craintes, leurs attentes, de repérer leurs compétences,...

56) Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

Pour le développement de la nouvelle filière de soins, une communication à ce sujet est réalisée régulièrement en réunion d'équipe, des journées de travail pour préparer la rentrée programmée.

Je vais également profiter des entretiens annuels pour proposer des formations adaptées.

Lorsqu'il s'agira de réfléchir sur la liaison avec les services des urgences, ainsi que les services logistiques, je pense prévoir des groupes de travail afin d'impliquer les équipes, en fonction de leurs compétences, de leur domaine d'intérêt.

57) Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

Oui

58) Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

Saclay 2024 permet de se questionner sur nos pratiques, de réfléchir / redéfinir des organisations

59) D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

- ▶ Les moyens financiers
 - ▶ Certains personnels (entre autres les syndicats) qui diffusent certaines informations qui maintiennent les personnels dans le doute, la crainte, la résistance aux changements
 - ▶ Certaines directives de nos tutelles
 - ▶ Un manque d'informations de la part de la direction qui nous met dans une position délicate
- 60) Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?
- ▶ Une communication ++++
 - ▶ Impliquer les équipes
 - ▶ Les écouter
 - ▶ Mettre en avant leurs compétences, reconnaître leurs valeurs
 - ▶ Repérer les personnes ressources dans l'équipe
 - ▶ Anticiper les résistances
 - ▶ Définir une méthodologie dans la conduite du projet

61) Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

Oui

62) Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

Je ne sais pas si je comprends bien cette question. Mais il me semble que le cadre doit pouvoir compter, s'appuyer sur son encadrement supérieur, sur la direction des soins pour l'aider à mener à bien les projets. Le cadre doit également pouvoir avoir des espaces de paroles pour échanger avec ses pairs, recevoir du soutien.

Pour ma part, cela passe également par un travail d'équipe avec les médecins du service. Je ne conçois pas mener à bien les différents projets en lien avec Saclay sans être en accord avec le projet porté par le médecin, sans respect mutuel.

63) Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

- ▶ Pendant ma formation cadre
- ▶ Plusieurs formations réservées aux personnels encadrants.

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ?

Depuis que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a rejoint le pôle de psychiatrie, je suis beaucoup plus impliquée dans les projets, moins isolées que lorsque le service était rattaché au pôle femme-enfant.

1) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?

Je suis cadre depuis 2007. De 2005 à 2006 j'ai fait fonction de cadre dans un CMP avant d'intégrer l'IFCS puis suis revenu sur ce poste à la sortie de l'IFCS où je suis restée pendant 3 ans avant de prendre un poste sur l'intra pendant un an.

Puis en 2011 j'ai pris un poste de cadre en médecine que j'ai d'abord occupé à mi-temps avec un mi-temps en psychiatrie intra pendant 3 mois.

En 2017 je quitte l'établissement dans lequel je travaillais depuis 22 ans et suis actuellement cadre en SSR.

En ce qui concerne les projets, lorsque j'étais en psychiatrie nous devions accompagner les équipes dans un projet de déménagement puisqu'il y avait des travaux sur le bâtiment de psychiatrie. Au moment du déménagement j'étais en formation à l'IFCS et donc je n'y ai pas participé. La mise en place de nouvelles activités thérapeutiques, la préparation d'un séjour thérapeutique sont des projets que j'ai eu à mener.

En SSR j'ai travaillé sur le projet de transformation de 10 lits de SSR en médecine gériatrique nécessitant un travail important d'accompagnement des équipes.

2) Comment définissez-vous le mot projet ?

Pour moi le projet c'est quelque chose à construire pour l'avenir dans le but d'améliorer un quotidien, un programme à mener

3) Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

Les projets inquiètent et fascinent à la fois, ils peuvent être moteur et motivant mais ils peuvent aussi être source de démotivation quand ils n'aboutissent pas. En effet cela demande souvent beaucoup d'énergie et quand les projets changent au rythme des directions c'est très démotivant et épuisant

4) Quelle est votre définition du changement ?

