



Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours
« Management des Organisations Soignantes »

*« Transfert d'une nouvelle activité dans le cadre d'une restructuration
hospitalière : tremplin organisationnel et accompagnement des équipes »*

ECUE 7.2
Mr FARNAULT
Mr DESSERPRIT

Aurélié DOS SANTOS
Année 2022/2023

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



AVERTISSEMENT PRATIQUE

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes 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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Mr FARNAULT et Mr DESSERPRIT, mes référents mémoire pour leur accompagnement et leurs précieux conseils dans l'écriture de ce projet managérial.

Merci également à tous les intervenants du Master pour la qualité de leurs interventions qui m'ont permis d'élargir mes connaissances et les mettre en pratique sur le terrain.

Merci aux collègues de promotion 2022/2023 avec qui j'ai pu tisser des liens, notamment Camille, Céline et Delphine.

Je n'aurai pu effectuer cette année universitaire sans l'aide de mes parents, qui ont su être présents toute l'année pour pallier mes absences auprès de mes enfants et les gérer quotidiennement.

Enfin, les remerciements vont vers mon époux pour son soutien sans faille et à mes enfants Martin et Adèle, pour leurs encouragements stimulants.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	5
1- LE CONTEXTE D'EMERGENCE ET L'ENVIRONNEMENT DU PROJET	7
1.1 L'ETABLISSEMENT « INSTITUT CURIE » : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
1.1.1 Présentation générale	7
1.1.2 Les différents sites	11
1.2 PRESENTATION DU PROJET MC21.....	14
1.2.1 Le Plan Cancer	14
1.2.2 Le projet MC21	14
2- ECLAIRAGE THEORIQUE DU PROJET	16
2.1 QU'EST-CE QU'UNE GESTION DE PROJET ?.....	16
2.1.1 Historique	16
2.1.2 Définitions	16
2.1.3 Un trio d'éléments	17
2.1.4 Plusieurs éléments dans un projet.....	19
2.1.5 Le commanditaire	20
2.1.6 Le chef de projet.....	20
2.1.7 Le diagramme de GANTT.....	21
2.2 LA CONDUITE DU CHANGEMENT	22
2.2.1 Les étapes du changement	23
2.2.2 De la résistance au changement à l'adhésion	24
2.3 LES QUALITES DU CHEF DE PROJET.....	25
2.3.1 Des qualités managériales.....	26
2.3.2 Les différents types de management dans le cadre d'un projet.....	26
2.3.3 Des qualités pour développer des compétences collectives	29
2.3.4 Des qualités de communiquant	29
2.3.5 Des qualités pour développer la motivation.....	30
2.3.6 Un manager : une personne attentive au plaisir au travail.....	31
2.3.7 Du courage et/ou de l'audace managériale ?.....	31
2.3.8 Des qualités de leadership	33
2.4 LA SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS	34

3- TRANSFERT ET MISE EN PLACE D'UNE ACTIVITE DANS LE SERVICE DES CONSULTATIONS	35
3.1 LE CONTEXTE ET L'EXPLICATION DU PROJET	35
3.1.1 La commande.....	35
3.1.2 Les données de l'activité.....	36
3.2 LA LETTRE DE MISSION	37
3.3 ETUDE OBSERVATIONNELLE SUR UN SITE.....	38
3.3.1 Les objectifs de cette démarche	38
3.3.2 L'analyse des observations	39
3.4 LA GESTION DES RISQUES	41
3.4.1 Le SWOT.....	42
3.4.2 Les acteurs concernés	43
3.5 LA PLANIFICATION DU PROJET.....	43
3.6 LES PLANS D'ACTIONS	43
3.6.1 Création d'un COPIL	43
3.6.2 Mise en place de groupes de travail.....	44
3.6.3 Des plans de communication	46
3.6.4 Des premiers freins constatés.....	47
3.6.5 Les risques psychosociaux.....	48
3.6.6 Des questionnaires de « point d'étape ».....	48
3.6.7 Estimation des coûts.....	58
3.7 L'EVALUATION DU PROJET	59
3.7.1 Qu'est -ce qu'un indicateur ?	59
3.7.2 Les indicateurs d'évaluation du projet.....	60
3.8 LA CLOTURE DU PROJET.....	62
3.8.1 La réunion de clôture	62
3.8.2 Le rapport de clôture	63
3.9 LES PERSPECTIVES ET DEVENIR DU PROJET	63
3.9.1 Un décalage du projet architectural	63
3.9.2 Un décalage du projet managérial	63
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE / WEBOGRAPHIE.....	65
TABLE DES ANNEXES.....	I

LISTE DES ABREVIATIONS

AES	Accident d'Exposition au Sang.
AG	Anesthésie Générale.
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation En Santé.
COPIL	COmité de PILotage.
CPO	Centre de Protonthérapie.
CRLCC	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer.
CSE	Comité Social Et Economique.
CTP	Centre de Tri et de Prélèvement.
DGA	Directrice Générale Adjointe.
DM	Dispositifs Médicaux.
DOM	Département d'Oncologie Médicale.
DTN	Directeur de la Transition Numérique.
ECG	Electrocardiogramme.
EI	Evènement Indésirable.
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif.
ETP	Equivalent Temps Plein.
HAS	Haute Autorité de Santé.
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat.
IMM	Institut Mutualiste de Montsouris.
INCA	Institut National du CAncer.
IPA	Infirmier de Pratique Avancée.
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique.
ISO	Organization for Standardization.
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation.
OECI	Organisation of European Cancer Institutes.
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie.
PMDT	Pôle de Médecine Diagnostique et Théranostique.
PMR	Personne à Mobilité Réduite.
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations.
PPP	Prélèvements, Ponctions et Pansements.
PSE	Plan de Sauvegarde à l'Emploi.
QVCT	Qualité de Vie et des Conditions de Travail.

RAI	Recherche d'Agglutinines Irrégulières.
RCP	Réception Centralisée des Prélèvements.
RH	Ressources Humaines.
RSE	Responsabilité Sociétale des Entreprises.
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats.
T2A	Tarification à l'Activité.
TCS	Téléconsultation.
TMS	Troubles Musculo Squelettiques.
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire.

INTRODUCTION

Les trois derniers plans cancers nous ont permis d'améliorer les axes de prévention de prise en charge, la vie des malades pendant et après un cancer et également de donner plus de moyens à la recherche fondamentale.

Le nouveau plan cancer 2021-2030 dit de « Stratégie décennale », souhaite renforcer les dépistages précoces en faisant « (...) *baïsser de 60 000 cas par an le nombre de nouveaux cas de cancer dits « évitables » d'ici 2040.* »¹ . Il souhaite alors faire cohabiter l'urgence et le temps long en visant « *le progrès pour tous les patients et écouter les attentes* ».

L'institut Curie, premier centre français de lutte contre le cancer, associe centre de recherche et ensemble hospitalier. Dans le cadre de son projet d'établissement « MC21 », il réaffirme son implantation territoriale autour des trois sites : Paris, Saint-Cloud et Orsay, en lien avec différents partenaires.

Il rejoint le plan cancer, en faisant évoluer la prise en charge oncologique par la mise en place de l'ambulatoire et ce, grâce aux traitements par voie orale et aux interventions moins invasives.

J'ai fait le choix d'effectuer le Master 2 MOS (Management des Organisations Soignantes) dans la continuité du Master 1 après cinq années d'exercice professionnel en tant que cadre de proximité. Aujourd'hui, j'exerce à l'Institut Curie, sur le site de Saint – Cloud, au sein de la Plateforme des Consultations.

La conduite du changement est présente dans notre activité managériale et s'inscrit dans les missions prioritaires de la fonction du cadre supérieur tant d'un point de vue de la gestion des organisations, des fonctionnements que sur l'évolution des pratiques professionnelles. Dans ce contexte, la conduite de changement peut être primordiale pour répondre aux politiques et aux exigences des établissements de santé.

Cette démarche répond aux objectifs d'amélioration continue de la qualité des soins et aux nécessités d'évolution du monde de la santé.

En tant que chef de projet, le cadre supérieur de santé accompagne le collectif cadre et se doit de s'inscrire dans cette dynamique. Pour ce faire il devra savoir mobiliser et fédérer son équipe autour de projets communs.

Ses rôles de guide, d'accompagnant et ses qualités de leadership seront les clefs pour mobiliser les forces vives de l'équipe. Il doit fixer des objectifs précis et clairs en adéquation avec la stratégie institutionnelle.

La conduite de projet est donc une réelle opportunité pour le cadre et ses équipes. En effet, cette approche permet de faire évoluer la réflexion individuelle et collective. Ensemble, ils croisent leurs regards, permettent une analyse critique objectivée afin d'être en quête de développement de la performance au sein de l'institution. Cette conduite suppose de favoriser la cohésion d'équipe, car le cadre supérieur, seul, ne peut aboutir à cette finalité.

Pour mener le projet managérial institutionnel durant cette année de formation j'ai effectué des recherches et des lectures qui m'ont permis de conceptualiser le cadre de mon étude, mais aussi d'ouvrir mes champs de réflexions. La démarche projet suppose d'avoir intégré les étapes méthodologiques dans le processus de mise en œuvre afin d'éviter le non-aboutissement du projet.

¹<https://www.e-cancer.fr/Insitut-national-du-cancer> (lu le 27/02/23)

Dans le cadre du Master 2 « Management des Organisations Soignantes », il nous a été proposé de mener un projet au sein de notre établissement. Il va se décliner en plusieurs phases :

Dans la première partie, je présenterai le contexte d'émergence, c'est-à-dire la présentation de l'établissement et des différents sites affiliés. Ainsi que le projet MC21 dont le projet managérial fait partie.

Dans une seconde partie, je développerai les concepts qui ont éclairé ma vision sur mon projet managérial. Ceux-ci m'ont permis d'étayer et d'orienter ma réflexion en complément des apports théoriques acquis pendant la formation et des lectures associées. Dans cette étape, une vision macroscopique est nécessaire pour comprendre les finalités de cette recherche.

Enfin, la troisième partie portera sur la présentation du projet en tant que tel avec les différentes étapes de sa mise en place. Ce projet concerne la mise en place d'une nouvelle activité (les prélèvements) au sein de la Plateforme des Consultations.

1- Le contexte d'émergence et l'environnement du projet

1.1 L'établissement « Institut Curie » : présentation de l'établissement

1.1.1 Présentation générale

- *Le statut de l'établissement*

Le projet se déroule au sein d'un établissement de statut privé à but non lucratif : l'Institut Curie. C'est un des dix-huit CRLCC (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer) répartis sur le territoire français.

Il s'agit d'une fondation d'utilité publique par décret du 27 mai 1921 et modifié en dernière date le 26 janvier 1995.

C'est un ESPIC (Etablissement de Santé Public d'Intérêt Collectif) qui a comme ressources financières l'assurance maladie via la tarification à l'activité (T2A) et la contribution aux Missions d'Intérêt Général et l'Aide à la Contractualisation (MIGAC). A cela, s'ajoute la facturation des soins aux patients non assurés sociaux (notamment les patients hors Union Européenne), tickets modérateurs et forfaits journaliers (sans reste à charge pour les patients assurés sociaux). Comme c'est également une fondation, les dons et legs complètent les ressources ainsi que les mécénats, les associations caritatives et les organismes publics ou parapublics pour la recherche clinique ou l'innovation².

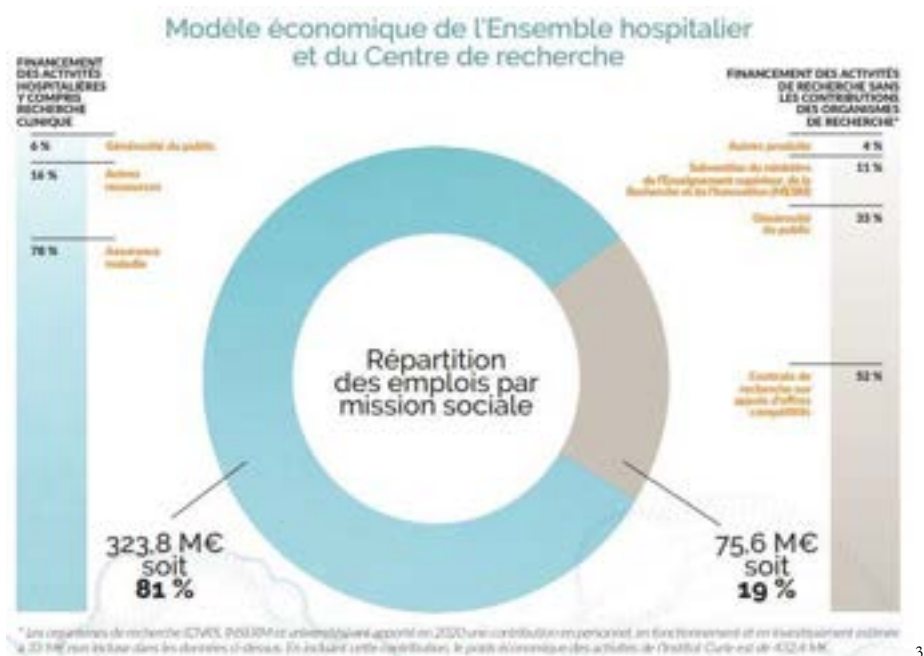


Schéma n°1 : Modèle économique de l'Ensemble hospitalier et du Centre de recherche.

² [Rapport annuel 2021.pdf \(curie.fr\)](https://www.curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2022-10/Rapport_annuel_2021.pdf) (https://www.curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2022-10/Rapport_annuel_2021.pdf) (relu le 15/04/23)

³ <https://www.curie.fr> , Lu le 15/10/2022.



Image n° 2 : Situation géographique de Paris⁵

L'ensemble hospitalier, regroupe 3736 collaborateurs tout confondus (chercheurs, soignants, administratifs et médecins), autour de trois missions : soins, recherche et enseignement. Il est le premier centre européen de la prise en charge du cancer du sein, premier centre français de lutte contre le cancer en nombre de patients traités (plus de 17000)⁶ et premier centre de recherche français sur le cancer⁷.

Le centre de recherche, quant à lui regroupe 1214 collaborateurs de 64 nationalités différentes. Il travaille sur six thématiques de recherche (« Epigénétique ARN et dynamique du génome », « radiobiologie et imagerie moléculaire », « biologie cellulaire et biologie du développement », « physique des systèmes vivants et chimie-biologie », « biologie des tumeurs et immunologie », « biologie computationnelle et biologie des systèmes »⁸.

- *Présentation des départements*

L'organisation de l'établissement est répartie en départements sur plusieurs sites pour une prise en charge complète et globale des patients :

- La **chirurgie** : où plusieurs types de cancer sont pris en charge, tels que les tumeurs du sein et gynécologiques, ORL (Oto-Rhino-Laryngologie), digestives, ophtalmiques et les tissus conjonctifs (sarcomes). Quatre services sont sur le site de Paris dont l'UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire) et deux sur Saint – Cloud.

⁵ D16072-Projet-etablissement PAGES INT-PRINT-V2.indd (institut-curie.org), pages 5 et 6. <https://institut-curie.org>, lu le 15/10/22.

⁶ Source du rapport annuel de 2021, lu le 16/10/2022.

⁷ <https://www.curie.fr>, lu le 15/10/22.

⁸ Rapport annuel 2021, lu le 16/10/22.

- L'**Oncologie Médicale** (DOM), qui regroupe quatre services à Paris et trois services à Saint – Cloud. Ce département permet la prise en charge thérapeutique des patients à tous les stades de la maladie et en collaboration avec des réseaux de soins identifiés. La recherche clinique fait partie de ce département où il y a un service d'UIC (Unité d'Investigation Clinique) à Paris et idem à Saint – Cloud.
- L'**anesthésie, réanimation et douleur**, présent sur les sites de Paris et Saint – Cloud, permettant la prise en charge des patients avant, pendant et après une intervention chirurgicale.
- La **radiothérapie** et la protonthérapie (une plateforme répartie sur les trois sites). Ce département permet la prise en charge des patients pour leurs séances avec des modulation d'intensité, guidée par l'image, stéréotaxique, tomothérapie et protonthérapie. On y pratique de la curiethérapie.
- L'**imagerie médicale**, avec une offre complète d'imagerie à visée diagnostique et interventionnelle (radiologie, mammographie, échographie, scanner, IRM (Imagerie par Résonnance Magnétique), cyclotron, ...
- L'**oncologie pédiatrique, de l'adolescent et du jeune adulte** (présent uniquement à Paris), avec une prise en charge multidisciplinaire des enfants notamment atteints de rétinoblastome (où nous sommes centre de référence en France pour cette pathologie) et autres types de cancers de l'enfant.
- Le **PMDT** (Pôle de Médecine Diagnostique et Théranostique), un pôle pour les deux sites. Il rassemble les services de pathologie des deux sites, service de génétique et les unités d'immunologie, d'hémobiologie, banque du sang et une unité de bio-informatique clinique.
- La **pharmacie** qui gère le stock des médicaments et la préparation des produits médicamenteux, notamment la chimiothérapie intra-veineuse et per-os. Un service sur chaque site est nécessaire.
- La **radio-pharmacologie**, basée sur les sites de Paris et Saint – Cloud étudie le devenir des médicaments radiomarqués dans l'organisme, une fois qu'il a été administré au patient.
- La **plateforme des consultations** et soins externes ou « PPP » (pour Prélèvement, Ponction et Pansement) : basée sur les deux sites (Paris et Saint – Cloud), qui accueille les médecins et les soignants paramédicaux pour diverses consultations. Des soins infirmiers y sont dispensés (tels que les ECG, pansements simples et complexes, ponctions, ...). L'activité des prélèvements existe déjà à Paris depuis de longues années. Elle existera à l'avenir sur St Cloud et cela fait partie du projet que je mets en place cette année.

- *Les valeurs de l'Institut ou « esprit Curie »*

L'Institut Curie se caractérise par un ensemble de valeurs communes définies dans « l'esprit Curie »⁹ :

- « **Esprit de curiosité** » ou « Curie'Osite » : Avec l'envie d'apprendre de nouveaux mécanismes et fonctionnement et faire avancer la recherche grâce à une pluridisciplinarité (physiciens, chimistes et biologistes).
- « **Esprit pionnier** » : En ayant un temps d'avance dans la recherche et l'innovation, les traitements et en rendant plus performant les outils d'aujourd'hui.
- « **Esprit d'humanité** » : Mettre le patient au cœur des préoccupations en leur proposant des soins innovants. Des partenariats inter hospitaliers ont été mis en place.
- « **Une source d'inspiration** ».

⁹ <https://www.curie.fr> , consulté le 12/11/22.

- « **Un esprit d'ouverture** » : Ouverture européenne pour les jeunes chercheurs et accueil des scientifiques exilés par les 242 000 donateurs¹⁰ actifs reçus régulièrement permettant d'accélérer l'innovation dans la recherche, les soins et l'accompagnement au profit des patients et leur entourage.
- « **Un esprit d'engagement** » : Simplicité, volontariste et altruiste Marie Curie s'est engagée pour la science et ce modèle perdure.

- *Les collaborations*

Enfin, ce sont également des filières de collaborations hospitalières afin d'être dans une démarche de performance en mutualisant les compétences et les ressources, notamment avec l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) et la création de l'Institut du thorax ainsi que l'association entre Saint – Cloud et l'hôpital Ambroise Paré sur « le parcours digestif ». Avec l'hôpital Foch, un accord a été signé pour la prise en charge globale des parcours de soins coordonnés des patients atteints d'un cancer dans l'ouest parisien.

Comme énoncé plus haut, les trois sites sont donc Orsay, Paris et Saint – Cloud que nous allons présenter rapidement.

1.1.2 Les différents sites

- *Le site d'Orsay*

Le site d'Orsay (dans l'Essonne), se trouve sur le campus universitaire. C'est un centre de protonthérapie, reconnu sur le plan national et international et qui accueille des patients depuis 1991. Il fait partie intégrante du département d'oncologie radiothérapie de l'Institut Curie et constitue l'un des trois plateaux techniques.

Le CPO (Centre de Protonthérapie d'Orsay) est au 3^{ème} rang mondial par rapport au nombre de patients pris en charge en protonthérapie¹¹.

Il accueille plus de 11 000 patients l'année (adultes et enfants confondus) dont 2 794 séances de traitement ophtalmologique. Ce qui représente presque 800 patients (dont 410 patients ophtalmo). Et 979 séances de traitement sous AG (Anesthésie Générale), soit 43 enfants¹².

¹⁰ <https://www.curie.fr>, consulté le 12/11/22.

¹¹ Données PTCOG 2019, pas de données plus récentes. Transmises par le cadre du CPO.

¹² Données issues du rapport d'activité 2022 du CPO.



Image n°3 : Site d'Orsay

Une cinquantaine de professionnels sont présents dont :

- 13 techniciens et ingénieurs pour assurer la maintenance de l'accélérateur et du bâtiment, la maintenance et le développement des lignes de faisceau.
- 5 physiciens et 3 dosimétristes.
- 17 manipulateurs + 2 manipulateurs principaux.
- 4 assistantes médicales.
- 2 hôtesses d'accueil.
- Au sein de l'encadrement : 1 cadre de santé, 1 chef de service directeur délégué de site, 1 responsable de la physique médicale, 1 personne compétente en radioprotection, 1 responsable qualité.

- *Le site de Paris*

Il est situé dans le 5^e arrondissement de Paris, proche du parc du Luxembourg.



Image n°4 : Site de Paris

Il y a 79 lits en ambulatoire et 151 lits en conventionnel, soit 230 lits et places.

- *Le site de Saint-Cloud*

Il se situe dans le département des Hauts de Seine (92), proche du parc de Saint – Cloud.



Image n°5 : Site de St Cloud

L'hôpital sur le site de Saint – Cloud a une capacité de 75 lits en conventionnel et 42 en ambulatoire, soit 110 lits et places en totalité.

Historiquement, l'hôpital « René Huguenin » a fusionné avec l'Institut Curie le 1^{er} janvier 2010. Ce rassemblement de deux CRLCC était une première en France. Il devient un établissement de soins, de recherche et d'enseignement de l'Institut Curie. L'institution renforcée, devient le centre de référence

européen pour les cancers du sein « (...) *tout en conservant son rôle de référent pour les tumeurs pédiatriques et les tumeurs de l'œil et en poursuivant sa diversification.* »¹³

Cette étape ne s'est pas faite sans bouleversement car l'ensemble hospitalier a mis en œuvre un PSE (Plan de Sauvegarde à l'Emploi) en 2015. L'établissement refonde son nouveau projet d'établissement nommé « MC21 ».

1.2 Présentation du projet MC21

Ce projet présente la vision et la stratégie de l'Institut Curie sur 2015 – 2020 tout en s'inscrivant en cohérence avec les directives fixées par l'Etat dans le cadre du plan cancer 2014 – 2019.

1.2.1 Le Plan Cancer

Le plan cancer s'est mis en place en France en 2003, porté par les différents Présidents de la République. Son objectif est de « *mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, de l'organisation des soins, de la recherche, de l'accompagnement du patient et de ses proches et de l'après cancer.* »¹⁴. Plusieurs plans cancers se sont succédés. Aujourd'hui, nous en sommes au quatrième, nommé « Stratégie décennale 2021-2030 ». Ce plan réaffirme sous différents axes leurs champs d'action, à savoir « *Axe 1 : améliorer la prévention, axe 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, axe 3 : lutter contre les cancers de mauvais pronostic et axe 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous.* »¹⁵

Quand le projet MC21 a été lancé, il a fait suite avec le troisième plan cancer 2014 – 2019. Il permet de répondre aux objectifs de l'INCA (Institut National du Cancer), qui était notamment de « *réduire les inégalités et les pertes de chance* »¹⁶.

En s'agrandissant, l'établissement de 25 000 mètres carrés accueillera 148 et places pour les patients. Il comprendra un centre d'investigation clinique et des locaux de 16 000 mètres carrés dédiés à la recherche.

1.2.2 Le projet MC21

En 2016, l'établissement renouvelle son projet d'établissement (2015-2020) nommé « MC21 » pour « Marie Curie 21^e siècle », avec pour objectif d'offrir aux patients des prises en charges adaptées et innovantes. Ce projet sera de faire cohabiter les chercheurs et soignants, permettant l'arrivée au plus vite de

¹³ Article Hospimedia « La fusion se prépare entre l'Institut Curie et le Centre René-Huguenin », publié le 30/09/09, lu le 27/02/23 sur <https://www.abonnes.hospimedia.fr>

¹⁴ <https://www.e-cancer.fr>, lu le 15/11/22.

¹⁵ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route-strategie_decennale_de_lutte_contre_les_cancers.pdf DR FINALE SANS LOGO TUTELLE AVEC BUDGET 030221 (sante.gouv.fr) lu le 22/12/22.

¹⁶ [Le Plan cancer 2014-2019 - Les Plans cancer \(e-cancer.fr\)](https://www.e-cancer.fr) lu le 14/01/23.

nouveaux traitements, tout ceci en s'inspirant du modèle de Marie Curie de 1909. Il met en place une nouvelle restructuration et/ou agrandissement des locaux sur les différents sites.

Afin de mener ce projet, un programme immobilier est prévu sur les trois sites (Paris, Saint – Cloud et Orsay).

Il se chiffre à « 190,9 millions d'euros »¹⁷ pour à la fois rénover des parties existantes et agrandir les locaux, faire évoluer les plateformes technologiques et les plateaux techniques.

Pour le site de Saint – Cloud, la rénovation et l'agrandissement de l'hôpital s'élève à presque 83 millions d'euros. « Sur les 19000 m² d'aujourd'hui s'ajouteront 16000 m² de construction neuve soit un nouvel hôpital de 35000 m² au total¹⁸. » Il permettra d'accueillir 148 lits et places.



Image n°6 : Nouvel hôpital de St Cloud.

Du fait de la crise sanitaire, ce projet a été décalé dans le temps et l'ouverture du nouvel hôpital à St Cloud verra le jour au printemps 2023.

La suite du projet nommé « MC21.2 » est en cours d'élaboration pour les années 2023 – 2027. Cette démarche est souhaitée collaborative et partagée par tous les professionnels de l'Institut Curie à la demande de la nouvelle Direction générale arrivée en septembre 2021.

La démarche de la gouvernance de l'Institut Curie pour la prochaine décennie, a été de solliciter des collaborateurs pour participer aux réflexions du projet stratégique « Curie 2030 ». C'est donc une « démarche ouverte, collective et collaborative. »¹⁹ comme l'a souligné le Pr. Thierry PHILIP (président du Directoire). Huit axes stratégiques ont été mises en place dont la recherche, l'innovation thérapeutique, la transformation numérique, ainsi qu'un volet social et la RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises) et QVCT (Qualité de Vie et des Conditions de Travail).

C'est dans cette démarche du projet MC21 que j'ai été missionnée pour mettre en place le projet managérial. Il repose sur le transfert d'une activité de prélèvements, centralisée aujourd'hui au sein du PMDT vers la Plateforme des Consultations. Nous l'étayons plus loin dans la troisième partie où nous profitons du changement architectural pour le mettre en place. Mais pour le mener à bien, il est important d'avoir des notions et éclairages théoriques sur la démarche projet.

¹⁷ <https://curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2019> lu le 23/12/22.

¹⁸ <https://curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2019> le 22/12/22.

¹⁹ [Rapport annuel 2021.pdf \(curie.fr\)](#) (https://www.curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2022-10/Rapport_annuel_2021.pdf), lu le 15/04/2023.

2- Eclairage théorique du projet

Pour bien comprendre les déroulés du projet, il nous paraît essentiel d'expliquer d'une manière théorique ce qu'est un projet, les étapes importantes dans sa mise en œuvre et ses impacts.

2.1 Qu'est-ce qu'une gestion de projet ?

2.1.1 Historique

Cette notion remonte à plusieurs milliers d'années et ce, depuis les Egyptiens lors de la construction des pyramides. Notamment KHEOPS où selon l'historien grec Hérodote, qui a fait une grande enquête en Égypte au début du -IV^e siècle, il a fallu vingt ans à plus de 100 000 hommes pour la bâtir²⁰. Finalement, dès que les hommes ont pu créer des outils, les projets sont nés ensemble.

Puis, il y a eu d'autres projets de grandes envergures, tels que la construction du paquebot Le France, en 1957. C'est alors qu'il y a eu les « *premiers outils de la planification, avec l'apparition des premiers sous-traitants et d'innovation sur les nouveaux matériaux de la coque* ». ²¹ Mais aussi dans les années 1980, au sein de l'entreprise Renault, qui a instauré un processus séquentiel avec pour intérêt de « *travailler tout en même temps et assembler tout, tout de suite* ».

