



EHESP

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

Promotion : **2017 – 2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Le pilotage d'un projet selon une
dynamique managériale participative :
l'exemple du nouveau pavillon d'USLD
des Hospices Civils de Lyon**

Marion ODADJIAN

Remerciements

En préambule à ce travail, je souhaiterais remercier :

Madame Blanche DENIA-SEVERAC, Directrice administrative de l'Institut du Vieillissement, et qui fut également ma maître de stage, pour la grande confiance qu'elle m'a accordée, sa disponibilité à mon égard et enfin pour l'opportunité et la chance de travailler sur un projet gériatrique d'une envergure aussi importante. **Madame Valérie CORRE**, Directrice des soins de l'Institut du Vieillissement, qui, grâce à ses conseils et remarques avisés sur les différents dispositifs utilisés, m'a permis de mener à bien mon stage. Ces huit mois de stage à leurs côtés ont constitué une expérience riche et exceptionnelle pour mon immersion prochaine dans le monde professionnel.

L'ensemble du personnel des Hospices Civils de Lyon avec qui j'ai été amené à travailler ainsi que les professionnels qui se sont montrés disponibles lors de mes différentes sollicitations pour ce mémoire dont notamment : **Madame Annick AMIEL-GRIGNARD, Madame Florence BASSON, Madame Marie-Françoise BRIDET, Madame Sandra CLAUDE, Madame Jocelyne CROZAT, Madame Muriel DEBOURG, Madame Régine DELÉAGE, Madame Aurélie DOUGÈRE, Madame Carole FERRAND, Madame Isabelle GIDROL, Madame Catherine GOYON, Madame Audrey LARCHER-PHILIPPE, Madame Armelle LEPERRE, Madame Régine LONARDONI, Madame Claire MONTHIOUX, Madame Fanny MORA, Madame Magali ROSSERO, Madame Geneviève SIMONET, Monsieur Éric VESSELLA et Madame Ludmila WEICHELDINGER.**

Enfin, je n'oublie pas de remercier **Madame Julie ODADJIAN** pour ses précieux conseils dans la réalisation de ce mémoire.

« Le succès d'un projet dépend plus de la force du réseau d'alliés qui le soutient que de la qualité de son contenu ».

Sommaire

INTRODUCTION	9
1 Le management participatif : un concept managérial théorique appliqué à la démarche de projet de l'I-Vie	15
1.1 Les enjeux théoriques du management participatif : entre leviers d'accompagnement et précautions de déploiement.	15
1.2 La dynamique participative mise en œuvre à l'I-Vie à travers le projet architectural du nouveau pavillon d'USLD.....	21
2 L'analyse du management participatif déployé dans le cadre du projet de l'I-Vie : entre opportunité managériale et obstacles structurels.	33
2.1 Les axes favorables de la démarche participative : des leviers d'opportunités stratégiques.	33
2.2 Les limites rencontrées dans la démarche participative : des points de vigilance contextuels et environnementaux.	43
3 L'ajustement du management participatif : des éléments de préconisations à déployer successivement	55
3.1 Engager à court terme les mesures correctives des écueils relevés dans la démarche participative.....	55
3.2 Anticiper l'accompagnement social des agents à moyen terme pour assurer la transition de la démarche participative.	62
3.3 Promouvoir l'accueil et l'intégration des agents à long terme.....	65
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	72
TABLE DES FIGURES	76
TABLE DES MATIERES	77
SOMMAIRE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Agence Française de NORmalisation
ATMO : Assistance Technique à la Maîtrise d'Ouvrage
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CODIR : Comité de DIRection
COFIL : Comité de Pilotage
CVS : Conseil de Vie Sociale
D3S : Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social
DAT : Direction des Affaires Techniques
DGH : Directeur de Groupement Hospitalier
DIBE : Direction de l'Ingénierie Biomédicale et de l'Équipement
DPAS : Direction du Personnel et des Affaires Sociales
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GHN : Groupement Hospitalier Nord
GHS : Groupement Hospitalier Sud
HCL : Hospices Civils de Lyon
HFME : Hôpital Femme Mère Enfant
I-Vie : Institut du Vieillissement
SLD : Soins de Longue Durée
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Pour ériger la gériatrie comme une priorité institutionnelle, les Hospices Civils de Lyon (HCL) ont créé l'Institut du Vieillessement (I-Vie) au 1^{er} janvier 2016. C'est notamment sous l'impulsion d'une volonté forte de porter de manière large et transversale la gériatrie que l'I-Vie a légitimement été constitué. En effet, les HCL disposent de plus de 1200 lits de gériatrie dédiés aux personnes âgées sur l'ensemble du centre hospitalier universitaire (CHU). Répartis sur 7 sites différents, il s'avérait nécessaire de façonner une approche spécifique pour coordonner l'accueil et la prise en charge des personnes âgées. De même, unir les professionnels de gériatrie à travers des valeurs communes d'accompagnement a également incité la Direction Générale des HCL à concevoir une entité dédiée à la gériatrie sur le CHU.

