



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire
social et médico-social**

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

**La démarche participative comme outil permettant de
susciter l'adhésion à un projet de grande ampleur :
l'exemple du projet du nouvel hôpital du Loroux-
Bottereau.**

**Zouhir HAMMOU-
KADDOUR**

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont permis de réaliser ce travail :

- ✚ Dans un premier temps à la direction (tout particulièrement la Directrice Générale) et au personnel de l'hôpital du Loroux-Bottereau qui ont accepté de me recevoir en entretien et qui ont eu la gentillesse de remplir le questionnaire qui leur a été adressé.
- ✚ Dans un second temps à toutes les personnes qui m'ont permis de faire avancer ma réflexion que ce soit mon encadrant mémoire (Monsieur Rolland Olivier) ou encore les personnes présentes aux ateliers mémoires organisés pendant la formation que ce soit Monsieur Fernand Le Dun ou les autres élèves (en particulier Madame Sonia Renaud et Madame Anne Couny)

Enfin j'aimerais remercier les personnes qui ont eu la bienveillance de relire mon mémoire.

Sommaire

Introduction 3

Première partie: La démarche participative : un outil destiné à susciter l'adhésion à un projet et à anticiper les réticences voire résistances aux changements, appliquée par la direction dans le cadre du projet du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.
p 8

Deuxième partie : Un projet qui ne semble pas susciter une adhésion parmi le personnel, mais des craintes, voire des réticences, s'expliquant à la fois par un sentiment de ne pas avoir été suffisamment associé et un climat social et budgétaire anxigène..... p 23

Troisième Partie : Faciliter l'adhésion au projet : en menant un management qui permette une meilleure appropriation par le bas du personnel (Catégorie C) et en inscrivant le projet dans la continuité de la vie institutionnelle et le socle des valeurs de l'établissement. p 38

Conclusion..... p 50

Bibliographie p 53

Liste des annexes et annexes p 59

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence National D'Appui à la Performance.

APS : Avant-Projet Sommaire

APD : Avant-Projet Détaillé

ARS : Agence Régional de Snté

AS : Aide Soignant (e)

ASH : Agent des Services Hospitaliers

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire :

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CS : Conseil de Surveillance

CVS : Conseil de la Vie Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HISL : Hôpital Intercommunal Sèvre-et-Loire

RTT : Réduction du Temps de Travail

SIB : Syndicat Inter-Hospitalier de Bretagne.

SSR : Service de Soins de Suites et Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Le choix de traiter un tel sujet s'inscrit dans d'abord une démarche personnelle de formation. Effectivement, c'est avant tout, la volonté de comprendre un aspect essentiel du métier de directeur : le processus de décision. Une décision est certes initiée par la direction, mais celle-ci est, avant tout, le fruit d'une construction dynamique. Elle est le résultat d'interactions et d'échanges entre les différents acteurs qui composent une institution.

Ainsi, étudier un processus de décision, c'est analyser la manière dont un directeur porte un projet et arrive à créer un consensus autour de celui-ci. C'est, par conséquent, se pencher en profondeur sur un type de management qui tend aujourd'hui à se généraliser : le management de type participatif. Le parti pris de cette étude est, précisément, d'analyser une démarche projet à travers le prisme de ce management. Ce type de management permettrait d'atténuer les conflits au sein d'une institution en facilitant la prise de décision.

Traiter un tel sujet, c'est enfin voir les appréhensions et les résistances qu'un projet peut susciter, et surtout voir la façon dont une direction peut, arriver à les expliquer, anticiper, voire les surmonter. Ce sujet permet d'appréhender la façon dont une direction peut arriver à accompagner le changement et voir comment elle arrive à l'inscrire dans la continuité et le temps long d'une institution.

Effectivement, l'analyse d'un tel sujet nécessite, parallèlement à l'étude de la démarche projet et du contenu du projet, de l'inscrire dans un contexte plus global qui est celui de l'établissement.

Ainsi au-delà du contexte réglementaire et financier extérieur, cette thématique amène à s'interroger à la fois sur le fonctionnement interne d'une institution, ses organisations de travaux les stratégies des différents acteurs et la prise en charge de ses usagers.

Dès lors, étudier un tel sujet requiert, comme en géographie une approche multi-scalaire : d'une part, se placer du point de vue de la direction, des cadres intermédiaires, et

d'autre part du point de vue du personnel.

Egalement, il convient d'adopter une étude sectorielle par corps de métiers. Par exemple, les médecins n'ont pas les mêmes stratégies ou approches que les pharmaciens, cadres de santé ou agents administratifs. C'est précisément ce qui fait la richesse du sujet : c'est à la fois décomposer toute une institution, mais aussi voir comment recomposer toutes les pièces d'un tel microcosme.

Ce sujet présente enfin un intérêt personnel : comprendre les étapes et les évolutions d'un projet architectural.

Par conséquent, la thématique du mémoire est à la jonction de plusieurs notions : la démarche projet, le management participatif, le changement et la résistance au changement. Si ces notions seront développées dans le corps du mémoire, il convient d'en donner d'emblée une première définition afin de pouvoir éclaircir la problématique.

La démarche projet est au cœur du métier de directeur. On peut en donner une première définition avec Jean-Jacques Néré: " *Faire des projets dans le langage courant, c'est projeter sa propre action dans l'avenir du fait même qu'elle se déroule dans l'avenir. Cela s'applique aussi bien à un projet personnel...qu'à un projet professionnel* »¹ . La démarche projet est donc une prospection sur l'avenir. Elle comprend, néanmoins, plusieurs étapes essentielles : la mise en place d'un diagnostic initial sur les différentes opportunités et contraintes, la préparation d'un plan d'action, la définition des acteurs ainsi que l'évaluation du projet.

Aujourd'hui dans le cadre très mouvant des institutions sanitaires et médico-sociales, les projets se font de plus en plus dans le cadre d'une démarche participative. Dans cette perspective, la direction définit les grands objectifs, mais inverse les rôles pour la définition des besoins, voire même de la modification d'éléments inhérents au projet. Les agents ne sont plus simplement consultés, mais participent à la co-construction de l'expertise et de la décision. Ce qui signifie pour la direction l'implication, voire l'association des acteurs à un projet. Dans cette perspective, l'adhésion au projet serait facilitée.

Le dictionnaire Larousse définit le verbe adhérer comme le sentiment « d'être attaché à quelque chose » , « de s'inscrire, d'être du sentiment de.. ». Par conséquent une adhésion, n'est pas une simple acceptation, c'est plus encore l'action par laquelle on peut faire sienne une chose, une décision et un projet.

Par ailleurs, la démarche participative contribuerait à atténuer les effets liés au

¹ Néré Jean-Jacques, *Le Management par projet* ; Paris : Que-sais-je , 2015, p 9.

changement. On peut donner une première définition du changement avec David Autissier et Jean-Michel Moutot : ils définissent le changement comme "*une situation par laquelle notre existant devient obsolète pour un avenir que nous acceptons en fonction des améliorations qu'il apportera...Le changement n'existe que par la dynamique des individus qui le mettent en œuvre. Cette immatérialité nécessite un travail d'accompagnement visant à faire adhérer les personnes pour qui le changement deviendra réalité*"² . Le changement est donc une rupture à l'intérieur d'une organisation³. Il se matérialise soit par une acceptation avec un effort d'apprentissage, soit par des résistances qui peuvent être explicites ou implicites.

Or la direction, pour ne pas reproduire des contres exemples d'ex hôpitaux locaux voisins en Loire-Atlantique, a voulu mettre en place dans le cadre du projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau une démarche projet qui soit la plus participative possible afin : d'une part que l'adhésion à la nouvelle construction soit effective, et d'autre part anticiper et appréhender les réticences aux différents changements que ce projet architectural pourra susciter.

Effectivement, elle a voulu associer l'encadrement et le personnel à toutes les phases de la concertation, ainsi que mettre en place une communication qui soit la plus fluide et transparente possible.

Cependant, sur le terrain, les agents ont souligné un manque de communication, une association partielle au projet, voire une absence d'adhésion à celui-ci. C'est précisément, ce dysfonctionnement et la recherche de ses causes qui ont orienté mon travail de recherche.

Pour ce faire, il a dans un premier temps était nécessaire d'analyser le contenu du projet et la manière dont les différents acteurs ont défini celui-ci. Ainsi il a fallu étudier les productions des groupes de travail, les comptes rendus de réunions relatifs au projet, mais surtout le projet architectural et notamment la phase d'Avant-Projet Sommaire (APS) et d'Avant-Projet Détaillé (ADP).

Dans un second temps, afin de pouvoir analyser le discours des différents acteurs concernés directement ou indirectement par le projet, des entretiens semi-directifs ont été menés au sein des différentes unités et corps de métiers impactés par la nouvelle construction. La démarche suivie a été descendante : d'une part interroger la direction et l'encadrement, et d'autre part le personnel qu'il soit soignant ou administratif.

² Autissier David, Moutot Jean-Michel, *Méthode de conduite du changement* ; Paris, Editions Dunod, 2013, p 15.

³ Idem

Parallèlement, il a fallu questionner les concepteurs du projet, à savoir le cabinet d'architecte AIA qui a réalisé l'avant-projet sommaire et détaillé. Enfin dans une optique de benchmarking, des entretiens avec des directeurs d'ex-hôpitaux locaux de Loire-Atlantique engagés dans un projet de construction ont été menés.

Cependant, il a été nécessaire de croiser ces données qualitatives avec des données quantitatives.

En effet, il était souhaitable de pouvoir avoir une représentation interne de la proportion de personnel satisfait par le projet de construction. Cela permettait également de mesurer le degré d'adhésion à ce projet et de repérer les différents dysfonctionnements de la démarche de la direction. Un questionnaire de satisfaction a, en conséquence, été réalisé et diffusé auprès du personnel. Celui-ci a donné lieu à une étude standardisée des résultats.

Egalement, la présence aux instances pendant la durée du stage long a permis d'observer directement la manière, à la fois, dont la direction concevait le projet et dont elle le menait.

Il convient de souligner que les usagers ont très peu été l'enjeu de mon étude, le sujet étant extrêmement vaste, il a été nécessaire de se recentrer sur le personnel de l'hôpital du Loroux-Bottereau.

En croisant les sources, au-delà du dysfonctionnement (une différence de discours entre une direction dont le projet a été conçu comme le plus participatif possible et un personnel qui n'est pas enthousiaste, voire éprouve une certaine crainte à l'égard du projet) ce sujet pose plusieurs séries de questions :

- Qu'est ce qui explique le fait que cette démarche participative n'ait pas portée intégralement ses fruits ? Est-ce la direction qui a abandonné la démarche pendant les phases du projet ? Ou bien est-ce que des facteurs exogènes sont intervenus pour créer un climat de suspicion ?
- Dans cette perspective, ces appréhensions sont-elles liées au projet ? Ou bien un climat social anxigène vient-il expliquer cette méfiance au projet ?
- Ou bien celles-ci ne sont-elles pas le fruit d'un jeu d'acteurs inhérent à un établissement médico-social et plus généralement à toute institution ?
- Surtout la question essentielle qu'il convient de se poser pour un futur directeur est de savoir comment mener une démarche participative effective qui puisse fédérer tous les acteurs et surtout susciter une adhésion en tenant compte des contraintes

propres à un projet d'une grande ampleur qui est celui de l'hôpital du Loroux-Bottereau. Une question est alors sous-jacente : comment vaincre les réticences que peuvent susciter les changements d'un projet et qui peuvent constituer un frein pour l'adhésion à un projet ?

Pour répondre à ce sujet, il conviendra dans un premier temps d'appréhender à travers la littérature la démarche projet participative et voir dans quel contexte celle-ci a été appliquée par la direction à l'hôpital local intercommunal Sèvre-et-Loire (HISL).

Dans cette première partie une attention particulière sera portée sur les aspects essentiels d'une démarche participative (l'implication, la participation, la concertation et l'association des agents à la démarche) et la manière dont une telle démarche permet d'anticiper les réticences aux changements (donner du sens à un projet).

Dans un second temps, il conviendra de revenir sur le résultat du questionnaire de satisfaction et des entretiens menés auprès des différents acteurs de terrain. On restituera d'une part les dysfonctionnements et on tentera d'en comprendre et en expliquer leur origine. Par conséquent, il s'agira de s'attarder sur les causes internes et externes des différents dysfonctionnements.

Enfin dans une troisième partie, il conviendra de se concentrer sur les solutions et les propositions qui peuvent être faites pour améliorer la démarche qui a été entreprise par la direction. A partir de cet exemple concret, il sera possible de dégager des enseignements pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux engagés dans des projets de constructions.

Ainsi nous étudierons dans une première partie, la démarche participative appliquée à l'HISL comme outil destiné à susciter l'adhésion et à anticiper les appréhensions, voire les résistances au changement (I).

Dans un second temps, nous verrons qu'en dépit des efforts entrepris par la direction, ce projet de construction suscite encore des craintes, voire des résistances et ne semble pas emporter d'adhésion chez le personnel (II).

Enfin, dans une troisième partie, il conviendra de s'appuyer sur les outils managériaux permettant de susciter cette adhésion et vaincre les différentes appréhensions avec notamment la formalisation d'un plan de communication et l'inscription du projet dans la continuité du projet d'établissement (III).

Première Partie

I. La démarche projet participative : un outil visant à susciter l'adhésion et à anticiper les changements organisationnels, appliquée par la direction pour la construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

Avant d'aborder la première partie consacrée, essentiellement, aux définitions du sujet ainsi qu'à la littérature, il semble opportun de revenir brièvement sur la description de l'établissement afin d'inscrire le sujet dans le contexte historique et socio-économique local.

L'hôpital local intercommunal Sèvre-et-Loire (HISL) est une entité juridique créée officiellement en janvier 2000. Elle devient en mars 2016 un Centre Hospitalier. L'établissement est structuré en deux sites : l'un se trouve sur la commune de Vertou située au sud de la ville de Nantes, et l'autre sur le site du Loroux-Bottereau située à 15 kilomètres à l'Est de l'agglomération nantaise.

Le site de Vertou regroupe un service de médecine, de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), d'USLD (Unité de Soins de Longue Durée) et un EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes) de 107 lits.

Le site du Loroux-Bottereau est composé également d'un service de SSR, USLD, d'un EHPAD de 157 lits et d'une MAS (Maison d'accueil spécialisée) d'une capacité de 50 places. Ouverte le 1er septembre 2007, la MAS intègre l'HISL le 1er janvier 2009.

Par ailleurs, l'HISL comprend deux résidences collectives pour personnes âgées situées sur les communes de Haute et Basse-Goulaine.

Les services administratifs, logistiques et médico-techniques (pharmacies et cuisines) sont dédoublés sur les deux sites principaux.

Si le site de Vertou a été construit en 2004, le site du Loroux-Bottereau date du 19ème siècle. C'est un ancien hospice auquel se sont venus s'agréger différents services et unités. C'est un site dont le bâti est discontinu, et surtout incompatible avec les exigences actuelles d'une offre de soins sanitaire et médico-sociale de qualité.

Cet établissement est aujourd'hui inapproprié pour le personnel et les usagers. D'une part, la structure architecturale et l'existence de chambres doubles ne facilitent pas les conditions de travail. D'autre part, les locaux sont vétustes et inadaptés pour des personnes âgées en perte d'autonomie.

Des réflexions ont été menées dès 2009 pour la rénovation de la partie sanitaire et EHPAD, la MAS étant encore toute neuve. Celles-ci ont abouti à une décision de construction d'une nouvelle architecture hospitalière sur un autre site physique situé à l'extrémité du centre bourg du Loroux-Bottereau. Cette nouvelle structure, initialement prévue pour l'année 2016 doit aboutir avec la fin des travaux et une livraison du bâti en 2018.