2.1.2 Définitions

Le mot projet dérive du latin « *proiectus* ». Il est défini comme l'application d'une tâche avec des objectifs à atteindre. Selon le Larousse, le projet est « *un but que l'on se propose d'atteindre* » ²² Mais aussi comme « *une étude de conception de quelque chose, en vue de sa fabrication* ». ⁹ Nous remarquons alors, qu'un projet a bien l'objectif direct d'un aboutissement « en vue de sa fabrication » séquencé en plusieurs étapes.

C'est également un enchaînement de processus. Selon le cours de Mr FARNAULT du 3/10/22, il a défini le projet comme un « *Processus qui consiste à un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, telles que les contraintes de délais de coûts et de ressources* » ²³ (Norme Iso 10 006) C'est donc une succession d'étapes nommées « processus ». Dans l'ouvrage de Mr DUMONT ²⁴, il reprend la définition de l'ISO (Organization for Standardization) page 37 comme « *un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* » (ISO 9000,2000). Il s'agit bien des transformations d'un état « A » vers un état « B » qui est analysé en y intégrant la durée de chaque étape.

²⁰ https://fr.vikidia.org/wiki/Pyramide_de_Kh%C3%A9ops lu le 12/11/22.

²¹ Cours sur « conduite de projet » Mr TUYTTEN, Cadre supérieur de Santé à Henri Mondor, M1 MOS 2018.

²² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/projet/64232>, lu le 23/12/22.

²³ Cours « Le projet managérial », ECUE 7.2, du 22/10/22.

²⁴ Cours « Transformer les organisations de santé », Mr DUMOND – Juillet 2022, lu en octobre 2022.

Selon l'ouvrage « le kit du chef de projet »²⁵, il définit le projet ainsi « *C'est avant tout une façon particulière de traiter un problème. En effet, il va falloir au début du projet imaginer tout ce que va être « l'histoire du projet » et raconter cette histoire avant qu'elle n'arrive (...)* ». C'est donc se projeter vers des suppositions d'actions et/ ou de « scénarios » et permettre « l'élaboration d'un produit ».

Il résume sous forme d'un schéma suivant :

« Le système projet »²⁶

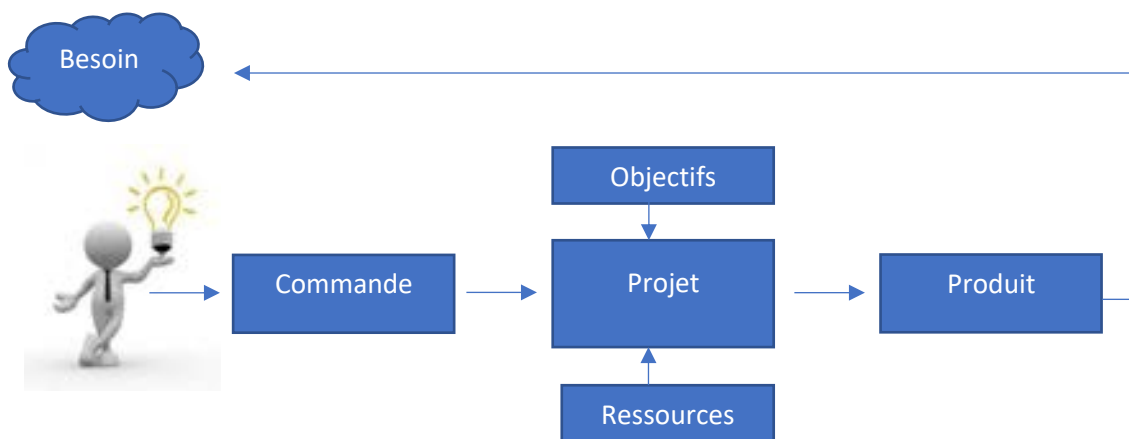


Schéma n° 1 : Schéma du système projet

La conduite de projet requiert une méthodologie et une organisation spécifiques. Elles permettent d'en garantir son bon déroulement ainsi que l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes en s'assurant de leurs disponibilités.

2.1.3 Un trio d'éléments

Cela implique plusieurs éléments qui sont à prendre en compte : les coûts, le délai et la performance.

Le projet reprend 3 dimensions essentielles : Les coûts, les délais et la performance/la qualité. Il s'appelle également « le triangle d'or ».

²⁵ « Le kit du chef de projet », Hugues MARCHAT, (Entrepreneur spécialiste du conseil, de l'accompagnement et de la formation), Edition EYROLLES, p.9 (lu le 30/12/2022)

²⁶ « Le kit du chef de projet », Hugues MARCHAT, page 9 (relu le 8/01/23)

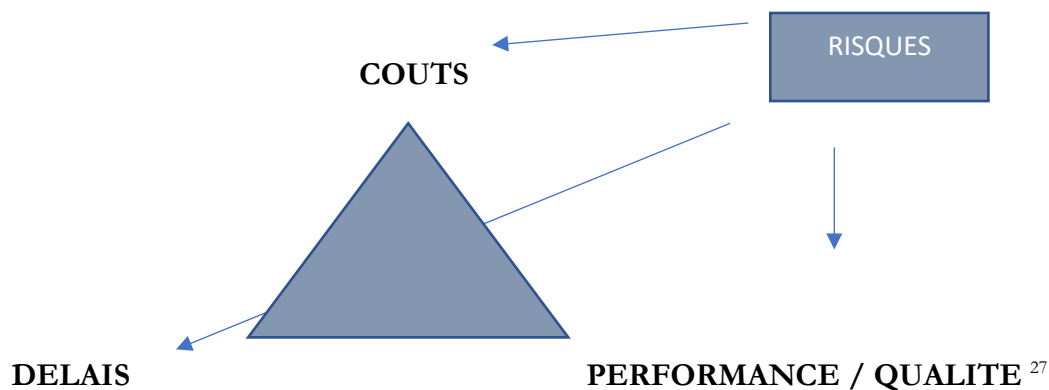


Schéma n° 2 : Les trois dimensions du projet

Les coûts, sont à prendre en compte et de manière très précise au vu de la conjoncture actuelle et de la réduction budgétaire. Les coûts englobent plusieurs critères (frais d'étude, de la réalisation, matériel, ...). S'il y a des dépassements importants de coûts, cela peut entraver les capacités à exécuter des projets. Il y a donc une gestion des coûts à connaître afin de prévoir les dépenses à venir et de prévenir les éventuels dépassements de budget.

Les délais, sont aussi très importants. La durée du projet est bien évidemment à connaître même s'il n'est pas facile à estimer avec parfois des délais qui s'allongent. C'est pour cela qu'il est nécessaire d'utiliser des outils dans l'organisation des tâches et missions du projet. Nous pouvons citer le diagramme de Gantt. Il permet ainsi de « *de visualiser dans le temps les diverses tâches composant un projet. Il s'agit d'une représentation d'un graphe connexe, valué et orienté, qui permet de représenter graphiquement l'avancement du projet.* »²⁸

Enfin, **la performance et / ou la qualité** est l'aboutissement du projet. C'est-à-dire que la réalisation d'un projet doit répondre à un certain niveau de qualité pour répondre aux besoins et aux attentes. Il permet également d'améliorer la performance de l'entreprise.

La notion de **risque** apparaît pour les trois dimensions. Les risques sont à identifier et évaluer au début du projet. Sans analyse de risque le projet pourrait être voué à l'échec. Cela peut être formalisé sous forme de SWOT (qui est un acronyme anglais : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Les trois dimensions sont en interrelations. Il est indispensable de chercher à les optimiser. Ce triptyque permet de mettre en évidence la nécessité d'un équilibre entre ces trois contraintes et ce, à toutes les phases d'un projet quel qu'il soit. Il permet également de mesurer l'incidence s'il y a un problème révélateur sur un des trois items. Ainsi, comme le souligne Hugues MARCHAT p. 83²⁹ « *L'analyse des risques peut conduire à l'élaboration de scénarios catastrophes, ou tout simplement à l'arrêt du projet.* » Cela ne pourra que permettre d'anticiper certains freins. Il est recommandé de classer ces risques sous trois critères : l'impact, la probabilité et

²⁷ Cours Master 1 « Conduite de projet » M1 MOS ECUE 4.3 Mr. MEYRONEINC. (2017-2018), relu en décembre 2022.

²⁸ https://fr.wikipedia.org/wiki/Diagramme_de_Gantt, lu le 20/12/22.

²⁹ « Le kit du chef de projet » Hugues MARCHAT – EYROLLES – Novembre 2015, 257 pages. Relu le 20/02/23.

l'anticipation. « *L'impact est le niveau de dégradation des objectifs lorsque le risque arrive ; la probabilité est le nombre de chances pour que le risque survienne ; l'anticipation est la possibilité de voir venir le risque le plus tôt possible.* »³⁰

Toutes modifications d'organisation fait appel à un schéma de processus différent. Ainsi, pour comprendre une organisation, une analyse de processus peut être effectuée. Dans le cours de Mr DUMONT du M1 et en rappel en M2 « *Transformer les organisations de santé* »³¹, il est défini que « (...) l'analyse par **processus** présente l'avantage de décentrer le regard des tâches effectuées vers leur valeur ajoutée ou le service qu'elles rendent à l'organisation. ». Page 37. Ainsi, les activités sont décrites avec une valeur ajoutée qui est la différence de valeur entre un extrant et intrant. Il ajoute (page 38) que « *La description d'un processus peut être entreprise avec de multiples regards : à des fins cliniques ou, encore, pour analyser les risques, décompter les temps d'attente, enrichir les conditions de travail, ... (...)* ». L'utilisation et l'étude des processus peuvent donc être utiles dans le cadre d'une mise en place d'un projet.

2.1.4 Plusieurs éléments dans un projet

Le projet est déclenché par une **commande** passée au début du projet. « *Le projet consistera à fabriquer un produit. Le produit est ce qui va satisfaire le besoin du commanditaire. (...) Pour fabriquer le produit, il va falloir organiser les ressources nécessaires à sa fabrication. (...) Un projet est un ensemble fini, par exemple dans le temps, puisqu'il y a nécessairement un début et une fin.* »³²

Ces étapes demandent une méthodologie bien précise. Une méthodologie de projet est « *la capacité à assembler des personnes différentes autour d'un même sujet.* »⁸. Il est donc nécessaire de rassembler un collectif (des collaborateurs, des experts) pour composer l'équipe projet.

Il faut alors rapidement repérer ceux avec qui il serait judicieux de travailler, c'est-à-dire des personnes entreprenantes et motivées afin d'aboutir le plus efficacement aux objectifs fixés. Il est nécessaire d'« *analyser les enjeux des acteurs et les facteurs dominants en terme de motivation au travail. Agir seul ne sert à rien d'autant plus si les collaborateurs ne sont pas motivés.* »³³ Il faudra veiller à assurer une bonne coordination entre les différents acteurs et veiller sur leurs disponibilités avec leurs managers en amont. Nous pouvons alors nous poser les questions suivantes : « Comment motiver les collaborateurs ? » « La motivation peut-elle se développer au fur et à mesure ? ou doit-elle être bien identifiée dès le départ ? ».

La démarche projet s'effectue en plusieurs étapes.

Comme le souligne Jean – Pierre BOUTINET (psychosociologue français), le projet doit être « *l'esquisse entre le possible et le réalisable* »³⁴. Ainsi, une analyse du projet devra être effectuée sur « *la pertinence, la faisabilité et la compatibilité* »¹⁵. Il doit être réaliste et réalisable, voire ambitieux.

Il est important de faire dans un premier temps une **analyse de l'existant** sur le terrain. Comme le souligne Christiane CENTOGAMBE - FABRE³⁵ cette analyse permet de « *repérer les points forts de la situation, ses aspects positifs à côté de ses dysfonctionnements, ses carences et ses insuffisances.* » Cela peut être mis en commun avec l'équipe afin de favoriser les échanges et discussions pour faire émerger les axes d'amélioration. C'est un « état des lieux », qui est précisé dans l'ouvrage « la santé en projet ». L'auteur Bernard HONORE nous

³⁰ « Le kit du chef de projet » Hugues MARCHAT – Eyrolles – Relu le 20/02/23

³¹ ECUE 5.2 « Transformer les organisations de santé », Mr DUMONT du 4/10/22.

³² « Le kit du chef de projet » Hugues MARCHAT p.9, lu le 30/12/22

³³ « Management hospitalier – Stratégies nouvelles de cadres » de Josette HART (Formatrice et consultante en milieu hospitalier) et Sylvie LUCAS (Maître de conférences, Docteur en sciences de gestion et chef de projet en formation et conseil en management hospitalier). Lu le 2/01/23

³⁴ « Anthropologie du projet », 1993.p.233

³⁵ Article « L'intérêt du management par projet » de Christiane CENTOGAMBE-FABRE (Cadre de santé à AP-HM), (extrait de mémoire, magazine Objectifs soins n°105 – Avril 2002. Lu le 12/12/22

précise « *Partout il est préconisé, lorsqu'on envisage d'élaborer un projet, de commencer par un diagnostic, un état des lieux, un « audit » avec généralement le concours d'experts en la matière.* »³⁶ distinctes et bien déterminées.

Ensuite, la mise en œuvre du projet est effectuée en mettant en place les actions nécessaires puis en évaluant leurs effets. Ces évaluations sont effectuées sur la base d'indicateurs pour en faire des analyses quantitatives et qualitatives. Il faudra alors être très pertinent en se posant les questions « pourquoi ces indicateurs ? à quoi vont – ils me servir ? comment je peux les analyser et dans quels objectifs ? ». Cela peut être à la fois sur le projet lui – même et sur le suivi et l'évaluation de sa mise en place.

Il est donc recommandé à partir de cette étape de connaître le commanditaire et le chef de projet ainsi que leurs rôles et missions respectives.

2.1.5 Le commanditaire

Le commanditaire, c'est une personne qui passe la commande du projet. Hugues MARCHAT précise page 19 « *le commanditaire a pour responsabilité de s'assurer tout au long du projet que celui-ci reste conforme aux objectifs.* ». Il choisit le chef de projet qui pourra assurer la mise en place du projet.

Comme l'a souligné également Mr FARNAULT dans le cours « Le projet managérial »³⁷ il précise que le commanditaire est « le maître d'ouvrage », c'est-à-dire une personne pour laquelle un projet est mis en œuvre ou réalisé. C'est elle qui est à l'origine du projet et qui est le donneur d'ordre.

2.1.6 Le chef de projet

Le chef de projet est nommé par le commanditaire. Ainsi c'est celui qui « (...) *va s'engager à organiser et fédérer les ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles, ...) afin d'atteindre les objectifs.* »³⁸. Des points d'étapes sur l'état d'avancement devront être effectués au commanditaire de façon régulière. Ces temps-là seront déterminés entre ces deux personnes. Ainsi ces rendez-vous doivent permettre de faire un point sur « *où en est le projet par rapport au calendrier prévisionnel ? y-a-t-il des difficultés à faire remonter et quelles sont – elles ? les objectifs sont-ils atteints ?* ».

Les objectifs doivent donc être clairement définis de manière **SMART**, c'est-à-dire Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporairement défini. C'est d'ailleurs un consultant, Georges DORAN, qui, pour faciliter les la formulation des objectifs a créé le « SMART ». Selon Edwin LOCKE, il précise que « *un objectif doit être clair, précis et spécifique, il doit être établi en concertation avec le collaborateur, il doit constituer un défi motivant à la fois difficile et réaliste (...).* »³⁹. Nous constatons qu'il s'agit d'une sorte de challenge, motivant pour les collaborateurs. D'où la nécessité d'être précis dans leurs formulations.

³⁶ « La santé en projet », Bernard HONORE (Psychiatre et Psychosociologue), p.159, lu le 2/01/23

³⁷ « Le projet managérial », Mr FARNAULT, ECUE 7.2 MOS M2, du 3/10/22, relu le 7/11/22.

³⁸ « Le kit du chef de projet », Hugues MARCHAT, EYROLLES, lu le 3 janvier 2022.

³⁹ « L'évaluation de la performance individuelle », Patrick GILBERT (Professeur des universités à IAE Paris, Chercheur et Directeur éditorial de la revue Psychologie du travail et des organisations) et Jocelyne YALENIOS (Enseignant-Chercheur à l'Ecole de Management Strasbourg), page 45. Lu le 13/04/23.



40

Schéma n°3 : « Les objectifs SMART »

Son rôle pour mener à bien l'aboutissement réussi du projet est de faire appel à des ressources en interne ou d'**experts**. Effectivement Hugues MARCHAT précise que « *Le chef de projet ne détient pas nécessairement l'expertise nécessaire à la réalisation du résultat, il doit alors s'entourer d'experts qui vont le conseiller et réaliser ou faire réaliser à sa place.* » (page 11). C'est en quelque sorte le chef d'orchestre du projet. Il encourage des personnes qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble, à échanger et à coconstruire. C'est l'alliance de compétences individuelles et collectives.

Dans le livre « (R)évolution du management des ressources humaines » de Solveig FERNAGU OUDET et Christian BATAL⁴¹, un des auteurs (Pascal UGHETTO), évoque le « *knowledge management* » qui se traduit comme « gestion de la connaissance » et s'explique par des utilisations de familles d'outils, de méthodes et de modes d'organisations pour faciliter le partage des connaissances au sein des entreprises. Cela est en lien avec le développement des compétences collectives. Le « *travailler ensemble* » est beaucoup plus performant que « le travail individuel ». Valoriser les réflexivités des collaborateurs, prendre en compte leurs avis, mettre en avant leurs propositions sont des clés pour faire avancer le projet. Un autre auteur de ce même livre (Jean – Claude CLOULET) reprend la définition de la compétence collective comme « *ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus une composante indéfinissable, propre au groupe, issue de la synergie et de la dynamique de celui – ci.* »⁴²

2.1.7 Le diagramme de GANTT

La réalisation des étapes peut être définie en s'appuyant sur des outils simples mis à disposition. Notons le diagramme de GANTT, qui est un outil visuel sur les différentes **étapes** du projet « *permettant de visualiser dans le temps les diverses tâches composant un projet. Il s'agit d'une représentation d'un graphe connexe, valué et orienté, qui permet de représenter graphiquement l'avancement du projet.* »⁴³. Ainsi rapidement, nous pouvons visualiser le rétroplanning du projet avec les échéances des étapes. Il est simple à utiliser, peu coûteux et facile à lire. La colonne de gauche représente les tâches ou étapes du projet à effectuer. Et la ligne d'en tête représente le temps (en jours, semaines ou mois). Ainsi, chaque tâches ou étapes sont matérialisées par une barre

⁴⁰ [Objectifs SMART - Bing images](#), lu le 22/01/23

⁴¹ « (R) évolution du management des ressources humaines – Des compétences aux capacités », Solveig FERNAGU-OUDET (Maîtresse de conférence en sciences de l'éducation) et Christian BATAL (Auditeur, Ecrivain, ingénierie de politiques et de dispositifs de management et de gestions de ressources humaines) – Septentrion – 2016, 422 pages. Lu le 10/01/23.

⁴² DEJOUX (Professeur des Universités au CNAM Paris), 1998, cité par Retour, 2006, P.93. Lu le 12/02/23

⁴³ Wikipedia.org

horizontale. Elle évolue dans le temps suivant sa progression. C'est un travail conséquent qui détaille toutes les parties du projet.

Trois éléments sont à prendre en ligne de compte sur le diagramme :

- **Un axe du temps** : mesuré en jour, mois, semaines. Il permet de « *fournir une échelle sur laquelle mesurer la progression du projet.* »⁴⁴
- **Des actions** : ce sont toutes les missions à mener en lien avec une échéance.
- **Des lignes** : qui sous-entendent la durée des actions. « *Ainsi, les lignes courtes représentent une courte période et les lignes longues, une longue période.* »⁴⁵

Ces étapes s'accompagnent de changement et d'acceptation de la part des collaborateurs et de la personne qui mène le projet. Ce guidage, se nomme « la conduite de changement » qui sera détaillée ultérieurement.

C'est un outil rassurant car le chef de projet peut s'y référer régulièrement compte tenu de sa facilité de lecture.

2.2 **La conduite du changement**

Comme stipulent David AUTISSIER et J-M MOUTOT dans leur ouvrage⁴⁵, ils définissent l'objectif de la conduite de changement ainsi « *(Il) consiste à faire ce lien méthodologique entre des volontés de changement et la mise en œuvre de ce même changement dans les manières de faire quotidiennes.* » (1^{ère} page introductive). Nous notons qu'il y a une ligne conductrice qui est menée entre le souhait d'effectuer le changement de sa mise en place.

Au vu des différentes personnalités au sein d'une entreprise ou d'un service, le manager doit être attentif à toutes les réactions possibles et notamment aux personnes qui pourraient douter, freiner voire ne pas intégrer le projet. Il faut ainsi être vigilant voire stratégique afin de les repérer et de les intégrer comme pour tout participant dans une démarche réflexive et participative. En les investissant dans le projet, en prenant en compte leurs idées et remarques permettra de les considérer et de les reconnaître. C'est ainsi qu'un projet se coconstruit. Cette façon de faire peu permettre aux membres de l'équipe de prendre plaisir dans ce qu'ils font.

⁴⁴ « Le Management pour les nuls » Bob NELSON (Expert en techniques managériales et dirige un important cabinet de consultants aux Etats-Unis), Peter ECONOMY (Auteur, rédacteur et éditeur américain) et Thierry BOUDES (Professeur de stratégie et de gestion de projet à ESCP Europe). p.143, lu le 10/02/23.

⁴⁵ « Pratiques de la conduite du changement - Comment passer du discours à l'action », D AUTISSIER (Docteur en sciences de gestion et maître de conférences en management à l'IAE Paris-Est) et J-M MOUTOT (Ingénieur et Docteur en HEC gestion, professeur de management), lu le 10 janvier 2023.

2.2.1 Les étapes du changement

Selon les auteurs Josette HART et Sylvie LUCAS sur le « *Management hospitalier et les stratégies nouvelles de cadres* »⁴⁶, elles décrivent dans leur ouvrage toutes les étapes que les collaborateurs traversent afin d'accepter le changement de la situation.

Tout d'abord la **crystallisation**. Cela Correspond à l'étape du changement, qui est un moment qui pouvant être déstabilisant pour les personnes qui le subisse. Cette étape représente la situation vécue maintenant.

Selon les auteurs « *Il est nécessaire que les acteurs ressentent le besoin de changer, c'est-à-dire passent d'une situation d'équilibre, ou homéostasie, à une situation de déséquilibre qui les conduise au changement puis à un nouvel équilibre* ». (p.91)

Nous pouvons en déduire que le manager se doit alors d'informer dès le début toute son équipe et les autres acteurs inhérents au projet pour expliquer, informer sur le besoin et les raisons de changer. « *Pour construire leur changement, les acteurs doivent avoir une représentation claire des enjeux liés au changement à travers les gains possibles ou les risques évités grâce au changement, de sorte qu'ils puissent se projeter dans la situation future ainsi que dans les différentes étapes à vivre durant la deuxième phase, celle de la transition* » (page 91) Il doit alors utiliser un dispositif de communication le plus adapté possible.

Dès le début de cette première phase, le manager peut alors observer et analyser les différents types de comportement et de réactions individuelles afin de composer des « groupes d'acteurs ». Ainsi « *quels seront les résistants, les « locomotives », les passifs et comment ils pourront entre eux s'influencer* ». (p.93)

Le manager doit alors user de ses ressources stratégiques afin de collaborer avec tous ou en tout cas, la plupart des personnes de son équipe. La conduite de changement est un art dans le sens noble du terme, où le cadre doit utiliser les bons moyens de communication pour impliquer son équipe.

Les résistants au changement seront aussi à impliquer ! Le manager devra alors mettre à profit ses talents de persuasion. Il devra alors trouver les mots, les arguments le plus juste afin de convaincre toute une équipe et encore plus les résistants. « *Il va falloir provoquer chez les soignants la décrystallisation qui leur donne à voir une situation nouvelle comportant des enjeux suffisamment pertinents pour les inciter aux changements* ». (p.96)

Le manager devra s'adresser à toute son équipe et établir une communication équilibrée entre « les leviers et les freins » « *Car, si les acteurs qui se positionnent en résistants reçoivent davantage d'attention que les autres, ils entretiendront leur résistance* ». (p.96)

S'en suit la **transition** « *... considérée comme l'expérimentation du changement. Tout est encore possible : revenir à la situation antérieure ou accélérer le processus de changement* ». (p.100)

Ainsi, les acteurs qui connaissent le projet et les objectifs sont dans une phase où ils peuvent mener le projet afin de faire perdurer certaines tâches pour le ralentir. Leur pensée rejoint celle un peu conformiste mais confortable d'un bénéfice qui ne serait que secondaire. Ils critiquent beaucoup lors de cette phase.

« *...ils utilisent des stratégies d'évitement de changement* ». (p.101).

Le rôle du manager dans une méthode projet, est de mettre en place des réunions très régulièrement avec les acteurs concernés afin de resituer les acteurs dans leur contexte, d'énoncer de nouveau leurs objectifs, ...

⁴⁶ « *Management hospitalier et les stratégies nouvelles de cadres* », J. HART et S. LUCAS, lu 21/12/22.

Les auteurs proposent alors des outils d'aide pour cette étape : « *Le cadre peut proposer alors une expression directe aux acteurs. Il suffit de mettre une boîte à idées dans l'unité et d'en faire une analyse de contenu au moment des bilans intermédiaires des expérimentations* ». (p.102)

Enfin, la **décrystallisation** où « *Cette phase est atteinte lorsque la situation antérieure est exprimée à l'imparfait par les soignants ou bien lorsqu'ils évaluent eux – mêmes leur nouvelle situation en la comparant à l'ancienne* ». (p.102)

Il est possible que des allers / retours se fassent même au stade de la décrystallisation. C'est-à-dire, revenir par moment en phase de transition voire de Cristallisation.

Il est important pour le manager de faire une évaluation du changement par différents moyens.

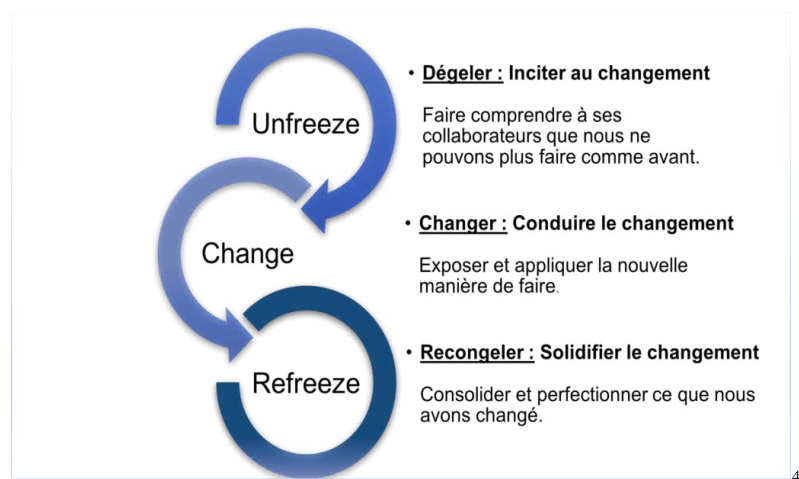


Schéma n°4 : « Les étapes du changement »

Nous pouvons donc constater que les étapes d'acceptation d'un changement se font à la suite de différentes étapes, dont la rapidité entre chaque dépend de l'individu. C'est ce que l'on appelle la courbe du changement.

L'un des principaux risques est que les personnes concernées par le projet n'adhèrent pas et ce, pour des raisons qui leur sont propres. La mise en place du projet peut alors se complexifier ...

2.2.2 De la résistance au changement à l'adhésion

Lorsque le manager met en place une nouvelle organisation de travail il peut s'attendre à quelques rebellions ou résistances de la part de l'équipe. Certes, certaines personnes seront partantes dans ce projet novateur et d'autres le seront moins voire pas du tout. Mais, alors comment le cadre peut-il accompagner son équipe afin qu'ils adhèrent tous ou presque dans le projet ?