C'est modifier un comportement, une organisation, un état... il y a un avant et un après

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

Non je ne crois pas si ce n'est qu'il y a des changements plus aisés que d'autres

5) Qu'implique un changement pour vous ?

Il implique de se questionner, d'anticiper, de se remettre en question. Il faut une motivation sans motivation il n'y a pas de changement sauf dictature !

6) Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?

Oui bien sûr car les locaux seront différents, le lieu, les organisations

7) Comment avez-vous informé vos équipes ?

Par des réunions d'information. Il est indispensable de communiquer sur l'avancée du projet

8) Quelle est la participation des soignants au changement ?

Cela dépend de leur implication dans le projet... mais aussi du positionnement dans l'institution et dans l'équipe. Le soignant qui est proche de la retraite n'a que peu d'intérêt à s'impliquer dans un projet de délocalisation s'il cesse son activité avant l'aboutissement du projet. Et puis les changements font peur car c'est l'inconnu, ça oblige parfois à « se mettre en danger » à sortir de sa zone de confort.

9) Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?

Complètement !

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

Evaluer les freins, trouver des leviers pour y remédier, accompagner les changements, communiquer, être à l'écoute.

10) Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

oui très certainement

11) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

Inquiétude face à l'inconnu, peur des suppressions de postes annoncées, beaucoup de zones d'incertitude. Le projet de Saclay passait d'abord par la fusion de 2 puis 3 établissements. Il fallait donc uniformiser la gestion RH car à terme une seule direction pour 3 établissements avec des pertes et des gains.

12) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?

Il y a eu une demande institutionnelle et les cadres devaient se charger de solliciter les équipes via le pôle, de les encourager à participer à des groupes de travail. Le travail en commun a d'abord démarré avec les directions puis des cadres.

13) Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ? oui bien sûr « on va se faire bouffer »

Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?

Les gens râlent, se plaignent

Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

Je suis partie avant ce travail mais je pense qu'on se doit de faire remonter les inquiétudes du terrain auprès de notre N+1, de rassurer les équipes, de donner de l'information et de tirer le positif de ces changements.

14) Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

Informé régulièrement de l'avancée du projet par des réunions d'informations rapides

15) Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

+/- avec la transformation de 10 lits de SSR en médecine gériatrique donc accompagnement de l'équipe dans le changement, communication+++

16) Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

Il permet de fédérer une équipe pour aller dans la même direction et parfois de motiver des agents qui « stagnent », il permet aussi au cadre (quand ce n'est pas déjà fait) de faire un point sur son équipe : quels sont les éléments moteurs ? les personnalités négatives...

17) D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

Qu'a-t-on à perdre ou à gagner ? quels efforts cela va nécessiter pour moi ?

18) Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?

Etre à l'écoute de ce qui fait obstacle et s'appuyer sur les agents qui croient au projet. Prendre en compte le ressenti des équipes

19) Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

Pas toujours...

20) Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

Le soutien de son N+1, les volontaires pour travailler sur le projet

21) Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

non

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ?

Je pense qu'il faut travailler sur des petits projets qui ont un intérêt pour les équipes de soins, des projets qui ne s'étalent pas trop dans le temps car cela épuise.

Le changement ne peut- s'effectuer que si les personnes ont quelque chose à gagner.

Je sèche ! pas d'autres points j'espère que cela t'aidera ...

1) Pouvez-vous vous présenter : parcours, ancienneté, formations, types de projets rencontrés ou menés ?

IDE plutôt médecine, puis FF en USLD, cadre en psy intra, cadre en chirurgie, puis aux urgences. Avec la mise en place depuis 2007 des pôles -> cadres de pôle médecine et GER (URG, Réa, 2 médecines, ULSD, SSR, CSG et équipe de rééducations sur le site d'Orsay) avec la fusion des 3 établissements (Juvisy, Longjumeau et Orsay) -> cadres de pôle -> les 3 SSR, les 2 CSG, USLD, l'ensemble des rééducateurs, l'EMD, EMDSP et les 2 EMG)

2) Comment définissez-vous le mot projet ?