Ce projet s'inscrit également dans un contexte socio-économique difficile. En effet, depuis 2008 l'établissement doit non seulement composer avec un emprunt structuré toxique et un contexte social anxiogène dont peut témoigner la suppression de quatre journées de RTT en 2015.

C'est précisément la démarche de ce projet de construction et son processus que le corps du mémoire s'attachera à analyser.

A. Une démarche projet participative comme outil visant à susciter l'adhésion autour d'un projet et à anticiper les résistances aux changements.

Il s'agit d'analyser, au regard des autres formes de management, la manière dont une démarche participative peut amener les acteurs à se fédérer autour d'un projet. Une attention particulière sera portée aux concepts d'association, participation, concertation et négociation qui renvoient tous à la démarche participative, mais à des degrés fondamentalement différents.

1. Une démarche projet participative comme outil visant à susciter l'adhésion des acteurs en les impliquant et les associant activement autour d'un projet.

Avant d'aborder la notion de démarche participative, il convient de préciser les contours de deux concepts fondamentaux qui sont passés dans le langage courant : la démarche projet et le management participatif qui peuvent être deux concepts interdépendants.

Serge Raynal⁴ définit un projet comme une prospection sur le futur qui a pour finalité l'amélioration d'une situation présente : *"Un projet, c'est l'expression d'un désir, d'une volonté, d'une intention, d'une ambition...la finalité d'un projet, c'est avant tout résoudre un problème, innover, changer, anticiper, pour passer d'une situation actuelle insatisfaisante à une situation souhaitée plus satisfaisante"*⁵. Il s'agit d'une démarche dont la finalité est incertaine, risquée, mais dont les résultats pourront être quantifiés et observables.

Outre le respect d'une démarche méthodologique rigoureuse, qui réside dans la réalisation de certaines étapes en amont (diagnostic initial relatif à l'existant et à l'identification des besoins, définition d'objectifs quantifiables et des différentes contraintes, choix d'une équipe projet et de la maîtrise d'œuvre, d'ouvrage, planning) et en aval (évaluation et feedbacks), pour Serge Raynal ce qui garantit la réussite d'une démarche projet, c'est la mise en place d'une organisation permettant aux acteurs d'être une source de création.

En effet, *"la gestion par projet doit être un mode original de gouvernement qui vise à déterminer les meilleures conditions dans l'implantation d'une innovation au sein d'un ensemble organisationnel...L'organisation mise en place doit constituer une source de créativité et d'innovation importante et échapper temporairement et partiellement à la hiérarchie dans la façon par laquelle l'innovation elle-même va être implantée."*⁶

Or la responsabilité confiée aux acteurs et non à la direction de définir les contours d'un projet est inhérente au concept de management participatif. Effectivement, dans une

⁴ Serge RAYNAL est docteur en Sciences du management et directeur de ADES Conseil, il aborde dans ses travaux, tout particulièrement, la conduite de projet, le management, la communication et le marketing.

⁵ Raynal Serge, *Le management par projet* ; Paris : Edition des Organisations, 2000, p 55.

⁶ Idem, p 57

démarche de type participatif, le pouvoir et les responsabilités sont décentralisés.

Dans un management de type classique, les tâches de travail sont liées à une structure pyramidale dans laquelle le subordonné ne doit recevoir d'ordre que d'un seul chef, « *ce qui conduit à une centralisation de l'autorité et un éventail limité de subordination et de contrôle* »⁷. Les travailleurs n'ont pas d'initiatives sur les décisions. Effectivement ils sont réduits à effectuer un travail répétitif à la chaîne découpé en tâche, et organisé le plus rationnellement possible pour qu'il soit le plus productif.

Dans un contexte où les organisations sont aujourd'hui de plus en plus mouvantes, où les décisions ne sont plus le monopole des dirigeants, nous sommes passés d'un management centré sur les tâches à un management centré sur les hommes.

Les rapports ne sont plus fondés seulement sur l'autorité, mais sur la confiance, avec un développement de l'auto contrôle qui se fait au détriment des contrôles hiérarchiques externes⁸. Les relations interpersonnelles sont favorisées ainsi qu'une recherche constante de l'amélioration de l'ambiance de travail par le développement de la communication de l'entreprise, « *le rôle de responsable et d'animateur est valorisé par une recherche de la participation du personnel de l'entreprise* »⁹.

C'est précisément la définition que Kurt Lewin donne du management de type participatif. Il distingue trois types de " leadership"¹⁰ dont leurs applications et leurs caractéristiques dépendent de la personnalité du dirigeant :

- le style autocratique qui donne une place important à l'expression du leader plutôt que celui du groupe. Le leader dicte la conduite à tenir, il prend et assume toutes les décisions. Toutes les formes de conflits restent latentes puisqu'elles sont inhibées par le pouvoir répressif du leader¹¹.
- le style laisser-faire se définit par une passivité du leader. Il laisse toutes les intelligences s'exprimer et joue uniquement le rôle d'informateur quant aux moyens disponibles¹².
- le style démocratique encourage la participation de l'ensemble des membres d'un groupe . Le leader joue le rôle de fédérateur. Il fédère toutes les intelligences et

⁷ Idem, p 14

⁸ Idem, p 14

⁹ Idem p 17

¹⁰ Tedongmo Teko Henri, Bapes Yves « Influence sociale et leadership dans la direction des personnes », *Sociologie*, [En ligne], Premiers textes, mis en ligne le 29 septembre 2010, (URL : <http://sociologies.revues.org/3204>)

¹¹ Idem

¹² Idem

les met au service des objectifs à atteindre¹³.

Ainsi, à travers la définition de Kurt Lewin, le management au travers de la démarche de type participative a pour objet de favoriser une participation des acteurs à la décision.

Cependant, le terme de participation est flou et peut renvoyer à différentes modalités du dialogue social. En effet, Hubert Touzard, sociologue, spécialiste du dialogue social, définit la notion de participation en faisant la distinction entre trois notions : la consultation, la concertation et la négociation.

L'objectif de la consultation est de recueillir, préalablement à une décision collective, les avis, opinions, attitudes d'un certain nombre d'acteurs. La consultation consiste le plus souvent à faire s'exprimer séparément des acteurs, individuels ou représentants de collectifs, sur ce qu'ils pensent d'une situation, d'un projet¹⁴. La consultation vise, par conséquent, à obtenir un plébiscite sur un projet ou une action.

En revanche, la concertation est une participation active au processus de décision : *"L'étymologie du terme... Éclaire sur l'objectif visé : concertation vient du vieux mot «concert», accord de personnes qui poursuivent un même but ; «se concerter : s'entendre pour agir de concert» (Le Robert). Ce qui apparaît au cœur de la définition c'est donc bien l'action collective en vue d'un accord, d'un but commun"*¹⁵.

On peut alors dire que l'objectif de la concertation est pour des acteurs, individuels ou collectifs, de trouver un accord, de résoudre ensemble un problème qui se pose à eux, de prendre ensemble une décision collective, ou de préparer une décision prise au final à un autre niveau¹⁶. C'est trouver ensemble un accord, une solution à un problème. C'est donc plus qu'une simple consultation, une véritable association au processus de décision.

Cela implique la réunion et la participation active des acteurs concernés à l'ensemble des processus de prise d'une décision. C'est de la part d'acteurs concernés, une mise en commun de leurs compétences, mais aussi de leurs motivations particulières et de leurs intérêts qui peuvent être parfois divergents¹⁷.

A la différence de la concertation, *"le conflit est à la source de la négociation et le pouvoir des acteurs fait partie intégrante des processus en jeu dans l'élaboration d'une solution"*.

¹³ Idem

¹⁴Touzard Hubert « Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique » *Négociations*, 2006/01, p70 (in <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-67.htm>).

¹⁵ Idem p 71.

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

Hubert Touzard définit la négociation comme une situation où des acteurs interdépendants cherchent par la discussion à mettre un terme à un différend, un conflit d'intérêt, ou même un conflit ouvert, en élaborant une solution qui peut être acceptée par tous.

Dans la cadre de la concertation, ou même de la négociation, on se retrouve plus dans une coopération qu'une simple acceptation d'une décision. Jérôme Delacroix, spécialiste en management coopératif, résume la coopération à trois points essentiels : l'adoption d'un comportement basé sur la confiance, la convergence des intérêts des acteurs ainsi que de la direction et la libre circulation de l'information¹⁸.

Dans cette perspective, la communication occupe une place significative. Celle-ci ne se limite pas à de l'information. Certes, cela est une nécessité dans un management de type participatif, puisqu'il convient pour une direction d'être claire dans sa ligne de conduite et le plus transparent possible. En revanche la communication ne se limite pas à une simple transmission d'informations.

Plus fondamentalement, la communication, c'est entrer en relation avec une ou plusieurs personnes : il n'y a pas seulement information mais dialogue, réciprocité, échange et compréhension réciproque¹⁹.

C'est, pour Serge Raynal, cet échange qui permettra de faire comprendre à tous les acteurs les objectifs d'un projet et lui donner du sens : « *Dans le projet, le but est de faire comprendre les valeurs et les buts individuels dans le travail de ceux de l'entreprise. C'est également faire converger les efforts de chacun dans la direction la meilleure pour la réussite du projet et éviter les pertes d'énergie individuelles* »²⁰.

Dans le cadre d'une concertation ou négociation, les acteurs pourront modifier, négocier un travail et un projet. Ils pourront se l'approprier. Effectivement, les acteurs deviennent co-concepteurs et co-constructeurs d'une décision. Les acteurs partageront les idées et les contenus inhérentes au projet.

Le projet ne sera pas simplement légitime aux yeux de tous, plus encore, les acteurs s'attacheront à porter un projet qu'ils ont contribué à construire. Ils feront siennes les idées du projet. Il ne s'agit plus d'une simple acceptation, mais de s'inscrire et se ranger

¹⁸ Jacquet Stéphane « Du management participatif au management coopératif : coopérer pour construire et donner du sens au management » p 4 (in http://www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/management_participatif.pdf)

¹⁹ Raynal Serge, *le management par projet*, Paris, Editions les organisations, 2000 p 135.

²⁰ Idem p 136

avec conviction derrière un projet. C'est par conséquent, une manière de susciter une véritable adhésion.

Cette adhésion dépend, néanmoins, de la manière dont une démarche projet arrive à anticiper les réticences, craintes, voire résistances autour d'un projet de construction qui peut générer beaucoup de changements à la fois sur le plan architectural et organisationnel.

Or parce qu'elle permet de faire vivre le changement au quotidien en facilitant son apprentissage et en comprendre son sens, une démarche participative peut être pensée comme un outil pour appréhender les différents changements inhérents à un projet.

2. Une démarche participative permettant d'anticiper les résistances au changement inhérent à un nouveau projet en facilitant son apprentissage par tous les acteurs au quotidien.

Chaque projet est une prospection sur le futur et comporte une part d'incertitudes, de changements qui vont venir bouleverser une situation existante à laquelle les acteurs vont s'attacher. Ils pourront, potentiellement, manifester une certaine opposition par rapport à la nouvelle situation future.

Or dans ce contexte, même si une direction définit avec précision une analyse des besoins du projet en amont, un projet pourra être voué à l'échec s'il ne prend pas en compte les réactions, voire les réticences que pourront avoir les acteurs face aux changements que pourra apporter ce même projet.

Par conséquent, avant de voir la manière dont une démarche participative peut arriver à appréhender ces changements, il convient d'analyser les fondements sur lesquels reposent le changement et surtout la "résistance au changement".

Le terme résistance vient du latin "resistere" qui signifie s'arrêter. En physique, le fait de résister, c'est celui d'opposer une force à une autre et de ne pas subir les effets d'une action ²¹. Céline Bareil, sociologue des organisations et du travail parle d'une réaction de défense pour définir ce concept : « *Dans cette perspective, la résistance au changement*

²¹ Bareil Céline, *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*, Cahier n°04-10-Août 2004, p 3. (in http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf)

*est définie plus spécifiquement selon Collerette, Delisle et Perron (1997) comme étant l'expression implicite ou explicite de réactions de défense à l'endroit de l'intention de changement*²².

La résistance peut se manifester autant de la part d'employés, des syndicats que de cadres, fonctionnaires, gestionnaires, et même dirigeants, qui ne sont pas toujours convaincus de la pertinence de leurs décisions de changer.

On attribue la résistance au changement « à *quelqu'un d'autre*. On entend rarement *quelqu'un dire : "je résiste au changement"* »²³. Sous sa forme active, on peut retrouver les refus, les critiques, les plaintes et le sabotage alors que sous sa forme passive, on note le statut quo, la lenteur, les rumeurs et le ralentissement²⁴. Un seul individu peut résister ou il peut s'agir d'un mouvement de groupe²⁵. Il doit quitter une zone de confort, ses habitudes de travail. Il doit s'attaquer au nouveau contexte, à de nouvelles tâches et responsabilités, apprendre de nouveaux comportements, abandonner ses habitudes qui faisaient partie de son quotidien.

Finalement, le destinataire résiste parce que le changement annoncé est complexe, peu légitimé par l'organisation et en opposition avec les valeurs du milieu²⁶. L'individu aura aussi l'impression de perdre des droits acquis et des privilèges. Ainsi, si le changement n'est pas bien préparé, l'individu résistera.

Or pour Celine Bareil, sociologue du travail, la meilleure solution pour y faire face est de pouvoir en faire l'apprentissage direct au quotidien, le "*changement dans une organisation qu'il vienne des mouvements de la société, de contraintes externes, qu'il soit impulsé par la hiérarchie ou par la direction, est un apprentissage de nouvelles manières de faire, de nouvelles règles*"²⁷. Il est un apprentissage par assimilation de nouvelles régulations, c'est-à-dire de règles au sens large²⁸.

Pour assimiler ces nouvelles régulations, plusieurs théoriciens du management invoquent précisément la démarche participative parce qu'elle permet cet apprentissage direct du changement en mettant les différents acteurs à la contribution de celui-ci.

Dans son ouvrage, le sociologue Philippe Bernoux reprend une analyse de Coch et French en 1947 pour illustrer ce processus : "*Coch et French, proposaient dès 1947, à la suite*

²² Idem

²³ Idem, p 4

²⁴ Idem

²⁵ Idem

²⁶ Idem

²⁷ Idem

²⁸ Idem

*des résultats de leur étude que la façon la plus efficace de modifier ou de retirer complètement la résistance de groupe consistait à réunir le groupe, leur communiquer efficacement le besoin de changer et de stimuler leur participation dans la planification du changement*²⁹.

Philippe Bernoux rajoute un critère essentiel à cette participation : l'implication de tous les acteurs, même les plus modestes. Il n'y a pas de changement sans la présence de tous ces acteurs³⁰.

De cette manière pouvant peser sur le projet, les acteurs ne subissent pas le changement, mais en sont les instigateurs et les concepteurs. Ils pourront l'appréhender, voire dans une certaine mesure le contrôler. Ils pourront lui donner un sens, puisqu'ils auront, ainsi directement participé à son élaboration.

On retrouve de cette manière la notion d'adhésion. Par conséquent, la mise en place d'une démarche participative permettrait à la fois de susciter une adhésion à un projet et d'anticiper les résistances qui l'accompagnent.

C'est précisément ce que la direction de l'HISL a souhaité instaurer pour le projet de construction du nouvel hôpital. La direction n'a pas souhaité reproduire les contre-exemples de deux ex-hôpitaux locaux situés en Loire-Atlantique.