Comme nous l'avons vu précédemment, cela se fait par plusieurs étapes dont celle de « deuil » entre la situation antérieure et celle à venir. Ce n'est pas chose évidente pour tous, car il faut être capable de l'accepter. Pour certains, cela peut aller jusqu'à une remise en question sur leur propre travail. Il est alors précisé dans l'ouvrage « *Pratiques de la conduite du changement* » que « *La plupart des interventions de conduite de*

⁴⁷ [https://www. - Conduite du changement : Les étapes pour faire réussir votre équipe ! \(managerinspirant.fr\)](https://www.managerinspirant.fr/), lu le 24/01/2023

*changement peuvent potentiellement être ressenties par les équipes fonctionnelles comme une remise en cause de la qualité de leur travail. »*⁴⁸ De manière induite, le changement fait peur : peur de la nouveauté, peur du risque pris dans le changement, alors qu'ils étaient dans un certain confort.

D'après l'ouvrage, il existe trois comportements de résistant au changement : les proactifs, les passifs et les opposants.

Les premiers (**proactifs**), sont ceux qui sont favorables au changement, ils sont peu nombreux.

Ensuite, les **passifs**, qui se satisfont du projet et n'ont pas de point de vue particulier « *ils ne sont ni pour ni contre mais attendent de voir des signes positifs probants pour s'engager.* »⁴⁹ Ils sont les plus nombreux.

Enfin, les **opposants**, qui ont forcément des arguments à l'encontre du projet en avançant différents justificatifs « *La communication de leur argumentation est intéressante dans son exploitation car elle oblige l'équipe projet à s'interroger et à développer un argumentaire en permanence* »¹⁸.

Le manager doit ainsi bien connaître les membres de son équipe et les différentes personnalités qui la compose. Celles qui pourraient adhérer rapidement au projet ou au contraire celles qui pourraient le freiner. Dans tous les cas, les personnes réticentes au changement, peuvent avoir de l'argumentaire et une position qui ne sont pas à négliger. C'est même un apport supplémentaire de réflexion pour le manager. Il sera d'autant plus important de prendre en compte ces éléments afin de repérer des leviers potentiels. Il est préconisé de favoriser l'écoute et ce, d'une manière équilibrée pour tout le collectif.

La **communication** est un élément très important dans le cadre d'un projet. Plus les informations sont communiquées (les objectifs, les attentes, les faisabilités, ...) plus cela facilitera l'adhésion des collaborateurs ou du groupe concerné. Pour ce faire le chef de projet doit programmer les réunions avec les principaux acteurs, faire les comptes-rendus afin que toutes les personnes même absentes puissent être informées des étapes du projet. Il doit également réfléchir sur les différents types de communication (intranet, journal interne, mails, verbal, ...) « *La communication est un levier indispensable de la conduite du changement dont il est impératif de correctement et raisonnablement cibler l'ambition.* »⁵⁰ De manière naturelle, dès qu'une modification ou un changement s'opère il est presque humain de comparer avec l'ancien fonctionnement qui pour la plupart était parfait.

C'est pour cela qu'il est essentiel d'échanger avec les équipes sur les objectifs et la plus-value de ce changement mis en place. Il faut que les équipes y retrouvent un gain et une utilité au projet. Pour ce faire, un type ou plusieurs types de management peuvent être utilisés dans la stratégie du changement.

2.3 Les qualités du chef de projet

En tant que futur cadre supérieur de santé, il est indispensable d'acquérir et de développer des compétences managériales permettant d'asseoir un positionnement, une légitimité et une posture pour mener à bien la faisabilité d'un projet. Des qualités sont également essentielles afin d'accompagner les équipes.

Voici qui m'a paru important d'étudier et de mettre en exergue.

⁴⁸ « *Pratiques de la conduite du changement* » D. AUTISSIER et J-M MOUTOT p.57

⁴⁹ Idem P.114

⁵⁰ Idem p.77

2.3.1- Des qualités managériales

Il est important pour nous de pouvoir en donner une définition. Ce mot vient de l'anglais « to manage », qui veut dire « diriger ». Selon le Larousse c'est l' « *Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise.* »⁵¹ Nous retenons que cette définition, est plutôt directive, voire autoritaire.

Diriger signifie « *Être à la tête d'un groupe, le commander, assumer la bonne marche d'une action collective, en déterminer l'exécution.* ». Nous avons bien le cas alors d'un « chef d'équipe » qui montre le chemin.

Outre sa disponibilité, le manager doit se doter de diplomatie (dans le cas de la gestion de conflits par exemple) et aussi savoir motiver les collaborateurs dans le cas qui nous intéresse aujourd'hui de démarche projet.

2.3.2 Les différents types de management dans le cadre d'un projet

Pour Walter HESBEEN, le management a pour objectif le bien être, un climat sain et serein dans le travail « *Dès lors la fonction de manager peut être définie comme suit : Œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin.* »⁵²

Le manager doit savoir adapter son type de management par rapport aux situations, aux personnes ... Comme nous l'avons dit précédemment, il doit favoriser l'autonomie et « l'émancipation » des collaborateurs. Pour cela, le management le plus approprié est le **participatif**.

Il correspond à celui qui permet aux collaborateurs concernés de s'enquérir de tâches et de missions. Et de contribuer aux projets d'entreprise ou de service pouvant apporter des améliorations dans l'organisation, en terme d'innovation ou même de performance. Cela demande aux collaborateurs qu'ils aient acquis un temps d'expérience professionnelle au sein du service afin de pouvoir être autonome. Le cadre peut alors les considérer comme étant de vrais acteurs impliqués dans les projets avec un recul suffisant par rapport à l'existant. A lui de bien connaître le personnel de son service et de repérer les « forces vives ». « *Le cadre est donc là pour non seulement gérer ces compétences mais également pour détecter les potentiels, les mobiliser, les optimiser.* »⁵³.

Bien évidemment il faut que le ou les collaborateurs soient parties prenantes et motivés au risque de ne pas aboutir à la réalisation du projet. Cette implication associée à une démarche réflexive permettra aux collaborateurs concernés de répondre avec efficacité à la qualité des soins et aux besoins du patient. Cela sous-entend de la part du manager de laisser un espace de liberté à son équipe afin que les professionnels soient acteurs et auteurs de qualité. Ainsi, comme le souligne W. HESBEEN « *Il apporte de l'oxygène dans le fonctionnement de l'équipe ainsi que de l'aide aux artisans du soin en agissant auprès d'eux comme une personne ressource, celle à laquelle le soignant peut s'adresser pour faire part de ses hésitations dans telle ou telle situation de soin, pour demander conseil ou même livrer ses difficultés ou ses émotions.* »⁵⁴. Dans cette approche, il s'agit de disposer des bonnes compétences pour assurer une continuité des soins. Cela suppose de placer le patient au cœur de son parcours des soins (en tant que patient / acteur). Cela permet que le soignant ait un regard critique sur les pratiques, de les harmoniser dans l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins.

⁵¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022>, lu le 12/12/22.

⁵² « Cadre de proximité un métier au cœur du soin » Walter HESBEEN (Infirmier et Docteur en santé publique à l'Université Catholique de Louvain, en Belgique) p.116, lu le 10/12/22.

⁵³ « *Pour un management participatif* » de Françoise MISSEREY et Marie – Christine SABATIER « Objectifs soins » Avril 2002 n°105, lu le 2/01/23.

⁵⁴ W. HESBEEN « La qualité du soin infirmier – Penser et agir dans une perspective soignante » p.105, lu le 11/12/22.

Faire participer à la réflexion les membres de l'équipe est l'une des clés de réussite d'adhésion au projet. Ils émettent des idées, participent aux échanges proposés. Ainsi, le résultat sera beaucoup plus probant qu'une injonction formalisée telle que « tu fais cela comme cela point ».

Cette vision collaborative rejoint l'expérimentation de Kurt LEWIN que j'ai pu découvrir à travers mes lectures et podcast. Cette expérience, nommée les « Ménagères de Lewin » décrite par Damien LEBAS⁵⁵ met en avant les processus de changement, notamment sur les attitudes et comportements. Son expérience randomisée est basée sur la valorisation de la discussion dans un format participatif, interactif et échange d'un projet à la différence d'un groupe qui est en mode « observateur » et donc passif. La discussion itérative des acteurs a été profitable, grâce à l'implication et diminue les résistances au changement. Comme le dit Me LEBAS « *Une communication interactive implique d'avantage l'individu qu'une communication passive avec un rapport de 1 à 10 dans cette expérience.* ».

Cela demande au cadre d'accorder du temps au collaborateur afin qu'il participe pleinement au projet. Les échanges, les points effectués dans le parcours de la participation, les réajustements éventuels... « Dans un système de direction participatif, le dirigeant doit s'appuyer sur des entretiens approfondis et réguliers, véritable outil de régulation entre l'homme et l'entreprise. »⁵⁶.

Il existe d'autres types de management, qui peuvent s'adapter à différentes situations dans le cadre notamment d'une conduite de projet.

Notons, le management **directif** qui pourrait être utilisé pour cadrer les idées, pour structurer, guider voire accompagner. Par exemple, lorsque les missions ou l'avancement du projet n'est pas effectif, ce type de management peut être utilisé comme fil conducteur.

Le management **persuasif**, où le cadre est très à l'écoute de ses collaborateurs, il essaye de les convaincre tout en les laissant dans un champ d'autonomie de travail et de responsabilité. Il favorise une démarche réflexive envers le soignant.

Et aussi le **déléгатif**, qui permet de déléguer certaines missions à des soignants expérimentés qui souhaitent évoluer et élargir leurs champs expérientiels et potentiels. Le cadre a un rôle d'accompagnateur en mettant le collaborateur en situation de cadre, en y mettant les moyens et ressources nécessaires. Ainsi, cela peut lui permettre de dégager du temps pour se consacrer à d'autres missions, telles que l'accompagnement des personnes de son équipe dans un projet.

⁵⁵ « La conduite du changement » présenté par Damien LEBAS (Consultant et enseignant en management et conduite du changement) sur YOU TUBE [La conduite du changement Kurt LEWIN - Bing video](#), visionnée le 11/01/23.

⁵⁶ « La fonction d'encadrement » François MINGOTAUD (Consultant en management et ressources humaines), p.99. Lu le 12/01/23.

Selon Rensis LEKERT⁵⁷, voici les quatre types de management :

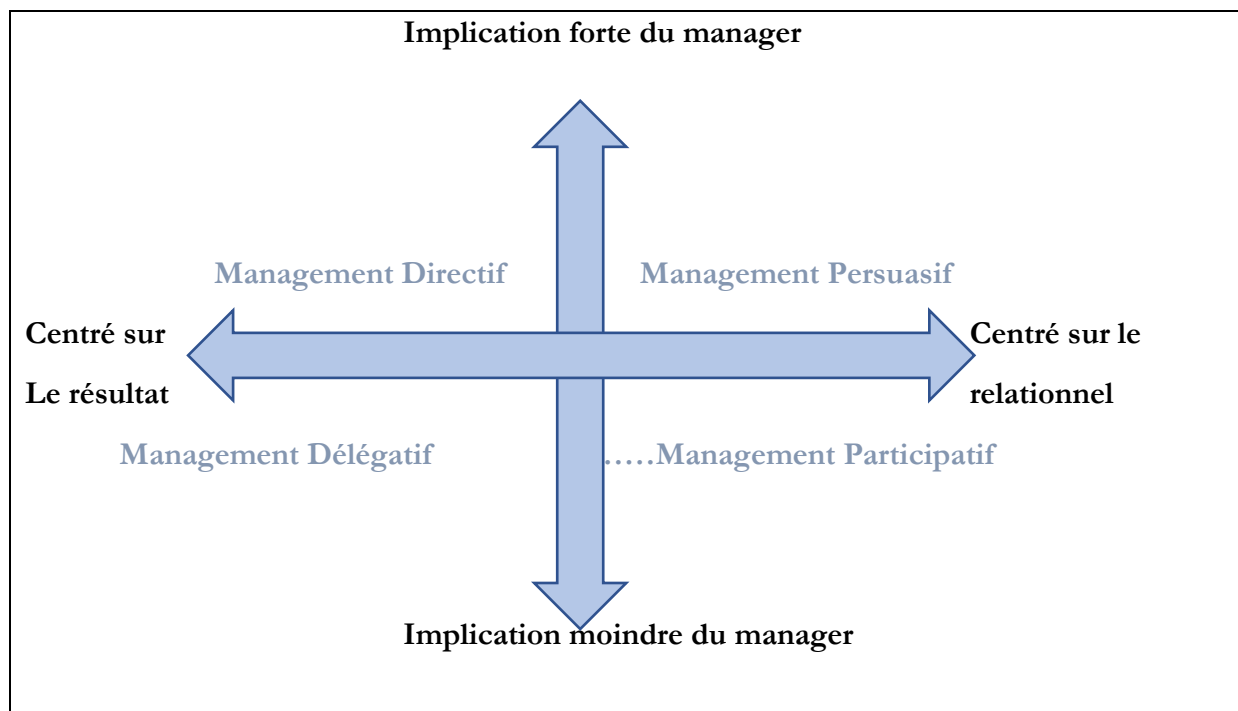


Schéma n°5 : « Les différents types de management »

Les différents types de management (directif, persuasif, déléгатif et participatif) indiquent le positionnement du manager. Il se doit alors de repérer les potentiels humains et de les emmener vers une quête de performance afin de développer, d'élargir ou d'approfondir d'autres compétences professionnelles. Il doit ainsi favoriser les échanges, la communication, le partage, la transmission des savoirs. Il a donc un rôle accompagnant, il en est le moteur, il dynamise, il mobilise.

Le manager doit savoir adopter une **posture** managériale adaptée face à son équipe de cadres. En reprenant un cours du Master 1, la définition nous a été donnée, qui est « *la ligne de conduite et les valeurs qu'on véhicule. C'est adopter les codes pour être positionné en vue de tout le monde* »⁵⁸. Cela nous montre bien que le cadre doit montrer « l'exemple » dans ses activités au travers des valeurs qu'il souhaite véhiculer et transmettre à son équipe. Mais aussi développer une « culture de l'entreprise ».

Un « bon » manager doit donc être capable d'utiliser les méthodes d'encadrements différentes en fonction de la situation, de l'équipe, de la personne et de chacun des membres de l'équipe pour obtenir les meilleurs résultats. Il évitera ainsi les RPS (Risques Psycho Sociaux) au travail et ainsi des conséquences néfastes sur l'état de santé des salariés de son équipe. Au contraire la motivation et l'implication seront de rigueur. Nous pouvons donc en déduire que c'est une manière de « prendre soin » de son équipe. Comme le souligne W. HESBEEN « *Le cadre ... valorise les acteurs tout en étant lui – même positivement ambitieux. Il est discret, simple et agit comme vecteur de sérénité tout en étant pas effacé... Bref, il met en valeur ceux qu'ils encadrent et forment avec eux un tout indissociable.* »⁵⁹

⁵⁷ Psychologue américain, renommé dans le Management pour son travail sur les styles de direction. Schéma tiré de <http://olivier-moch.over-blog.net>

⁵⁸ Cours « les postures managériales » UE 5.5 Monsieur FARNAULT, du M1MOS (2017-2018). Relu le 12/11/22.

⁵⁹ W. HESBEEN « La qualité du soin infirmier – Penser et agir dans une perspective soignante » p.112, le 3/01/22

2.3.3 Des qualités pour développer des compétences collectives

Je ne peux pas parler de management participatif sans évoquer la notion de « compétences collectives » qui s'alimentent entre les individus eux-mêmes. Partager, réfléchir collectivement, se questionner ensemble, ... sont autant d'atouts établis de façon collégiale.

Les compétences se définissent bien en cette trilogie de « savoir, savoir – être et de savoir-faire ». Ces trois dimensions sont indissociables. Lorsqu'elles sont partagées en équipe, en collectif elles s'entrecroisent et s'amplifient pour aboutir à une notion de performance. Il faut évidemment que l'environnement soit aidant (avec ses contraintes et ses ressources).

Dans le livre « (R) évolution du management des ressources humaines Des compétences aux capacités. »⁶⁰, un des auteurs Jean-Claude COULET dans son article intitulé « *La compétence : au – delà d'un mot, une affaire de conceptions* », reprend une définition des compétences collectives de RETOUR de 2006, page 93 comme : « *ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus une composante indéfinissable, propre au groupe, issue de la synergie et de la dynamique de celui-ci.* ». Les notions de « synergie » et de « dynamique », représentent une unité avec des objectifs communs impulsant une énergie. On entend par là, une coopération réflexive des différentes personnes qui va fédérer une équipe dans une démarche collective. C'est ce qui est riche dans la mise en place de projet ou de nouvelles organisations. Ainsi, en partant des gens de « terrain » et de chaque compétence individuelle, la notion de performance est alors mise en exergue. Car les potentiels humains et les compétences professionnelles individuelles et collectives sont les forces vives des entreprises et organisations.

2.3.4 Des qualités de communiquant

Communiquer, c'est un émetteur qui transmet des informations, les diffuse, écoute, entend les collaborateurs. Il communique avec des mots simples qui « *n'est pas à confondre avec le simplisme. (La simplicité) s'exprime dans la manière d'être et par le recours à un langage accessible, compréhensible par ses interlocuteurs.* »³⁷.

À la suite du cours participatif de Me LE BASTARD du 18/04/23 (ECUE 7.1 « *Transformer les relations humaines et sociales* ») sur « la prise de parole convaincante »⁶¹, elle nous a précisé que la communication c'est bien à la fois la « *com* », c'est-à-dire « avec » ; associée à « *munic* », c'est-à-dire l'énergie offerte à l'autre, à la collectivité ; et « *ation* » qui est le suffixe. Ce mot signifie bien que l'on offre un échange, un acte, une énergie envers un ou plusieurs personnes. Ce n'est pas que pour soit, c'est aussi pour les autres en mettant en lien la tête (qui nous aide à construire un discours, une logique de pensée et de donner du sens). Le cœur, qui permet de faire partager les émotions. Et le corps, qui permet d'assumer notre légitimité (ce sont les chiffres, les faits concrets qui donnent du corps à ce que l'on dit) et des valeurs (qui sont ceux sur quoi nous nous battons).

La communication est motrice dans la société de manière générale et dans un groupe. C'est donc :

- **Savoir écouter l'autre** : n'est pas donné à tout le monde mais représente une grande qualité. « Porter attention à », « s'intéresser à ». Ce n'est pas seulement la parole, mais aussi une position physique qui montre que tous nos sens sont en éveil et disponibles pour être dans une situation d'écoute. « *L'écoute permet d'accueillir la parole d'autrui en commençant par se taire.* »³⁷ C'est aussi montrer que nous accordons du temps à l'interlocuteur. C'est montrer que « l'autre » est important. Le temps

⁶⁰ « (R)évolution du management des ressources humaines Des compétences aux capacités », Solveig FERNAGU-OUDET et Christian BATAL, lu le 14/01/23. Page 78.

⁶¹ ECUE 7.1 « La prise de parole convaincante », Me LE BASTARD, 18/04/23.

étant une dimension rare de nos jours « prendre le temps de ». Et qui pourtant, peut faire toute la différence envers les collaborateurs d'une équipe. Prendre en compte les remarques sur un projet, les problématiques du terrain, des craintes, des peurs en vue de changement. Le manager doit dès qu'il le peut se rendre disponible aux autres. Cela ne pourra que favoriser les échanges, le bien-être au travail, lever des tabous, éviter des conflits. Ce n'est pas une solution à tout mais peut être utilisé comme levier managérial.

- **Savoir diffuser les informations** : « *l'information est le fondement du pouvoir et, à une époque où tout s'accélère, elle doit être communiquée aux salariées plus rapidement que jamais.* »⁶² Le manager peut utiliser de nouvelles technologies pour informer son équipe (internet, intranet). Et ce, d'autant plus rassurant qu'il y ait une trace écrite, même si la fiabilité que le message soit lu n'est pas certaine. Selon le cours de Mr MARCHAND du 21/04/23, ECUE 7.1 « *Installer un principe de subsidiarité dans les organisations soignantes* », il décrit différents degrés de communication (les supports passifs ou interactifs ou solliciter une personne de référence, experte du sujet).
- **S'avoir s'adapter à l'autre** : Afin de communiquer le plus efficacement, il faut savoir adapter son style de comportement. Selon les travaux du professeur Marston⁶³, il a identifié quatre types de comportement : le dominant, le stable, l'influent, le conformiste. C'est au manager de décoder ses différents styles et adapter sa communication le plus efficacement possible. Cela demande une bonne connaissance de soi et des comportements de manière générale.

Il arrive parfois malgré toutes les mesures prises par le manager, de ne pas réussir à « emmener » avec lui tous les collaborateurs. Certains resteront sur leurs positions, d'autres ne seront pas motivés malgré les argumentaires étayés. Comment le manager peut-il renforcer la motivation de ses collaborateurs ?

2.3.5 Des qualités pour développer la motivation

Bien évidemment, cela ne pourra se faire qu'avec la motivation propre des personnes impliquées dans le projet. La motivation est un élément central dans le fonctionnement des organisations.

Comme le souligne Mr DUMONT dans son ouvrage nommé « *La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages* »⁶⁴, page 43 il précise que « *Le travail sans la compétence est un effort inutile et la compétence sans la motivation reste une capacité sans amorce de concrétisation.* ». En tant que manager nous ne pouvons que susciter la motivation autour de nous. Notre leadership doit être performant et permettre d'emmener le plus grand nombre de personnes avec nous. Si les personnes ne le souhaitent pas ou ne sont pas motivés, nous ne pourrions pas aller plus loin avec eux, au risque que ce soit délétère pour le projet. Car « (...) *être motivé, est le fait d'entrer dans l'action, corps et âme, pour atteindre ou réaliser cette chose.* » page 43 du livre de Mr DUMONT.

La motivation peut être impulsée par le manager qui pose des objectifs partagés, à condition que le collaborateur en comprenne le sens. Selon la théorie de la fixation des objectifs (ou goal-setting theory) par LOCKE et LATHAM en 1990), ils précisent que « *la fixation d'objectifs stimule la motivation au travail d'un individu.* »⁶⁵. Cela rejoint le paragraphe sur les objectifs « SMART ».

⁶² « Le Management pour les nuls » Bob NELSON, Peter ECONOMY, Thierry BOUDES, p.23, le 3/02/23.

⁶³ Tiré du livre « la boîte à outil du Management » de Patrice STERN (Professeur à ESP Europe) et Jean – Marc SCHOETTL (Docteur en Sciences des organisations), p.29, lu le 4/02/23.

⁶⁴ « La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages », Mr DUMONT, lu le 27/02/23.

⁶⁵ « L'évaluation de la performance individuelle », Patrick GILBERT et Jocelyne YALENIOS, page 45, le 6/05/23.

Une équipe motivée est une équipe reconnue dans son travail, avec un environnement capacitant qui lui permet de s'épanouir. C'est également leur laisser l'envie d'un « pouvoir agir » dans un environnement précis. Cela ne pourra que leur donner envie de prendre du plaisir au travail.

2.3.6 Un manager : une personne attentive au plaisir au travail

Je ne pouvais pas écrire un mémoire sans évoquer le plaisir au travail. Nous l'avons étudié et avons été sensibilisé en Master 2 grâce aux cours de Mr MARCHAND.

Bien effectuer son travail, c'est ce que demande tout manager face à son équipe. Cela est associé aux protocoles, aux procédures qui sont formalisés. D'ailleurs l'auteur Yves CLOS dans son livre précise « *Il arrive aussi qu'on assimile le « bien faire » au travail prescrit. Au-delà du collectif, il ne serait cette fois qu'obéissance aux consignes de tâche officielle* »⁶⁶. Cela permet de mettre du lien avec un cadre définit et réglementaire que l'on doit contrôler en tant que manager des équipes.

C'est bien là qu'il nous fait part de la différence qui existe entre le **travail prescrit** et le **travail réel**. Et ce sont au travers de ces deux notions, qu'il peut y avoir une « disjonction ». Il suffit parfois de se rendre compte comment les membres des équipes travaillent, mettent en place des astuces et s'organisent en interne pour faire au mieux. Rien de tel qu'une organisation qui est réfléchie en équipe elle-même en partant de leurs difficultés et en étant force de proposition. Dans le livre, l'auteur évoque cela avec le sociologue Philippe BERNOUX « *Être empêché de participer aux décisions concernant son propre travail, c'est se voir refuser la reconnaissance de ce travail. C'est une injustice.* » (page 36). A partir du moment où la qualité et la sécurité des soins sont garanties, pourquoi ne pas se servir de l'ingéniosité comme levier dans le cadre d'un projet ?

En tant que manager nous défendons nos idées, nos argumentaires et cet exercice est parfois difficile surtout si les interlocuteurs n'ont pas les mêmes souhaits. Il faut alors que ce manager sache se doter d'une qualité supplémentaire qui pourrait faire la différence : l'audace.

2.3.7 Du courage et/ou de l'audace managériale ?

En tant que manager, nous avons tous eu une expérience où l'on a dû faire preuve de courage. Soit par exemple, face à la Direction pour énoncer son point de vue qui est différent de sa vision ou face à une équipe réfractaire à une situation...

Dans le cadre d'un projet, et nous l'avons vu plus haut, des personnes, parfois parties prenantes du projet peuvent ne pas être en accord avec ce qui est proposé voire ne souhaitent pas sa mise en place. Notre poste à responsabilité peut nous permettre de le faire afin de défendre certaines idées et de les faire remonter.

Dans le livre de Jean-Pierre LE GOFF « Les illusions du management », il note ainsi que le courage managérial est une franchise et que « *Cette franchise n'exclut pas la fermeté, mais elle doit pouvoir se faire « avec doigté »*,

⁶⁶ « Le prix du travail bien fait – la coopération conflictuelle dans les organisations », Yves CLOS (Professeur de psychologie du travail au CNAM et chercheur), page 34. Lu le 14/04/23.

en « sentant le terrain », en « choisissant le bon moment » et « dans un langage correct »⁶⁷. Il faut donc savoir dire les choses au bon moment, en choisissant les bons mots. Ce serait donc cela l'art de communiquer.

Le manager doit alors utiliser ses argumentaires et ses différents modes de communication pour palier à cela. C'est ce que représente le courage managérial. Jacques BROUILLET le définit ainsi « *Le courage pour un manager est de savoir défendre ses convictions face à une direction, et notamment celles concernant SA conception de la finalité de l'entreprise qui ne saurait faire l'économie de sa finalité sociale, la recherche d'un juste équilibre entre l'objet purement économique (le profit) et l'objectif social qui est la création d'une valeur – ajoutée plus globale et à partager plus largement.* »⁶⁸. Attention alors, d'en mesurer les risques et de se donner ses limites afin que ce ne soit pas préjudiciable pour nous, le collectif ou un projet...

C'est également savoir se remettre en question et même questionner ses propres certitudes car parfois c'est « (...) *savoir vouloir imposer ses idées du seul fait d'être « un supérieur hiérarchique », alors que plus que jamais il convient d'admettre que ces idées ne sont pas forcément partagées par tous et que ce n'est pas pour autant une insubordination.* »⁶⁹

C'est ainsi que le manager doit faire face aux obstacles en prenant les bonnes décisions. C'est donc défendre ses idées, ses valeurs ou ses propres convictions.

« Le courage n'est pas l'absence de peur, mais la capacité de la vaincre. »

Nelson MANDELA.

L'audace, elle, est définie ainsi selon l'article d'Hervé CRAUSAZ « *L'audace se définit comme « un mouvement de l'âme qui porte à des actions extraordinaires, au mépris des obstacles et des dangers (littre). » L'étymologie vient d'oser, de tenter, en latin « audere », entreprendre hardiment.* »⁷⁰ C'est donc faire preuve de courage dans l'action. Pour que l'audace soit efficace, elle doit s'entourer d'un collectif, qui perturbe les organisations habituelles et l'ordre des choses. C'est donc en quelque sorte innover, transgresser et donc de faire preuve d'hardiesse. Il est précisé dans l'article que « (...) *l'audace est la source de l'innovation, laquelle provoque un désordre voire une rupture au sein de l'organisation structurée par un dispositif normatif. Cette transgression est le vecteur du mouvement des organisations.* »⁷¹. Cela peut même générer de la confiance, estimer les valeurs d'engagement au sein d'un collectif.

A contrario, ne pas en avoir signifierait être dans un certain « confort » entouré de procédures et de protocoles institutionnels, derrière lequel le manager se protège.

Tout manager devrait donc s'armer de courage en utilisant une certaine bravoure. C'est donc s'avoir s'adapter afin d'en favoriser l'efficacité.