Le projet est un outil managérial qui permet de fédérer les équipes, améliorer les pratiques pour une prise en charge optimale du patient de son entrée à sa sortie.

3) Quel est votre ressenti par rapport aux projets déjà vécus ou à venir ?

Afin d'élaborer un projet, pour moi, il est essentiel d'avoir une culture collective. Mon rôle essentiel est de la développer avec des pratiques très différentes entre les 3 sites. Je dois accompagner l'encadrement vers ce changement qui sera essentiel pour le regroupement futur dans un établissement unique.

4) Quelle est votre définition du changement ?

Le changement peut être source de stress, de modifications importantes et surtout d'amélioration de nos organisations, tout en gardant comme fil conducteur le patient, son parcours de soins en amont et en aval.

La vie professionnelle est un perpétuel changement afin de s'adapter aux mesures d'efficacité de sécurité et de qualité

Existe-t-il différents types de changement d'après vous ?

Il y a les changements, liés à la modification de la structure, des acteurs, des directives, mais aussi de à l'évolution de notre système de santé.

5) Qu'implique un changement pour vous ?

Le changement implique une adaptation perpétuelle. Mais il peut être source de stress pour les équipes. En qualité de CSS, j'accompagne les cadres dans ces mouvements. Le monde de la santé est en évolution constante. Le changement implique une remise en question de nos pratiques, il est pour moi source de remise en question, mais aussi avoir une prise de recul importante face à ces mouvances.

6) Pour vous un déménagement de structure peut-il être assimilé à un changement ?

Bien entendu. D'où l'intérêt majeur du cadre de pôle d'accompagner l'encadrement sous sa responsabilité. Il est essentiel de développer une culture commune bien en amont, de faire travailler les acteurs des 3 sites autour des projets communs, de donner un guide, de prendre ce qui est bien chez les uns pour l'appliquer chez les autres, de fédérer le groupe cadres afin qu'il fédère à son tour les équipes.

7) Comment avez-vous informé vos équipes ?

Dans un 1^{er} temps, j'ai observé les pratiques des différents sites. Puis nous avons échangé ensemble sur les améliorations à apporter. Je me suis servi de mon expertise mais aussi des actions mises en place dans certains secteurs. Il est essentiel d'accompagner l'encadrement vers une culture commune, tout en gardant les spécificités de chaque site, et le rythme de chacun. Je crois beaucoup à l'émulsion du groupe. Je suis là pour donner le cap, même si les chemins sont parfois détournés. Je me suis servie de l'élaboration du projet de soins, avec un échéancier clair pour tous et raisonnable pour avancer dans le même sens.

Je fais des réunions tri-sites, par mois, sur chaque site à tour de rôle. De plus, je fais à minima 1 réunion par site pour le lissage des plannings et des problématiques rencontrées.

De plus, je demande aux cadres de m'inviter à minima 2 fois par an aux réunions d'équipes.

J'ai mis en place également un séminaire, à l'extérieur des 3 sites, pour favoriser l'échange. Je me sers du renseignement du PAQSS, comme vecteur. Ce groupement, facilite les échanges et limite les barrières. La notion d'appartenance au GHNE est essentielle, il faut décloisonner.

8) Quelle est la participation des soignants au changement ?

Nous échangeons régulièrement avec les cadres sur ce sujet. Elle est essentielle. Nous avons commencé par la rencontre des diététiciennes des 3 sites pour échanger sur leurs pratiques. Spontanément, l'équipe a proposé des objectifs communs à mettre en place.

Un autre exemple, Nous avons travaillé sur une EPP commune sur la douleur de la prise en charge du patient grabataire alité. Le groupe est constitué d'ergothérapeutes des 3 sites, des EMD, des EMG et 1 AS et IDE de chaque site.