Effectivement dans ces deux établissements qui ont mené des projets de construction et de reconstruction hospitalière, la démarche projet a été non seulement intégralement pilotée par la direction, mais surtout imposée par la direction.

Or ces projets n'ont seulement pas suscité d'adhésion, mais ont, plus fondamentalement connu des résistances et des blocages qui se traduisent encore aujourd'hui par un contexte social très tendu (grèves, fort absentéisme).

B. Une démarche participative comme outil privilégié souhaité par la direction pour accompagner le projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

Il s'agit de confronter la littérature à la démarche que la direction a souhaité et voulu mettre en œuvre. Pour cela, il conviendra d'analyser dans un premier temps le discours de la direction, et dans un second temps, le confronter à la réalité de la démarche mise en

²⁹ Bernoux Philippe *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* ; Paris ; Le Seuil ; 2004 ; p 47

³⁰ Idem

place.

1. La volonté de faire participer et d'associer les agents aux principales phases du projet de construction.

Le discours de la direction a été recueilli dans le cadre d'entretiens semi-directifs d'une demi-heure chacun avec les différentes directions. Il a été convenu d'interroger dans un premier temps la direction générale, puis les différentes directions fonctionnelles : direction des achats et des services logistiques, direction des systèmes d'informations, et direction des soins. Ce discours permet d'analyser la perception, et la façon dont la direction conçoit la démarche qui accompagne le projet du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

Ce qui ressort dans le discours dans un premier temps, c'est que le personnel a participé à la phase projet et a pu émettre son avis.

Ainsi lorsque que la direction générale est interrogée sur la participation des agents, elle va encore plus loin, puisqu'elle parle d'association : *"Oui, même le CVS, la présidente du CVS. Cette association permet de mieux comprendre le projet et réduire le facteur de résistance. Il y en a pleins qui sont dans l'attente"*³¹.

La réponse de la direction des services logistiques et des achats va dans le même sens : *"oui, ils ont pu émettre leurs avis. Ils ont pu mettre des choses sur le toit. Monsieur P a émis des remarques sur le matériel"*³².

La direction des systèmes d'informations détaille, plus en profondeur, dans son entretien, la manière dont elle a conduit le projet, pour la partie, dont elle est responsable, à savoir l'admission et les secrétariats médicaux. Elle parle de groupes de travail sur un mode participatif où chacun a pu donner son avis : *« Des groupes de travail. ... il y a un agent des admissions qui a été désigné par ses collègues pour représenter le service pendant les groupes de travail... Sur les secrétaires médicales, une secrétaire médicale a participé ...Et puis pour les personnels informatiques, c'est le fait on a constitué un groupe de travail autour du SIB Bretagne »*.

Il parle également de comptes-rendus de réunions transmis, discutés, voire modifié avec

³¹ Entretien avec Madame A Directrice générale de l'HISL. Interview le 15 mars 2016.

³² Entretien avec Madame B, Directrice adjointe chargée des services logistiques et des achats. Interview le 16 mars 2016.

les équipes et par les équipes : « *ces comptes rendus ont été diffusés aux agents des services concernés. Moi-même j'ai pu reprendre ces comptes rendus avec les agents, ce qui a permis d'apporter soit des demandes de modifications ou de confirmations en réunion. L'avis des agents a été pris lors des réunions, et lorsqu'on a rediscuté de ces différentes réunions*³³. Ces réunions ont été l'occasion pour l'ensemble des catégories du personnel du service d'exprimer leurs opinions quant au projet du nouvel hôpital.

La deuxième caractéristique que l'on retrouve dans le discours de la direction concerne l'importance qu'attache la direction à ce que le personnel puisse s'appropriier le projet. Pour ce faire, elle a souhaité donner la possibilité aux agents de définir eux-mêmes leur futur outil de travail.

La direction générale, ajoute, par ailleurs, que c'est une condition nécessaire d'ailleurs pour que le changement soit accepté : "*Il faut beaucoup. Parce que ça va être leur outil de travail, il ne faut pas qu'il le découvre à la dernière minute, même au niveau organisationnel, pour qu'il accepte le changement, qu'il associe bien en amont le nouvel hôpital*³⁴.

Pour la direction des services logistiques et achats, cette appropriation du projet relève même d'un passage obligé : "*Parce que c'est un changement. Il faut que les agents derrière s'approprient le nouveau bâtiment*³⁵. La direction des systèmes d'informatiques va plus loin, lorsque la question de l'appropriation lui est posée, la réponse est une affirmation claire : "*Les équipes ont pu se l'approprier*³⁶.

Dans la pratique, lorsqu'on observe la démarche mise en place par la direction, on constate, effectivement, une volonté de faire participer et d'associer l'ensemble des services et des agents à la définition du projet.

Effectivement, les deux phases primordiales d'un projet, à savoir l'APS (Avant-Projet Sommaire) et l'APD (Avant-Projet Détaillé) ont fait l'objet de réunions d'ateliers participatifs regroupant tous les services concernés par la construction du nouvel hôpital.

Il convient avant d'étayer l'argumentation de définir ce qu'on entend par APS et APD. L'APS a pour but de déterminer les dimensions d'un projet, ses coûts, sa durée de réalisation. Cette phase permet aussi aux décideurs d'avoir une première approche en termes de fonctionnalité et du programme architectural du futur projet. Quant à l'APD,

³³ Entretien avec Monsieur A, Directeur adjoint chargé du Service Qualité et des Systèmes d'Informations. Interview le 21 mars 2016.

³⁴ Entretien Madame A.

³⁵ Entretien Madame B.

³⁶ Entretien Monsieur A.

c'est la phase qui intervient entre l'avant-projet sommaire et le dossier de permis de construire. Il est, notamment, composé d'un descriptif détaillé des travaux à accomplir et d'une estimation chiffrée de leur coût.

Durant la phase APS, deux séries de réunions préparatoires avec l'ensemble des services avaient été organisées les 23 et 24 septembre 2014 ainsi que les 30 septembre et 2 octobre 2014. L'enjeu de ces réunions était de définir à la fois l'expression des besoins des utilisateurs et les modifications à la marge à apporter au projet avant la remise de l'APS qui était prévue le 31 octobre 2014.

Ces réunions ont occupé toute la journée et se sont tenues services par services : cuisines, pharmacies, logistiques, admission, secrétariat, EHPAD, USLD, et SSR. Outre la direction représentée par la direction générale, la direction des services logistiques et achats, ainsi que la direction des Système d'Informations, étaient présents pour chaque service l'encadrement et dans la mesure du possible un membre du personnel.

Ainsi, lorsqu'on observe les comptes rendus de ces deux réunions pour les services EHPAD et USLD, d'une part, on constate que chaque catégorie de personnel était bien présente aux réunions que ce soient les praticiens hospitaliers, les cadres de santé, les infirmiers, l'animatrice, une AS (Aide-Soignante) et la présidente du CVS (Conseil de la Vie Sociale).

D'autre part, chaque acteur a pu s'exprimer et émettre ses remarques et appréhensions. Ces remarques ont été prises en considération par la direction avec une volonté d'arriver à une décision collective. De même, suite à la présentation de l'APD le 29 janvier 2015, des réunions de travail similaires par service ont eu lieu pour définir les précisions ou les ajouts à apporter à l'APD. On peut prendre pour exemple, la réunion de travail 29 janvier 2015, qui portait sur l'usage de certains locaux comme le poste central de préparateur de soins. Ce sont les soignants qui ont principalement définis les grandes lignes de l'organisation des locaux, la direction a seulement approuvée par la suite les différentes orientations.

Parallèlement aux différentes phases projet, les instances ont également été le lieu de débat régulier sur le nouvel hôpital. Effectivement, la direction a souhaité mener une communication claire et fluide concernant le projet du nouvel hôpital que ce soit de manière formelle au niveau des instances ou plus informelle.

2. Une communication officielle transparente, claire et fluide, et des échanges informels réguliers entre la direction et les différents acteurs.

L'argumentation s'appuiera à la fois sur l'observation directe issue de l'expérience de stage et les comptes rendus d'instances.

D'une part, la direction a souhaité que la communication soit claire et fluide à travers les canaux de communication officiels de l'HISL. Le projet de construction a fait l'objet d'une information régulière et transparente à travers le bulletin d'information, le site internet de l'établissement et les instances.

Chaque décision ou avancée sur le projet du nouvel hôpital a fait l'objet d'un article de la direction dans le bulletin d'information. Il est joint à chaque fiche de paie. C'est ainsi un moyen pour l'ensemble du personnel d'être informé et concerné par le projet de construction.

Le site internet de l'HISL est actualisé régulièrement par la secrétaire de direction sur recommandation de la direction générale. C'est un moyen privilégié de transmission d'information par la direction. Par exemple, l'autorisation de lancer la phase d'appel d'offre obtenue par l'ARS le 31 décembre 2016 a fait l'objet d'un encadré sur le site de l'établissement juste après la CME (Commission médicale d'établissement) du mois de janvier.

Effectivement, sein des instances que sont la CME, le CTE (Comité technique d'établissement), le CHSCT (Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail), Conseil de Surveillance, CVS, CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), la direction a mené une campagne d'information transparente sur les différentes phases du projet.

Non seulement la direction n'a pas hésité à transmettre toutes les informations sur les phases les plus délicates du projet, comme les retards qui ont été pris pour le lancement de l'appel d'offre en 2016, mais surtout, elle a eu le souci d'adapter son discours aux différents acteurs dans le cadre d'une démarche de pédagogie, notamment sur la partie financière du projet.

Ainsi, les instances n'ont pas été de simples lieux de transmission de l'information, elles ont été, plus fondamentalement, l'objet d'échanges et de dialogue sur le projet. En d'autres termes, elles ont été l'objet d'une communication sur le projet ; car communiquer ne se résume pas seulement à une transmission d'information. La communication est un processus dans lequel se trouve un échange et une réciprocité, où les différentes parties peuvent s'exprimer et faire des observations sur ce qui leur paraît incompréhensible ou encore non judicieux.

Or lorsqu'on observe les comptes rendus d'instances, on fait le constat que les acteurs ont pu exprimer leurs réticences ou encore les pistes d'améliorations. Elles ont surtout été aussi l'occasion de définir en commun des stratégies de mise en œuvre du projet. Par exemple, lors de la CME du 12 décembre 2015 à laquelle j'avais participé pendant la période du stage, un des enjeux principaux de la réunion était de définir le plan d'actions à mener pour obtenir un accord de l'ARS pour lancer l'appel d'offres du nouvel hôpital. Lors de cette réunion, les échanges étaient constructifs et la direction a non seulement pris en compte l'ensemble des avis mais a adopté une stratégie qui faisait consensus, celle qui convenait aussi aux praticiens hospitaliers, à savoir un courrier de la direction générale adressée à l'ARS et aux élus.

D'autre part la direction a régulièrement communiqué de manière informelle avec les acteurs de terrains. Cette communication informelle prend la forme d'échanges de mail avec les cadres des différents services.

Dans cette perspective, l'encadrement est conçu comme le véhicule de transmission des doléances, remontrances et informations du personnel présent sur le terrain. Il m'a été possible de lire et d'analyser certains de ces mails. Ceux-ci, bien qu'étant très brefs, résumaient les observations, voire les modifications que le personnel souhaitait apporter au projet.

Par ailleurs, des réunions hebdomadaires de services des directions fonctionnelles constituaient également l'occasion pour le personnel de pouvoir remonter à la direction les différentes remarques sur le sujet.

Enfin, lors de la phase du jury de concours des architectes destinée à choisir le projet et le cabinet en charge de réaliser l'APS, la direction a mis en place un cahier à disposition du personnel dans le hall pour y retranscrire les points qui peuvent sembler problématiques, et la proposition des architectes qui leur semble la plus appropriée à leurs attentes.

Ainsi il semble que la direction ait souhaité appliquer pour le projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau une démarche qui soit la plus participative possible. Elle a non seulement fait participer tous les services, mais surtout, cette participation a pris la forme, non pas d'une simple consultation (avis demandés aux acteurs) mais d'une codécision partagée aux phases du projet (échanges et décisions communes en instances).

En conséquence, du point de vue de la direction, le projet n'a non seulement suscité

Zouhir HAMMOU-KADDOUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – DESSMS-Année 2016.

aucune réticence, mais plus encore il a été attendu, accepté et voulu. Effectivement, lors des entretiens à la question sur l'adhésion du projet et son acceptation par le personnel, le directeur des systèmes d'informations a, par exemple répondu : « *au contraire, ils attendent avec impatience le nouvel hôpital. C'est plutôt une attente de l'ensemble des agents du Loroux* »³⁷. La réponse de la directrice générale va dans le même sens : « *le fait d'avoir des locaux neufs, ça fait accepter le changement surtout par rapport aux locaux actuels* »³⁸.

Or le personnel semble sur le terrain avoir une approche différente de la démarche et voit le projet du nouvel hôpital avec beaucoup de méfiance. En effet, dans la démarche projet, il estime non seulement ne pas avoir été suffisamment associé au projet, mais surtout, il voit ce projet avec une amertume, voire des craintes. Ce dysfonctionnement sera l'objet de la seconde partie de ce mémoire.

³⁷ Entretien avec Monsieur A

³⁸ Entretien avec madame A

Deuxième Partie

II. Un projet qui ne semble pas susciter d'adhésion mais plutôt des réticences parmi le personnel, s'expliquant à la fois par le sentiment de ne pas avoir assez été associé au projet, et surtout par un climat social et budgétaire local anxieux.

Il convient de confronter la démarche participative qu'a souhaité mettre en œuvre la direction à la réalité du terrain. Ainsi, il conviendra de constater les dysfonctionnements inhérents à cette démarche au regard de la perception du personnel.

Dans un deuxième temps, il conviendra de fournir des clés de compréhension et d'explication. En d'autres termes, il s'agira d'analyser les causes de ces dysfonctionnements, qu'elles soient internes ou externes, ce qui conduira à relativiser la perception que peut avoir le personnel de cette démarche participative.

L'étude de cette partie s'appuiera sur quatre types de sources :

- L'analyse des projets présentés au jury de concours pour le choix de la maîtrise d'œuvre, phase préalable à l'APS et l'APD, et les avis rendus par la commission technique qui avait été constitué pour classer les trois projets.
- Les entretiens semi-directifs menés auprès du personnel, tout particulièrement le personnel soignant.
- Le questionnaire de satisfaction distribué auprès du personnel

- Et l'observation directe de la vie institutionnelle de l'établissement pendant la durée du stage long.

Des graphiques réalisés à partir de l'enquête diffusée auprès du personnel viendront appuyer succinctement l'argumentation.

A. Le constat de terrain : un projet de construction qui ne semble pas susciter d'adhésion, mais des craintes voire des appréhensions parmi le personnel.

1. Un projet accepté, mais qui ne susciterait pas d'adhésion parmi le personnel.

Il semble, dans un premier temps nécessaire de rappeler les principales phases d'un projet : la phase pré-projet ('APS, APD), le dossier et l'obtention du permis de construire, ainsi que le lancement de l'appel d'offres et le démarrage des travaux. Préalablement à l'APS et l'APD, un projet nécessite le choix d'une maîtrise d'ouvrage et d'une maîtrise d'œuvre. On peut définir la maîtrise d'ouvrage comme l'équipe qui définit les grandes orientations et les contours d'un futur projet. Quant à la maîtrise d'œuvre conçoit concrètement le projet.

Si l'argumentation va fortement se recentrer sur la maîtrise d'œuvre et le projet qui l'a accompagné, c'est qu'au fil des différents entretiens avec les soignants et les médecins, celle-ci cristallise dans les entretiens les réticences, voire même le rejet.