En quelques mots : « *L'audace c'est savoir prendre des décisions et agir de manière responsable et efficace (...) c'est privilégier l'action aux discours avec la volonté d'obtenir des résultats visibles et partageables.* »⁷²

⁶⁷ Jean-Pierre LE GOFF (Philosophe et sociologue français), « Les illusions du management – Pour le retour du bon sens », Poche ESSAIS P.92, lu le 4/02/2023.

⁶⁸ <https://cairn.info/revue-questions-de-management-2018-1-page-129.htm> « Faut-il développer et valoriser l'audace chez les managers ? Soufyane FRIMOUSSE (Maître de conférence et chercheur), Jean-Marie PERETTI (professeur et chercheur français en ressources humaines), Dans Question(s) de management 2018/1 (n° 20), pages 129 à 155, lu le 21/02/23.

⁶⁹ <https://cairn.info/revue-questions-de-management-2018-1-page-129.htm> « L'audace c'est de savoir jusqu'où ne pas aller trop loin », Jacques BROUILLET (Avocat en droit social), lu le 21/02/23.

⁷⁰ <https://cairn.info/revue-questions-de-management-2018-1-page-129.htm> « De l'audace, certes, mais avec prudence », Hervé CRAUSAZ (Avocat du droit du travail et du droit social), lu le 21/02/23.

⁷¹ <https://cairn.info/revue-questions-de-management-2018-1-page-129.htm> introduction de l'article, lu le 21/02/23.

⁷² <https://cairn.info/revue-questions-de-management-2018-1-page-129.htm> « Agir en mode *Delivery* », David AUTISSIER, lu le 21/02/23

L'audace et le courage managérial, ne peuvent suffire à eux – mêmes. Des capacités de leadership doivent y être associées.

2.3.8 Des qualités de leadership

Le Master 2 MOS (Management des Organisations Soignantes), nous a permis de développer notre leadership. Il est donc essentiel de l'évoquer car le chef de projet doit en posséder suffisamment pour emmener son équipe avec lui.

Un leader est défini selon Denis CRISTOL comme « *la personne qui a autorité et influence au sein d'un groupe. Le leader aurait une autorité personnelle, un ascendant ou un prestige* »⁷³. Nous pouvons même évoquer une **autorité naturelle** permettant de **fédérer**, regrouper un collectif. Et ceci sans lien d'autorité ou de sanction particulière. Cela est donc un complément entre un manager et un leader. « *Si un chef a des subordonnés, un leader a des suiveurs.* »⁷⁴

Le leadership, est décrit par Mr CRISTOL comme se situant « *au confluent d'un ensemble de notions comprenant également l'autorité, l'influence, l'emprise, le charisme, la domination, le pouvoir et l'interdépendance.* »⁷⁵ C'est donc l'art et la capacité d'avoir une vision, d'accompagner les avec une autorité formelle ou informelle sur la personne. Il le réalise grâce à ses capacités de persuasion, de guidant, en entraînant l'équipe avec lui, car elle lui fait confiance. Ainsi nous pouvons voir la dimension collective autour du leader. Dans le livre « leadership et management »⁷⁶, Denis CRISTOL et les co-auteurs ajoutent que « (...) *le leadership peut être vu non plus comme un rôle individuel mais comme une fonction qui est susceptible de se partager de façon dynamique au sein d'une équipe ou d'une organisation.* »

Un « chef » « ordonne, oblige, exige, ... ». Mr DUMONT dans son livre, nous explique les différents concepts majeurs de la relation d'emploi. Ainsi, l'autorité qui pourrait être associé à un « chef » est définie comme « (...) *Elle est incarnée par un agent libre et conscient et elle ne rencontre pas de résistance de la part de celui qui est dirigé en dépit du fait que ce dernier pourrait s'opposer (...)* »⁷⁷. Nous pouvons constater qu'une autorité est donc d'agir sur l'autre ou les autres sans retour de leur part, c'est donc une autorité active. A la différence d'un leader qui, comme l'a souligné Me ESTEVE dans le cours intitulé « Affirmer son leadership »⁷⁸ ; le leader a une autorité par ses différentes capacités « (...) *d'influence, de vision et d'entraînement.* »

Un chef peut ne pas être un leader. Il y a donc une distinction entre le pouvoir « sur » quelque chose (budget, quelqu'un, une production définie...) qui reprend les fondamentaux d'un leader et le pouvoir « de » qui va dans le sens de « accompagner, guider, donner envie et une production de connaissance... ». La posture envers les personnes a ainsi toute son importance car elle doit être « avec » les personnes afin de fédérer le collectif de travail. Ainsi, comme le suggère Denis CRISTOL il évoque une « *dynamique d'interactions complexes susceptible de produire de l'adaptation, c'est-à-dire de l'apprentissage et de l'innovation.* »⁷⁹. Les esprits sont alors plus libérés afin de permettre des nouvelles idées, qui sont partagées et mises en commun afin d'avoir différents regards. C'est ce qui rend riche les échanges, le collectif d'une équipe ou d'un groupe de personnes.

⁷³ « Leadership et management – Être leader, ça s'apprend ! » Denis CRISTOL (Spécialiste du management et des ressources humaines), p. 79, lu le 15/12/22.

⁷⁴ « Leadership et management » p.79.

⁷⁵ Idem, p.79.

⁷⁶ « Leadership et management – Être leader, ça s'apprend ! » de Denis CRISTOL, Catherine LAIZE et Miruna RADU LEFEBVRE p.65 (lu le 18 /01/23)

⁷⁷ « La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages », Mr DUMONT, page 14, lu le 27/02/23.

⁷⁸ Cours ECUE 7.1 « Affirmer son leadership » Marie – Jo ESTEVE et Mr FARNAULT du 28/10/22

⁷⁹ « Leadership et management » p.66 (lu le 18/01/23)

On parle même « d'intelligence collective »⁸⁰. Cette notion de collectif est fort et important pour le leader pour qui nous pouvons reprendre une phrase d'un cours à ce sujet « *le leadership est une affaire d'hommes libres.* »⁸¹

« Le management c'est quand les autres sont obligés de travailler avec vous. Le leadership c'est quand ils ont envie de le faire. » Denis CRISTOL⁸²

Cela demande de la part du leader de connaître ses limites. A la fois de ce qu'il peut entreprendre et de ses actions pour que les membres de l'équipe continuent à le suivre et donc d'être dans cette démarche fédératrice.

L'objectif de cela est d'être dans un processus de performance, à la fois individuelle et collective. Je terminerai en disant que c'est « *fonctionner ensemble pour aller plus loin.* »

2.4 La sociologie des organisations

La sociologie est définie comme « *l'étude des faits sociaux* »⁸³ (page 17), qui selon les sociologues expérimentés critiqueront la théorie Durkheimienne. Il précise qu'il paraît essentiel de commencer par l'observation et les questions qui en découlent. D'où la définition de la sociologie de DURKHEIM correspondant à la question qu'il se pose par rapport au fait de garder la société unie « *fait social, transcendant chaque individu et résidant dans le groupe.* » (page 19), cité par l'auteur BERNOUX dans son livre « *La sociologie des organisations* ».

L'auteur fait alors le lien entre les comportements des individus et / ou des groupes dans des organisations. Il montre combien les relations sont impliquées dans le fonctionnement de l'organisation. C'est-à-dire, que le comportement des individus est en lien avec des normes collectives de comportement auquel ils se soumettent sous peine d'exclusion du groupe. « *Dans toute organisation, et plus particulièrement dans l'entreprise, les comportements ne se comprennent que dans un ajustement permanent entre l'individu, son tempérament, ses besoins, ses désirs et le groupe. Celui – ci émet des normes, plus ou moins larges ou tolérantes, auxquels les individus doivent se soumettre, faute de quoi ils s'excluent du groupe.* » (Page 21 et 23). L'environnement dans lequel il se trouve influe également sur l'individu. C'est-à-dire selon les moyens humains, matériels, géographique qui l'entoure. Il est en quelque sorte influencé.

Ces **normes** de comportement ne s'acquièrent que dans la situation où se trouve l'individu. Elles résultent donc de l'interaction entre l'individu et divers groupes sociaux. L'individu détermine son comportement en fonction de ses propres intérêts et les opportunités que peut lui offrir l'entreprise. Pour atteindre son but il va adopter une stratégie adaptée, mais c'est le groupe qui définira la stratégie globale, c'est une logique d'acteur.

Cette logique se traduit au sein d'une entreprise comme des relations de pouvoir. L'auteur précise alors « *Les relations du pouvoir ont une origine à la fois organisationnelle (...) et culturelle (...). Ces relations de pouvoir participent également à la constitution de normes de comportement.* » (page 27). Parfois, il y a des « conflits de pouvoir », entre

⁸⁰ P.66 « Leadership et management » lu le 18/01/23)

⁸¹ Cours M2 ECUE 7.1 Me ESTEVE et Mr FARNAULT « Affirmer son leadership » d'octobre 2022.

⁸² Extrait du cours dispensé par Me ESTEVE et Mr FARNAULT, ECUE 7.1 « Affirmer son leadership ».

⁸³ « La sociologie des organisations – Initiation », Philippe BERNOUX, sociologue, (lu le 15/04/23).

les individus qui pour certains ont des formations, des fonctions, des objectifs différents et qui ne coïncident pas.

Ce paragraphe qui aurait pu être beaucoup plus étayé, nous montre à quel point l'individu se construit au travers des relations interhumaines et sociales. Dans le cadre d'un projet, cela peut être fédérateur. Mais, cela peut également être néfaste par des comportements de personnes réfractaires et qui peuvent influencer sur une partie du groupe (notamment les personnes « neutres » dans l'adhésion du projet). C'est là toute la richesse d'un groupe, mais qui doit être un point de vigilance notable dans une démarche projet.

Après avoir vu les aspects théoriques qui m'ont aidé à cheminer dans le projet, nous allons aborder dans une troisième partie les étapes de son élaboration.

3- Transfert et mise en place d'une activité dans le service des Consultations

3.1 Le contexte et l'explication du projet

Après ces éléments théoriques, nous allons pouvoir développer les différentes composantes du projet qui est le transfert et la mise en place d'une nouvelle activité (les prélèvements à la Plateforme des Consultations et des soins externes sur St Cloud). Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un agrandissement de locaux.

Le transfert de cette activité a été réappuyé à l'arrivée de la nouvelle Direction en septembre 2021.

Actuellement, cette activité est assurée par des techniciens de laboratoire au sein du CTP (Centre de Tri et de Prélèvements).

3.1.1 La commande

La genèse de ce projet remonte à plusieurs années et antérieure, avant un changement de cadre et de Direction déléguée site et générale. Le souhait de l'ancienne Direction était de fermer le CTP où sont effectués différentes activités (prélèvements sanguins pour les patients externes, gestion du dépôt de sang, gestion des prélèvements liés à la recherche clinique notamment pré-analytique, stockage et envoi pour la biologie centralisée et traçabilité) et de les transférer sur la Plateforme des Consultations lors de l'intégration dans le nouvel hôpital. Une nouvelle organisation est alors à penser à la fois pour l'équipe du CTP et à la fois pour la Plateforme des consultations dont je suis le cadre.

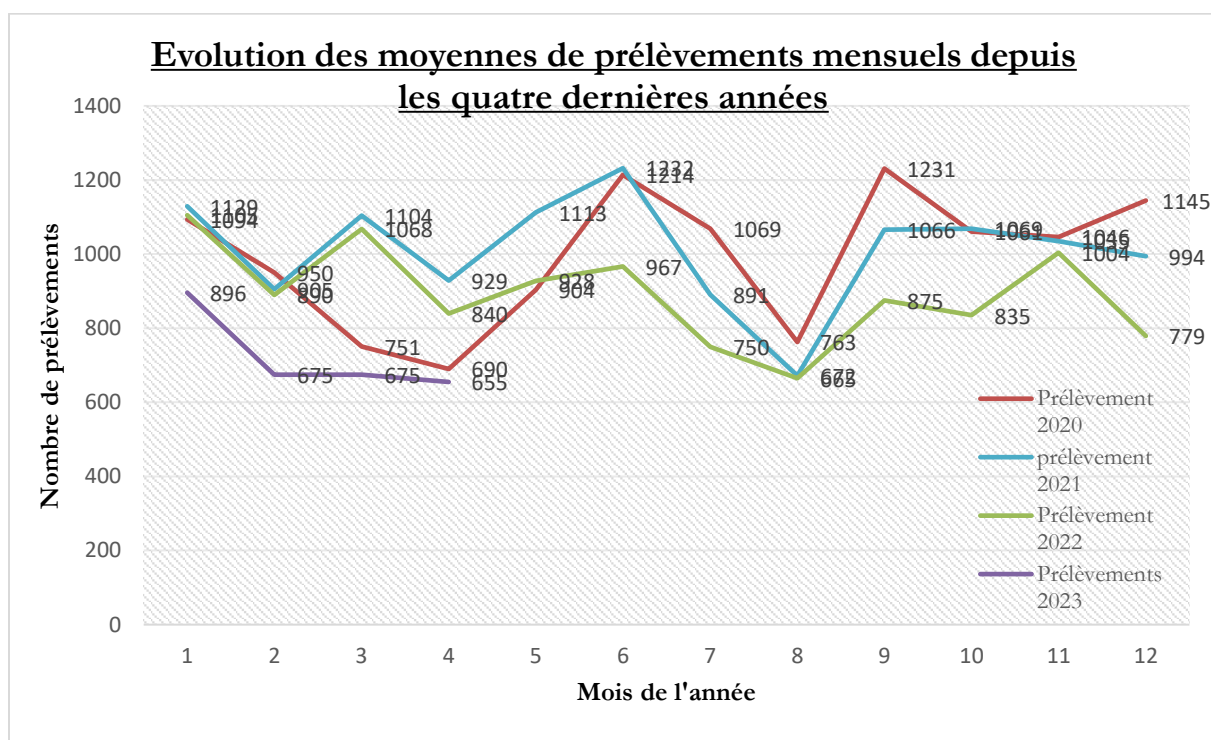
Les objectifs du projet sont d'une part uniformiser avec le service des consultations du site de Paris appelé « PPP » (pour Pansements, Ponctions et Prélèvements) et d'autre part, de transférer le personnel du CTP au sein du PMDT (Pôle de Médecin et de Diagnostic et Théranostique).

3.1.2 Les données de l'activité

Aujourd'hui, les patients peuvent être prélevés tous les jours du lundi au vendredi, de 8h00 à 17h. La majorité des prélèvements s'effectue sans rendez – vous. Les techniciens de laboratoire alternent alors leurs activités entre la gestion des prélèvements de recherche clinique, le dépôt de sang, les myélogrammes et les prélèvements sanguins des patients externes.

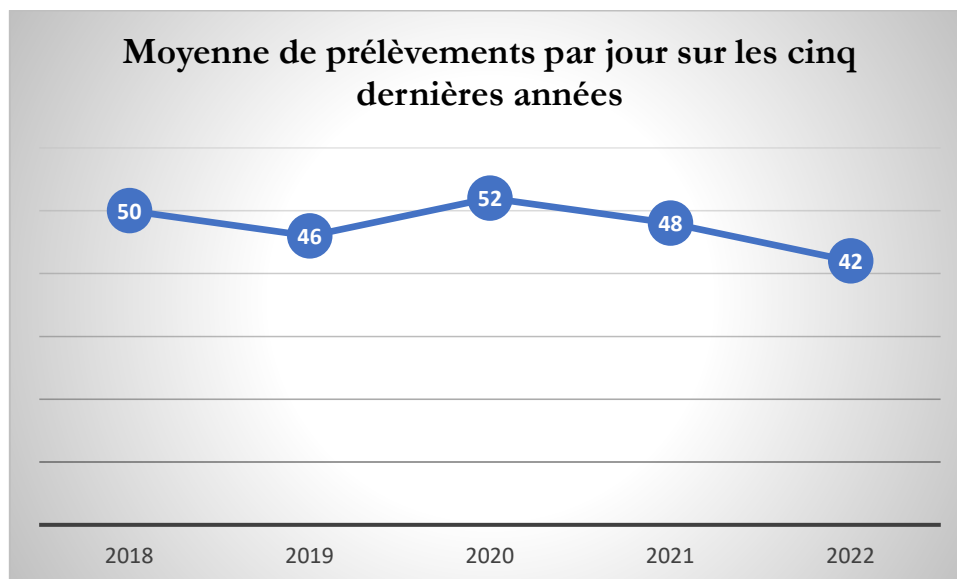
Une baisse d'activité concernant les prélèvements sanguins s'observe depuis les trois dernières années. Les explications peuvent être les suivantes :

Depuis le 1^{er} avril 2021 un premier travail auprès des médecins a été mené afin que les bons de laboratoires ne soient plus retranscrits sur les bons d'Ambroise Paré mais bien par les praticiens eux-mêmes (et également correctement remplis avec leurs noms, signature et bilans cochés). C'était une dérive de pratique qui a dû être réajusté rapidement. Cela a été bénéfique car pour certains médecins, ils ont pris l'initiative de ne plus faire certains prélèvements.



Graphique 1: Evolution du nombre des prélèvements.

Si nous remontons sur les cinq dernières années, la tendance est à la baisse en terme du nombre de prélèvements, notamment entre 2021 et 2022 soit -19% d'activité. Il s'agit en réalité d'une baisse d'activité souhaitée dans l'objectif du transfert.



Graphique n°2 : sur les moyennes des prélèvements par jour sur les cinq dernières années.

Il est important d'effectuer différentes actions dans le cadre du projet que nous allons détailler ci-dessous. C'est une partie « macroscopique » du projet. Elle permet de définir les acteurs et de clarifier le contexte du projet. Elle est définie dans le livre « *le kit du chef de projet* »⁸⁴ comme étant « un ensemble de deux étapes méthodologiques préalables au lancement officiel d'un projet. Ces deux étapes préalables, appelées « étude d'opportunité » et « étude de faisabilité », contribuent grandement à la réussite globale du projet (...) » p.36

Dans ma situation, cette partie s'est déroulée avec la Directrice des soins, m'expliquant très globalement de quoi il s'agissait. J'ai alors rencontré la coordinatrice du CTP pour avoir plus d'éléments sur le projet, ainsi que le cadre de département du PMDT. Ils m'ont informée du projet de restructuration et du développement du PMDT à l'ouverture du nouvel hôpital et donc le projet de transfert de l'activité des « prélèvements » au sein de la nouvelle Plateforme des Consultations. Dans cette phase, le commanditaire est donc la Direction des soins qui m'a nommée « chef de projet ».

Dès que j'ai su que j'étais missionnée pour ce projet, j'ai élaboré avec la Directrice des Soins Infirmiers (DSI) une lettre de mission, qu'elle a validée.

3.2 La lettre de mission

Il m'a fallu plusieurs éléments pour élaborer la lettre de mission. C'est un document qui permet de préciser « la nature, le contexte et les conditions d'un projet et qui permet aux différentes parties prenantes de s'accorder sur le périmètre et les objectifs de la mission de gestion de projet. »⁸⁵ Ces éléments ont été listés afin d'aboutir à des objectifs communs. Ainsi, j'ai pu définir les attendus et avoir une vision macroscopique du projet⁸⁶ et connaître mes marges de manœuvre.

⁸⁴ « Le kit du chef de projet », Hugues MARCHAT, EYROLLES, lu le 19/01/23

⁸⁵ [Qu'est-ce qu'une lettre de mission en gestion de projet ? \(reussirsesprojets.com\)](https://www.reussirsesprojets.com/lettre-de-mission-projet/)
<https://www.reussirsesprojets.com/lettre-de-mission-projet/> lu le 16/04/23

⁸⁶ Lettre de mission en annexe 1

La lettre de cadrage a également été formalisée dans un second temps.

J'ai de nouveau pris rendez-vous avec la Directrice des Soins afin que nous soyons en accord sur cette démarche. Cette validation a été établie par nos signatures communes sur les documents, c'est en sorte un « contrat » donc un engagement et restera un référentiel permanent pendant toute la vie du projet.

Puis, j'ai décidé d'entreprendre une étude d'observation sur le site de Paris

3.3 Etude observationnelle sur un site

L'activité des prélèvements a été mise en place il y a de nombreuses années et est intégrée au sein de la Plateforme des consultations, appelée PPP pour « Pansements, Ponctions et Prélèvements ».

L'intérêt de cette démarche est à visée **diagnostique**. C'est-à-dire, que j'ai souhaité me rendre compte de ce qui fonctionne bien dans différentes thématiques (notamment organisationnels et fonctionnels). Ce n'est donc pas un audit. J'ai effectué mes observations à deux moments différents et sur deux journées différentes (le matin à leur prise de poste) et le soir à leur fin de journée.

3.3.1 Les objectifs de cette démarche

Le choix de cette démarche m'a permis d'aller sur le terrain, pour rencontrer les professionnels qui exercent (notamment les IDE, médecins et cadre) et de tenter de comprendre leurs éventuelles difficultés rencontrées.

J'ai fait le choix d'effectuer plusieurs temps d'observations par deux demie -journées. D'une part, mon emploi du temps ne pouvait pas me le permettre sur une plus grande durée et d'autre part cela m'a permis d'être dans une concentration suffisante pour être pertinente dans le remplissage de la grille. J'ai donc effectué deux temps d'observation (un le matin à l'ouverture et ce jusqu'au midi et l'autre l'après-midi jusqu'à l'heure de fermeture).

J'ai élaboré une grille d'observation⁸⁷ qui m'a permis de cibler mes objectifs. J'ai classé cinq items : l'accueil du patient, l'organisation des prélèvements, l'organisation des rendez – vous, l'environnement de travail et les indicateurs d'activités. Le dernier item étant un entretien avec le cadre de proximité de Paris.

⁸⁷ Cf. annexe 2.

3.3.2 L'analyse des observations

Tous les éléments de la grille sont inscrits en annexe 2. En voici l'analyse.

- Organisation géographique

À Paris, la Plateforme est sur deux niveaux. Il y a un rez-de-chaussée haut et bas. Les activités de prélèvements et de soins infirmiers sont sur le même niveau, les consultations des praticiens sur l'autre.

Au niveau des soins infirmiers, il y a cinq salles de soins. Les IDE alternent les soins dans les différentes salles.

- ⇒ Pour le nouvel hôpital à Saint Cloud, l'atout majeur est que l'ensemble de la Plateforme sera sur le même niveau, il y aura donc une unité de lieu. Trois salles seront prévues. Y seront effectués des soins infirmiers divers (deux salles) et des prélèvements (une salle).
- ⇒ En revanche l'écueil actuel est que je ne dispose que d'une seule salle de prélèvements en attendant que la deuxième phase de travaux se réalise (c'est la partie « rénovation » et qui sera réévaluée en fonction de l'évolution du projet).

- Organisation des journées de travail des IDE

Le jour de l'observation, ils étaient six IDE. Les deux premiers infirmiers sont arrivés à 8h00 pour l'ouverture des salles. Ils ont effectué les purges d'eau le lundi matin (car il n'y a pas d'aide-soignante ou d'agent hospitalier) ainsi que les préparations des salles avec le matériel nécessaire suivant les spécialités des praticiens.

Deux autres IDE sont arrivés à un second horaire à 8h30 (1/2 heure après les premiers arrivants). Ils sont ensuite répartis dans différentes activités décidées par le cadre du service pour la semaine. Des échanges peuvent se faire entre eux si besoin.

Enfin, les deux derniers IDE sont arrivés à un troisième horaire à 9h (1h après les premiers arrivants).

Une fois toutes ces activités effectuées, ils ont accueilli au fur et à mesure les patients inscrits dans un logiciel par les agents de l'accueil central et attendent en salle d'attente principale. Les IDE ne savent qu'à ce moment-là si le patient vient pour une prise de sang, un pansement, ou un autre soin. Il est juste noté « soins IDE ».

Concernant les prélèvements : une fois qu'ils sont effectués, ils les envoient via un pneumatique vers la RCP (Réception Centralisée des Prélèvements). Ce sont des techniciens de laboratoire à ce niveau qui transmettent aux laboratoires extérieurs qui travaillent en collaboration avec l'Institut Curie de Paris.

Lors de nos échanges, ils ont signalé qu'ils appréciaient cette organisation car les soins sont variés d'un patient à un autre. Ainsi ils ne sont pas associés « qu'à des prélèvements ou qu'à des soins de pansements ». Cette organisation rythme leur journée jusqu'au soir.

- ⇒ Pour le nouvel hôpital à Saint - Cloud, le fonctionnement sera identique. C'est-à-dire avec des activités mensuelles associées à chaque IDE. Ainsi ils alterneront entre les soins infirmiers, les pansements et les consultations. Ils alterneront dans leur journée entre matin et après-midi sur les différents soins, dont les prélèvements. Ceci a été choisi en équipe lors des groupes de travail que nous évoquerons plus loin.

- ⇒ En revanche, la difficulté concerne l'outil informatique pour visualiser les arrivées et les circuits des patients. Nous fonctionnons encore avec des fiches de circulation papier et étiquettes des patients. Evoluer vers des documents dématérialisés est retenu et fait partie du schéma directeur. A ce jour, le logiciel n'est toujours pas mis en place.

- Organisation des effectifs

A Paris, il y a un effectif cible de dix-sept infirmiers. Il y a eu des départs et des démissions, ils sont aujourd'hui entre huit et dix maximum par jour pour assurer les différents soins (aux PPP et des consultations). La cadre a donc fermé des activités de consultation essentiellement. Ceci est dû à des départs (démissions) et des arrêts longues durées qui n'ont pas été remplacés. Le recrutement est compliqué depuis des mois avec très peu de candidatures.

- ⇒ Sur Saint – Cloud, j'ai un effectif cible de six ETP (Equivalent Temps Plein). 5,3 ETP est l'effectif qui est présent aujourd'hui, dont 1 infirmière qui est détachée pour effectuer des TCS (Téléconsultations) pour soucis de santé, soit 4,3 ETP en présentiel. Pour effectuer cette nouvelle activité, j'ai demandé lors de la contractualisation de 2022 un ETP supplémentaire au vu du volume estimé de prélèvements.

- Organisation logistique et matérielle

Il est nécessaire pour les IDE de posséder le matériel nécessaire afin qu'ils puissent effectuer des soins de qualité et en toute sécurité mais également en toute ergonomie. Lors de mes observations, je note qu'il y a dans chaque salle un fauteuil de prélèvement, un tabouret, un chariot de soins et également du matériel informatique (ordinateur et imprimante). Je me pose la question de la téléphonie qui risque de perturber et de provoquer des interruptions de tâches.

Je remarque que soit les salles sont « aveugles » n'ayant pas de fenêtres vers l'extérieur soit il y a des fenêtres situées en hauteur sous forme de trappe. Ce qui signifie qu'il n'y a pas la possibilité d'aérer les salles entre deux soins. Les locaux sont assez vétustes.

- ⇒ Pour le nouvel hôpital à Saint - Cloud, j'ai déterminé avec le responsable des travaux et du chantier une salle suffisamment grande pour mettre en place tout le matériel nécessaire qui a été vu en équipe et avec le service du biomédical. Une partie du matériel sera d'ailleurs récupérée du service du CTP actuel afin d'être dans une démarche de RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises). Cette salle aura de grandes fenêtres et permettra d'avoir une lumière naturelle. Elle pourra donc être aérée, tout comme les autres salles du nouvel hôpital. La salle a été judicieusement choisie à un endroit précis, car elle se situe proche du pneumatique par lequel seront envoyés les prélèvements directement jusqu'en RCP (Réception Centralisée des Prélèvements). Il faudra alors programmer une formation sur l'utilisation du pneumatique. J'ai également fait appel au « référent ergonome ». L'intérêt est de réfléchir à l'aménagement des postes de travail en vue de prévenir les risques TMS (Troubles Musculo Squelettiques et d'améliorer les conditions de travail. Selon le site d'Ameli, il est décrit que les TMS « (...) touchent les articulations, les muscles et les tendons. Ils surviennent le plus souvent au niveau du dos ou des membres supérieurs. Plusieurs facteurs, notamment professionnels, favorisent ces TMS ».⁸⁸ Une activité professionnelle peut donc jouer un rôle dans leur survenue, leur maintien et/ou leur aggravation. Ils peuvent apparaître suite à un environnement de travail mal agencé, avec les répétitions des mêmes gestes de travail.

⁸⁸ <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>

- Organisation du circuit patient

À Paris, les patients sont informés en amont de la nécessité d'effectuer un bilan sanguin suite à leur dernière consultation médicale. Les rendez-vous fixés pour cette activité ne représentent que vingt-six pour cent (selon le rapport d'activité 2022).