Le but est d'harmoniser nos pratiques en amont du site unique.

9) Selon vous, la posture du cadre de santé face au changement, est-elle une posture d'accompagnateur ?

Bien entendu, mais aussi de contrôle, l'un ne va pas sans l'autre.

Quel est votre rôle en tant que Cadre de Santé dans ce projet ?

Mon rôle est d'accompagner les cadres de proximité dans ces changements, mais aussi de leur faire suivre le cap en les aidant, et en contrôlant également. Des rendus d'indicateurs sont attendus mensuellement. En cas de difficulté, je suis là pour les aider à accompagner les projets. Je ne dois pas leur donner de zones d'incertitudes, mais leur donner le cap.

Exemple, si un cadre est en opposition avec un projet, je dois l'accompagner pour « ne pas permettre une zone de stress supplémentaires aux équipes ». Tous changements sont stressants. La perte d'une identité d'un site est stressante.

10) Le positionnement du cadre est un levier majeur dans la conduite de projet (leadership managérial), est-ce votre vision du cadre ?

Il l'est effectivement. Il doit donner le cap à son équipe, mais aussi veiller à son organisation et contrôler.

11) Quelles ont été les réactions des équipes face à l'annonce de ce projet ?

La distance géographique n'a pas été facilitateur pour les équipes de Juvisy et Longjumeau.

JUVISY : J'ai le sentiment que « la notion de sursis » avec un déficit annoncé depuis des années, le changement de statut entre la croix rouge avant et le public maintenant ainsi que « petit hôpital » -> personnel fataliste mais qui souhaite apporter à la population des soins de sécurité et qualité

LONGJUMEAU : très complexe avec un IGH, des problèmes techniques, une impossibilité de rebâtir sur site, le deuil de leur entité est en cours, mais très difficile à admettre

ORSAY : n'est pas loin du plateau de Saclay, moins de crainte personnelle

12) La participation des équipes au projet a-t-elle été une démarche institutionnelle, polaire ou initiée par le cadre de santé ?

Une démarche institutionnelle, avec implication des pôles. A notre niveau, pole sur 3 sites, je tente d'initier une participation des équipes par le biais du cadre de proximité

La DS GHNE a fait un séminaire CSIRMT en mars dernier sur plusieurs thèmes dont : la communication, la culture GHNE.

Le but est d'avoir une réflexion commune sur les 3 sites, de mettre des actions concrètes en place afin d'échanger et de partager cette culture GHNE et décloisonner les équipes.

13) Le changement annoncé a-t-il généré de la résistance ?

Si oui, comment et de quelle manière ces résistances se sont-elles manifestées ?

Comment avez-vous réussi à limiter ou à exploiter ces résistances ?

Les grandes résistances sont syndicales. En effet, les organisations syndicales s'opposent au projet.

Mais l'implication des cadres, des soignants, des équipes médicales, de la direction limitent fortement leur action. Chaque projet est travaillé au sein du pôle et en équipe pour inclure les acteurs dans leur futur

14) Quelles stratégies managériales / Quels outils avez-vous mis en place (ou prévoyez-vous de mettre en place) pour mener à bien ces changements ?

Il est très important, dans ces zones de turbulences, de donner un cap avec un échéancier, d'anticiper. S'il y a un changement de « cap », il faut l'expliquer, garder une confiance entre tous les acteurs est plus qu'essentiel en respectant les missions de chacun.

15) Avez-vous déjà expérimenté la conduite de projet ?

Plus d'une fois, pour la création de 20 lits de CSG, mais aussi la fermeture de l'USLD, la suppression des 12h sur un des sites, le passage à 10 lits en USP, la création d'un service d'urgences adultes neuf, le projet de soins en psychiatrie, la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux en chirurgie

16) Quelles opportunités pensez-vous que ce projet puisse apporter ?