Dans le cas de l'HISL, on peut qualifier la direction et le président de CME comme les personnes composant la maîtrise d'ouvrage. En revanche, le choix de la maîtrise d'œuvre avait donné lieu à trois propositions hospitalières architecturales provenant de trois cabinets d'architectes différents : AD QUATIO Paris, Rocheteau-Sailliard Nantes et AIA Nantes.

Chaque proposition devait comporter :

- Un bâti monobloc avec des services de soins au centre de chaque unité
- Un regroupement de la pharmacie et des cuisines sur le site de Vertou
- Une mutualisation des unités SSR, USLD avec la création d'une UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) sur le Loroux-Bottereau
- Un EHPAD de 107 lits avec des chambres individuelles et aucune chambre double (comme cela est encore le cas actuellement).

Si l'analyse en profondeur du contenu architectural de chaque projet n'est pas l'objet de notre sujet, il convient, néanmoins de préciser les grandes différences entre chaque projet architectural. On peut nommer les trois projets par des lettres : projet A, B et C.

Le projet A est structuré en trois niveaux. Sa particularité est d'avoir une partie médico-sociale bien distincte de la partie sanitaire. Les services de soins sont au centre de chaque unité et les services logistiques sont à l'extrémité des unités.

Le projet B est conçu en trois niveaux et demi avec une entrée centrale. L'accueil et les services logistiques ainsi que l'EHPAD sont au premier niveau, divisé en deux sous-niveaux. Quant au projet C, il se compose en deux niveaux avec l'EHPAD en rez-de-chaussée, là aussi avec une entrée centrale.

Or le projet qui avait été défendu par les soignants et qui correspondait le plus à leur conception de la prise en charge des usagers semble être celui dans lequel il existe une vraie distinction entre la partie sanitaire et médico-sociale. C'est celui qui cristallise les déceptions.

Dans le discours, les soignants ne sont pas satisfaits par l'architecture, et semblent ne pas se reconnaître dans le projet qui a été choisi. On retrouve cette atonie que ce soit du côté des médecins ou du personnel.

Effectivement selon le président de la CME : "*on avait comme idée de départ de séparer la partie sanitaire et l'EHPAD, parce que cette union entre l'EHPAD et le sanitaire favorise une médicalisation de l'EHPAD et il aurait été préférable d'avoir une entrée différente. C'était notre souhait de départ. Et on se retrouve avec un établissement qui va réunir les deux unités*"³⁹.

Du côté de l'encadrement, le cadre de santé en SSR ou en EHPAD et USLD jugent le projet choisi négativement en invoquant le même argument que le président de CME. On constate le même discours chez les infirmières : "*Il y avait trois projets présentés à tout le monde. Celui choisi n'est pas forcément celui qui correspondait aux attentes en termes de soins et en termes de lieux de vie*"⁴⁰. Les AS et ASH qui ont pu être interrogés vont plus loin, puisqu'ils évoquent un projet voulu et choisi par la direction : « *Ce n'était pas forcément la solution qui correspondait pour les soignants* »⁴¹.

³⁹ Entretien avec Monsieur C, Médecin, Président de la CME. Interview le 15 avril 2016.

⁴⁰ Entretien avec Madame F et Madame G, Infirmières au sein des services SSR, USLD et EHPAD. Interview le 11 mai 2016.

⁴¹ Entretien avec Madame H et Madame I, AS et ASH au sein des services SSR. Interview le 12 mai 2016.

Certes, dans le discours, le président de CME parle d'un "*projet porteur*"⁴², et l'infirmière du SSR évoque la grande attente d'un projet destiné à améliorer les conditions de travail pour l'ensemble du personnel avec une organisation et une circulation des agents qui sera désormais effectué sur un seul niveau et non plus plusieurs étages. Cependant, celle-ci parle du projet le "*moins cher*"⁴³, et le président CME va plus loin, puisqu'il parle d'un projet, certes accepté par les médecins et les soignants, mais qui ne suscite pas d'enthousiasme : "*On est plus sur un consensus, c'est pas le projet qu'on avait défendu initialement...on est sur un établissement qui s'est réduit, amoindri. Si on arrive à obtenir cet établissement, ça sera bien, mais c'est un établissement au rabais*"⁴⁴.

Lorsqu'on change de service, et que l'on interroge les services EHPAD ou USLD, on retrouve le même discours. L'infirmière, parle d'un projet nécessaire : à la question « *comment jugez-vous le projet du futur hôpital* », celle-ci a simplement répondu avec amertume, « *il le fallait* »⁴⁵.

C'est précisément, le sentiment qui se dégage à travers le questionnaire qui a avait été distribué auprès du personnel des services de SSR, USLD, et EHPAD.

Ce questionnaire a fait l'objet de 38 retours, essentiellement du personnel de catégorie C avec quelques infirmiers. La première question du questionnaire concernait, précisément la satisfaction du personnel par rapport au projet actuel de construction qui a été choisi par le cabinet d'architecte AIA. Les agents avaient le choix de cocher trois items : "*satisfaisant*", "*pas assez satisfaisant*", et "*insatisfaisant*".

Or sur les personnes interrogées, 16 ont coché la case « *pas assez satisfaisant*, et 4 ont coché la case "*insatisfaisant*", soit plus de la majorité des 38 retours. Ainsi loin de susciter l'unanimité le projet ne semble pas susciter d'enthousiasme et d'unanimité.

⁴² Entretien avec Monsieur C

⁴³ Entretien avec Madame F

⁴⁴ Entretien avec Monsieur C

⁴⁵ Entretien avec Madame G

Satisfaction ressentie par le personnel envers le projet de construction



Si le sentiment qui se dégage concernant le projet relève de l'amertume, parallèlement, cette nouvelle construction est génératrice de nombreux changements fonctionnels et organisationnels qui amène aussi les agents à se questionner sur un avenir qui leur paraît anxiogène.

2. Un projet générateur de changements organisationnels et fonctionnels qui suscitent des appréhensions et réticences parmi le personnel.

En effet, le nouvel hôpital du Loroux-Bottereau comporte plusieurs changements architecturaux et fonctionnels de grande ampleur.

D'une part, la pharmacie et la cuisine du Loroux-Bottereau n'existeront plus, puisque ces services seront mutualisés entre les deux sites sur l'hôpital de Vertou. L'objectif sera d'arriver à la mise en place d'une seule Pharmacie à Usage Central (PUI) pour l'ensemble de l'HISL (et non deux comme c'est actuellement le cas) et de transformer la cuisine de Vertou en cuisine relais. Dans ce cadre, les plateaux repas seront livrés au Loroux-Bottereau le matin et déposés en chambre froide. Ils seront ensuite réchauffés et directement servis dans les unités en plateaux.

D'autre part, contrairement à l'organisation actuelle où chaque service, voire unité est dispersée du fait de la discontinuité du bâti, le nouvel hôpital prévoit le regroupement sur un même niveau des lits de SSR en deux sous-unités de 30 lits et de deux unités USLD de 14 lits avec la possibilité d'en transformer une en PASA. L'EHPAD sera organisé en 4 unités de 32 lits. Les services de soins ne seront plus en bout des unités, mais au centre

des unités à la fois pour limiter les déplacements inutiles des personnels, et permettre une prise en charge de proximité pour les patients, résidents.

Dans les entretiens, lorsqu'on évoque ces changements organisationnels, trois thématiques cristallisent les réticences du personnel du Loroux-Bottereau, tout particulièrement soignant, qu'il soit AS, ASH, infirmier ou cadre de santé.

C'est d'abord la crainte d'avoir une organisation de travail et des équipes de travail complètement bouleversées et remodelées. C'est une crainte qui revient particulièrement au sein des services SSR organisés actuellement en petites unités. On peut résumer les méfiances à travers la phrase de l'infirmière du SSR en entretien : *" on va passer d'un travail dans de petites unités, deux ASH qui travaillent en binôme ...et le nouvel hôpital signifiera des locaux plus grands et sans ce binôme. Donc cela entraîne crainte et angoisse"*.

C'est ensuite la crainte d'avoir une charge de travail supplémentaire. Effectivement, dans le discours des soignants, l'accent est fortement mis sur le fait que le nouvel hôpital soit plus grand en superficie, ce qui peut potentiellement amener à une charge de travail similaire pour un personnel à iso effectif. L'infirmière SSR évoque même dans l'entretien une opportunité pour la direction de pouvoir ainsi supprimer des postes : *" A mon avis on va être regroupé au sein des SSR, et nous on appréhende qu'ils enlèvent des postes infirmiers...le bâtiment sera fait pour que le personnel puisse faire le même travail"*⁴⁶

En conséquence, les équipes SSR craignent un auto remplacement plus conséquent du fait que les unités soient toutes regroupées et que l'HISL soit engagé dans une politique de restriction budgétaire : *"Les entités vont être séparées, sauf que géographiquement...Normalement, on est dans une politique de restriction budgétaire, et on n'est pas remplacé, on sait très bien ce qui se passe...sur le nouvel hôpital, ce qui changera ça sera avoir beaucoup plus de patients"*.⁴⁷

Au niveau de l'USLD, on retrouve dans le discours les mêmes réticences sur les conditions de travail, notamment sur l'auto-remplacement. En entretien l'infirmière en USLD évoque avec dépit des conditions de travail qui vont se dégrader : *"Plus que maintenant (rires)... j'ai du mal à le croire... mais au niveau personnel, ça va coïncider dans les conditions de travail"*⁴⁸. Parallèlement à l'auto-remplacement la suppression, dans le cadre du projet de deux postes aux cuisines, et d'un poste infirmier contribue à renforcer ce climat de suspicions.

⁴⁶ Entretien F

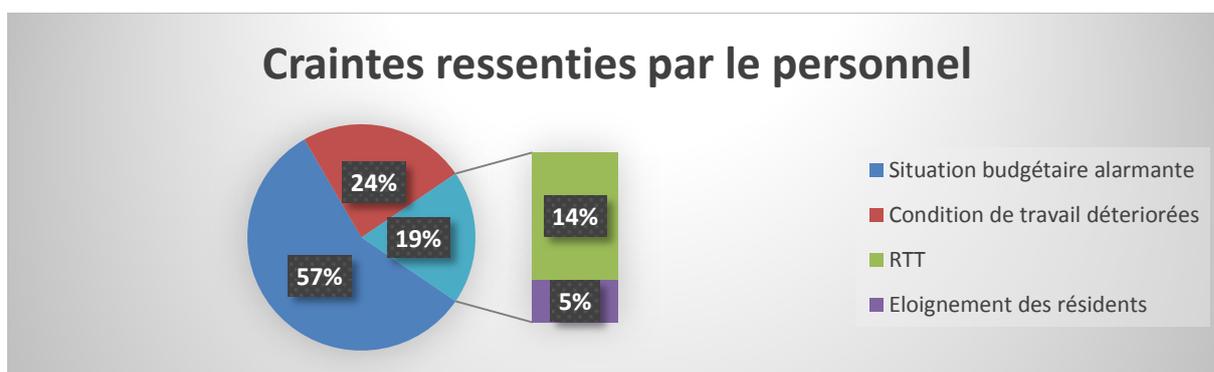
⁴⁷ Entretien F

⁴⁸ Entretien avec Madame G.

C'est enfin la modification des tâches de travail qui est au cœur des inquiétudes. C'est la précision des tâches entre les AS (Aide-Soignante) qui relève du soins et les ASH (Agent des Services Hospitaliers) hôtelières qui relèvent des cuisines à l'image de la réaction du cadre de santé du SSR qui suscitent des appréhensions. Il perçoit avec beaucoup de prudence les choix de la direction de transformer du temps d'AS en temps ASH dans le cadre du projet hôtelier du nouvel hôpital.

Si celui-ci admet que la séparation des tâches entre AS et ASH est une bonne chose, il accorde beaucoup d'importance à ce que celle-ci ne se fasse pas au détriment des AS *"Ce qui va toucher les soignants c'est l'organisation hôtelière...on est pas favorable à ce qu'il y ait une poursuite de la séparation des tâches et qu'on nous prenne du temps AS trop important, parce que sinon on arrive pas à réaliser le bio nettoyage dans de bonnes conditions."*⁴⁹.

On retrouve les mêmes inquiétudes lorsqu'on croise les entretiens semi-directifs des soignants avec le questionnaire de satisfaction distribué au sein des services. Dans le questionnaire, une question concernait explicitement la manière dont le personnel perçoit ces changements organisationnels. Les craintes qui revenaient le plus souvent concernaient également, le contexte budgétaire tendu, la nouvelle organisation de travail, et les conditions de travail qui pourraient potentiellement se dégrader, la mutualisation des unités et équipes, ainsi que les suppressions de postes.



Ces réticences et ce manque d'adhésion au projet de construction peuvent s'expliquer à la fois par des facteurs internes, mais aussi des facteurs externes nuançant ainsi, le discours du personnel pour lequel la direction n'aurait absolument pas agi dans son sens.

⁴⁹ Entretien avec Monsieur E, Cadre de santé des services SSR. Interview le 28 avril 2016.

B. Un personnel de catégorie C qui n'a pas le sentiment d'avoir été associé à un projet qui s'insère dans un contexte social et budgétaire local peu propice à créer un climat de confiance.

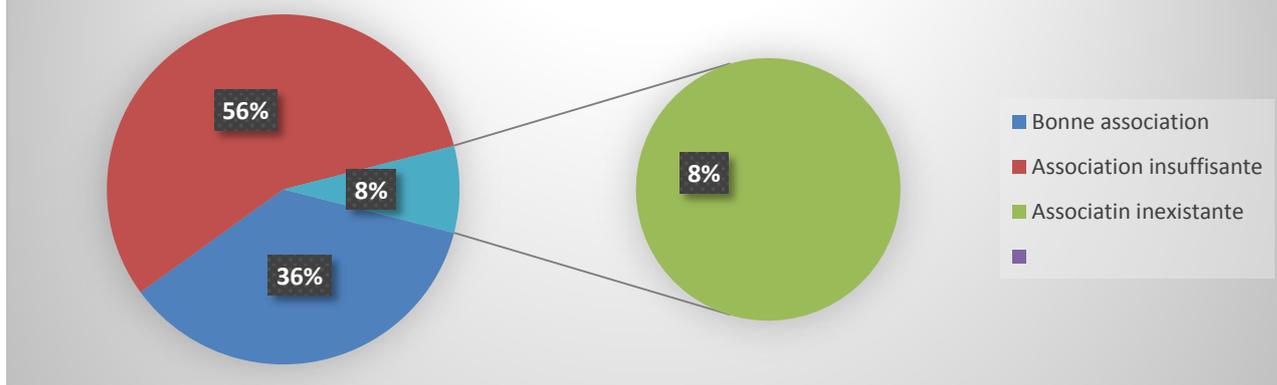
1. Des clés d'explication internes : un sentiment de ne pas avoir été associé pour le personnel de catégorie C qui peut s'expliquer par une implication moins grande au projet que les autres catégories d'agents et une communication de la direction peu claire et diffuse au niveau du terrain.

La troisième thématique du questionnaire diffusé auprès du personnel, tout particulièrement de catégorie C, porte sur la perception que le personnel avait de la manière dont la direction a essayé de l'associer au projet et ainsi de la façon dont son avis a été pris en compte.

Là aussi, les agents avaient le choix entre trois réponses qui sont : " *oui, les réunions et groupes de travail préparatoires ont associé et fédéré l'ensemble des agents de l'HISL*", " *Pas assez, les réunions étaient constructives, mais les avis des professionnels n'ont pas été assez pris en compte*", " *Non pas du tout*". Si 9 agents ont répondu à la question une, 14 agents ont coché la réponse 2 et surtout 12 agents la réponse 3.