Ils sont accueillis à l'accueil central qui les enregistre sur un logiciel informatisé. Les infirmiers visualisent l'arrivée des patients via cet outil partagé. Ils les appellent alors chacun à leur tour suivant leurs disponibilités ainsi que celles des salles.

Je remarque alors, que pour la grande majorité des patients, ils ne viennent pas avec leurs bons d'examen. Dans ce cas, les infirmiers recherchent dans une armoire les stocks de bons reçus par différents praticiens en amont et triés par ordre alphabétique. Si le bon n'est pas présent, l'infirmier doit alors chercher dans le dossier du patient le dernier médecin vu en consultation, l'appeler et attendre que le bon soit rempli. Il arrive parfois que le médecin ne réponde pas pour diverses raisons et que les infirmiers afin de trouver une solution rapide, remplissent le bon d'examen suivant ce qui est noté dans le dernier compte-rendu.

L'organisation n'est donc pas optimale, car il y a beaucoup de perte de temps pour les infirmiers, du stress et pour terminer des dérives de pratiques professionnelles.

⇒ Pour le nouvel hôpital à Saint - Cloud, je ne souhaite pas avoir de stockage de bons de laboratoire. D'une part cela prend trop de place dans l'environnement et d'autre part, ce n'est pas responsabiliser le patient et certains médecins. D'un accord commun, lors d'un COPIL nous ne retenons pas cette organisation.

J'ai fait remonter à la Direction et au Directeur de la Transition Numérique (DTN) la nécessité d'aboutir à des prescriptions numérisées. Ce projet a également été retenu et fait partie du schéma directeur.

Enfin, je souhaite qu'il y ait des rendez-vous fixés pour les prélèvements. Cela permettra de lisser l'activité sur la journée et la semaine. Quelques créneaux seront identifiés dans la journée pour laisser la place à du « non programmé », tels que pour des contrôles de numération pré chimiothérapie ou pour programmer des transfusions. Ceci a fait l'objet d'échanges lors des groupes de travail.

3.4 La gestion des risques

Cette analyse, nous a permis de déterminer les risques potentiels lors du pilotage, qui pourraient nuire à l'atteinte des objectifs du projet. Cette étape a été réalisée lors des premiers COPIL. Ce fût très intéressant d'effectuer cette étape car nous avons réfléchi ensemble à la manière d'un « brainstorming ». Ce mot est défini dans la Larousse ainsi « *Technique de recherche d'idées originales, surtout utilisée dans la publicité et fondée sur la communication réciproque dans un groupe des associations libres de chacun de ses membres.* »⁸⁹ Ceci peut être formalisé sous forme d'une « grille d'analyse des risques » comme le souligne Hugues MARCHAT dans « *le kit du chef de projet* »⁹⁰. Ce document met en exergue tous les événements qui pourraient se produire « ... en phase de pilotage et nuire à l'atteinte des objectifs du projet » (page 137).

⁸⁹ <https://www.larousse.fr>, lu 16/04/23.

⁹⁰ « Le kit du chef de projet », Hugues MARCHAT, EYROLLES, page 137, lu le 16/04/23.

3.4.1 Le SWOT

J'ai pris l'initiative de présenter ce travail sous forme de SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) ou FFOM pour les francophones. Cela signifie en français (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces). C'est un outil très utilisé permettant d'identifier les domaines à améliorer, avec des risques potentiels et identifier ceux pour lesquels il faut se concentrer et identifier ses chances de réussite du projet.

Les forces sont les facteurs internes qui contribuent à la réussite du projet. Les faiblesses sont des facteurs internes qui rendront difficiles la réussite du projet. Les opportunités représentent les facteurs externes qui échappent à nos contrôles. Enfin, les menaces sont des facteurs externes, c'est-à-dire que s'ils devaient se produire ils pourraient nuire complètement au projet. Identifier les menaces, permet de trouver en amont des alternatives afin d'éviter qu'ils ne se produisent.



Schéma n°6 : SWOT

Pour ma part, cet outil stratégique m'a permis de « poser les éléments » du projet et d'effectuer un diagnostic. Notons par exemple, la demande d'un poste supplémentaire, la formation des IDE à prévoir et sous quelle temporalité et l'accompagnement à mettre en place auprès des différents acteurs.

De plus, il a été pour moi une « alerte » en termes d'insatisfaction de certains acteurs. Effectivement, des freins concernant les cadres de proximité et les IDE ont émergé à la mise en place des groupes de travail. Ces éléments seront étayés dans les parties suivantes.

3.4.2 Les acteurs concernés

Ce projet sollicite plusieurs acteurs, notamment les cadres de proximité, les assistantes médicales, la responsable du bureau des rendez-vous, les médecins, l'équipe infirmière et bien sûr les patients. Un des objectifs est qu'ils soient informés du projet afin d'assurer un circuit patient et une prise en charge optimale. C'est également, avoir une adhésion maximale de la part de tous les acteurs, afin qu'ils soient partie prenante et qu'ils adhèrent au projet.

Ces éléments feront l'objet d'échange lors des réunions des groupes de travail qui ont été mis en place. Ceci sera étayé plus loin. L'idée est de cadrer un maximum le projet afin qu'il n'y ait pas de dérive, comme ce que j'ai pu observer sur le site de Paris.

Je rajouterai qu'il faut s'assurer de la disponibilité de tous les acteurs concernés. S'ils ne le sont pas, cela peut être un frein supplémentaire pour le projet.

3.5 La planification du projet

J'ai décidé d'effectuer un rétroplanning (cf. annexe 4) me permettant de planifier le projet. J'ai donc mis en place un diagramme de GANTT.

Ce travail m'a obligée à détailler les différentes activités et/ou actions en ligne avec un fil conducteur de temps. Je m'y suis référée durant toute la mise en place du projet. Parfois, il y a des items qui ont dû être décalés suivant certains aléas. Cet outil permet comme expliqué dans la partie théorique de répertorier les activités nécessaires en vue de mener à bien le projet. Je me suis servie du GANTT pour les COPIL afin de visualiser l'état d'avancement, les choses à programmer ou à prévoir. Il m'a permis de bien structurer les idées et les pensées de chacun.

A partir de ce moment, j'ai pu mettre en place des plans d'actions puis répondre à la commande du projet.

3.6 Les plans d'actions

3.6.1 Création d'un COPIL

J'ai constitué un COPIL (Comité de PILotage). Ce comité a permis de rassembler différentes directions et expertises, à savoir la Directrice du site de St Cloud qui est également la chef de service de la Plateforme des consultations, la Directrice des soins, le cadre de département du PMDT accompagné de la coordinatrice du CTP, la Directrice des secrétariats médicaux, accompagnée de son adjointe et la responsable du bureau des rendez - vous.

Le COPIL permet ainsi de pouvoir échanger sur les différentes problématiques, les risques du projet et les états d'avancement.

Nous avons pu travailler autour des types de prélèvements que nous pouvions externaliser en dehors du site de Saint – Cloud. Ce qui nous a permis la diminution du nombre de prélèvements journaliers. La Directrice de site a souhaité profiter de ce changement pour revoir les types de prélèvements effectués et ne garder que les prélèvements dits « essentiels » qui font l'expertise de Curie et pour certains garder un meilleur suivi. Ils ont été recensés dans une liste appelée « liste verte ». Les autres prélèvements seront ainsi externalisés dans les laboratoires extérieurs.

Ainsi, à l'issue de chaque réunion, je traçais les prises de décisions et les actions prises dans un compte - rendu. Il était ensuite envoyé à tous les membres. Je communiquais les étapes d'avancement en réunion cadre et cadre de département et travaux de groupe.

3.6.2 Mise en place de groupes de travail

Afin de mettre en forme le projet, trois groupes de travail ont été mis en place.

- Groupe de travail médical

Ce groupe a été mené par la Directrice déléguée du site de Saint Cloud, qui est, pour rappel, également chef du service de la Plateforme des consultations.

Sa mission était d'élaborer une liste de prélèvements que nous souhaitions garder en interne. Elle a donc reçu les chefs de départements et de service pour l'élaboration de cette liste⁹¹. On l'a nommé « la liste verte ».

La Directrice de site a également communiqué régulièrement sur ce projet en réunion commune le mercredi matin. Cette réunion rassemble tous les chefs de départements, de service et médecins du site de St Cloud ainsi que les cadres de proximité et les managers des assistantes médicales. C'est un temps où nous faisons remonter les problématiques rencontrées de la semaine et/ou des informations à transmettre.

- Groupe de travail des cadres supérieurs de santé et de proximité

L'annonce des groupes de travail a été faite de manière très simple en expliquant synthétiquement le thème de la réunion, le lieu et l'heure du rassemblement par mail. La communication a été réalisée en parallèle en réunion cadre et de département.

Avec la Directrice des Soins, j'ai mené trois travaux de groupe de travail auprès des cadres de santé. Au vu de la nouvelle réorganisation, il était essentiel de les informer. D'autant plus, que ce projet impactait les services de soins directement. A la demande de la Direction des soins, les équipes soignantes devaient prendre en charge tous les re-contrôles de prises de sang au sein de leurs unités, tels que les numérations, RAI (Agglutinines Irrégulières) afin de ne pas surcharger la Plateforme des Consultations.

Les échanges à trois reprises n'ont pas permis d'aboutir n'ayant que des retours réfractaires du collectif cadre voire de rébellion. Leur argumentaire était qu'il n'avait pas le personnel suffisant, ni les locaux à disposition pour effectuer des prélèvements supplémentaires. Ceux – ci devaient être à charge de la nouvelle réorganisation des Consultations.

⁹¹ Cf annexe 5.

Après explications et échanges complexes, j'ai laissé la main à la Directrice des Soins sur ce sujet. C'est alors que j'ai fait le lien avec la partie théorique sur le « courage managérial et/ ou l'audace managériale ». Il a fallu argumenter et se positionner face à ses pairs qui avaient un avis et des arguments opposés.

J'ai dû être obligée de revoir cela. Ces bilans « non programmés » seront finalement prévus au sein des bilans de la Plateforme des Consultations, temporairement dans un premier temps.

- Groupe de travail avec les AM (Assistantes Médicales) des services et du bureau des rendez - vous

Au sein du COPIL, était présente la Directrice des secrétariats médicaux et parfois de son adjointe, suivant ses possibilités.

D'une part, elles ont travaillé avec la responsable du bureau des rendez-vous et son équipe afin de préparer toutes les programmations (et donc les rendez-vous) des différents bilans sanguins que l'on garde en interne. Le bureau des rendez-vous a fait un gros travail de filtrage des prescriptions médicales. Si le bilan ne correspond pas à la liste qui a été validée, ils appellent directement les médecins prescripteurs pour les réinformer.

D'autre part, elles ont mis en place des groupes de travail avec les managers des assistantes médicales. L'objectif est de les informer sur les vigilances à avoir lorsqu'elles accompagnent les médecins en consultation et les alerter sur les éléments de la « liste verte ».

Enfin, des envois de courriers informatifs aux patients ont été validés au cours d'un groupe de travail. Ils ont alors repris tous les patients à inscrire pour des bilans à partir de septembre 2023 pour que leur soit envoyé des rendez-vous par voie postale avec leurs bons de prescription en annexe, ainsi qu'un courrier formalisé par la Directrice de site. Et pour les autres, un autre courrier afin de leur expliquer que leur bilan se fera dans un laboratoire extérieur.

- Groupes de travail avec les IDE

J'ai mis en place cinq groupes de travail.

Les premiers temps des groupes de travail ont vraiment été basés sur des échanges, explications et réassurance comme expliqué auparavant.

Rapidement, j'ai compris qu'une partie, voire quasiment toute l'équipe était réfractaire au projet. Il a fallu les accompagner pendant plusieurs séances en leur donnant les bonnes informations au bon moment. Je devais leur faire comprendre que c'est un projet qui nous allons mettre en place (par une injonction de la Direction). J'ai fortement insisté sur la « co-construction » de notre fonctionnement. J'ai donc priorisé la démarche et le management participatif. Durant les temps de réflexion des groupes de travail d'une heure, j'avais anticipé l'organisation des soins de sorte qu'ils soient complètement détachés. Toute l'équipe des infirmiers était présente, à l'heure à chaque temps de rassemblement. J'ai rédigé des comptes – rendus après chaque réunion afin que tous puissent avoir les informations.

Peu à peu, ils se sont appropriés le projet en proposant des documents et affiches facilitant leurs organisations.

- Avec les patients

J'ai pris l'initiative, par manque de temps de ne pas solliciter les patients sur l'avis du projet avant la mise en place. J'élaborerai un questionnaire en ligne une fois la mise en place du projet dans le cadre de la satisfaction de cette nouvelle organisation.

3.6.3 Des plans de communication

C'est un des points très importants dans un projet. Une mauvaise communication comme énoncée plus haut peut ne pas permettre l'aboutissement du projet. Comme le souligne Hugues MARCHAT⁹² p.123, « (...) en matière de résistance au changement, une bonne communication est l'un des premiers facteurs de réussite. ».

Tout d'abord il y a eu des informations ascendantes à la suite des réunions du COPIL que j'ai fait remonter à l'issue des groupes de travail (des cadres de département et de proximité ainsi que des IDE). Mais également des informations descendantes, que j'ai transmis en réunion d'équipe et aux groupes de travail, aux réunions cadre de proximité et de département après accord de la Directrice des soins.

D'autre part, pour inviter les acteurs concernés à venir aux groupes de travail, des affiches ont été mises en place indiquant des informations sur les lieux et les dates de rassemblement (cf. annexe 6). Elles sont définies par des « supports passifs »⁹³. C'est-à-dire que ce sont des supports qui ont l'avantage de renseigner les personnes qui lisent l'affiche. La présence dans les groupes de travail de toutes les personnes invitées, indique que la communication a été efficace.

J'ai souhaité continuer dans ma démarche de communication en optant pour des supports « interactifs ». J'ai demandé aux différents acteurs leurs avis, suggestions et je souhaitais connaître leurs niveaux de compréhension sur le projet. Cela m'a renseignée sur l'adhésion et le rejet du projet. C'était en quelque sorte un point d'étape avant la mise en place du projet. Ils seront décrits dans le point suivant.

Enfin, j'ai souhaité aller encore plus loin en sollicitant les IDE des PPP de Paris pour qu'ils échangent avec les IDE des Consultations de Saint – Cloud. Selon le cours ECUE 7.1 de Mr MARCHAND vu le 21/04/23, cela permet aux pairs d'échanger entre eux sur le projet. J'ai pris l'initiative de ne pas être présente. J'ai eu des retours assez positifs de la part de l'équipe, car cela leur a permis de libérer la parole. C'est en fait, un partage d'expérience.

Enfin, lors de présentation du projet au CSE (Comité Social Economique), la communication utilisée était en « face à face » accompagné d'une présentation avec un PowerPoint. Cela a permis d'asseoir le projet et sa mise en place. Nous l'avions préparé ensemble avec les membres du COPIL.

Le CSE est un regroupement des entités individuelles. Selon le site du service public, cela est défini comme « (...) l'instance de représentation du personnel dans l'entreprise. Il doit être mis en place dans les entreprises de plus de 11 salariés. »⁹⁴ D'après le cours de Me GOUTMANN du 13/01/23⁹⁵, cela concerne à la fois les employeurs de droits privés, les établissements publics à caractère administratif et commercial. La Direction est présente à ces réunions et un procès-verbal est rédigé et affiché.

J'ai donc présenté le sujet pendant vingt minutes face aux membres du CSE. Quelques questions furent posées (dans la mise en place du projet, sur l'élaboration de la liste, sur l'harmonisation avec Paris...). Ce

⁹² « Le kit du chef de projet » Hugues MARCHAT, EYROLLES, lu le 19/01/23

⁹³ Cours de Mr MARCHAND ECUE 7.1 « Installer un principe de subsidiarité dans les organisations soignantes », du 21/04/23.

⁹⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34474>

⁹⁵ ECUE 5.1 « Le droit au travail approfondissement – Le CSE » du 13/01/23

fût des échanges très intéressants. A l'issue de la présentation, il y a eu un vote pour valider le projet. Il y a eu 100% de retours positifs, le projet a été voté à l'unanimité.

Cela dit, des freins sont apparus assez rapidement dans le lancement du projet. Nous allons éclaircir ce point pour connaître les acteurs et élaborer une analyse pour essayer de comprendre les raisons.

3.6.4 Des premiers freins constatés

Deux groupes professionnels ont émis des freins à ce projet : les IDE et les cadres de proximité.

- Les freins par l'équipe des IDE

Depuis l'annonce du projet auprès de l'équipe des Consultations lors d'une réunion, de nombreux retours assez négatifs sont émis par les IDE. En effet, ils estiment que l'activité n'a pas beaucoup d'intérêt en tant qu'infirmier, craignant un rythme soutenu et d'être soumis aux demandes médicales à tous moments.

Mon rôle lors des différentes réunions et travaux de groupes a été basé sur l'échange et l'écoute. Je me suis rapidement aperçue que l'équipe avait besoin d'exprimer ses craintes et doutes. A titre d'exemple, lors d'une réunion d'équipe lorsque ce sujet a été évoqué, il y a eu un moment difficile à gérer pour moi. Je leur ai laissé la parole libre et je n'ai eu que des arguments négatifs. Par exemple : « *Nous sommes infirmiers pas préleveurs !* », « *Nous n'avons pas fait infirmier pour enchaîner des prélèvements.* », « *Nous allons prélever à la chaîne, ce n'est pas une activité très intéressante.* » etc... avec une remarque d'une des ASH (Agents de Service Hospitalier) présente à la réunion qui a rajouté d'elle-même « *Non mais franchement, cela aurait été beaucoup plus simple si l'activité était restée au CTP !* ».

Il a fallu que je sois audacieuse, pour répondre à leurs angoisses. Et ce, tout en restant très factuelle et claire et leur précisant que de toute façon ce projet allait être mis en place au sein de la Plateforme à l'ouverture du nouvel hôpital, puisqu'il s'agissait d'une demande institutionnelle. J'ai dû marquer un arrêt dans mes explications et être plus directive à la suite de la dernière remarque. Nous étions donc dans la phase « unfreeze » ou « décongélation » qui incite au changement. C'est-à-dire que nous n'allons plus travailler comme avant.

Cette étape a été importante car les échanges lors des groupes de travail ensuite ont été différents. L'équipe a fait des propositions sur la mise en place d'affichage pour que ce soit plus simple pour eux sur les différents tubes, prélèvements, sachets etc. Je me suis aperçue qu'ils s'approprièrent au fur et à mesure le projet. Cette étape de « change » ou « changement » permet de conduire le changement en exposant et expliquant la nouvelle manière de faire. J'ai alors fait appel à la coordinatrice du CTP pour échanger avec l'équipe. D'après le cours de Mr MARCHAND, nous sommes dans la partie « appropriation de l'accompagnement ». C'est-à-dire que j'ai sollicité une personne experte pour venir répondre à leurs questions. Ceci a été aidant, mais quelques inquiétudes régnaient.

- Les freins par l'équipe des cadres

Pour les cadres de proximité, le changement fût compliqué également car très habitués à fonctionner avec le CTP sans rendez-vous. Leurs craintes concernaient la mise en place d'une « liste » de prélèvements gardés en interne et donc d'externaliser d'autres prélèvements. Nous en reparlerons plus loin. Il y eut donc des échanges, parfois houleux où il a fallu mettre en avant « du courage managérial » pour dire clairement les choses, poser les idées, mettre en avant les bénéfices, les explications. Cela fait donc partie des personnes réfractaires dans la conduite de changement.

Si j'analyse les freins de ces acteurs, ils pourraient être issus des plans de communication qui n'ont peut-être pas été suffisamment clairs au début du projet. Comme je l'avais souligné dans la partie théorique, les plans de communication sont essentiels dans une démarche projet.

3.6.5 Les risques psychosociaux

Comme énoncé ci-dessus, je n'ai quasiment pas effectué l'initiation du projet, que j'ai déjà des retours non favorables à sa mise en place. Cela a généré du stress, de l'inquiétude de la part de certains acteurs. J'ai donc décidé d'établir un questionnaire⁹⁶ dans une démarche de prévention du stress au travail auprès des IDE. Le fait de passer par un questionnaire anonymisé, permet d'avoir un retour personnalisé et confidentiel en laissant des champs libres d'expression. « (...) *c'est avoir la possibilité de s'exprimer sur ses conditions de travail.* » (Article CNRS – N°125 p.23).

Ce questionnaire a été envoyé à l'ensemble des IDE, soit sept. Ceci a été annoncé lors d'un groupe de travail avec une date butoir de réception. Les retours et détails des questionnaires seront analysés plus loin.

Selon l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité), il décrit que « (le questionnaire) *permet à l'entreprise de mesurer l'ampleur du phénomène au niveau de l'ensemble des salariés, grâce à un recueil d'informations précises sur les sentiments, les perceptions et les expériences de ces derniers, pour un coût relativement modéré et de manière rapide.* »⁹⁷.

3.6.6 Des questionnaires de « point d'étape »

Comme énoncé plus haut, j'ai mis en place des questionnaires auprès de tous les acteurs concernés afin d'effectuer un point d'étape sur le projet.

Les objectifs principaux étant d'avoir les retours des acteurs concernés qui ont impact direct sur les avantages et les freins de ce projet. Mais également, de bien s'assurer qu'à quelques mois de cette mise en place, ils en sont tous informés. Le fait de le réaliser plusieurs mois avant, nous permettra de réajuster si besoin suivant les retours.

Pour les IDE, j'ai transféré la trame du questionnaire dans leur boîte mail professionnelle afin qu'ils puissent y répondre individuellement chacun et de manière anonyme. C'est-à-dire, qu'une fois rempli ils ont imprimé le questionnaire puis déposé dans une pochette particulière laissée dans la salle de pause. Je leur ai communiqué cela lors d'un travail de groupe avec une date butoir de remplissage.

⁹⁶ Cf annexe 3

⁹⁷ « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail », INRS TC 134, N°125 1^{er} trimestre 2011.

Pour les médecins, les AM, les cadres de santé et les infirmiers principaux, au vu du plus grand nombre de questionnaires envoyés, j'ai fait le choix d'utiliser l'outil « GOOGLE FORM »⁹⁸. C'est une plateforme internet développée par le logiciel « Google », gratuite, intuitive, avec une vision des résultats très pratique et rapide. J'ai beaucoup réfléchi à la mise en place de celui – ci, car je souhaitais qu'il soit pertinent dans les questions et facile à analyser pour la suite. Via « Google Form », j'ai ainsi pu « *relier les informations à une feuille de calcul sur les feuilles pour enregistrer automatiquement les réponses. La feuille de calcul se remplit alors avec les réponses du quiz ou de l'enquête en temps réel. Cela fait de Google Forms l'un des moyens les plus simples d'enregistrer des données directement dans un tableur* »⁹⁹

J'ai laissé dix jours pour qu'ils répondent au questionnaire. Ils étaient anonymes.

J'ai fait le choix d'envoyer un questionnaire papier pour les IDE et pour les managers (médecins, assistantes médicales, cadres supérieurs de santé et cadre de proximité). En voici l'analyse ci-dessous.

- Questionnaire auprès des IDE

Au vu du petit volume des IDE (sept) j'ai mis en place des questionnaires papiers de manière anonyme (cf. annexe 6).

J'ai ainsi envoyé aux sept infirmiers présents. Je n'ai eu que trois retours, malgré les relances sur la période donnée. Soit 43% de retour. Ce n'est donc pas exploitable, mais je tenais à reprendre les éléments forts question par question.

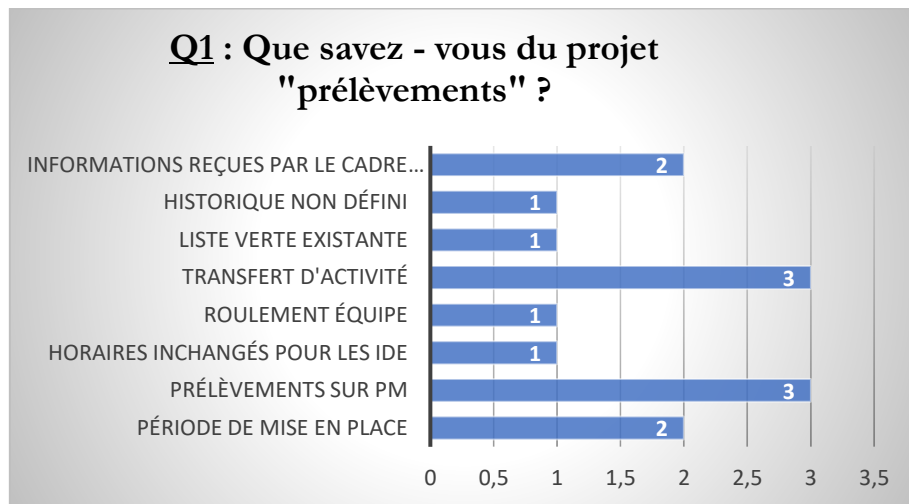
Dans ce questionnaire, cinq questions, pour la majorité « ouvertes » ont été posées à savoir :

- Que savez-vous du projet « prélèvements » ?
- Etes-vous satisfait de l'implication que l'on vous accorde pour la mise en place du projet ? Si oui, qu'appréciez-vous dans cette implication ? Si non, que souhaiteriez-vous faire ?
- Qu'est-ce qui vous paraît intéressant dans sa mise en place au sein de la Plateforme ?
- Avez-vous des craintes par rapport à ce projet ? Si oui, ce sont lesquelles ?
- Que proposez-vous pour lever ces craintes ?

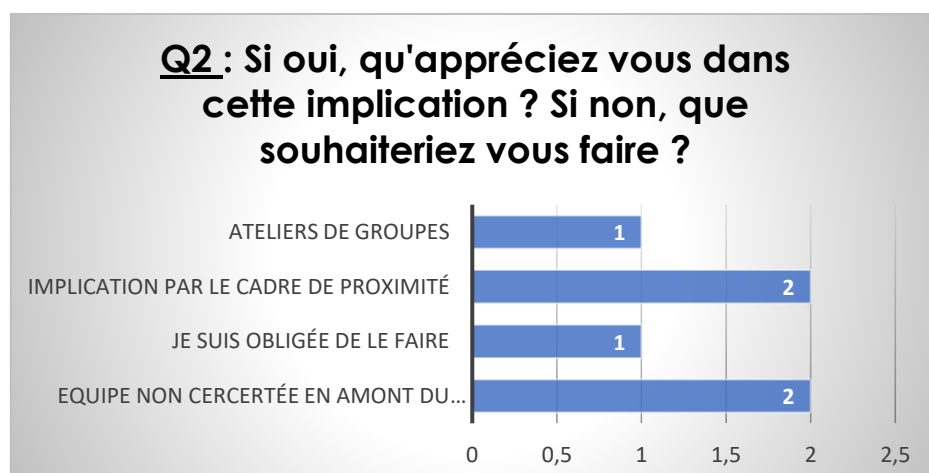
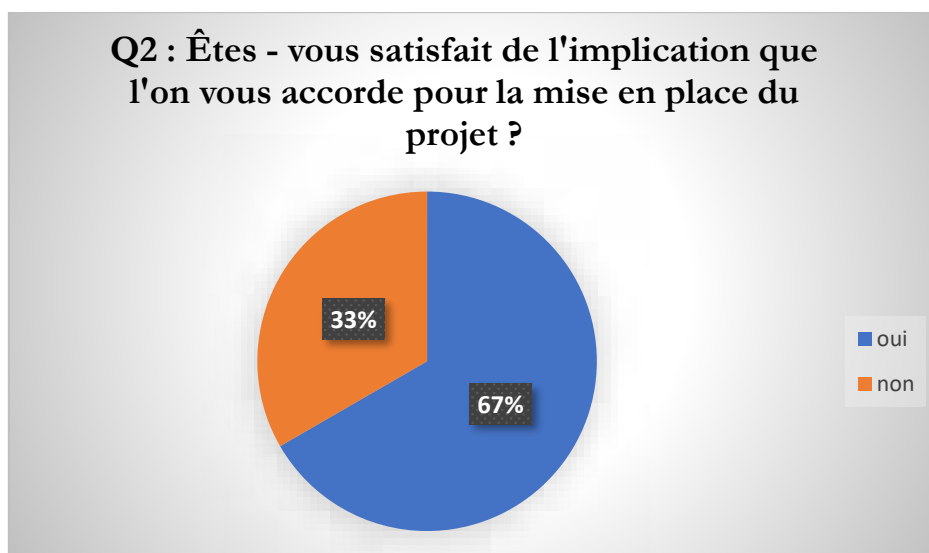
Concernant la **première question**, nous remarquons que les informations reçues sont en accord avec ce qui a été annoncé. C'est-à-dire qu'il est mis en exergue des prélèvements associés à des bons d'examen dument remplis par le prescripteur avec son nom et la date. Qu'il s'agit bien d'un transfert d'activité (du CTP). Et que les informations ont été données par le cadre du service.