Le projet de regroupement sur un site unique est une opportunité pour notre bassin de vie, pour la population, pour un hôpital offrant des chambres seules en plus grand nombre, une réflexion sur nos pratiques, un pas en avant pour l'hôpital de demain et surtout la PEC des patients en amont et aval du système hospitalier

17) D'après vous, quelles sont les menaces / freins de ce projet ?

Les freins, sans hésiter, les organisations syndicales

Les menaces, les enjeux politiques

18) Selon vous, que pouvez-vous mettre en place, pour lever ces freins en termes de management ?

Inclure les soignants dans le projet et travailler avec les organisations syndicales malgré leur frein

19) Pensez-vous que la gestion de projet puisse aider à lever les freins au changement ?

Tout à fait, chaque projet, qui engendre des modifications importantes et présenté en CHSCT. L'utilisation de la méthode projet en collaboration avec les acteurs est essentiel pour limiter voir lever ces freins.

20) Selon vous, quels sont les leviers d'accompagnement du cadre dans la gestion de projet ?

La participation des équipes et l'implication de tous, des consignes claires précises. Mais aussi un contrôle du cadre sur les mesures prises

21) Avez-vous reçu une formation spécifique ou avez-vous une expertise dans le cadre de ce projet ?

J'ai été formé à l'IFCS et j'ai un Master 2 en management gestion de santé à Montsouris

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur les points évoqués ? Non

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@18-19

Mémoire

L'accompagnement au changement dans le cadre d'une délocalisation

Un outil : la gestion de projet

Audrey FRUCHART

MOTS CLÉS

Cadre de santé. Changement. Démarche projet.
Equipe. Identité professionnelle.

KEY WORDS

Change. Health executives. Nurse manager.
Professionnel Identity. Project management.

RESUME

Depuis la création de l'hôpital moderne, le système de santé français a connu d'importants changements souvent en lien avec le développement des nouvelles technologies. L'économie et l'efficacité ont également conduit les établissements à se restructurer.

Le déménagement d'une structure de santé est une étape importante dans la vie d'un établissement. Cette opération cruciale génère un changement structurel pour l'ensemble du personnel, des managers et des employés.

Cette étude se concentre sur l'accompagnement des changements provoqués par le processus de fusion de trois établissements. Ces fusions successives en 2015 et 2018, créées le groupe Hospitalier Nord Essonne. Le projet du groupement réside dans le fait que les trois établissements vont se regrouper sur un site unique. Ce déménagement vers est prévu pour 2024. De plus cette étude déploie les outils mis en place par le manager pour soutenir les équipes dans ce processus de déménagement.

Après une étude de la littérature existante sur la gestion du changement, le soutien d'équipe, et le projet, des entretiens individuels ont été réalisés avec 6 gestionnaires de ce secteur d'activité et sont mis en lien avec les réponses formulées par une cadre de santé supérieure.

Les résultats de l'enquête montrent que les principaux outils utilisés sont les outils de conduite du changement indispensable à la gestion de projet, particulièrement en matière de relocation.

ABSTRACT

Since the creation of the modern hospital, the French health system has undergone significant changes, often related to the development of new technologies. Economy and efficiency have also led to the restructuring of institutions.

Moving a health care facility is an important step in the life of an institution. This crucial operation generates a structural change for all staff, managers and employees.

This study focuses on supporting the changes caused by the merger process of three institutions. These successive mergers in 2015 and 2018, created the Hospitalize Nord Essonne group. The group's project lies in the fact that the three establishments will be grouped on a single site. This move to 2024 is planned. In addition, this study deploys the tools set up by the manager to support the teams in this moving process.

After a review of the existing literature on change management, team support, and the project, individual interviews were conducted with 6 managers in this business line and are linked to the responses provided by a senior health executive.

The results of the survey show that the main tools used are the change management tools essential for project management, particularly in relocation.