Le personnel a ainsi le sentiment que non seulement, il n'a pas été impliqué dans le projet, mais surtout une partie non négligeable estime que cette association est complètement inexistante (plus de 8% des résultats du questionnaire).

Degré d'association du personnel



On retrouve, d'ailleurs, cette perception, dans le discours des agents en SSR et USLD. S'ils soulignent bien l'existence de groupes de travaux accompagnant la préparation du projet, ils estiment que leur participation a été inutile et que leur avis n'a pas été pris en compte. On constate par exemple, cette rhétorique dans l'entretien de l'infirmière en EHPAD et en USLD : *"Une Participation à des groupes de travail. Néanmoins, la direction a décidé. Il n'y a pas eu d'espace de réflexions, malgré le rythme des réunions, la direction a décidé en fonction des projets qu'elle souhaitait mettre en place"⁵⁰.*

Il est possible de fournir une première clé d'explication à ce défaut d'association par la perception qu'ont les encadrants des agents de terrain et du personnel de catégorie C . Selon les cadres de santé, ceux-ci seraient incapables de se projeter dans le futur et seraient « obnubilés » par leurs tâches de travail au quotidienne.

Par conséquent ils ne pourraient pas avoir de vision prospective d'une institution ou d'un établissement. On retrouve, par exemple, ce discours dans l'entretien mené auprès du cadre de santé de l'USLD et de l'EHPAD : *"Le problème, maintenant que je suis dans le management, je vois les choses, la temporalité n'est pas du tout la même...dans le management, on est sur des projets qui sont long courts, parfois on parle de choses qui sont très éloignées des agents, si on ramène pas les choses dans le quotidien, on peut vite perdre les gens. Tant que c'est pas fait, ils en ont pas conscience."⁵¹*

Néanmoins, l'analyse par les cadres de santé n'est pas suffisant pour expliquer la sensation d'un défaut d'association au projet parmi le personnel.

⁵⁰ Entretien avec Madame G.

⁵¹ Entretien avec Monsieur G, Cadre de santé des services USLD, EHPAD. Interview le 28 avril 2016.

Or si, on s'attache à décomposer la composition des groupes de travail relatifs aux avants projets ou encore le jury de concours qui a choisi le projet actuel du Loroux-Bottereau, on peut constater que l'implication du personnel de catégorie C est moins grande que celle des autres catégories d'agents.

Effectivement, si l'on se penche sur les réunions d'avant-projets des 24 et 25 septembre dont l'objet était de préparer avec les utilisateurs la mise en œuvre de l'APS, on constate que certes, l'ensemble des catégories d'agents y ont participé. Néanmoins, pour les services EHPAD et USLD, il manque la représentation ASH. Plus encore, pour les services SSR, outre la présence des corps de direction, les praticiens hospitaliers et des infirmiers, on ne retrouve parmi les personnes présentes ni de représentation d'AS ni même d'ASH.

Plus fondamentalement, si l'on analyse la composition du jury de concours qui a choisi le projet actuel du Loroux-Bottereau, on constate que l'on retrouve dans les membres ni personnel, ni même encadrants.

Effectivement, la direction générale a composé cette commission de la manière suivante : la direction générale, le président de CME, le vice-président du conseil de surveillance, un administrateur du conseil général, trois architectes de l'ordre des architectes, et deux personnes qualifiées du CHU de Nantes.

Cette impression se confirme à travers la perception que les personnels ont du cahier qui avait été mis à leur disposition pour donner un avis sur les trois projets relatifs à ce choix du concours d'architecte. Ils ont pu certes, être consultés, et y écrire leurs avis, mais selon eux, la direction a tranché et n'a pas tenu compte de leurs consultations. C'est précisément ce que le discours des AS et ASH du SSR interrogées en entretien laisse entendre : « *Il y a un vote sous format d'avis sur carnet dans le hall d'entrée. Malgré le rythme des réunions, la direction a décidé en fonction des projets qu'elle souhaitait mettre en place* »⁵².

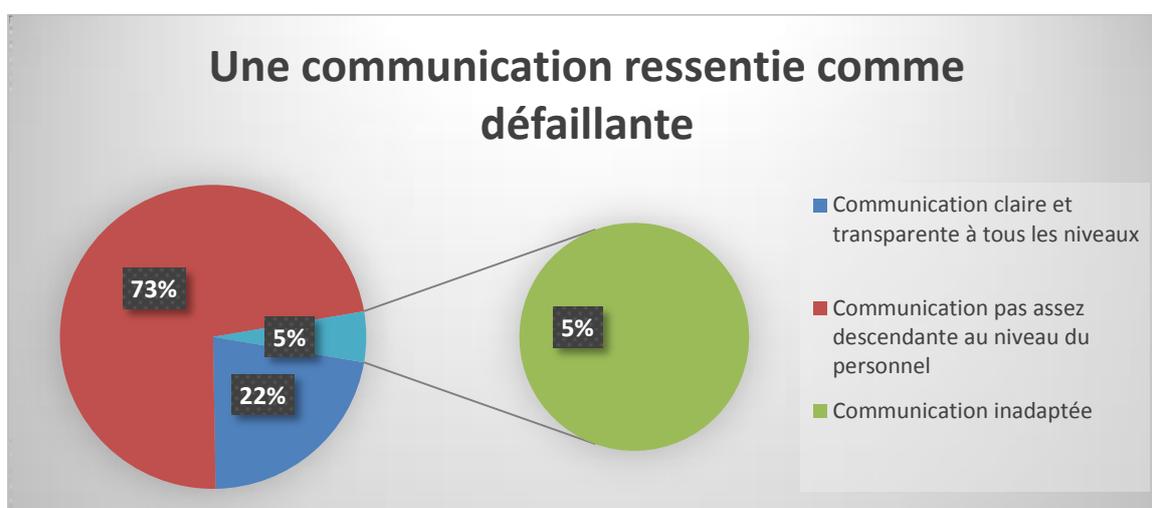
Dans la pratique, la direction échange peu avec le personnel, les cadres venant jouer le rôle d'une interface d'échanges : le personnel fait remonter par le biais des cadres les remarques ou appréhension autour du projet.

Dans cette perspective, malgré les efforts de l'encadrement pour solliciter le personnel ou la participation du personnel aux réunions d'avants projets, le projet sera perçu comme une chose extérieure, voire un projet négatif puisqu'il sera issu de la direction et de

⁵² Entretien avec Madame F.

l'encadrement. Le personnel n'a pas eu l'occasion de faire sien un projet en le travaillant dès sa conception.

Par ailleurs, une troisième clé d'explication réside dans une lacune que le questionnaire a fait surgir : le sentiment d'une communication diffuse et pas assez descendante parmi le personnel. Effectivement, la quatrième question du questionnaire concernait la manière dont le personnel appréhende la communication qui accompagne le projet. Or sur les 38 réponses du questionnaire, 27 agents ont choisi comme réponse " *communication pas assez descendante et diffuse au plus près des acteurs de terrain*".



Au travers des entretiens, on perçoit, effectivement, une distance entre la communication de la direction et la manière dont elle est perçue et même reçue parmi le personnel. Lors des échanges informels avec des AS, ASH ou même des infirmiers que j'ai pu avoir en juin, il a pu être constaté, par exemple que ceux-ci n'étaient pas encore au courant de l'obtention du feu vert obtenu par l'ARS le 31 décembre 2015 pour lancer l'appel d'offres. Ils se demandaient même encore si le projet allait se réaliser et portaient un crédit non négligeable à la rumeur selon laquelle le projet ne se ferait jamais.

On retrouve, ce discours même parmi l'encadrement. Bien qu'ils soient convaincus que le projet soit acté et sur la bonne voie, ils ne sont pas encore convaincus de la faisabilité du projet tant que les travaux de construction ne débiteront pas. Le cadre de santé du service SSR reste perplexe à l'idée de voir les travaux du nouvel hôpital débiter : « *il y a eu pas mal de réunions contradictoires. La grande difficulté, c'est de savoir si ce qu'on a*

*fait comme choix va aller jusqu'au bout*⁵³». On est dans la même logique lorsqu'on interroge le cadre de l'EHPAD ou l'USLD, il souhaite avoir des garanties solides quant à la faisabilité du nouvel hôpital.

Cependant, il convient de nuancer le discours des soignants puisque les méfiances, appréhensions autour du projet ne sont pas forcément étroitement liés à la méthodologie du projet mise en place par la direction, mais peuvent s'expliquer par un climat de défiance qui n'a rien à voir avec le projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

C'est pourquoi les différents dysfonctionnements ne peuvent intégralement s'expliquer par la perception que le personnel a de la démarche de la direction. Si effectivement, il semble exister des dysfonctionnements internes à la démarche, il convient pour analyser de manière objective la démarche participative de la direction de la recouper avec le contexte socio-économique de l'établissement et rechercher ainsi les causes externes de ces dysfonctionnements. Or le projet du nouvel hôpital s'ancre précisément dans un contexte très anxiogène et peu propice à créer un climat de confiance autour d'un projet.

2. Un contexte social et budgétaire local non propice à créer un climat de confiance autour du projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

Si le questionnaire diffusé auprès du personnel et les entretiens seront encore utilisés pour étayer l'argumentation, notre propos sera illustré essentiellement par les résultats de l'observation directe de la vie institutionnelle de l'HISL.

Quatre enjeux cristallisent l'attention du personnel et contribuent à créer un climat de suspicion au sein de l'établissement :

- L'emprunt toxique structuré
- La suppression de RTT et la réduction du temps de travail
- La posture de l'ARS qui a retardé l'avancement du projet.
- Les Groupements Hospitaliers de Territoires

Au début des années 2000, la direction, alors en place a contracté un emprunt qui continue encore aujourd'hui de peser sur les finances de l'hôpital. Certes, celui-ci pouvait

⁵³ Entretien avec Monsieur G

présenter des conditions d'emprunts avantageux pour l'emprunteur, son taux d'intérêt étant très faible, en revanche ce même taux d'intérêt est variable et indexé sur l'évolution des marchés, en l'occurrence le franc suisse. Or depuis 2008 les taux d'intérêt ont fortement augmenté pour atteindre aujourd'hui plus de 14% et fragilisent ainsi les finances de l'hôpital

En effet, pour l'année 2015, les coûts liés à cet emprunt et aux taux d'intérêts représentent près de la moitié du budget de l'hôpital qui correspondent en volume à environ 32 millions d'euros. La direction a sollicité à plusieurs reprises une aide financière de l'ARS. Celle-ci a octroyé au mois de décembre 2015 des crédits répartis sur 5 ans qui s'élèvent à un montant de 12 000 000 d'euros. Mais cela réduit les marges de manœuvre financières d'un établissement qui sort d'un plan triennal d'économies.

Dans ce contexte, la direction ne pouvant pas réduire les dépenses d'investissement, a choisi de réduire les dépenses qui représentent le plus gros volume financier, les dépenses de personnel. Contrairement au CHU de Nantes, ou à d'autres établissements de Loire-Atlantique, la Direction n'a pas fait le choix de supprimer des postes. Bien au contraire, si elle n'a pas renouvelé les contrats aidés, elle a souhaité préserver et garantir la pérennité des postes.

La direction a ainsi fait le choix de réduire le temps de travail en baissant la durée journalière de travail et le nombre de journées de RTT. D'une part, l'ensemble des agents de l'HISL ont vu leur temps de travail quotidien passer de 7h30 à 7h22 par jour. D'autre part le nombre de RTT est passé de 15 jours à 11 jours.

Or ces deux mesures modifient en partie, la perception que le personnel peut avoir du nouveau projet de construction. Dans ce contexte, le nouvel hôpital est perçu comme un outil qui pourra potentiellement créer des économies pour la direction. Dans les entretiens, les personnes interrogées ont précisément le sentiment que le projet a été présenté comme un outil de mutualisation des moyens.

Lors de l'échange avec le cadre de santé de l'EHPAD et l'USLD, une question lui est posée sur le nouvel hôpital comme outil d'économie, il n'hésite pas à affirmer que : *« ça leur a été dit par moment, dans le sens où ils savent qu'au niveau de la surface il sera plus grand, mais à iso effectif...la directrice a déjà exprimé devant les équipes que le nouvel hôpital permettait normalement des gains de productivité »*⁵⁴.

⁵⁴ Entretien avec Monsieur G.

Il pense même qu'un des objectifs du nouvel hôpital est précisément de pouvoir réaliser des économies de personnel que recommande l'ARS : *« je pense que si l'ARS a accepté que le nouvel hôpital soit construit c'est sûrement pour nous demander de faire des efforts sur le titre I du personnel, pour faire des économies supplémentaires »*⁵⁵ . On peut encore citer la réponse du président de CME qui va dans le même sens : *« ça a été présenté comme ça...sur les conséquences en termes d'auto remplacement, ça ne changera pas grand-chose »*⁵⁶.

Si du côté des cuisines, la suppression de deux postes en cuisines expliquent cette réaction, les agents administratifs, notamment ceux en secrétariat ont la même réaction face à ce projet.

Dans ce contexte le personnel ne perçoit plus le nouvel hôpital comme un élément positif, mais ils l'associent aux efforts qu'ils ont réalisés avec la réduction du temps de travail. Les cadres de santé parlent même de sacrifices dans leurs entretiens : *« On a fait des sacrifices pour rentrer dans l'enveloppe de l'ARS, il n'est pas très virulent ici, il a accepté une réduction du temps de travail de 8 minutes, de perdre 4 RTT, mais on s'aperçoit qu'il y a des comptes épargne temps dans un hôpital alimenté essentiellement par les directeurs. Donc ça pose soucis »*⁵⁷.

De même du côté de l'EHPAD ou l'USLD le personnel associe l'ensemble des mesures d'économies demandées au nouvel hôpital qui est alors perçu comme un élément négatif : *« mais les gens ont l'impression que tous les jours on leur en demande plus....vous êtes fatigués, c'est pas grave, mais vous allez revenir 4 jours en plus dans l'année. A tort ou à raison, ils se sentent épuisés, fatigués et ne voient pas le positif, quand on leur parle de choses, les bonnes nouvelles cachent deux ou trois mauvaises derrière »*⁵⁸.

Le troisième point qui fragilise le projet réside dans la démarche de l'ARS concernant le lancement de l'appel d'offres. Si elle a signifié son approbation par courrier le 31 décembre 2015 à l'HISL, celle-ci a pris le temps d'analyser la soutenabilité financière du projet de construction pour donner l'accord à l'HISL avant de pouvoir lancer son appel d'offres.

Or cela a contribué à créer un climat de suspicion quant à la faisabilité du projet. Dans les échanges informels avec les agents, la crainte était de voir l'ARS mettre un terme au projet pour des raisons financières.

⁵⁵ Entretien avec Monsieur G

⁵⁶ Entretien avec Monsieur C

⁵⁷ Entretien avec Monsieur G

⁵⁸ Idem

Dans le même cadre, l'arrivée d'une nouvelle direction au mois de septembre suscite une inquiétude. Si pour le personnel la future direction s'inscrit dans la continuité du projet, en revanche là où subsistent des craintes concerne l'attitude de cette dernière vis-vis de l'ARS : une personne qui n'a pas porté le projet serait potentiellement contrainte de « se plier » aux futures exigences de l'ARS.

Le dernier point qui cristallise l'attention du personnel sont les GHT. Annoncés dans le cadre de la loi de santé portée par Marisol Touraine et adoptée en avril 2015, les groupements hospitaliers de territoire sont un nouvel outil visant à intensifier la collaboration des établissements.