⁹⁸ Pour le visualiser « [Arrêt des prélèvements au CTP - Google Forms](https://www.docs.google.com/forms/d) » <https://www.docs.google.com/forms/d>

⁹⁹ [Google forms : Le guide d'utilisation - MupMag](https://www.mupmag.fr/google-forms/) <https://www.mupmag.fr/google-forms/>, lu le 17/04/23.



Concernant la **deuxième question**, nous remarquons que l'équipe infirmière est plutôt satisfaite de l'implication donnée pour ce projet.

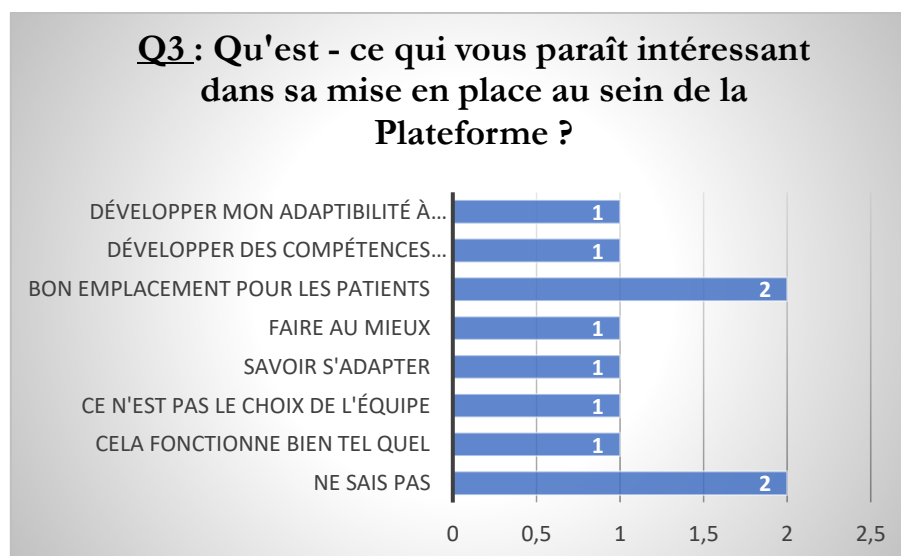


Ce qui a été apprécié sont notamment la mise en place des ateliers de groupes et l'implication du cadre de proximité dans ce projet.

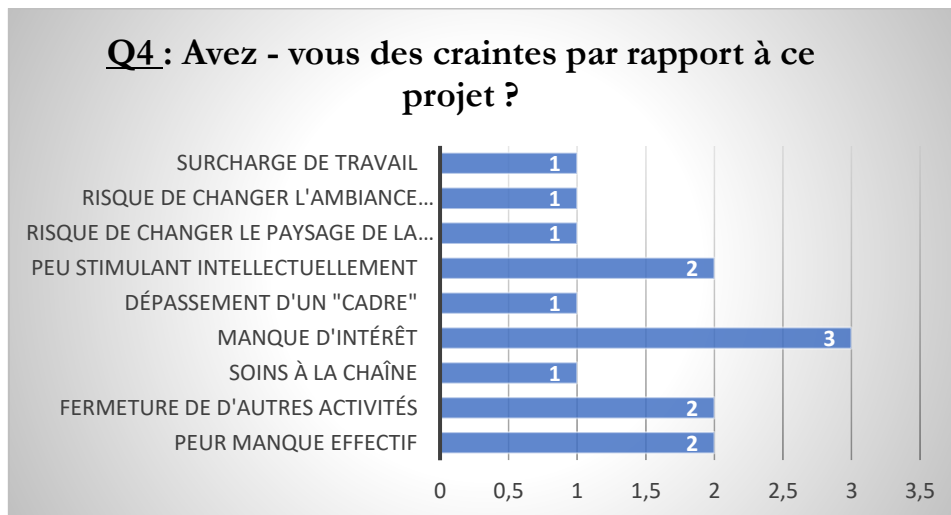
En revanche une personne a noté un élément qui rejoint le manque d'adhésion à savoir « *je suis obligée de le faire* ». Et une notification en plus qui concerne la non-concertation avant sur la mise en place du projet. Pour en avoir parlé avec l'équipe, elle est frustrée de ne pas avoir été informée en amont.

Concernant **la troisième question**, ce qui leur paraît intéressant, est un emplacement géographique où se rassembleront les consultations des patients externes, les soins et bientôt les prélèvements. Un autre IDE a souligné le fait de développer les compétences infirmier.

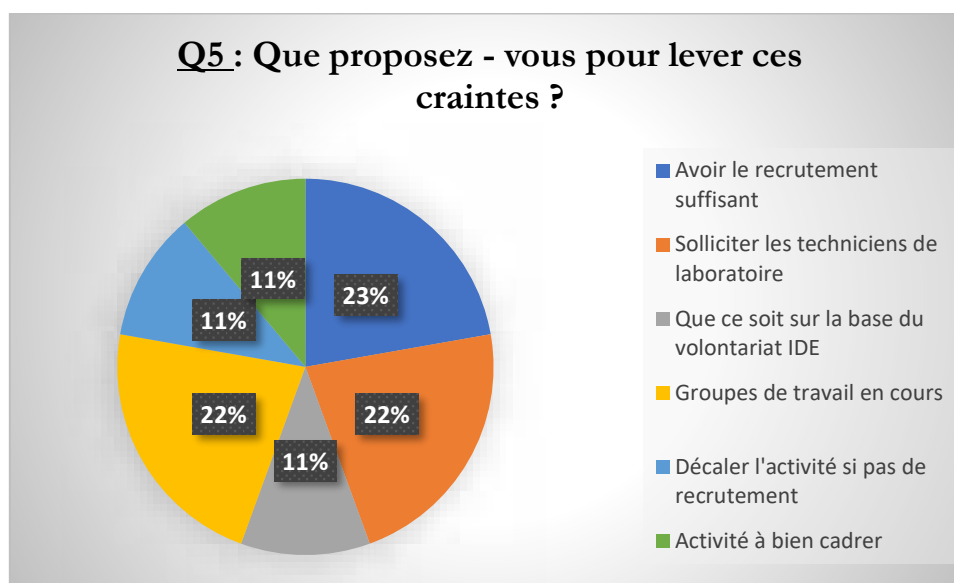
En revanche, des éléments négatifs ressortent à chaque question ouverte. A savoir « *ce n'est pas le choix de l'équipe* », « *cela fonctionnait bien tel quel* » ou « *ne sait pas* ». Ces dernières réponses ne répondent pas à la question mais étaient importants pour l'équipe de le souligner. Ces éléments sont en rapport avec la notion de la question deux, sur la « non-concertation ». Suite à cela, j'ai demandé que le commanditaire du projet c'est-à-dire la Directrice des Soins intervienne face à l'équipe.



Concernant la **quatrième question**, nous notons que le manque d'intérêt est l'élément mis en avant. L'équipe ne voit aucun avantage à la mise en place de ce projet. En échangeant avec elle, elle parle même de « *peu stimulant intellectuellement* », projet qui leur a été imposé, donc non choisie et qui ne leur apporte aucune plu valeur personnelle ou professionnelle. L'équipe évoque une « *surcharge de travail* » et me réinforme ne pas comprendre, car nous sommes déjà en sous - effectif aujourd'hui pour effectuer toutes les activités, donc comment faire pour assurer une activité supplémentaire ? l'équipe parle même de « *risque de changer d'ambiance* ». Le recrutement est lancé et je n'ai pas reçu de candidature à ce jour. J'en ai fait part à la Directrice des Soins ainsi que la Directrice Générale Adjointe qui m'ont rassurées en validant le fait que le projet sera décalé s'il n'y a pas de recrutement.



Concernant la **cinquième question**, l'équipe, dans ses propositions, énonce surtout d'avoir un recrutement suffisant pour mettre en place cette activité. Elle conseille même de « solliciter les techniciens du laboratoire », qui sont ceux du CTP actuels, voire que « ce soit sur la base du volontariat ». A leur demande j'ai continué les groupes de travail.



Je peux donc constater que malgré l'implication des IDE, les communications effectuées, l'écoute et les échanges en collectif, il m'est difficile d'obtenir une adhésion totale. Une de leur crainte est vraiment le sous – effectif comme expliqué juste avant. Ce travail d'accompagnement est encore en cours.

- Questionnaire auprès des managers

L'autre questionnaire (via GOOGLE FORM) mis en place a été envoyé auprès de certains managers sur décision et validation du COPIL. C'est-à-dire, médecin chef de département, chef de service, des médecins (d'oncologie, de chirurgie, anesthésiste), cadre de santé (infirmier principal, cadre de proximité et cadre

supérieur de santé) et des assistantes médicales. Ce sont des métiers représentés par les experts du COPIL. La liste des destinataires a été réfléchi ensemble.

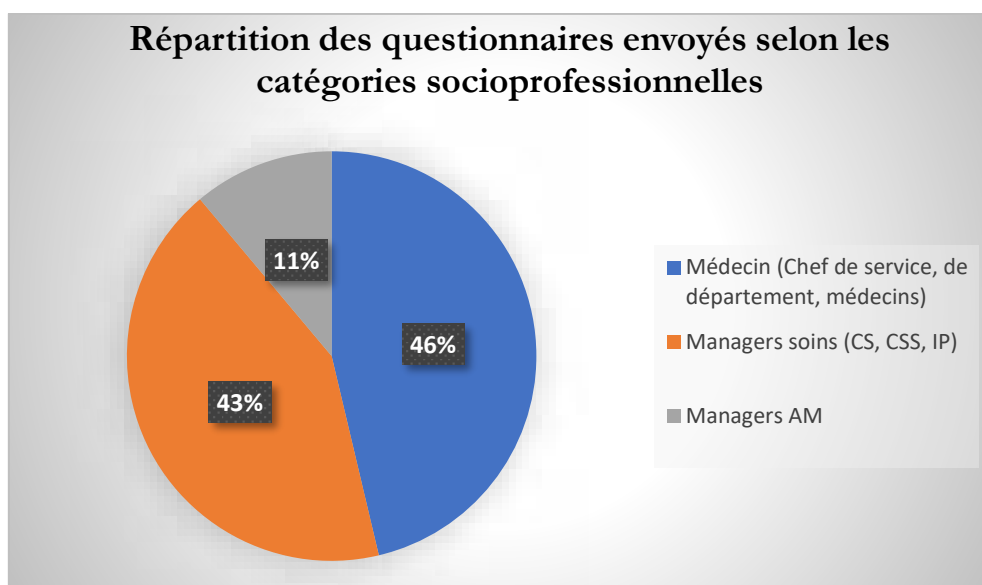
L'objectif est comme pour les infirmiers, c'est-à-dire de faire un « point d'étape » sur le niveau de compréhension du projet, les avis ou suggestions éventuels. J'ai élaboré six questions à choix multiples et la dernière qui est une question ouverte.

J'ai laissé dix jours pour qu'ils remplissent le questionnaire anonymement. J'ai informé les acteurs lors d'une des réunions hebdomadaires qui se déroulent le mercredi matin, rassemblant les managers des différentes entités du site de Saint – Cloud.

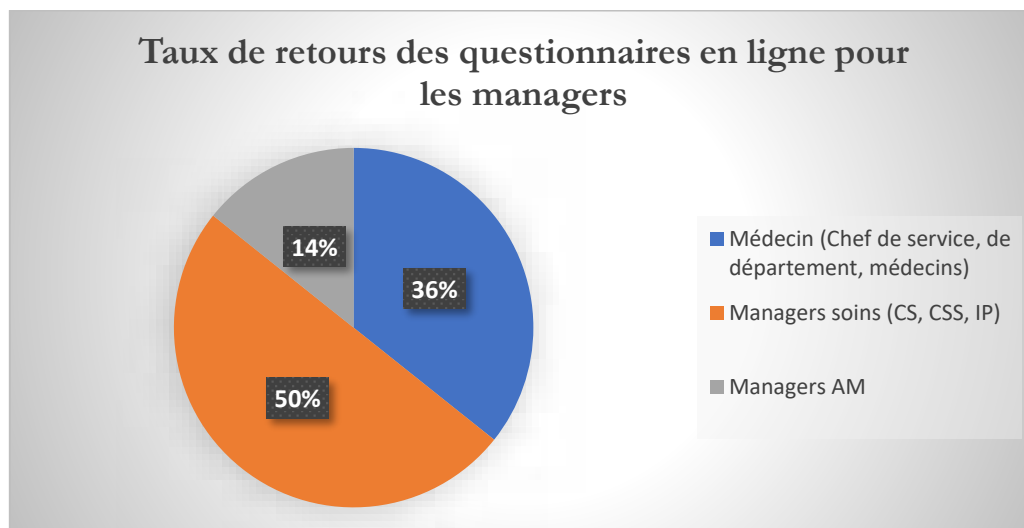
J'ai reçu vingt-neuf retours, dont vingt – huit qui ont répondu entièrement au questionnaire. J'ai effectué deux informations par mail, à savoir le jour de l'envoi et une relance six jours après.

J'ai envoyé le questionnaire à cinquante – trois personnes, dont :

- vingt- cinq médecins (chefs de département, de service et médecins), soit 46%.
- vingt – trois managers de soins (cadre de département, de proximité et principalat), soit 43%.
- six managers des assistantes médicales, soit 11%.



Voici la répartition des retours des questionnaires, où nous observons que ce sont les cadres, les managers des services (cadres, cadre de département et infirmiers principaux) qui ont le plus répondu.



Nous remarquons que la catégorie qui a le plus répondu concerne la catégorie des managers des soins (50% reçus), puis les médecins (36%) enfin les managers des AM (14%).

J'ai malgré tout 53% de personnes qui n'ont pas répondu au questionnaire. Après réflexion, je l'ai envoyé lors des congés de certains professionnels avec le jour férié de Pâques, je n'avais pas pris cela en compte. Le questionnaire était probablement « noyé » dans les mails de certains salariés.

Concernant **la première question**, je souhaitais connaître la fonction du répondant pour me situer dans la répartition des catégories des retours.

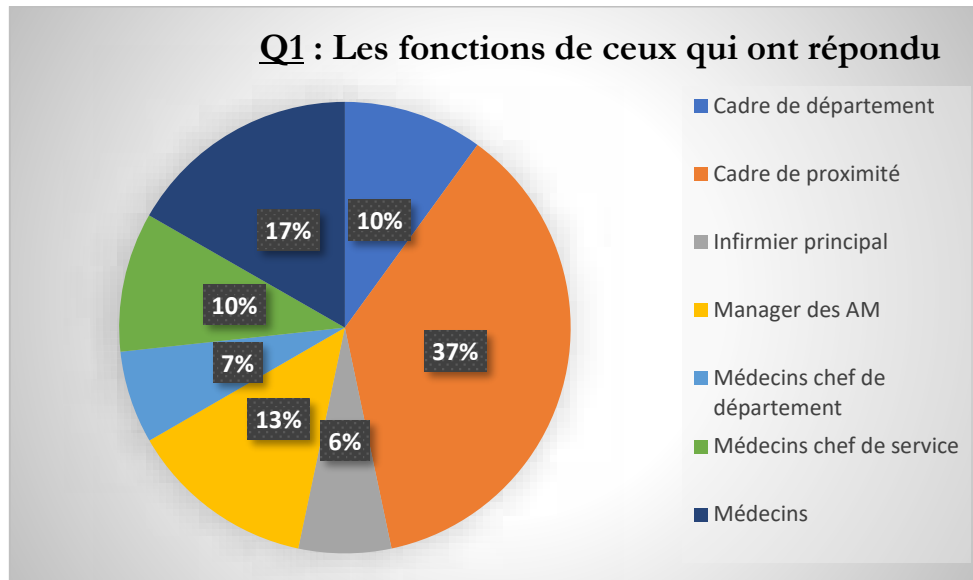
Voici la répartition de ceux qui ont participé :

- Médecins chef de département : 7,1%
- Médecin chef de service : 10,7 %
- Médecin : 17,9%
- Soit **35,7%** concernant de la communauté médicale.

- Cadre de département : 3,6%
- Cadre de proximité : 39,3%
- Soit **50%** concernant la communauté des managers de service santé.

- Assistante médicale manager : 14,3%
- Soit **14,3%** concernant les assistantes médicales managers.

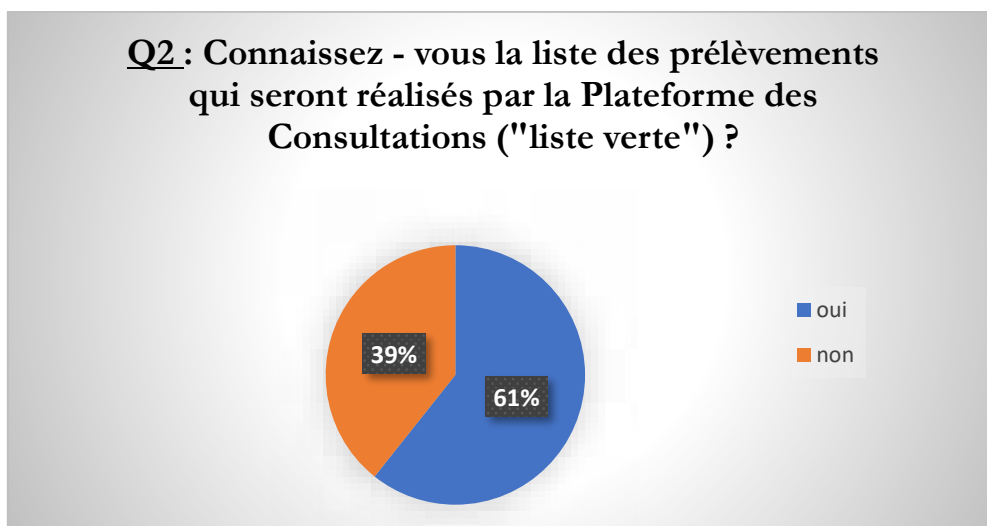
Q1 : Les fonctions de ceux qui ont répondu



Concernant **la deuxième question sur la connaissance du sujet**, la majorité des répondants connaissent la « liste verte », ce qui est rassurant dans le cadre du projet (61%). Par contre pour les 39% ne la connaissant pas, je suis inquiète car au vu du nombre de communications effectuées lors des réunions, mails, groupes de travail je ne comprends pas qu'il y ait autant de personne à ne pas connaître ceci.

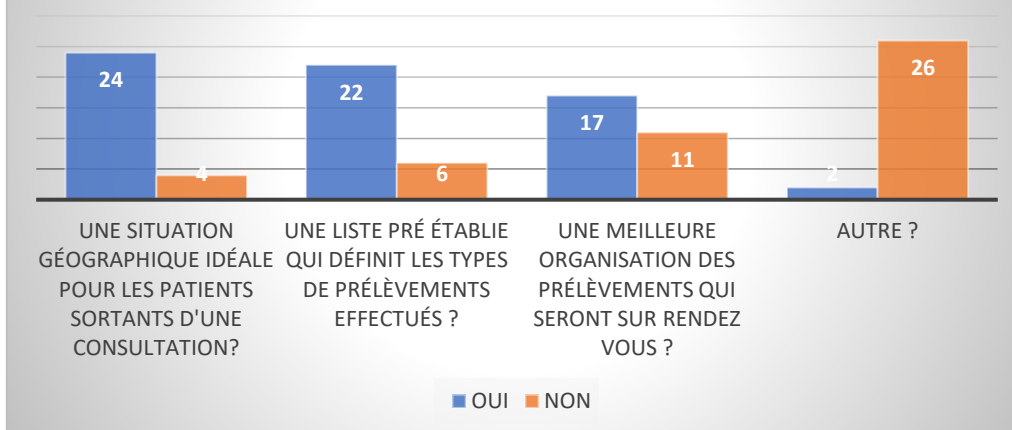
De plus, ma difficulté, est qu'il s'agit d'un questionnaire anonyme et je ne peux donc pas savoir qui a répondu « non » à cette question. Après échange au COPIL sur ce retour, nous avons convenu d'en reparler encore régulièrement à toutes les réunions managers (médecins, cadres et AM).

Q2 : Connaissez - vous la liste des prélèvements qui seront réalisés par la Plateforme des Consultations ("liste verte") ?



Concernant **la troisième question sur les avantages du projet**, j'ai émis trois propositions, où il fallait cocher « oui ou non » et une autre idée « autre » (réponse ouverte). Cela m'a permis de limiter les réponses et d'effectuer une analyse plus simple et plus rapide.

Q3 : Pour vous, les avantages à la mise en place de cette activité au sein de la Plateforme des Consultations seraient ...



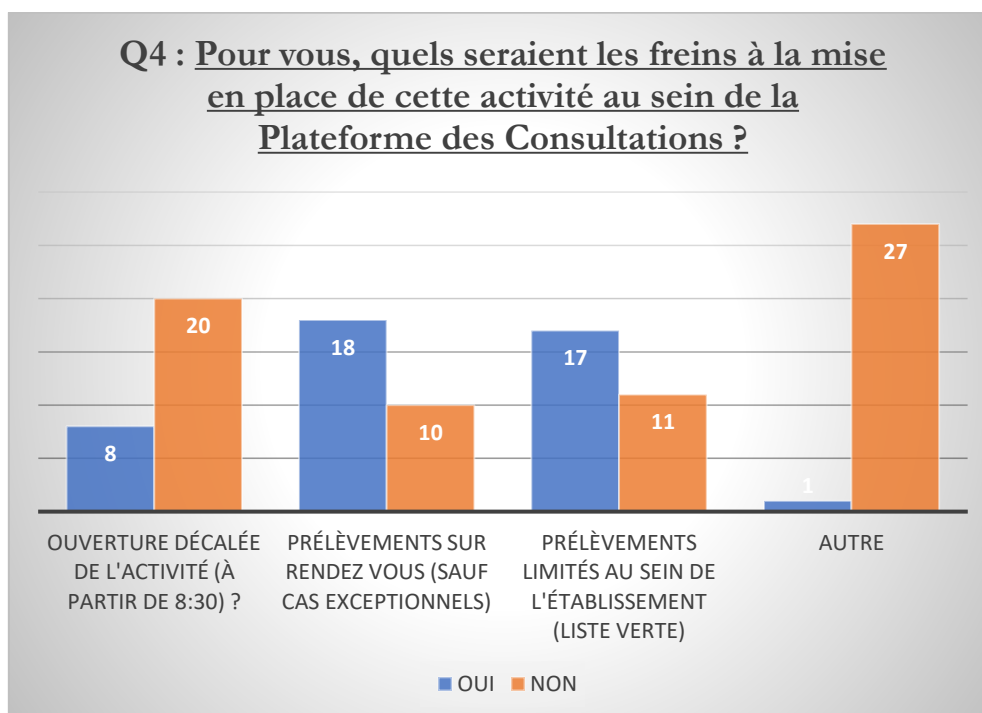
Je remarque que les avantages majeurs (24 « oui » sur 29) pour les répondants se rapportent au lieu géographique (prélèvements et consultations) sur le même niveau. Ce qui est un bon élément car la configuration de la nouvelle Plateforme sera ainsi. Il y aura alors une continuité de prise en charge du patient sans passer par d'autres circulations.

Le deuxième avantage relevé (22 « oui » sur 29) est la liste élaborée avec les types de prélèvements à effectuer. Cela sous-entend qu'ils y trouvent un intérêt commun d'internaliser des prélèvements et d'en externaliser d'autres.

Enfin, le dernier avantage (17 « oui » sur 29) concerne une organisation établie en amont avec des rendez-vous pour effectuer les prélèvements. On voit que ce n'est pas la priorité des répondants et qu'ils n'y voient sans doute pas un intérêt majeur. Cela s'explique peut-être avec le fonctionnement actuel qui est sans rendez-vous. Il faudra alors que l'on appuie notre communication sur ce point pour anticiper au maximum en amont la prise des rendez-vous pour tous et en expliquer les avantages en terme d'organisation.

Dans la partie « autre avantage », une personne a répondu « Meilleure coordination de l'activité des prélèvements ». Cela nous indique qu'il y a une attente concernant l'organisation à ce sujet.

Concernant **la quatrième question**, sur les freins de ce projet, j'ai utilisé la même méthode que précédemment à savoir trois éléments de réponses fermées par « oui » ou « non » et une réponse « autre » (ouverte).



Je remarque que c'est la réponse « autre » qui a remporté le plus de retours (27), qui était une question ouverte (sans proposition). Une personne a noté comme autre avantage « une prise en charge globale des patients. ». Ce chiffre m'interpelle car peut-être que ma question a été mal formulée.

L'ouverture avec une demie – heure de décalage (à 8h30 au lieu de 8h) n'est apparemment pas un frein pour les répondants. Je suis assez rassurée à ce sujet. Il ne devrait pas y avoir d'impact selon eux, dans la prise en charge des patients.

Concernant les prélèvements sur rendez-vous, les retours sont finalement mitigés (avec 18 retours « oui » et 10 retours « non »). Je constate que, contrairement à la question précédente, cela peut être gênant qu'il y ait des rendez-vous patients programmés pour certains praticiens. Pourtant, il a bien été communiqué que cela n'empêchera pas l'accueil des patients pour des bilans « non programmés » dans la journée.

En revanche, concernant « des prélèvements limités au sein d'une liste », la majorité a répondu « oui ». Certains, le prennent pour une contrainte. Même si cette liste a été établie en différents travaux de groupes et réfléchi, il en ressort malgré tout un frein.

Enfin, **la dernière et cinquième question est** une question « ouverte », laissant libre l'idée du répondant. La question est la suivante « *Quelles seraient vos suggestions pour que ce projet soit une réussite ?* ».

J'ai reçu quatorze retours que j'ai catégorisé en cinq items.

D'une part, **organisationnel**. Les propositions touchent des créneaux et circuits adaptés pour les urgences, des plages de prélèvements larges, la possibilité de faire tous les types de prélèvements.

- ⇒ Les créneaux d'urgence ne sont pas déterminés à l'avance, bloquant l'organisation mise en place. En revanche, les patients pour des bilans non programmés seront reçus entre deux rendez-vous. Cela a été communiqué. Les horaires d'ouvertures sont certes décalés le matin (1/2 heure), mais la plage d'ouverture reste la même qu'auparavant. Les prélèvements sont définis via une liste « verte » et reprenant une bonne partie des prélèvements et notamment « essentiels » pour une prise en soins efficace.

D'autre part, sur la **communication**. Les répondants ont notifié nous conseiller de bien s'échanger les « bonnes » transmissions entre le CTP et la Plateforme, avec une communication très large pour les utilisateurs.

- ⇒ Nous continuerons la communication, de manière répétitive pour toutes les catégories professionnelles concernées.

Une personne soulève la question sur l'**effectif** suffisant pour assurer cette activité supplémentaire à la Plateforme.

- ⇒ Le recrutement est en cours.

Ensuite, il y a une proposition pour que les **prescriptions médicales** soient informatisées.

- ⇒ Cela fait partie du schéma directeur de la cellule du numérique. C'est en projet, comme énoncé plus haut.

Enfin, une personne signale qu'il faut une **signalétique** du parcours patient qui doit être bien « fléchée ».

- ⇒ Effectivement, pour les prélèvements tout comme pour les autres activités et services, un travail sur la signalétique a été réalisé avec les services supports pour l'ouverture du nouvel hôpital.

Je vais présenter tous ces retours lors du prochain COPIL prévu courant mai. Des prises de décisions seront effectuées à la suite des échanges. Je ferai de la même manière auprès des cadres managers et IDE.

3.6.7 Estimation des coûts

En ce qui concerne les coûts salariaux :

Pour le PMDT, les quatre techniciens présents pour effectuer entre autres l'activité des prélèvements vont être répartis au sein de leur plateforme au vu de son agrandissement dans le cadre de la restructuration hospitalière.

De mon côté, un 0,5 ETP a été demandé dans le cadre d'une activité supplémentaire qui va être cumulé avec l'accord RH (Ressources Humaines) avec un autre 0,5 ETP existant, soit un ETP pour assurer la mise en place cette nouvelle activité.