Chaque établissement public de santé devant adhérer à un GHT au 1er juillet 2016, cette évolution est au cœur des réflexions des décideurs hospitaliers. L'objectif premier du GHT sera de mettre en œuvre un projet médical unique, sur un territoire donné, qui pourra être interrégional. Un établissement dit " support " assurera, pour le compte des établissements membres, la gestion d'un système d'information, la fonction achats ainsi que la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale.

Or pour le personnel, les GHT confirment d'une part, les orientations de l'ARS, à savoir la poursuite d'une politique de restriction budgétaire qui transparaîtra dans le cadre du projet de construction. Et d'autre part, la crainte du personnel est de voir le projet piloté par l'établissement support qu'est le chu de Nantes, ce qui n'ira pas dans le sens des intérêts que défendent le personnel.

Il est difficile d'agir sur les causes extérieures, l'emprunt toxique structuré qui est étroitement lié à la réduction du temps de travail à l'HISL dépendra de la capacité et volonté de l'ARS à accompagner l'établissement, et les GHT de la manière dont les membres du groupement souhaitent le mettre en application.

En revanche, la direction peut améliorer sa démarche participative autour du projet de construction, notamment en impliquant plus fortement le personnel de catégorie C, et en réalisant un véritable plan de communication qui lui est spécifiquement destiné.

Cependant, toute démarche projet peut avoir des insuffisances quelle que soit l'implication de la direction. Dans le cadre d'un projet de construction, l'appréhension des réticences peuvent être corrigées en inscrivant celui-ci dans une continuité. Cela a pour effet de faciliter une adhésion auprès du personnel. Cela sera l'enjeu de notre troisième partie.

Troisième Partie

III. Faciliter l'adhésion au projet : en menant un management visant à permettre une meilleure appropriation par le bas du personnel (catégorie C) et en accompagnant cette démarche participative par une inscription de ce projet dans la continuité de la vie institutionnelle et le socle des valeurs de l'établissement.

Si là encore les entretiens semi-directifs viendront appuyer l'argumentation, celle-ci se fondera essentiellement sur les résultats de l'observation directe du terrain de stage, et tout particulièrement sur l'une des principales missions qui m'a été confiée : le travail sur le projet d'établissement, et le projet médical.

Dans cette partie l'enjeu sera de proposer des solutions pour rendre effective la démarche participative, mais surtout de dépasser cette démarche dans le cadre de la conduite d'un projet, car comme tout type de management, le participatif n'est pas infaillible. Ainsi les solutions proposées ne s'attacheront pas par exemple à anticiper les organisations de travail, car d'une part, la direction a déjà envisagé cette nécessité prochainement, et

d'autre part même en anticipant les organisations des locaux et du travail, rien ne garantira une pleine adhésion des agents à ces changements.

Plus fondamentalement, un projet ne pourra être réussi que si celui-ci vient confirmer, infirmer la continuité du travail des agents, à savoir les valeurs, et les principes qu'ils défendent.

A. Permettre une appropriation par le bas du projet en donnant au personnel un rôle de co-concepteur dès la genèse du projet et en mettant en place un plan de communication qui cible l'ensemble des catégories d'agents de l'établissement.

1. Renforcer le personnel de catégorie C dans le rôle de co-concepteur de projet dès sa genèse afin de réduire le sentiment d'une association partielle.

Effectivement, les relations entre la direction et le personnel, notamment de catégorie C relèvent moins d'une démarche de codécision et concertation que d'une simple démarche de consultation.

Afin d'anticiper cette lacune, outre la participation active du personnel de catégorie C de tous les services à toutes les réunions, ce qui semble déjà avoir été le cas lorsqu'on analyse dans une première partie la démarche de la direction (excepté pour les services EHPAD et USLD), il convient de faire en sorte que l'ensemble de ce personnel puisse être dans une véritable logique de co-construction d'un projet nécessaire pour rendre une démarche participative effective.

Par conséquent, la participation active aux phases APS et APD est déterminante, mais ne constituent pas un critère exclusif pour garantir la réussite du projet. Plus fondamentalement, le personnel doit, également, pouvoir réfléchir à la nouvelle

construction avant même le lancement des phases APS et APD où les grandes orientations sont déjà définies.

Dans cette perspective, le personnel ou un de ses représentants auraient pu être associé au choix du jury de concours d'architectes. Dans le cas pratique du projet du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau, cela aurait pu prendre la forme d'un vote solennel à bulletin secret sur les trois choix de projets. C'est d'ailleurs une proposition qui est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens que j'ai pu mener, et cela tous services confondus (SSR, USLD ou EHPAD).

De cette manière, le projet et la direction aurait été totalement légitime aux yeux de l'ensemble du personnel, y compris celui qui a le moins participé (catégorie C). Néanmoins, un tel bulletin ne garantit pas une participation majoritaire d'un personnel qui n'a pas été impliqué et associé aux premières étapes et réflexions du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

C'est pourquoi, le personnel ou l'un de leur représentant pourrait être impliqué activement dans la genèse même du projet.

Concernant les phases qui précèdent l'APS et l'APD, les sources étant beaucoup plus rares, il a été nécessaire de passer par les comptes rendus de réunions de travail et les comptes rendus d'instances. On constate, néanmoins une implication inexistante du personnel de catégorie C. Par exemple si l'on prend les réunions de l'année 2012 conduites avec le cabinet d'architecte A2MO pour déterminer une première esquisse au projet, on observe que, pour les services EHPAD, la présence du personnel est très faible. Effectivement si l'on prend, par exemple, la réunion avec les services EHPAD, étaient présents : la maîtrise d'ouvrage (le cabinet d'architecte A2MO), la direction, les deux cadres de santé, le médecin coordonnateur et seulement l'animatrice pour le personnel de catégorie C.

C'est précisément à cette phase du projet qu'il aurait été opportun de faire participer ce personnel pour qu'il l'assimile et que celui-ci puisse faire sens pour lui. Ainsi, la nouvelle construction susciterait moins d'appréhensions et de réticences.

Le personnel aurait pu faire d'emblée, bien avant l'APS ou l'APD faire l'expérience de l'apprentissage du projet, condition essentielle selon David Autissier⁵⁹, pour anticiper toute résistance ou méfiance. Ayant participé activement à l'esquisse du projet, ils auraient ainsi pu défendre ce projet et se reconnaître dedans.

⁵⁹ David Autissier, Moutot Jean-Michel, *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage*, Paris : Dunod 2007, p 66.

Dans ce contexte, pour Philippe Bernoux, une direction peut arriver à obtenir une adhésion, elle peut réussir à « *obtenir un consent* »⁶⁰. Or, par définition, consentir, c'est conserver son sens critique, s'octroyer une marge de manœuvre, un temps de réflexion dont ne bénéficie pas celui qui accepte. La personne qui accepte approuve sans conditions ou réserves, alors que la personne qui consent autorise, mais sous condition. Car consentir, c'est admettre, mais non pas donner son accord de prime abord.

Mais cela suppose que les dirigeants puissent donner de manière effective du pouvoir aux acteurs : « *Un pouvoir qui peut être d'influence, mais réel. Il s'agit de permettre à chacun de dire son mot et d'influer sur la création de la question commune et des objets communs. Aucune personne ne s'impliquera si elle peut infléchir ou modifier l'objet de son implication* »⁶¹.

Néanmoins, une implication aussi active soit-elle des représentants du personnel peut être insuffisante. D'une part, cette représentation ne pourra pas retransmettre l'intégralité des informations à tous les agents de l'établissement. Le risque est d'autant plus grand que les institutions médico-sociales ou sanitaires sont souvent, malgré la volonté des différentes réformes, encore beaucoup trop cloisonnées entre services. Il existe encore au sein de l'HISL une culture et identité spécifique au SSR, USLD ou EHPAD. Les agents des différents services ne se côtoient pas forcément. Le bâti discontinu ne facilite pas ce décroisement, puisque les différentes unités sont éclatées architecturalement.

D'autre part, il peut y avoir une différence d'interprétation entre la manière dont le message pour être émis et celle dont il sera perçu sur le terrain. Par conséquent, une direction pour garantir la réussite et l'adhésion à un projet comme celui du nouvel hôpital du Loroux-Bottreau doit pouvoir mener un véritable plan de communication qui sera ciblé sur chaque catégorie d'agents.

2. Mettre en place un plan de communication ciblant l'ensemble des agents de l'hôpital Intercommunal Sèvre-et-Loire.

Certes la direction de l'HISL a accompagné le projet de construction par une entreprise de communication non négligeable pendant toutes les phases du projet. Néanmoins, le personnel a toujours le sentiment que cette communication est défailante au niveau du terrain.

⁶⁰ Bernoux Philippe, *Sociologie du changement*, Paris, Le Seuil, 2004, p 335.

⁶¹ Idem

Dans son ouvrage sur la conduite du changement⁶², Serge Raynald évoque précisément cette forme de réaction et préconise pour y remédier une véritable politique de marketing interne et externe autour du projet en cours, en ciblant certaines catégories d'acteurs : « *Dans les projets de changement, il n'est pas rare d'entendre des remarques du type "on ne nous dit jamais rien, on ne communique pas"...Pour répondre à ces questions, il est préconisé d'utiliser la communication. Nous parlerons d'avantage de marketing interne que de communication car celle-ci est déployée selon une logique marketing en fonction de cibles* »⁶³.

C'est la science qui consiste à concevoir l'offre d'un produit en fonction de l'analyse des attentes du consommateur, et en tenant compte des capacités de l'entreprise ainsi que de toutes les contraintes de l'environnement (sociodémographique, concurrentiel, légal, culturel...) dans lequel elle évolue. C'est l'ensemble des actions ayant pour objectifs d'étudier et d'influencer les besoins et comportements des consommateurs et de réaliser en continu les adaptations de la production et de l'appareil commercial en fonction des besoins et comportements identifiés.

On peut recouper cette définition avec le projet d'une nouvelle construction hospitalière. Dans le contexte de l'HISL, les consommateurs seraient le personnel et les usagers. Et un plan de communication aurait pour objectif non seulement d'expliquer, mais convaincre et faire adhérer les acteurs au projet du nouvel hôpital.

Néanmoins pour être efficace, il devra d'abord s'attacher à construire une image qui présente les actions de communication par cible⁶⁴. Cette cible devra être pour, Serge Raynal, constituée et concernée par tout le périmètre du projet⁶⁵.

Il divise un plan de communication en trois phases distinctes⁶⁶ :

- la phase de préparation qui consiste à s'assurer de la position de ces différentes cibles par rapport au projet. Dans cette perspective, il liste les types d'actions possibles : capter les informations sur le degré d'acceptabilité dans les réseaux informels, analyser le contenu des rumeurs, voire préinformer les médias.

C'est aussi la phase de lancement du projet qui a une valeur communicationnelle très

⁶² Raynald Serge, *Le management de projet*, Paris, Editions les Organisations, 2000, p 115.

⁶³ Idem

⁶⁴ Idem

⁶⁵ Idem

⁶⁶ Idem

forte. Il s'agit lors de cette étape de convaincre, d'accrocher et de séduire⁶⁷. David Autissier préconise la mise en place d'un véritable « *kit de com*⁶⁸ ». Il sera le document de présentation du projet diffusable pour que le maximum de personnes prenne connaissance du projet, de ses enjeux et de ses modalités de réalisation. Car, en début de projet, il est nécessaire de disposer d'une base d'information courte et complète que les différents acteurs du projet pourront communiquer.

- Après le lancement du projet, Serge Raynal, préconise d'entretenir de façon constante la communication du projet pour convaincre, expliquer, et impliquer en « *privilégiant la didactique et le réflexif par des dossiers argumentaires, de l'animation par rapport au projet* »⁶⁹. La communication doit être la logistique de mobilisation permanente par rapport au projet.
- Enfin, bien que tout projet ait une fin, il est important de savoir gérer la fin de campagne et de ne pas démobiliser les différents acteurs en annonçant les nouvelles perspectives futures.

Le contenu de ce dispositif doit comporter, outre les cibles concernées : le rappel des problèmes à résoudre, les objectifs de communication, les messages que l'on souhaite faire passer, et un inventaire détaillé des actions structurées en séquences avec des plannings, et une répartition des tâches de chacun.

Serge Raynal insiste également sur un autre aspect essentiel d'un plan de communication : le rôle du chef de projet. Il doit faire en sorte de croiser la volonté de la Direction avec la perception qu'en ont les salariés⁷⁰. Dans cette perspective, le chef de projet doit non seulement formuler le discours de l'entreprise, mais aussi dresser à la fois la cartographie des publics internes et leur adhésion au projet. La première priorité d'un chef de projet doit donc d'être d'organiser les circuits d'informations pour faire correspondre à la fois les composantes de l'image voulue et celle de l'image perçue⁷¹.

Effectivement l'interne est la base de toute politique de communication⁷². Aucun message ne s'installe durablement s'il n'est pas crédibilisé par les agents de l'entreprise. Selon Serge Raynal, cela passe par l'organisation des circuits d'informations descendante et

⁶⁷ Idem

⁶⁸ Autissier David, Moutot Jean-Michel, *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage*, Paris : Dunod 2007, p 121

⁶⁹ Raynal Serge, *Le Management par projet*, Paris, Editions les Organisations, 2000, p 138.

⁷⁰ Idem

⁷¹ Idem p 140

⁷² Idem

ascendante, éléments essentiels de la communication interne. Or c'est le croisement permanent de ces deux éléments qui pourra potentiellement susciter une adhésion de l'ensemble du personnel aux objectifs d'un projet⁷³.

Les objectifs de l'information descendante ne se limitent pas à une simple transmission d'informations. C'est à la fois faire vivre le projet au quotidien, et motiver autour de cette démarche pour que le personnel se l'approprie en intégrant les objectifs collectifs et individuels, en impliquant l'ensemble du personnel dans les actions qui engagent l'image de l'entreprise⁷⁴.

Quant à l'information ascendante, elle a deux objectifs principaux⁷⁵: faire remonter les informations sur les réalisations techniques, qualité, sécurité, commerciales dans le but de les valoriser en interne et permettre au personnel d'exprimer les attentes et les besoins en mettant en place des dispositifs d'écoute régulière pour détecter les blocages et rechercher les moyens pour les supprimer

Dans la pratique, il aurait donc été souhaitable que la direction de l'HISL réalise dans un premier temps, au-delà du message et du discours qu'elle entend véhiculer lors du lancement du projet un diagnostic sur la manière dont les différentes catégories d'acteurs de l'HISL perçoivent les messages qui proviennent de la direction.

Cela aurait pu permettre de constater et comprendre la distance qu'il y a entre la communication que peut réaliser la direction en instances ou par le biais des vecteurs de communication officiels, et les raisons qui expliquent pourquoi ce message n'a pas été perçu ou mal perçu.

Dans un second temps, elle aurait pu désigner une personne ressource chargée de la communication tout au long de la phase projet. Parallèlement à la communication de la direction, elle aurait été chargée de diffuser les documents auprès des agents et acteurs de l'HISL sous la forme d'un kit de communication.

Surtout, celle-ci, outre la gestion de l'information descendante et ascendante aurait eu à s'assurer que cette information soit non seulement reçue et comprise par l'ensemble des agents de l'HISL.

Car pour Serge Raynal, parmi les pièges en communication à éviter, on retrouve précisément le fait qu'une direction pense qu'un message est reçu et compris parce qu'il a été transmis. Ainsi la phase du lancement de l'appel d'offre n'aurait pas suscité autant de rumeurs sur la réalisation du futur projet d'hôpital du Loroux-Bottereau.

⁷³ Idem

⁷⁴ Idem

⁷⁵ Idem

Plus fondamentalement, cela aurait eu le mérite de clarifier pour le personnel la position de la direction qui aurait fait sens à leurs yeux. L'ensemble du projet aurait bénéficié ainsi d'une meilleure compréhension, et ainsi, d'une acceptation voire même d'une adhésion car les facteurs de résistances au projet, à savoir l'incompréhension et la différence de perception entre le message de la direction et sa perception par le personnel, aurait été fondamentalement réduits.

Le projet n'étant pas encore abouti, la direction devra veiller à communiquer à ce sujet jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital. Dans cette perspective, la démarche participative de la direction pourrait gagner en efficacité, et l'adhésion au projet pourrait être beaucoup plus prégnante, tout particulièrement chez le personnel.

Néanmoins la démarche participative n'est pas infaillible et souffre comme tout autre type de management de lacunes. Pour qu'un projet générateur de changements puisse entièrement susciter l'adhésion, il convient de l'inscrire dans la continuité.

B. Accompagner une démarche participative qui peut présenter ses limites en inscrivant un projet générateur de vastes changements dans la continuité de la vie institutionnelle et le socle des valeurs de l'établissement.

1. Une démarche participative qui peut présenter certaines limites.

La démarche participative n'est pas infaillible et son application stricte ne signifie pas que les acteurs vont adhérer au projet.

En effet, malgré toute la bonne volonté d'une direction pour associer l'ensemble des agents à toutes les phases du projet, rien ne garantit que le personnel participera de façon active au projet. Pris dans une relation hiérarchique avec la direction le personnel associé au projet ne donnera pas forcément un avis objectif.

En effet, il peut se retrouver dans un rapport de défiance par rapport à la direction et s'opposer au projet parce que c'est précisément un projet émanant de la direction. Ou bien le personnel acceptera sans enthousiasme le projet et se pliera sans véritable concertation aux exigences de la direction, convaincu que sa voix ne portera pas et jugeant inutile de s'engager dans un processus où il ne pourra que partiellement en modifier les contours. Or dans le cas de l'HISL, on retrouve les deux cas de configurations.

D'une part, le personnel dans un contexte de défiance envers la direction avec la suppression des RTT n'adhère pas au projet avec enthousiasme. Et d'autre part, le personnel a le sentiment que sa participation n'apportera aucune nouvelle contribution, la direction ayant le dernier mot. C'est précisément ce que l'on retrouve avec l'exemple du cahier mis à disposition du personnel pour qu'il puisse donner son avis sur le projet. Le personnel dans son ensemble n'a pas manifesté dans ces remarques de véritables réticences envers les trois projets qui devaient être choisis pour l'APS et l'APD.

Par ailleurs, la démarche participative, loin d'être une co-construction raisonnée peut parfois refléter les enjeux de pouvoirs dans une institution. Effectivement, la participation du personnel peut crispier l'encadrement qui se serait déposséder de son rôle d'interface et de relais avec la direction.

Et surtout, les professions les plus influentes peuvent chercher à asseoir leurs prérogatives. Ainsi, dans le cadre de l'HISL, les médecins ont réussi à obtenir la même organisation des locaux que celle qui existe actuellement sur le site du Loroux-Bottereau : un bureau des médecins qui se retrouve à la fois au sein des services et au niveau des bureaux d'admissions (secrétariat médical).

Jean-Paul Dumond, enseignant chercheur qui a conduit des travaux sur les restructurations hospitalières décrit ces jeux de rôle qui traversent les organisations hospitalières. Les relations entre le personnel soignant et les gestionnaires dans un hôpital ne seraient pas totalement rationnelles, mais orientées par un jeu de rôles : « *Le conflit principal ne se situe ni entre des institutions, ni même entre des professions, mais entre des rôles : d'une part ceux qui consistent à soigner, et de l'autre ceux qui ont pour mission de gérer les ressources dont les premiers ont besoin pour travailler* ». ⁷⁶

Ainsi cette démarche participative peut être consommatrice en temps pour une direction et ne garantira pas une adhésion totale au projet. De plus le changement et les résistances au changement pourront être atténués, mais pour paraphraser Héraclite « *rien n'est permanent, sauf le changement* ». Les résistances et les réticences à un changement sont une donnée consubstantielle à tout processus de changement, que la démarche participative pourra atténuer, appréhender, mais en aucun cas faire disparaître.

La démarche participative est ainsi nécessaire à un projet de changements de grande ampleur. Mais toute démarche désirant instaurer un changement de grande ampleur

⁷⁶ Dumond Jean-Paul, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé* 2003/01, p. 71-81 (URL : www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1-page-71.htm.)

devra pour ne pas crisper et gagner la confiance des différents acteurs être inscrite dans une certaine continuité.

En conséquence, pour voir les changements réalisés avec succès, le directeur devra ancrer son action dans la continuité de la vie institutionnelle de l'établissement et la rattacher aux valeurs défendues par ce même établissement, notamment en la reliant au projet d'établissement.

2. Réussir à susciter l'adhésion et le changement à un projet en complétant la démarche participative par une inscription dans la continuité de la vie institutionnelle et le socle des valeurs de l'établissement exprimées à travers le projet d'établissement.

Un manager ne peut seulement se fonder sur la rationalité d'une démarche managériale fut-elle la plus participative possible. Il ne doit pas occulter une part essentielle dans les motivations qui régissent les relations entre les différents acteurs d'une institution : l'affect et les valeurs que défend le personnel d'un établissement.

En effet, dans leur pratique, les professionnels se réfèrent souvent à des valeurs et des principes qui conduisent leurs actions et restent immuables. Dans les échanges que j'ai pu avoir avec les soignants ou lors des travaux avec les médecins pendant la phase d'élaboration du projet médical, j'ai pu constater l'importance de certains principes qu'ils affichaient avec insistance : la qualité et le bien être des résidents.

Effectivement, le nouvel hôpital doit pouvoir, précisément, s'incarner dans ces principes. Cela permet d'inscrire un projet architectural dans une certaine continuité. Car si les locaux ou les organisations de travail vont certainement changer, la culture et l'identité initiale du Loroux-Bottereau restera elle inchangée. Or le projet de construction seul ne peut pas incarner cette continuité, car il vient plutôt signifier une rupture.

C'est pourquoi, il est important de pouvoir se référer à l'instrument qui est le reflet et le miroir d'un établissement dans le temps : un projet d'établissement. L'élaboration d'un projet d'établissement doit, d'ailleurs, être fondée sur la participation de l'ensemble des

parties prenantes d'une institution : les professionnels, les usagers et/ou leurs représentants légaux, ses partenaires voire, le cas échéant, les bénévoles.

Il permet de positionner l'établissement ou le service dans son environnement institutionnel et d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions. Il doit être le fruit d'une construction collective de tous les acteurs d'un établissement : ce n'est pas seulement le projet d'une direction, mais de l'ensemble des agents d'un établissement.

Cependant pour être le reflet d'une certaine pérennité, celui-ci doit être conçu comme une véritable incarnation d'une vision à long terme des projets et des valeurs que puisse défendre un établissement.

Or comme le fait remarquer le directeur des soins, le projet d'établissement à l'HISL se limite à une simple description de l'existant sans véritable affichage des valeurs ou des perspectives futures comme le projet du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau : « *Le nouvel établissement est mentionné, mais on a dû copier-coller. Même si c'est important d'être dans la continuité. On a déjà la chance d'avoir un projet avec différents axes, après, il faut qu'il soit avec une vision claire, présentée avec un discours cohérent par l'ensemble de la direction* »⁷⁷.

C'est précisément ce que j'ai pu constater lors de mon travail sur le projet médical. La direction m'avait alors confié la tâche d'accompagner la communauté médicale (président de CME, praticiens hospitaliers) de la réflexion sur les orientations stratégiques à donner, jusqu'à sa coordination et sa communication en instances (CTE, CHSCT, CME).

Les médecins souhaitaient simplement reprendre les données de l'ancien projet en réactualisant les chiffres et les textes. Dans leur fiche projet de départ, d'une part le projet du nouvel hôpital n'était pas mentionné, d'autre part, aucune référence aux valeurs des soignants ne venait appuyer leur développement. Le projet d'établissement se limitait pour eux à une description quantifiée de leur activité. Il a fallu les amener à se projeter sur l'avenir de l'établissement et en leur faire prendre conscience qu'un projet d'établissement a pour vocation d'exprimer à la fois les permanences et les mutations d'une structure.

Ainsi, à côté du socle des valeurs que peuvent constituer la qualité, ainsi que la sécurité des soins, la solidarité, l'humanité, les médecins ont inscrit le projet du nouvel hôpital à l'intérieur même du corps du projet d'établissement.

⁷⁷ Entretien avec Monsieur B, directeur des soins. Interview le 12 avril 2016.

Effectivement, le projet d'établissement doit être l'occasion d'inscrire la manière dont on conçoit le projet architectural en termes de principes et de valeurs. Ce n'est pas seulement une modification des locaux, ou un outil de travail neuf. C'est quelque chose de fondamentalement plus important qui touche au sens même du travail des soignants : l'amélioration de la prise en charge des résidents. Le projet médical a effectivement été l'occasion de rappeler qu'au-delà d'une unité médecine, SSR ou USLD plus efficiente et bientraitante pour les salariés, le soin et l'accompagnement des résidents seraient améliorés.

D'une part les chambres doubles n'existeront plus, et d'autre part chaque chambre disposera d'un sanitaire. Par ailleurs, la mutualisation des services SSR dans un établissement de plain-pied, loin de constituer une menace, peut constituer un atout pour les résidents : les soignants ne perdront plus de temps dans des déplacements chronophages et pourront consacrer ce temps gagné aux patients résidents, qui constituent pour eux le centre névralgique de leur travail.

Si la direction a constamment répété au sein de chaque réunion que l'objectif du nouvel hôpital répondait à un horizon bien défini qui est celui de l'amélioration des conditions de travail pour le personnel et de la qualité et de la dignité des conditions de vie pour les résidents, l'inscrire dans un projet d'établissement aurait eu pour mérite d'en faire un grand principe à défendre pour les cinq prochaines années. Cela aurait pu prendre la forme d'un préambule en début de projet ou même y consacrer l'intégralité de l'introduction du projet d'établissement.

Conclusion

Susciter l'adhésion à un projet architectural générateur de grands changements en utilisant la démarche participative peut paraître simple aux premiers abords, mais cela est dans les faits beaucoup plus complexe.

En effet, on pourrait croire qu'il suffirait de faire participer l'ensemble des acteurs à un projet pour fédérer derrière celui-ci.

Or d'une part, bien souvent la direction, les dirigeants entendent sous le terme de participation, une simple consultation et non une association qui signifierait une construction collective de la décision. Dans le cadre de l'HISL, la direction et l'encadrement sont parfois plus dans cette logique puisqu'ils n'attendent pas du personnel qu'il puisse concerter avec la direction mais qu'il puisse simplement émettre son avis.

Cela transparait, d'ailleurs, au travers de la communication interne : si au niveau de la direction, de l'encadrement et des instances, celle-ci est fluide, claire et précise, en revanche, au niveau du personnel, celle-ci peut paraître être diffuse et pas assez descendante. Or, c'est la communication qui permet de faire sens et donner un contenu à un projet architectural qui n'a pas encore vu le jour.

D'autre part, la démarche participative n'est pas infaillible et ne signifie pas qu'un projet arrivera à fédérer l'ensemble des acteurs. Celle-ci peut être trop lourde dans des institutions telles que l'HISL où le calendrier institutionnel ne permet pas forcément d'organiser toutes les réunions nécessaires à une bonne démarche participative. Par

ailleurs, ces réunions peuvent être enfermées et manipulées par des acteurs pour mettre en avant leurs stratégies et desseins personnels.

Le travail sur les organisations de travail dans les nouveaux locaux aussi participatif soit-il est une nécessité, mais n'arrivera pas lui aussi à appréhender l'ensemble des résistances. C'est d'ailleurs, un aspect dont les différentes directions ont souvent conscience et celle de l'HISL se lancera prochainement dans ce travail-là. En revanche les directions, occultent souvent une autre dimension, essentielle aux yeux des soignants : celle des valeurs. C'est pourquoi il est nécessaire d'accompagner cette démarche projet en la rattachant aux principes et à la culture de l'établissement.

Ainsi, inscrire le projet dans une continuité qui est celle du projet d'établissement permettrait de mieux appréhender les réticences et les différentes craintes inhérentes à un projet de nouvelle construction. Dans cette perspective, le projet architectural serait non seulement le fruit d'une construction collective, mais il serait incarné en termes de visions et de valeurs dans un outil qui est le miroir de l'établissement. Ainsi, le projet serait de cette manière rattaché aux principes qui conduisent les actions du personnel dans un établissement.

Il reste une autre dimension qui pourrait être non négligeable et qui n'a pas été traitée dans le corps du texte : la dimension psychologique. C'est un aspect qui est peu évoqué dans les fins de projets de nouvelles constructions hospitalières : le deuil de l'établissement.

Pour faciliter la projection dans le nouvel établissement, il serait opportun qu'un personnel puisse faire un véritable travail d'introspection sur l'établissement actuel par le biais de témoignages ou reportages par exemple. Cet exercice pourrait également s'étendre aux patients résidents et permettrait d'atténuer le « blues » qui pourrait exister lorsque le passage dans le nouvel établissement sera effectif.

Ce travail revient à aider les collaborateurs à pouvoir tourner la page de l'établissement. Cela pourrait, par exemple prendre la forme d'un véritable travail de mémoire sur l'établissement. C'est d'ailleurs une des recommandations que l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance)⁷⁸ conseille dans le cadre de la conduite d'une nouvelle construction hospitalière.

Dans le travail de deuil dans les établissements médico-sociaux, l'impact du décès sur les équipes est amorti par le fait que suffisamment de temps a permis que l'approche de la

⁷⁸ ANAP (<http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/exemples-doutils-detabliements-de-sante-pour-anticiper-la-mise-en-service-dun-batiment/>)

mort soit perçue par les membres de l'équipe. Par un travail en équipe, il s'opère un partage du vécu commun, et la liberté de parole entre collègues constitue une sorte de rituel de passage qui ouvre la voie du deuil, et aide à symboliser la séparation. Car dans un deuil, une équipe ou une personne éprouve le besoin de parler du résident décédé, de faire vivre les souvenirs des relations entretenues. Ce groupe de parole aide à recréer un mouvement de solidarité et de soutien entre les membres du personnel, les équipes se racontent à nouveau une histoire collective.

Dans le cas de l'ancien hôpital du Loroux-Bottereau, une approche similaire pourrait être adoptée et permettre de ne pas oublier l'identité et la culture de l'ancien établissement. Il serait de cette manière ancré et préservé dans la mémoire collective de l'HISL. Ainsi, cela permettrait clairement d'afficher que ce qui a été fait jusqu'à présent relève certes du passé, mais fait partie intégrante de l'histoire et de la vie institutionnelle d'un établissement. C'est à la fois s'engager dans des mutations et ruptures qui peuvent paraître incertaines, mais garder aussi une certaine permanence en termes de valeurs et de principes. Ce qui aurait pour effet de faciliter à l'adhésion à ce projet.