J'ai travaillé sur la formalisation de l'offre d'emploi de ce poste qui a été diffusé et ce avec les personnes RH (Ressources Humaines) afin de capter l'attention des candidats. J'ai sollicité l'équipe IDE afin qu'elle donne son avis, ses suggestions, ses propositions sur l'annonce.

Les coûts matériels pour ce projet, ils sont quasi nuls. Car dans le cadre des actes RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises), nous avons récupéré le matériel existant au CTP (fauteuils de prélèvements, tabourets à roulettes, chariots de soins).

Les DM (Dispositifs Médicaux) sont inclus dans les demandes de service. Cependant une plus grosse quantité sera nécessaire.

3.7 L'évaluation du projet

3.7.1 Qu'est-ce qu'un indicateur ?

C'est un outil d'évaluation de données qui peut être chiffré nous permettant de mesurer des écarts en vue d'une analyse.

Dans un document de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)¹⁰⁰, il reprend les définitions du dictionnaire le « grand Robert » qui définit ceci comme « ... *Instrument servant à fournir des indications quantitatives (sur un phénomène, un processus) à l'utilisateur. (...) Indicateur de niveau. Indicateur de pression, d'altitude. Indicateur de vitesse (...) Variables dont certaines valeurs sont significatives (d'un état, d'un phénomène économique). (...) Indicateur d'alerte (...) Indicateur de tendance (...) Par extension Indicateur de santé.* ».

Ce sont donc des éléments mis en valeur, pouvant varier et évoluer de manière quantitative.

Il est ajouté p.10 par l'ANAES que « (...) *c'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné.* ».

Les indicateurs ont des critères qualités spécifiques permettant d'être très précis dans ce qui est recherché. Ils sont de type « SMART ».

Ces données recensées permettent une analyse qui servira d'éléments de prise de décision suivant les objectifs définis en amont.

Dans tous les cas, un indicateur choisi doit être suffisamment pertinent pour en faire quelque chose ensuite. Il doit également être facile à utiliser et à être compris. « *Un indicateur doit être « convivial », facile à élaborer, à recueillir et calculer, compréhensible et compris de la même façon par tous. Un indicateur qui est difficile à comprendre ne motive pas, or celui qui recueille l'information doit y avoir un intérêt.* (...) »¹⁰¹

¹⁰⁰ « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux » - Mai 2022, lu le 6/02/2023

¹⁰¹ ANAES p.27, lu le 6/02/23

3.7.2 Les indicateurs d'évaluation du projet

Au décours du projet, il est important que les indicateurs soient définis par leur efficacité, pertinence et intérêts. Comme le souligne Mr MARCHAND dans son cours du 1/12/22¹⁰², il stipule que les indicateurs doivent être lisibles et compréhensibles par l'Institution.

Ce qu'a appuyé également Me ESTEVE dans son cours dispensé le 27/10/22¹⁰³, en précisant qu'il vaut mieux peu d'indicateurs mais qu'ils soient parlants. Elle précise alors de bien se poser ces questions « Pourquoi les mettre en place ? quels en sont les objectifs ? qu'est-ce que je souhaite suivre et démontrer à travers eux ? » et que leurs intérêts c'est ensuite de les analyser, de mettre en place les actions au regard et de les suivre. En s'assurant de garantir une pérennisation.

Elle a présenté ensuite trois types d'outils ou d'indicateurs que je présente ci-dessous, à savoir :

- **Les indicateurs du projet lui-même :**

- En lien avec la réalisation du projet :

Nombre de COPIL et de groupes de travail mis en place (avec les médecins, les cadres de proximité, les IDE, les AM et le bureau des rendez-vous), nombre de rendez-vous avec le commanditaire, nombre de journées d'observations (lors de l'étude observationnelle).

- En lien avec le projet lui-même :

Nombre de prélèvements par jour ou par mois, les types de bilans prélevés, le nombre de prélèvements programmés et le nombre de prélèvements « non programmés » par jour.

⇒ *Ces indicateurs quantitatifs nous permettront de voir l'évolution de l'activité selon les objectifs donnés au début de projet.*

- Temps d'attente :

⇒ *Cet indicateur, qui rentre dans le processus organisationnel serait très intéressant à étudier, mais ne pourra être utilisé que lors de la mise en place du nouveau logiciel qui remplacera ceux utilisés actuellement (facturation, la gestion des rendez-vous, etc.). Je pourrai l'explorer en fin d'année 2023, après la formation assurée par l'établissement.*

- Sur la QVT :

⇒ *C'est un indicateur qui peut être qualitatif, porté sur des données observationnelles (les échanges de ce sujet dans les couloirs par les acteurs impliqués, attitudes comportementales d'adhésion ou de non-adhésion lors des groupes de travail, sur la sérénité des ambiances des équipes ou pas...).*

⇒ *Il est également quantitatif. Un questionnaire pourrait être mis en place pour évaluer le stress avec un « baromètre », qui permettrait d'élaborer une cartographie multidimensionnelle, indicateurs liés à l'absentéisme car un salarié absent peut indiquer un cadre de travail néfaste à sa santé mentale ou physique, indicateurs liés à l'état de santé (inaptitudes, maladies professionnelles, reclassement, ...) cet indicateur permettrait d'évaluer la condition physique des salariés.*

¹⁰² Cours du 1/12/22, ECUE 7.1 Mr MARCHAND « Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail ».

¹⁰³ Cours du 27/10/22, ECUE 6.3 Me ESTEVE « Introduction fonction achat et logistique hospitalière : Les outils du cadre supérieur. »

- **Les indicateurs sur les ressources humaines :**

- **En lien avec la réalisation du projet :**

Nombre de personnes présents dans les COPIL et dans les groupes de travail.

⇒ *Ces indicateurs sont intéressants car ils me permettent de faire un lien avec l'implication des personnes dans le projet.*

- **En lien avec le projet lui-même :**

Nombre d'ETP (Equivalent Temps Plein) pour la mise en place du projet, nombre de démission, nombre d'absentéisme.

⇒ Ces indicateurs me permettent de voir l'évolution des ressources humaines avant et après le projet. S'il y a des départs suite à la mise en place de celui-ci, il sera alors intéressant d'en comprendre les raisons.

- **Les indicateurs qualité :**

- **En lien avec la réalisation du projet :**

Nombre de questionnaires envoyés et reçus aux différents acteurs du projet avant la mise en place de celui-ci. Un autre sera envoyé lorsqu'il sera mis en place et ce, aux mêmes personnes. Il sera alors intéressant de comparer les taux de réception.

- **En lien avec le projet lui-même :**

Les nombres d'EI (Evènement Indésirables), de non-conformités du laboratoire avec qui nous travaillons directement. Le nombre d'accident de travail notamment avec l'exposition au sang (AES : Accident d'Exposition au Sang), le nombre de session de formation reçue par l'équipe.

⇒ *Ces indicateurs pourront être comparés avec l'organisation actuellement mis en place. Une évolution sur ces items pourra être donc suivie.*

Le taux de satisfaction des patients.

⇒ *Un questionnaire de satisfaction pourra être mis en place à la suite de ce changement organisationnel, quelques mois après sa mise en place.*

Nous pouvons résumer cela sous forme de schéma :

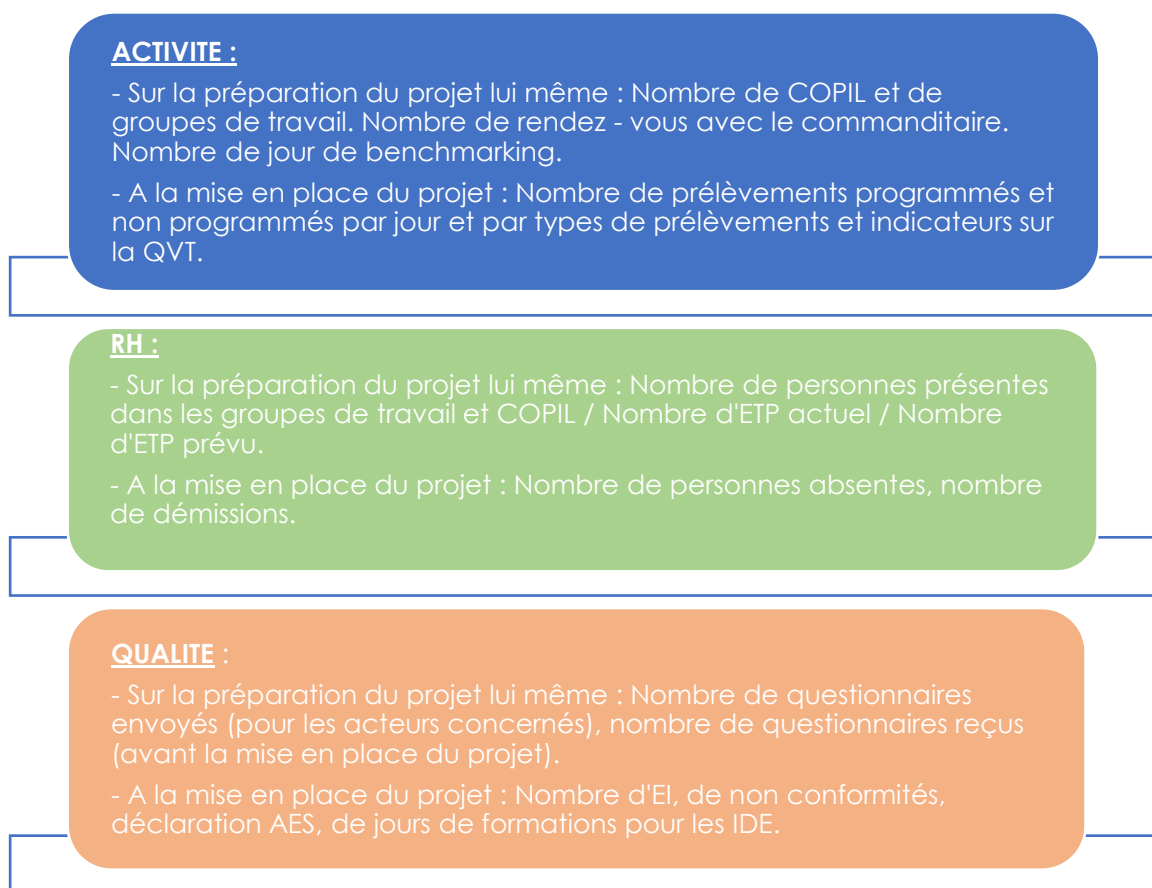


Schéma 7 : Les indicateurs du projet

3.8 La clôture du projet

Il est nécessaire de vérifier si les objectifs fixés au départ sont atteints. Si oui, ce projet peut être clôturé.

3.8.1 La réunion de clôture

La clôture du projet devra s'effectuer par une réunion de fin de projet. Il consistera alors de faire un bilan de celui – ci sur son déroulé et sa mise en œuvre.

Tous les acteurs qui ont participé au projet pourraient alors faire un retour d'expérience sur le vécu de l'élaboration du projet. Cette date n'a pas été encore déterminée aujourd'hui. Il conviendra de communiquer et d'effectuer un suivi des indicateurs et de remercier toutes les parties prenantes.

3.8.2 Le rapport de clôture

Un dernier document pourra ainsi être formalisé, en reprenant les objectifs, les enjeux qui ont été énoncés en début de projet.

Ainsi, je pourrai reprendre d'une part le GANTT en mesurant les écarts entre ce qui a été prévu sur le planning et les activités réalisées. Une analyse sur les causes pourrait être formalisée. Et également le SWOT, en reprenant les risques qui ont été identifiés : l'ont-ils été suffisamment ? certains ont-ils été sous-estimés ? si oui pourquoi ? quelles conséquences cela a-t-il eu ?

3.9 Les perspectives et devenir du projet

Dans ce dernier point, il m'a semblé important de notifier des éléments qui ont modifié le cours du projet connus au moment de l'écriture du projet managérial.

3.9.1 Un décalage du projet architectural

L'échéance des travaux du nouvel hôpital de Saint – Cloud a dû être décalé à la suite du contexte de guerre en Ukraine et de l'augmentation des prix, notamment des matières premières comme l'acier, qui n'a pas permis à certains prestataires de se maintenir. Il y a eu des dépôts de bilan dans certaines entreprises qui ont malheureusement décalé les travaux. Le déménagement prévu en avril a été décalé en mai (pour les services d'hospitalisation et d'ambulatorio) et en juin (pour la Plateforme des Consultations).

3.9.2 Un décalage du projet managérial

À la suite des retours des IDE, j'ai pris rendez-vous avec la Directrice Générale Adjointe (DGA). J'ai fait part dans un premier temps des retours des IDE notamment, de leurs craintes, de leur non-adhésion au projet. J'ai demandé que le projet soit décalé à septembre 2023 et ce, pour deux raisons.

D'une part en terme de périodicité il est plus simple de mettre en place le projet et de le suivre après la période estivale qu'avant. Cependant, le déménagement aura bien lieu en juin 2023. Et d'autre part, cela me permet d'avoir du temps supplémentaire pour assurer le recrutement.

Lors des échanges avec la DGA, elle a validé également que tant qu'il n'y a pas de recrutement, il n'y aura pas de mise en place du projet. J'en ferai part à l'équipe lors d'une prochaine réunion.

CONCLUSION

Ce projet managérial a été riche d'expérience par les interactions professionnelles rencontrées lors de sa faisabilité. Ces différents échanges m'ont permis d'aboutir à une vision beaucoup plus macroscopique des organisations et d'en comprendre les interfaces dans une dynamique de projet. En effet, chacun a des compétences propres mais complémentaires dans le cadre d'une étude projet. L'angle de vue de chaque acteur est à prendre en considération afin d'être une réelle valeur ajoutée dans la conduite de changement.

Toute démarche projet suppose de la part du chef de projet d'en comprendre les enjeux, les objectifs stratégiques et opérationnels pour être en adéquation avec le projet d'établissement et le projet de service. Ce qui suppose de sa part d'utiliser les méthodes, les outils, les moyens adéquats pour aboutir et réussir dans cette démarche. Il doit savoir repérer les ressources internes qu'il va devoir mobiliser. Pour ce faire, il va utiliser les compétences individuelles et collectives de ses équipes pour participer à la conduite de projet.

Le manager est le pilier des organisations qu'il fédère en partageant des valeurs communes. Son sens de la communication et son type de management lui permettront de faire adhérer les équipes à un but commun.

Cependant, cette étude a été révélatrice pour mesurer les contraintes et les risques de faisabilité ou de non-faisabilité. Elle a également renforcé mon approche sur les impacts de la criticité du risque à prendre en considération. Ce qui sous-entend que tout projet est contraint à des enjeux de coûts, de délais et de risques. Et qu'il n'est pas aisé malgré toutes les données en main de surmonter parfois des obstacles majeurs.

Ce travail, m'a permis de me rendre compte de toutes les dimensions de mise en place d'un projet et des missions du chef de projet dans sa capacité à fédérer son équipe autour de la conduite de changement.

Finalement, si ce projet était à refaire, je pourrais insister davantage sur les plans de communication et ce, dès le démarrage. Il aurait peut-être permis de faciliter l'adhésion des acteurs.

Les apports théoriques du Master, les lectures ont enrichi mes connaissances, sur les méthodes et outils managériaux à mettre en œuvre. J'ai renforcé mon esprit analytique et ma prise de recul, ce qui me permet de connaître mes propres limites dans ma future fonction. C'est une réelle plus-value qui me permettra d'asseoir mon nouveau positionnement. Cela a confirmé le souhait de m'orienter vers une fonction de cadre supérieur de santé.

L'opportunité de travailler dans un environnement neuf, dans un contexte architectural qui s'agrandit, nécessite la mise en place de nouvelles organisations de travail qui ont un impact sur l'ensemble des systèmes hospitaliers. Dans la continuité du projet que j'ai mené d'autres vont apparaître et cela m'a motivée pour me positionner sur d'autres projets, tels que les prescriptions internes dématérialisées qui font partie du schéma directeur qui devraient être mis en place pour 2024, un travail sur l'optimisation d'occupation des salles de consultations, la mise en place d'un écran d'information sur le temps d'attente pour les patients, des bornes d'entrée pour les patients dans le cadre du parcours patient, ... Tous ces thèmes sont stimulants.

En finalité, en tant que cadre de santé aujourd'hui et cadre supérieur de santé de demain, je peux dire que ce travail sur la mise en place d'un projet managérial a aguerri ma posture pour arbitrer, décider et fédérer les professionnels dans une démarche projet et notamment de faire vivre un collectif cadre. Ce qui suppose de la part du cadre supérieur d'inscrire son équipe dans cette synergie en valorisant les potentiels individuels et collectifs. Cette reconnaissance est source de créativité, d'investissement et de motivation des acteurs.

BIBLIOGRAPHIE / WEBOGRAPHIE

- Ouvrages

- AUTISSIER D. et MOUTOT J.M. « *Pratiques de la conduite du changement* », Editions DUNOD, Paris, 2003, 248 pages. [Lu le 10/01/23].
- BERNOUX P. « *La sociologie des organisations* », Editions Inédit Essais, Evreux, 1990, 382 pages. [Lu le 15/04/23].
- CLOS Y., « *Le prix du travail bien fait – la coopération conflictuelle dans les organisations* ». Editions La découverte, Paris, 2021, 122 pages. [Lu le 14/04/23].
- FERNAGU OUDET S. et BATAT C., « (R)évolution du management des ressources humaines « *Des compétences aux capacités* », Métiers et pratiques de formation, Paris, 2016, 432 pages. [Lu le 2/01/23].
- GILBERT P. et YANLENIOS J., « *L'évaluation de la performance individuelle* », Editions La Découverte, Lisieux, 2017, 126 pages. [Lu le 13/04/23].
- HART J. et LUCAS S. « *Management hospitalier – stratégies nouvelles de cadres* », Editions LAMARRE, Paris, 2002, 180 pages. [lu le 02/01/23].
- HESBEEN W. « *Cadre de proximité un métier au cœur du soin* », Editions ELSEVIER MASSON, Paris, 2011, 176 pages. [Lu le 10/12/22].
- HESBEEN W. « *La qualité du soins infirmier – penser et agir dans une perspective soignante* », Editions MASSON, Paris, 2002, 208 pages. [Lu le 11/12/22].
- HONORE B., « *La santé en projet* », Editions InterEditions, Paris, 1995, 256 pages. [Lu le 2/01/23].
- KOTTER J. et RATHGEBER H. « *Alerte sur la banquise ! Réussir le changement dans n'importe quelle conditions* – Pearson, Paris, 2018. 163 pages. [Lu le 10/03/23].
- MARCHAT H. « *Le kit du chef de projet* », Paris, Editions EYROLLES, 2015, 258 pages. [lu le 30/12/22].
- MESSEAGER ROTA V. « *Gestion de projet – vers les méthodes agiles* » 2è édition, Editions EYROLLES, 2007, 251 pages. [Lu le 24/12/22].
- NELSON B., ECONOMY P., BOUDES T. « *Le management pour les nuls* », Editions FIRST, 2003, 356 pages. [Lu le 10/02/23].
- STERN P. et SCHOETTI J-M, « *La boîte à outils du management* », Paris, Editions DUNOD, 2019, 192 pages. [Lu le 4/02/23].
- Rapport d'activité du CPO, 2022.

- Articles
 - Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli, « *Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé* », IRDES, « Questions d'économie de la santé », n°175 Avril 2012, 8 pages.
 - Christiane CENTROGAMBE – FABRE, « L'intérêt du management par projet », extrait de mémoire « Anthropologie du projet », Paris, 1993 p. 233.
 - Françoise MISSEREY et Marie – Christine SABATIER, « *Pour un management participatif* » de « objectifs soins », avril 2022, n°105.
 - Rapport annuel de l'Institut Curie, 2021.
 - Article INRS – TC 134 N°125 1^{er} trimestre 2011 « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail ».
- Documents ou notions extraits d'Internet
 - AMELI, « les troubles musculo – squelettiques », [consulté le 6/02/23].
Disponible : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>
 - BLOG GESTION DE PROJET, Les outils du chef de projet : 32 modèles à télécharger, [consulté le 28/12/22].
Disponible : www.blog-gestion-de-projet.com
 - CAIRN, Audace chez les managers, [consulté le 21/02/23].
Disponible : « [Faut-il développer et valoriser l'audace chez les managers ?](#) » | Cairn.info, Soufyane Frimousse, Jean-Marie Peretti, Dans *Question(s) de management* 2018/1 (n° 20), pages 129 à 155,
 - CANCER : Les plans cancer, [consulté le 25/11/22].
Disponible : <https://e-cancer.fr> [Les Plans cancer - Stratégie de lutte contre les cancers en France \(e-cancer.fr\)](#)
 - CURIE. Institut Curie, [consulté le 15/10/22].
Disponible : www.curie.fr
 - CURIE. Institut Curie – Rapport annuel 2021, [consulté le 15/04/23].
Disponible : www.curie.fr/sites/default/files/medias/documents/202210/Rapport_annuel_20.pdf
 - DICTIONNAIRE LAROUSSE, [consulté le 10/11/22].
Disponible : « <http://larousse.fr/dictionnaire/français/projet/64232> »
 - GOOGL FORMS : Guide d'utilisation, [consulté le 17/04/23].
Disponible : [Google forms : Le guide d'utilisation - MupMag](#) <https://www.mupmag.fr/google-forms/>
 - INCA : « Les plans cancer », [lu le 27/02/23].
Disponible : <https://www.e-santé/Insitut-national-du-cancer>

- WIKIPEDIA. Pyramide de KHEOPS, [consulté le 12/11/22].
Disponible : « http://wikidia.org/wiki/Pyramide_kh%C3%A9ops »
- MANAGER INSPIRANT : La conduite du changement, [consulté le 16/04/23].
Disponible : [www.- Conduite du changement : Les étapes pour faire réussir votre équipe! \(managerinspirant.fr\)](http://www.managerinspirant.fr)
- REUSSIR SES PROJETS : [Qu'est-ce qu'une lettre de mission en gestion de projet ? \(reussirsesprojets.com\)](http://reussirsesprojets.com), [lu le 16/04/23].
Disponible : <https://www.reussirsesprojets.com/lettre-de-mission-projet/>
- PODCAST sur « La conduite du changement » présenté par Damien LEBAS sur YOU TUBE, [consulté le 11/01/23].
Disponible : [La conduite du changement Kurt LEWIN - Bing video, www.bing.com](https://www.bing.com)
- SERVICE PUBLIC, Le CSE (Comité Social et Economique), [consulté le 6/02/23].
Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34474>
- Documents ou notions extraits des cours
- « Le CSE ». Dans : Mr GOUTMANN, rédacteur. UE 5.1 « *Le droit au travail approfondissement* », du 13/01/23.
- « Les processus ». Dans : Mr DUMONT, rédacteur UE 5.2 « *Transformer les organisations de santé* », du 4/10/22.
- « Les outils du cadre supérieur ». Dans : Me ESTEVE, rédacteur UE 6.3 « *Introduction fonction achat et logistique hospitalière* », du 27/10/22.
- « Transformer les relations humaines et sociales ». Dans : Me ESTEVE et Mr FARNAULT, rédacteur, UE 7.1 « *Affirmer son leadership* », du 28/10/22.
- « Transformer les relations humaines et sociales ». Dans : Me LE BASTARD, rédacteur, UE 7.1 « *La prise de parole convaincante* », du 18/04/23.
- « Transformer les relations humaines et sociales ». Dans : Mr MARCHAND, rédacteur, UE 7.1 « *Installer un principe de subsidiarité dans les organisations soignantes* », du 21/04/23.
- « Transformer les relations humaines et sociales ». Dans : Mr MARCHAND, rédacteur, UE 7.1 ECUE 7.1 « *Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail* », du 1/12/23.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : La lettre de mission.

Annexe 2 : La grille d'observation et préanalyse.

Annexe 3 : Le questionnaire IDE.

Annexe 4 : Le diagramme de GANTT.

Annexe 5 : La liste « verte ».

Annexe 6 : L'affiche des groupes de travail.

Annexe 1 : lettre de mission

Annexe 2 : Grille d'observation

Date : 23/01/2023 et 24/01/2023 Lieu : PPP Paris

Temps d'observation : 7h55- 12h30 (4h35) et 15h30 - 18h (2h30)

Points d'observation	OBSERVATIONS notées	QUESTIONS supplémentaires	REPOSES données	REMARQUES
ACCUEIL				
Amplitude horaire d'ouverture du service/fermeture (activité)	Ouverture : 8h/Fermeture : 18h.			
Heure d'arrivée / de fin du 1er et du dernier professionnel	1er arrivée d'IDE (1er roulement) : 8h/ 2ème roulement : 9h?			
Heure du 1er prélèvement et heure du dernier prélèvement	1er prélèvement : 8h15/ Dernier prélèvement : 17h45.			
Où se fait l'accueil du patient ?	Depuis l'accueil central, qui est à côté de l'accès de la Plateforme.	Y a-t-il un autre accès ?	Oui par l'autre côté (opposé du service) mais qui est un accès réservé pour le personnel.	L'accès principal peut permettre aux personnes à mobilité réduite de passer (fauteuil roulant et/ou brancard) et de pouvoir être pris en charge dans une des premières salles de prélèvements. Les salles du fond sont moins accessibles avec un brancard du fait du couloir exigu où il y a du stockage de documents (traçabilité de prescription, chariot de documents administratifs des protocoles de recherche clinique, passage du personnel soignant, ...).