Bibliographie

Ouvrages :

- + AFITEP, *Dictionnaire du management de projet*, ANFOR, 1992.
- + AFITEP, *Le management de projet, principes et pratiques*, ANFOR, 1991.
- + Autissier David, Moutot Jean-Michel, *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, pilotage*, Paris : Dunod 2007.
- + Bernoux Phillipe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Le Seuil, 2004.
- + Crozier Michel, *Le phénomène bureaucratique*, Paris : Le Seuil, 1963.
- + Dupuy F, *Sociologie du changement*, Dunod, 2004.
- + Gacoin Dominique, *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies et méthodes* ; Paris : Editions Dunod, 2004.
- + Imbert Maurice, *La communication managériale, méthodes et bonnes pratiques* ; Paris : Dunod, 2015.
- + Lefevre P ; *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilités, compétences, environnement et projet, stratégies et outils* ; Editions Dunod, 2003.
- + Loubat Jean-René, *Penser le management en action sociale et médico-sociale* ; Paris : Dunod, 2006.
- + Loubat Jean-René, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale* ; Paris, Dunod, 2012.

- ✚ Mintzberg, Henri ; *Le pouvoir dans les organisations* ; Paris : Editions des Organisations, 1986.
- ✚ Miramon Jean-Marie, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* ; Rennes : Presses de l'EHESP, 2009.
- ✚ Miramon Jeann-Marie, Couet Dominique, Paturet Jean-Bertrand ; *Le métier de directeur : techniques et fictions* ; Paris : Broché, 2005.
- ✚ Neré Jean-Jacques, *Le management de projet* ; Paris : Que-sais-je ? (Presses Universitaires de France), 2015.
- ✚ Perret Véronique, *Quand le changement devient soluble ou l'idéologie managériale du changement organisationnel. Critique du management : une perspective française*, Presses de l'Université de Laval, 2009.
- ✚ Raynal Serge, *Le management par projet*, Paris, Editions les Organisations, 2000.

Articles, Périodiques et Revues :

Articles :

- ✚ Barbier Jean-Claude, « Tendances actuelles du management participatif », *Recherches et Prévisions*, n°16, juin 1989, pp. 1-17 (http://www.persee.fr/doc/caf_1149-1590_1989_num_16_1_1353)
- ✚ Bernard Françoise « La communication de changement : vers une heuristique de l'induction » ; *Communication et organisation*, 1997 (<http://communicationorganisation.revues.org/2000>).
- ✚ Beuret Jean-Eudes « Mieux définir la concertation : du pourquoi au comment », ; *Négociations*, 2012/01, p. 81-86 (in : www.cairn.info/revue-negociations-2012-1-page-81.htm)
- ✚ Dauphin Sandrine « Théories du management » ; *Informations sociales*, 2011/05, p. 6-9 (in : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-6.htm)

- ✚ Detchessahar Mathieu, « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion » ; *Négociations*, 2013/01, p. 57-80 (in : <http://www.cairn.info/revue-negociations-2013-1-page-57.htm>)
- ✚ Dumond Jean-Paul, « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé* , 2003/01, p. 71-81 (in www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2003-1-page-71.htm.)
- ✚ Mermet Laurent, « La concertation : un terme flottant pour un domaine mouvant ? » ; *Négociations* 2006/01 (no 5), p. 75-79. (in URL : www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-75.htm)
- ✚ Touzard Hubert, « Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique », *Négociations* 2006/01 (no 5), p. 67-74 (in <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-67.htm>).

Revue :

- ✚ « Le dialogue social à l'hôpital : si les médecins y participaient » ; *Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Elargi*, Février 2014, numéro 67. (<http://www.snphare.com>)

Mémoires.

- ✚ Chapin Virginie, *Le management participatif dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : l'exemple de l'EHPAD Mont-Le-Roux*. EHESP, 2008.

Textes de lois :

- ✚ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel de la République Française, 3 janvier 2002.
- ✚ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel de la République Française, 29 décembre 2015.

- ✚ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel de la République Française, 27 janvier 2016.

Site Internet :

- ✚ www.anap.fr.
- ✚ www.anesm.sante.gouv.fr
- ✚ www.inpes.sante.fr
- ✚ www.has.sante.fr
- ✚ www.anap.fr

Sources :

Entretiens semi-directifs :

- ✓ Entretien avec madame A, directrice générale ; Interview le 15 mars 2016
- ✓ Entretien avec madame B, directrice adjointe chargée des services achats économiques et logistiques. Interview le 16 mars 2016
- ✓ Entretien avec Monsieur A, directeur adjoint chargé du service qualité et des systèmes d'informations. Interview le 21 mars 2016.
- ✓ Entretien avec Monsieur B, directeur des soins. Interview le 12 avril 2016.
- ✓ Entretien avec Madame C, Attachée d'Administration Hospitalière, en charge de la Gestion des Ressources Humaines. Interview le 15 avril 2016
- ✓ Entretien avec Monsieur C, Médecin praticien et Président de la CME, Interview le 13 avril 2016
- ✓ Entretien avec Madame D, Pharmacienne ; Interview le 20 avril 2016.
- ✓ Entretien avec Monsieur D, Cadre des Services techniques et logistiques. Interview le 19 avril 2016
- ✓ Entretien avec Monsieur E, Cadre du service des cuisines. Interview le 29 avril 2016
- ✓ Entretien avec Monsieur F, Cadre de santé des services EHPAD et USLD au Loroux-Bottereau. Interview le 28 avril 2016

- ✓ Entretien avec Monsieur G, Cadre de santé des services SSR. Interview le 28 avril 2016
- ✓ Entretien avec Madame E, Cadre de santé des services EHPAD et USLD. Interview le 5 mai 2016.
- ✓ Entretien avec Madame F, Infirmière SSR. Interview le 11 mai 2016
- ✓ Entretien avec Madame G, Infirmière EHPAD et USLD. Interview le 11 mai 2016.
- ✓ Entretien avec Madame H et I, AS et ASH au sein des services SSR. Interview le 12 mai 2016.
- ✓ Entretien avec Madame J, secrétaire aux admissions en SSR. Interview le 30 mai 2016
- ✓ Entretien avec Madame K, secrétaire au bureau des admissions. Interview le 30 mai 2016.
- ✓ Entretien avec Monsieur H, Agent des cuisines, Interview le 3 juin 2016.
- ✓ Entretien avec Monsieur I, Agent des services techniques et secrétaire syndical FO. Interview le 7 juin 2016.
- ✓ Entretien avec Madame L, Déléguée syndicale CFDT. Interview le 7 juin 2016.
- ✓ Entretien avec Madame M, membre de la maîtrise d'œuvre du cabinet AIA à Nantes. Interview le 13 juin 2016.
- ✓ Entretien avec Monsieur L, Directeur de l'Hôpital de Clisson. Interview le 14 juin 2016.
- ✓ Entretien avec Monsieur M, Directeur de l'Hôpital Intercommunal du Pays-de-Retz (Loire Atlantique). Interview le 15 juin 2016.

Compte-rendu des instances :

- ✓ Comptes-rendus des instances de CME entre le 01/01/2010 et le 01/06/2016.
- ✓ Comptes-rendus des instances du Conseil de Surveillance entre le 01/01/2010 et le 01/06/2016
- ✓ Comptes-rendus des instances de CTE entre le 01/01/2010 et le 01/01/2016.
- ✓ Comptes-rendus des instances de CHSCT entre le 01/01/2010 et le 01/01/2016.
- ✓ Comptes-rendus des instances de CVS entre le 01/01/2010 et le 01/01/2016.

Documents relatifs à l'avant-projet et Comptes rendus de réunions de travail et documents relatifs à l'avant-projet :

- ✓ Compte rendu réunions A2MO des 9 juillet, 27 juillet, 6 septembre, 7 septembre, 21 septembre, 23 octobre, 4 décembre, 13 décembre, 14 décembre 2012.
- ✓ Compte-rendu des réunions avec le Cabinet d'Architecte AIA (pour la mise en œuvre de l'APS) les 24 et 25 septembre.
- ✓ Compte-rendu des réunions avec le Cabinet d'Architecte AIA (pour la phase APD) les 20 janvier et 29 janvier 2015.
- ✓ Le Dossier CROSSMS-Volet architectural, relatif au nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.
- ✓ Le Programme technique détaillé, mai 2013.

Liste des annexes

- I. Questionnaire diffusé auprès du personnel
- II. Standardisation graphique du questionnaire.
- III. Grille d'entretiens.
- IV. Données standardisées à partir des entretiens.

Questionnaire diffusé auprès du personnel.

Questionnaire relatif au projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau.

01/06/2016

Dans le cadre de ma formation de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes, je réalise un mémoire sur la démarche projet mise en place par la direction pour définir et accompagner la construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau. Ainsi je souhaiterais analyser à travers le questionnaire, la manière dont le personnel juge cette démarche projet et les appréhensions, voire les craintes que pouvaient ressentir les agents dans le cadre de ce projet ambitieux. J'attire votre attention sur l'anonymat de ce questionnaire, qui est avant tout une source de données pour mes travaux de recherche, et vous remercie par avance de votre précieuse collaboration. Les données seront détruites après réception

Service :

Grade :

Profession :

Sexe :

Question 1 : Comment percevez-vous le projet de reconstruction du nouvel hôpital choisi ?

Satisfaisant Pas assez satisfaisant Insatisfaisant

Question 2 : Comment appréhendez-vous les changements organisationnels (regroupement des unités SSR/PBD/URJ) que va entraîner ce nouvel hôpital ?

- Positivement, l'attente étant très forte du fait de locaux actuels inadaptés
- Positivement, l'attente étant forte, mais tout de même avec des craintes et appréhensions. Si oui comment pouvez-vous décrire ces craintes (changements d'équipes ?, appropriation de nouveaux locaux ?...) :.....
- Négativement, si oui veuillez préciser.....

Question 3 : Selon vous, quelles pourraient-être les contraintes à la réalisation de ce projet ?

Question 4 : Pensez-vous avoir été suffisamment associé au projet préparatoire du nouvel hôpital, et surtout a-t-on tenu compte de votre avis ?

- Oui, les réunions et groupes de travail préparatoires ont associés et fédérés l'ensemble des agents de l'HISL
- Pas assez, les réunions étaient constructives, mais les avis des professionnels n'ont pas été assez pris en compte
- Non pas du tout.

Question 5 : Comment jugez-vous la communication de l'encadrement (Direction) concernant le projet de l'hôpital du Loroux-Bottereau ?

- Claire et Fluide à tous les niveaux.
- Pas assez descendante et diffuse au plus près des acteurs du terrain

☐ Pas du tout appropriée.

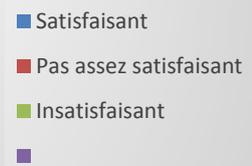
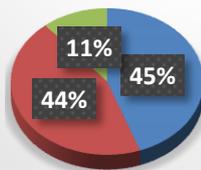
Question 6 : Pensez-vous qu'avec le nouvel hôpital du Loroux, le personnel aurait-il une charge de travail différente à celle actuellement effectuée? Si oui, pouvez-vous préciser.

Avec tous mes remerciements.

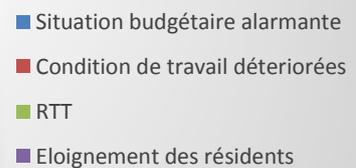
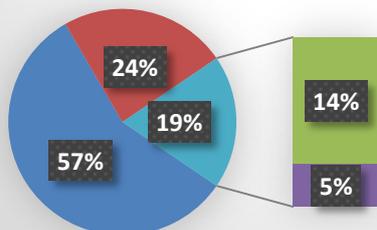
Zouhir Hammou-Kaddour

✚ Résultats standardisé (Questions 1,2,4, et 5)

Satisfaction ressentie par le personnel envers le projet de construction



Craintes ressenties par le personnel



Degré d'association du personnel



Une communication ressentie comme défailante



Grille d'entretiens.

L'enjeu des différents entretiens menés était de pouvoir analyser à travers un échantillon de personnes ciblées la représentation que chaque catégorie d'agents et corps de métiers pouvait avoir du projet de construction du nouvel hôpital et de la démarche participative dans lequel ce projet a été mené. La diversité des approches, voire des questions posées en entretiens pouvant être différentes d'un service à l'autre, il est difficile de dégager un questionnaire général et standardisé. En revanche, on retrouve à travers tous les entretiens de grandes thématiques qui permettent de constituer une grille d'entretiens commune à toutes les personnes interviewées :

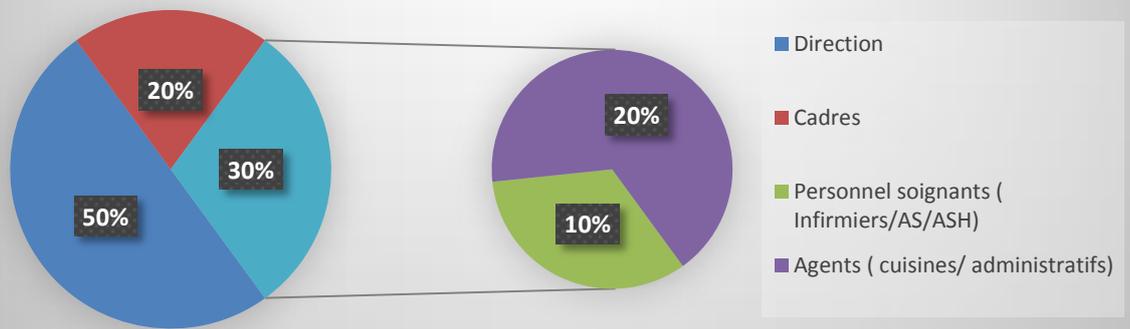
- L'adhésion au projet
- La démarche participative.
- Communication de la direction et sa perception parmi le personnel

- Résistances et accompagnement au changement
- Cadres socio-économiques interne et externe.

Problématiques	Thématiques à travers lesquelles celles-ci sont traitées.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adhésion au projet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degré de satisfaction au projet ▪ Reconnaissance dans le projet
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'effectivité de la démarche participative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle implication des acteurs au projet ? ▪ Quelle association des acteurs au projet ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La communication de la direction 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sa diffusion et perception parmi le personnel ▪ Les difficultés de la communication à l'HISL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résistances au changement et son accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles craintes, méfiances, rejets exprimés par rapport au projet ? ▪ Comment le changement est-il accompagné
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'environnement socio-économique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles contraintes socio-économiques internes ? ▪ Quelles contraintes socio-économiques externes à l'établissement ?

✚ Résultats quantifiés standardisés élaborés à partir des données recueillies en entretiens

Un projet travaillé et reconnu par tous les agents



HAMMOU-KADDOUR	Zouhir	Décembre 2016
<p align="center">Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social Promotion Marie De Hennezel , (2015-2016)</p>		
<p align="center">La démarche participative comme outil permettant de susciter l'adhésion à un projet de grande ampleur: l'exemple du projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau</p>		
<p align="center">PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <EHESP RENNES></p>		
<p>Résumé :</p> <p>Le projet de construction du nouvel hôpital du Loroux-Bottereau dont les réflexions ont commencé en 2009 pour aboutir à des décisions d'une construction neuve prévue pour l'année 2018 sera le support de l'analyse suivante.</p> <p>Nous nous interrogerons sur la manière dont la direction de l'Hôpital Intercommunal Sèvre-et-Loire a associé les agents dans le cadre d'une démarche projet participative destinée à favoriser une pleine adhésion du personnel. L'écoute de ce dernier met en lumière la difficulté à mettre en place une telle démarche, ses contraintes et limites. Egalement, l'argumentation s'attache aussi à relativiser cette perception du personnel qui peut être enfermée dans une logique qui dépasse celle du projet. S'en suivront des propositions qui pourront, au-delà du terrain d'étude, servir de solutions pour une direction afin de garantir l'adhésion et la réussite d'un projet.</p>		
<p>Mots clés : Mots-clés : Projet, Appropriation, Participation, Association, Implication, Concertation, Négociation, Craintes, Changement, Résistances, Communication, Continuité, Valeus, Projet d'Etablissement</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		