Quel est le parcours du patient ? Qui gère le flux patient ?	L'IDE regarde dans le logiciel LOTUS les noms des patients ainsi que leurs motifs d'arrivée. Y est inscrit également l'heure d'enregistrement. L'IDE clique sur le nom du patient et un logo change de couleur afin de montrer qu'il va être pris en charge. Puis, elle appelle le patient par son nom (en élevant le son) au sein de l'accueil central pour se faire entendre (voire appelle plusieurs fois si besoin). Une fois le soin terminé, elle appuie de nouveau sur le nom + "Sortie", il y a donc le temps de prise en charge du patient. Pas de transmissions écrites pour ces patients.	Le logiciel permet donc de savoir où se trouve le patient et son temps de prise en charge ?	Oui. Le cadre du service ne fait pas d'extraction de données possible depuis LOTUS.	L'accueil central est un lieu où les patients attendent sur des sièges avant d'être appelé pour des soins aux PPP, pour d'autres c'est pour s'enregistrer à la GAP (Gestion de l'Accueil des Patients) avant une hospitalisation, ou aux caisses (en sortant d'hospitalisation) ou au bureau des RDVS ou des passages de professionnels et de d'autres patients allant dans un service ou à un RDVS. C'est donc un lieu (un grand hall) de forts passages. Ce logiciel n'est pas utilisé sur St Cloud (pour St Cloud, il s'agit de Dx Planning). Lotus étant obsolète et mal utilisé par tous, il va changer. Un nouveau logiciel devrait apparaître pour l'été (Web100T) et sera uniforme sur les 2 sites.
Qui fait l'ouverture ?	Une IDE. 2 IDE font l'ouverture à 8h. Deux plages horaires : 8h-17h30 et 8h30-18h00, ce qui assure 2 Ide à la fermeture .	Y a-t-il d'autres catégories de professionnels dans la Plateforme	Non	Ce sont les IDE qui ouvrent et qui ferment le service. Elles font également les activités annexes du service (ex : purges d'eau dans toutes les salles avec un lavabo (prélèvements, pansements et cst ^o), rangement du matériel et DM (Dispositifs Médicaux) commandés, réponses aux appels, nettoyages des salles (sauf le sol qui est effectué par un prestataire externe).
Combien de personnes sont présentes ?	Aujourd'hui, il y a 4 IDE présentes.	Combien il y a-t-il d'ETP ?	16 demandés et 12,7 ETP présents pour effectuer les consultations + les activités de soins pansement et prélèvements sur le mois. Pas d'autres corps professionnels.	Cible : 17,65 ETP présents : 11,7 au 2/02

Qui désigne la personne de l'ouverture / fermeture ?	Ce sont les IDE elles - mêmes.			Le cadre du service établit un planning pour le mois. Elles travaillent en 8h45/semaine. Et toutes les semaines elles sont nommées à un lieu (soit cst° ou prélèvements/pansement) et ce, à tour de rôle au maximum afin de favoriser la polyvalence/polycompétence). Elles peuvent modifier si besoin entre elles, avec validation de l'encadrement (cadre et/ou IP).
Comment se présente la Plateforme (locaux)?	Il y a 3 salles de prélèvements (sans fenêtres, climatisation présente) + 3 salles de pansements (idem et salles aveugles), 1 salle ECG. Toutes les salles de soins sont sur le même étage au rez de chaussée. Les salles de consultations sont soit au même étage soit au demi étage en dessous. Il y a 18 salles de cst° médicales + 2 salles de soins IDE + 2 salles de cst° d'annonce IDE.			Dans chaque salle prélèvement il y a : un fauteuil de prélèvement, un chariot spécifique pour stockage le matériel nécessaire et réapprovisionner soit pendant la journée s'il y a la possibilité pour les IDE de le faire, soit le soir à la fin de l'activité. Il y a également 1 frigo (avec qqs tubes de prélèvement nécessitant une conservation au froid) et 1 congélateur (avec des pains de glace). / 1 dynamap/ 1 lavabo, distributeur d'essui - mains et savon / 1 poubelle sur roulettes avec deux types de sac (jaunes et blanc) / 2 tabourets (1 pour l'IDE et 1 pour poser leur bac avec les tubes de prélèvements).
Pour moi : y a-t-il des remarques, des éléments à prendre pour la mise en place de l'activité à St Cloud ?	Il faut un temps de préparation des salles et de vérification suffisante du matériel pour la journée avant de débiter les activités. Cela permettrait d'éviter les interruptions de tâches de préparation qui pourrait être anticipée par les IDE. Idem le soir, se conférer aux horaires des navettes du soir et arrêter l'activité 15 minutes avant la fin de la fermeture du service pour ranger les salles en fin de journée. Cela permettrait aux IDE de garder les mêmes horaires qu'aujourd'hui, c'est à dire 8h15 - 18h. Le début de l'activité pourrait être 8h 30 à 17h45/ L'accueil pourra continuer à s'effectuer via une hôtesse de l'accueil central dans un premier temps, puis par l'accueil au sein de la Plateforme (existe déjà aujourd'hui) et le patient sera dirigé par elle vers la salle de prélèvement. / Proposition à faire aux IDE sur l'organisation des activités : effectuer des prélèvements toute la journée par la même IDE ou les effectuer par demi - journée / Matériels à prévoir pour effectuer l'activité et voir sur la nécessité d'un frigo et congélateur ?			
ORGANISATION DES PRELEVEMENTS	OBSERVATIONS notées	QUESTIONS supplémentaires	REponses données	REMARQUES

Existe-t-il une procédure sur le fonctionnement des PPP? Ou une charte? Comment les autres services sont informés de son organisations?	Non pas encore, Charte en cours de construction. Cette Plateforme existe depuis de nombreuses années (date?) et "tous les professionnels connaissent son fonctionnement."	C'est-à-dire qu'ils connaissent les horaires d'ouverture/fermeture? Le parcours du patient et sa prise en charge? ...	Oui...les patients peuvent être inscrits pour un soin dans le logiciel des RDVS mais il peut être aussi accueilli à tout moment de la journée à la demande du consultant en sortant d'une consultation ou avant une chimio dans un service....	Poser la question du nombre de prélèvements programmés et non - programmés et de la durée d'attente des patients. Réponse : Grand tx de non programmés (entre 50 et plus de 80%) pas de comptabilité du délai d'attente. EI fait récemment sur l'absence de prescriptions ou prescriptions présentes incomplètes voire destinées aux laboratoires de ville.
Combien de salles de prélèvements existent -ils ?	3 (décrits plus hauts).			Il faut donc que l'IDE s'assure de la disponibilité d'une salle de soins avant d'installer le patient dans une salle. Prévoir le nombre de salles en lien avec le nombre de prélèvement estimé pour St Cloud.
La répartition des missions entre professionnels	Définit par l'encadrement (le cadre et /ou l'IP)	Et s'il manque du personnel (arrêts maladie, autres absence) : comment le cadre organise la journée?		HUBLO, demande de jours sup. et jonglage avec les consultations/ le flux. D'une façon générale, nous nous arrangeons toujours pour avoir un effectif minimum de 4 personnes aux PPP.
Temps de prise en charge par professionnels/patient/prélèvement	Cela est très variable, car il y a des patients qui sont plus faciles à prélever que d'autres. Certains ont des veines très abimées du fait des toxicités des chimiothérapies. Pour certains, il est préférable de les prélever via un cathéter central et le temps du soin est rallongé. D'autre part, en hiver le temps de d'installation est un peu plus long (déshabillage du manteau...) que l'été. Enfin, le temps pourrait être rallongé si le patient n'a pas sa PM (Prescription Médicale).	Cet indicateur est il notifié dans votre tableau de bord ?	non	Cela pourrait il être extrait du logiciel "LOTUS" ? Cela sera-t-il envisageable via le logiciel Web100T ?

Quels sont les types de prélèvements effectués ?	Hémoculture, Bilans sanguins, prélèvements de recherche clinique, ECBU, BHR, génétique, DPD, groupages, RAI, pose de cathlon avec un bilan en amont puis le patient va à son examen...	Avez-vous le descriptif détaillé (nombre) de tous ces types de prélèvements.	Non. Sauf le distinguer entre les prélèvements de manière générale et la recherche clinique.	Faudra-t-il que je l'envisage ?
Avez-vous besoin de formations régulières sur les prélèvements ?	Que pour les prélèvements de RC.	les ARC viennent vous expliquer le protocole, l'intérêt de celui-ci, les particularités des prélèvements ?	"Oui, mais ce n'est pas simple du fait du nombre de protocoles de RC que nous avons, nous ne pouvons pas tout retenir. Il y a une initiation de formation avec le cadre d'un des laboratoires extérieurs + formations régulières sur les protocoles de RC.	L'IDE a une liste avec le nom des ARC référents au protocole qu'ils peuvent joindre (pas avant 9h 9h15 pour certains, ce qui crée parfois un décalage sur l'horaire de prélèvement et donc une NC (Nonc Conformité) parfois. De plus, certains protocoles nécessitent non seulement le prélèvement mais également, 1 ECG, prise de constantes, poidsetc et parfois un questionnaire ? Cela demande une bonne coordination également avec l'ARC pour récupérer suffisamment en amont du prélèvement le KIT de prélèvement.
Si vous avez des difficultés pour effectuer les prélèvements, que faites-vous ?	Si le patient à un cathéter, le prélèvement se fera sur le KT. Sinon, on appelle une collègue si elle est disponible.			
Le patient arrive-t-il avec sa PM ? S'il ne l'a pas (l'oublie ou l'a perdu) : que faites-vous ?	Pas toujours. S'il ne l'a pas il faut aller rechercher dans son dossier (Dossier informatisé) s'il y a une information sur le bilan dans le dernier CR du médecin. Si cela est noté elles retranscrivent elles - même sur le bon bon en y ajoutant le nom du médecin + la date + l'étiquette du patient + sa signature. S'il n'y a pas d'information, l'IDE appelle alors le médecin référent puis soit il fait la PM et la donne en main propre soit l'IDE pour un gain de temps retranscrit directement sur le bon le bilan souhaité. Ou un autre médecin que le patient a rencontré s'il n'arrive pas à le joindre.		Les bons numérisés ne sont pas encore à l'ordre du jour (problème de référentiel).	perte de temps pour l'IDE lorsqu'il n'y a pas la PM. Remarque et question à poser lors du prochain COPIL. Voir avec Ambroise Paré pour les bons numérisés (ce qu'il est possible de faire en cas de recours pour l'IDE).

Quelle est la procédure d'envoi des prélèvements? et si difficultés avec le pneumatique ?	Aucune procédure d'envoi existante. Dès la fin du prélèvement, il est inséré dans un "sac parachute" spécifique pour le pneumatique et envoyé directement en RCP (Réception Centralisée de Prélèvement). Puis les techniciens les envois aux laboratoires référencés pour les bilans et la bactériologie.	Et si problème avec le pneumatique, que faites - vous ?	Les IDE appellent la RCP pour les informer. Si le prb est résolu rapidement, elles peuvent donc le réutiliser, sinon elles montent les prélèvements en RCP (au 5 ^e étage).	Prévoir dans la Charte si dysfonctionnement du pneumatique. Réfléchir en amont sur le circuit si dysfonctionnement avec les appels des brancardiers en cas de nécessité (avec le cadre de département des soins de support. A préparer pour le prochain COPIL).
Relation avec les services supports ? Ou externes?	Collaboration avec la cellule "Plaies et cicatrisation" pour les plaies et pansements, le DISSPO si besoin.			Passage éventuellement de la diet.
Gestion des stocks ? Qui s'en charge ? Rythme des commandes ?	les IDE sur leur temps de travail et / ou l'IP. Ainsi que le rangement dans les salles. Les commandes se font 1 fois par semaine.			
Combien y-a-t-il de prélèvements / jour ?	La moyenne est de 80 prélèvements par jour (rapport de 2021) ?			
Nbre de patients valides et non valides	Pas d'indicateurs.			
Quelles sont les étapes d'un prélèvement ?	Une fois appelé, le patient est installé. L'IDE récupère l'ordonnance du patient soit inscrite sur un bon de ville ou un bon utilisé au sein de notre institut (TMM ou St Joseph). L'IDE vérifie l'identité du patient (concordance bon + étiquettes). Prépare les tubes, les étiquettes, prélève le patient puis le patient part.	S'il y a une erreur de concordance entre l'identité du patient et sur le bon ou les étiquettes ?	Le patient est redirigé vers la GAP pour rectification de non identité.	A la fin du soin, les IDE notent sur un cahier : l'étiquette du patient prélevé, le descriptif de tout le prélèvement, les initiales de l'IDE qui a prélevé et l'heure. Cela leur permet de pouvoir répondre aux laboratoires si toutefois elles ont besoin de relire leur note. Le cahier est mis de côté ensuite en fin de journée et réutilisé dès le lendemain. Vigilance sur la visibilité des étiquettes du patient (parfois le nom est coupé) : prévoir une imprimante dans la salle.
Connaissez - vous le taux de non conformités des prélèvements tous les mois ?		Sont -ils communiqué à l'équipe ? Comment sont décidées les actions correctives ? Comment sont - elles évaluées ?	Oui, ils nous sont envoyés régulièrement par la RCP ; 40 en 2022 avec principalement des pb de redondance (prescription de groupage alors qu'il y a déjà	

			une carte de groupe valide),	
Connaissez vous la durée d'attente moyenne des patients pour un prélèvement ?	Non, mais dès que nous voyons que le patient est inscrit par l'accueil central, c'est qu'il est déjà en train d'attendre elles le prennent dès qu'elles peuvent.	Comment pourrait on savoir (LOTUS ?)		Lotus est amené à disparaître. Le futur logiciel ?
Pour moi : y a-t-il des remarques, des éléments à prendre pour la mise en place de l'activité à St Cloud ?	Charte en cours de création : vigilance sur le parcours du patient, les horaires d'ouverture de la plateforme et du début des activités, l'importance des bons de laboratoire intra Curie (en lien avec les laboratoires partenaires)/ Prévoir le nombre de salles nécessaire en lien avec le nombre de prélèvements estimés (liste verte) / Avoir connaissance du temps d'attente des patients et en comprendre la raison si elle est importante, à rajouter dans les indicateurs / Voir le circuit approprié en RC car très chronophage et circuit recherche clinique existant dans l'Institut (Paris et St Cloud), connaître la raison (<i>poser la question au prochain COPIL</i>). / Quid si le patient n'a pas son bon de laboratoire (<i>prochain COPIL</i>). / Parcours avec les brancardiers si pneumatique dysfonctionnant (procédure, Charte ?) => <i>prochain COPIL</i> . / Ajouter en indicateur le nombre de non conformité avec Ambroise Paré (labo partenaire avec St Cloud). et Ambroise Paré informé du <i>changement</i> (COPIL) ? Alerte sur le nombre d'appels qui pourrait être reçus par les IDE et notés comme interruptions de tâches, perte de temps et surtout risque d'erreur. Il faudra peut être comptabiliser le nombre d'appel si <i>besoin</i> . Demander à la cadre du laboratoire si de nombreux appels sont déjà reçus actuellement./ Voir le nombre de cathlon posé /jour (avant un examen)+ dans indicateurs ?.			
ORGANISATION DES RENDEZ -VOUS	OBSERVATIONS notées	QUESTIONS supplémentaires	REPONSES données	REMARQUES
Sont - ils programmés? Si oui combien sur la journée?	Une partie, pas tous les prélèvements. Sur la journée du 23/01 16 prélèvements étaient inscrits en programmés.			Vu le 24/01 du nombre de prélèvements faits (car les IDE remplissent elles mêmes leurs activités dans un tableau commun) : 99. Soit + 518% de prélèvements par rapport à la programmation.
Sont - ils non programmés si oui, combien sur la journée ?	Oui 83 ce jour là. Selon les chiffres de 2021, cela représente plus de 60% de leur activité.	Pensez vous qu'il faille modifier ce fonctionnement pour tendre vers plus de programmé ?	Pas forcément, car c'est qui fait la plus - value de leurs activités et qui les démarquent.	Après réflexion avec le cadre du service, suite à ma visite, les IDE veulent maintenir cette activité "non programmée", mais peut être en moindre quantité afin d'avoir une projection "plus réelle" de leur journée. Mais le non programmé est importantes pour elles.EI en cours sur les dysfonctionnements liés aux prescriptions, Rappel des bonnes pratiques de prescription et si possible, hors urgence, privilégier le programmé.

Traçabilité du prélèvement? Comment se fait il ? Quel logiciel ? À quel moment du soin ? Par qui?	Il n'y a pas de traçabilité réalisé après le soin.Mise à part dans le circuit patient via LOTUS quand le patient est parti et a reçu le soin (réalisé par l'IDE).			La facturation est faite au niveau de la RCP
Y a-t-il une organisation de préparation de votre journée ?	La veille les IDE imprime les RDVS programmés (ECG, bilans, pansements). Mais finalement peu utilisés ensuite car fonctionnent principalement en non programmés			Visualisation la veille de la charge programmée notamment au niveau des soins pour s'assurer que le nombre d'IDE est suffisant.
Facturation : qui s'en charge ? Comment est ce côté ? Qui le côté ?	Les Ide rentrent les données de leurs activités dans un tableau partagé qui est envoyé à la facturation ensuite.			Voir avec le projet WEB100T si toutes ces données ne peuvent pas être retranscrites directement pour avoir la valorisation du soin. Sous forme de douchette ? Voir le circuit patient avec le bureau des RDVS pour qu'il y est bien un RDVS même en non programmé pour pouvoir le quantifier. Voir avec la responsable du bureau des RDVS au prochain COPIL sur le circuit patient.
Pour moi : y a-t-il des remarques, des éléments à prendre pour la mise en place de l'activité à St Cloud ?	Voir en équipe sur le fonctionnement des RDVS des patients en programmés principalement. Voir pour la cotation de l'activité et le circuit patient avec le bureau des RDVS et service facturation./ Quid des patients qui ne sont pas venus au RDVS (que faire ?)			
ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	OBSERVATIONS notées	QUESTIONS supplémentaires	REPONSES données	REMARQUES
Votre environnement de travail est - il adapté (emplacement, luminosité, éclairage, ergonomie, ...?)	Il manque des fenêtres (luminosité extérieures). Matériels suffisants. Accoudoirs réglables si besoin.			Etre vigilant sur l'installation des IDE (ergonomie). A revoir en groupes de travail IDE.
Quels seraient les éléments à modifier s'il y a ?	Il manque de quoi poser les affaires personnelles des patients lors du soin.			

Pour moi : y a-t-il des remarques, des éléments à prendre pour la mise en place de l'activité à St Cloud ?	Ergonomie avec l'équipe (à prévoir en groupe de travail IDE) et prévoir de quoi poser les affaires personnelles.			
INDICATEURS d'activité (questions posées au cadre)	OBSERVATIONS notées	QUESTIONS supplémentaires	REPONSES données	REMARQUES
Quels sont vos indicateurs de suivi de l'activité concernant les prélèvements ?	Nbre de prélèvements par jour/nbre de pose de cathlon posé / Nombre de protocole de RC/			
Les différents types d'indicateurs?	Quantitatif			
Sont -ils pertinents?	Pour l'équipe OUI.			
Dans quel but sont - ils tracés?	Avoir une visibilité de leurs activités par jour.			
Y a-t-il un logiciel de recensement d'indicateurs?	non. Sur tableau EXCEL "fait maison".			
A quel moment sont -ils transmis ?A qui ?			Consultés par le service de facturation 24h après	
Qui en fait l'analyse ?			DIM	

Pour moi : y a-t-il des remarques, des éléments à prendre pour la mise en place de l'activité à St Cloud ?	Etre pertinente sur les indicateurs et leurs analyses. Etre à la fois quantitative (pour avoir une idée du nombre de prélèvements / jour, , types de prélèvements, nombre d'appels reçus, le nombre de non conformités ...) et qualitative (l'analyse des dysfonctionnements éventuels et en comprendre les raisons et les exploiter, sur l'adhésion propre du projet par les IDE, la satisfaction etc....).
---	--

PRE-ANALYSE DES OBSERVATIONS IDE PPP PARIS

- **Accueil :**

8h à 18h

Prélèvements échelonnés sur toute la journée.

Accueil via l'accueil central où le patient est enregistré pour tous types de soins et les IDE consulte le programme au fur et à mesure pour les soins et prennent le patient pour le soin.

Logiciel utilisé : LOTUS (non utilisé à St Cloud).

L'IDE appelle le nom du patient qui rentre avec elle dans une des salles qui s'est libérée.

Accès à mobilité réduite et brancard (+/-) car chariots divers dans le couloir.

Les IDE sont polyvalentes : ouvrent et ferment le service/purges d'eau dans toutes les salles/désinfection de l'environnement ou par les médecins, sol par prestataire/ réapprovisionnent stocks matériels et DMS.

Ce sont elles qui se désignent pour l'ouverture ou la fermeture, c'est le cadre qui fait le planning du mois.

⇒ Horaires inchangés : 8h 15 – 18h Début activité 8h30 – 17h 17h30 ?

- **Temps de travail :**

Temps de travail : 8h45 – 4 jours semaines. Pas de week end, ni de jour férié.

Salles : 3 salles de prélèvements (absence de fenêtres, clim présente) et 3 salles de pansements (idem et 1 salle aveugle).

⇒ Temps de travail inchangé.

- **Matériel :**

Un fauteuil de prélèvement, un chariot spécifique à prélèvement, 1 frigo, 1 congélateur, 1 dynamap (pas dans chaque salle), 1 poubelle à roulette, 1 tabouret.

⇒ Partage d'activité dans la journée par des IDE différentes ?

⇒ Matériel récupéré du CTP : fauteuil, chariot, tabouret. Prévoir un PC fixe, imprimante ?

- **Organisation :**

- Pas de procédure spécifique.
- Temps de prise en charge : variable suivant le capital veineux du patient. Temps plus long l'hiver le temps que le patient se déshabille.
- Type de prélèvement : hcs, RC +++, ECBU, BHR, génétique, DPD, RAI, groupe, Pose de cathlon avant un examen avant injection.
- Si difficulté à prélever par les veines : sur le KTC.
- Envoi des prélèvements via le pneumatique. S'il ne fonctionne pas : elles appellent la RCP et montent au 5^{ème} étage directement.
- Elles gèrent les consommables et réapprovisionnent leurs chariots soit dans la journée ou en fin de journée.
- Etapes du prélèvement :
 - *Appelle du patient
 - *Installation
 - *Vérification concordance identité et PM

*Si pas de PM : reconduction du bilan sur le bon bon.

Cherche l'information dans le dossier du patient, les CR de la dernière consultation. Si pas les informations : tel le dernier médecin vu et remplissent-elles même le bon.

*Pas de traçabilité informatisée dans les dossiers des patients mais retracent tout sur un cahier+ sur un tableau.

*Peu de préparation la veille car bcp de non programmé

Manque de quoi poser les affaires des patients.

- Fonctionnent majoritairement sans rdvs (ex 16 vs 99). = +518 prélèvements.
Moyenne de 80 prélèvements/ jour.
- Non conformités : reçues par la RCP et communiquées par l'équipe.

- ⇒ Fonctionner avec majoritairement des RDVS
- ⇒ Fonctionner avec des bons de laboratoires adaptés aux prélèvements demandés.
- ⇒ Cahier de traça des prbs ou dysfonctionnements du jour ?
- ⇒ Besoin de l'informatique et imprimante dans la salle ?
- ⇒ Parcours brancardier si pneumatique ne fonctionne pas ?

- **Formation :**

Que pour les proto de RC. Plus des 2/3 de leurs prélèvements. Formation avec ARC. Contraintes pour avoir les informations (tôt le matin et surveillances parfois en plus qui sont chronophages...

- ⇒ Charte en cours bi site sur fonctionnement général.
- ⇒ Revoir le circuit de la RC
- ⇒ Quid si le patient n'a pas son bon ?
- ⇒ IT de téléphone par les groupes hospitaliers des laboratoires.
- ⇒ Préparation en amont (la veille) ?
- ⇒ Être vigilant sur l'ergonomie : Anatole en cours.
- ⇒ Lumière naturelle et artificielle.
- ⇒ Prévoir un porte manteau.

Facturation :

En lien avec Web100T ?= JB

Avec les rdvs programmés et non programmés rajoutés sur les feuilles de circulation.

- ⇒ Prévoir des feuilles de circulation.

Annexe 3 : Questionnaire des IDE

QUESTIONNAIRE EN LIEN AVEC LE PROJET « PRELEVEMENT » PLATEFORME DES CONSULTATIONS ST CLOUD

A l'attention de l'équipe infirmière, questionnaire anonyme. A redonner pour le

1- Que savez – vous du projet « Prélèvement »

2- Etes – vous satisfait de l'implication que l'on vous accorde pour la mise en place de ce projet ?

Oui

☐

Non

☐

2.1 *Si oui, qu'appéciez-vous dans cette implication ?*

2.2 *Si non, que faudrait – il effectuer pour que vous le soyez ?*

3- Qu'est-ce qui vous paraît intéressant dans sa mise place au sein de la Plateforme ?

4- Avez-vous des craintes par rapport à ce projet ?

Oui

☐

Non

☐

4.1 *Si oui, lesquelles ?*

4.2 *Si non, pourquoi ?*

5- Que proposez – vous pour lever ces craintes ?

Annexe 4 : Le diagramme de GANTT

Annexe 5 : La liste « verte »

TYPE DE PRELEVEMENT	lieu de prelevement dans le nouvel hôpital	DESTINATAIRE	Moyenne par jour	Organisation
GENETIQUE				
Analyses CRB (Plasma et DNA theque)	IDE CS	CRB Paris puis St Cloud	10	Sur RDVS Prélèvements toute la journée, mais surtout l'ap midi
Analyses Moléculaires	IDE CS	CURIE Pharmacogénomique - CURIE Génétique constitutionnelle - Plateforme SeQOIA		
Biomarqueurs circulants	IDE CS	CURIE PARIS Pharmacogénomique		
Phénotypage lymphocytaire	IDE CS	CURIE PARIS Immunologie clinique		
PRELEVEMENTS URGENTS				
Prélèvements URGENTS : contrôle NFS/lono/hémostase avant traitement/ Créat urgence avant scanner/ Groupe RAI (seulement pr les groupes à haut risque sinon externalisés)	IDE CS	AMBROISE PARE 2/3 groupes en moyenne / jour	10	NP sur toute la journée, surtout le matin.
L'INTERNATIONAL				
Patients internationaux	IDE CS		< 1	Sur RDVS
HEMATOLOGIE				
Biologie Moléculaire Hématologie	IDE CS	CHU LILLE	5	Sur RDVS
dosage des chaines légères libres sériques	IDE CS	AMBROISE PARE		
Hématologie divers en consultation : NFS avec formule sanguine, cytométrie en flux pour phénotypage lymphocytaire, BCR, ABL, chaines légères ... CD 34 RAI GROUPES	IDE CS	AMBROISE PARE		
IRATHERAPIE				
Prélèvement irathérapie (lundi et vendredi)	IDE CS	AMBROISE PARE	< 1	Sur RDSV le matin à l'ouverture
PHARMACOLOGIE				
DOSAGE TKI et autres médicaments	IDE CS	PHARMACOLOGIE	2	Sur RDVS
Analyse UGT1A	IDE CS	PHARMACOLOGIE		
Analyse DPD (possible jusqu'à 15h)	IDE CS	PHARMACOLOGIE CURIE SAINT CLOUD		
INFECTIOLOGIE				
BHR	IDE CS		1	
Infectiologie : BMR COVID	PCR	En ville ou CH4V		
TOTAL			30	



Venez participer aux groupes de travail !

Mise en place d'une nouvelle organisation pour une nouvelle activité au sein d'un bâtiment neuf !

Echanges et écoute en collectif IDE.

Le : 1^{er} février 2023 de : 13h30 à 13h15, en salle du « privé ».



Projet Managérial

« Transfert d'une nouvelle activité dans le cadre d'une restructuration hospitalière : tremplin organisationnel et accompagnement des équipes. »

« Transferring a new activity as part of a hospital restructuring: organizational springboard and team support »

AURELIE DOS SANTOS

MOTS CLÉS

Conduite de projet, méthodologie, compétences, management, leadership, stratégies managériales, communication, positionnement, organisation.

KEY WORDS

Conduct projet, methodology, skills, management, leadership, managerial strategies, communication, positioning, organization.

RÉSUMÉ

La conduite d'un projet se construit en plusieurs étapes, en lien avec des processus et des changements. Cela requiert alors une méthodologie et organisation spécifique pour en assurer son bon déroulement. Trois dimensions en sont indispensables à savoir la qualité, les délais et les coûts. En tant que chef de projet, ma mission a été de mettre en place « les prélèvements » au sein de la Plateforme des Consultations. Cette nouvelle activité sera effective à l'issue de la restructuration hospitalière, qui fait partie du projet de l'établissement de l'Institut Curie nommé « MC 21 » (pour Marie Curie 21^e siècle).

Quelles démarches sont à entreprendre ? quels types de management sont à privilégier ? Comment réussir à mettre en place un collectif d'acteurs impliqués et investis autour de ce projet commun ?

Pour y répondre, une observation a été effectuée sur un autre site (Paris) où l'activité des prélèvements existe déjà. Un COPIL et des groupes de travail ont été montés. Des questionnaires anonymes ont été envoyés pour analyser le niveau de compréhension des acteurs. Cette enquête, a notamment permis de se réadapter sur certains points, afin d'emporter leur adhésion. Des plans de communication ont été également effectués pour permettre d'informer toutes les parties prenantes. Des indicateurs d'évaluation pertinents en lien avec l'activité du projet lui-même, sur les ressources humaines et sur la qualité nous permettront de réajuster les écarts.

Par ses compétences managériales et humaines dotées d'un leadership, le chef de projet doit fédérer le collectif de travail qu'il anime par sa participation active. Cela permettra d'engager et de fédérer les équipes dans une conduite de changement. Il met en place des outils et des stratégies, ayant pour objectifs d'améliorer les organisations, l'efficacité des soins et l'adhésion des acteurs impliqués. Il identifie les personnes expertes qui seront le pivot dans l'organisation de mise en œuvre de la démarche projet et s'assure de leur disponibilité.

Nous pouvons donc dire qu'il ne peut y avoir de démarche projet sans la collaboration active des forces vives des organisations.

ABSTRACT

The management of a project is built up in several stages, in connection with processes and changes. This requires a specific methodology and organisation to ensure that it runs smoothly. Three dimensions are essential: quality, deadlines and costs. As project manager, my mission was to set up "sampling" within the Consultation Platform. This new activity will be effective at the end of the hospital restructuring, which is part of the Institut Curie's "MC 21" (for Marie Curie 21st century) project.

What steps should be taken? What types of management should be favoured? How can we succeed in setting up a group of actors involved and invested in this common project?

To answer these questions, a benchmarking study was carried out on another site (Paris) where the sampling activity already exists. A COPIL and working groups were set up. Anonymous questionnaires were sent out to analyse the level of understanding of the players. This survey made it possible to readjust certain points in order to gain their support. Communication plans were also drawn up to inform all stakeholders. Relevant evaluation indicators related to the project activity itself, on human resources and on quality will allow us to readjust the gaps.

The project leader's managerial and human skills, combined with his or her leadership skills, must unite the work group that he or she leads through active participation. This will make it possible to engage and unite the teams in a change management process. He/she puts in place tools and strategies with the aim of improving the organisation, the efficiency of care and the support of the actors involved. He identifies the expert people who will be the pivot in the organisation of the implementation of the project approach and ensures their availability. We can therefore say that there can be no project approach without the active collaboration of the organisations' driving forces.