L'I-Vie est positionné de façon transversale sur les sites de gériatrie, sans un lien hiérarchique sur les établissements. Pour autant, il supervise différents projets dont le plus ambitieux concerne la création d'un pavillon de 6 unités de soins de longue durée (USLD) représentant 180 lits. C'est en 2015 que la réflexion est née sous l'impulsion de différents facteurs dont une volonté de la Direction Générale des HCL de se désengager de l'activité d'EHPAD et plus globalement de céder le site de l'hôpital gériatrique Antoine Charial. Une équipe projet a été constituée afin d'associer les professionnels des deux sites concernés :

- L'hôpital gériatrique Antoine Charial dont les activités seront entièrement transférées sur les autres sites des HCL afin de vendre le site.
- L'hôpital gériatrique Pierre Garraud qui a vocation à accueillir le nouveau pavillon d'USLD de 180 lits.

La démarche est donc au croisement d'enjeux institutionnels par le biais de l'I-Vie, et professionnels au regard des agents des établissements gériatriques engagés dans cette dynamique.

Aussi, le projet de ce nouveau pavillon d'USLD constituait une opportunité de réflexion attractive en tant que future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) eu égard à l'ambition du projet et à la démarche conduite. En effet, il incarne trois dimensions qui font du projet un élément stratégique à la vision de la gériatrie menée demain sur les HCL. Tout d'abord, ce projet va conditionner l'avenir de deux sites de gériatrie et impliquer des centaines de professionnels dans la reconfiguration qu'il suppose. À cet égard, il comprend une dimension d'accompagnement social et plus globalement de gestion des ressources humaines à anticiper relativement tôt.

Ensuite, ce projet est l'occasion d'adopter une réflexion générale sur les différents aspects organisationnels du futur pavillon afin de diffuser plus largement une politique de prise en charge unique dans les USLD des HCL. De fait, la dimension architecturale et son cadre matériel constituent un levier de mobilisation indispensable pour impliquer les professionnels dans les futures organisations de travail. Enfin, il permet d'analyser de manière concrète le pilotage d'un projet voulu comme « participatif » entre les équipes, des deux établissements, concernées par le nouveau pavillon. C'est pourquoi, il engage une dimension managériale qui va conditionner la réussite du projet et sa pérennité pour l'institution.

En ce sens, cette dernière thématique a rapidement constitué un sujet intéressant de réflexion par le biais des missions de stage et des échanges avec les différents protagonistes du projet. En effet, c'est au travers du processus de décision qui est retenu dans un projet qu'il est possible d'analyser la manière dont un directeur conduit la démarche et arrive à « *créer un consensus autour de celle-ci* »¹. Le D3S dispose alors de différentes stratégies mais la plus fondamentale réside dans sa capacité à fédérer via le management qu'il va mettre en œuvre. Dans le contexte qui nous intéresse, la nécessité de fédérer deux établissements a orienté la démarche du projet dans une dimension participative afin d'avancer collectivement dans les groupes de travail. L'immersion au sein de la Direction de l'I-Vie et le lien avec les professionnels engagés dans les groupes de travail ont alors mis en exergue le verbatim plus général de « management participatif ». Cette thématique a alors suscité un intérêt et deux types d'interrogations :

- Générales sur le sujet : que recouvre concrètement ce terme ? Quelles sont les spécificités du management participatif dans les pratiques managériales ? Y'a-t-il des différences dans le secteur de la santé ?
- Spécifiques sur le projet : le projet est-il réellement inscrit dans une démarche participative ? Quels sont les enjeux pour un D3S à déployer ce type de démarche ?

Intuitivement, c'est par un éclaircissement sur les termes de notre étude et par un bref historique de l'émergence de cette notion dans le secteur de la santé qu'une partie de la réflexion du mémoire a fait son cheminement. Au sens étymologique, le terme de "management" admet une origine italienne « *maneggiare* » (contrôler, manier, conduire) et une influence française « *manège* » (faire tourner, avoir en main)².

¹ HAMMOU-KADDOUR (Zouhir), Mémoire D3S : « *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* », Promotion 2015-2016.

² KURTZ (Jean-Paul), *Dictionnaire Étymologique des Anglicismes et des Américanismes*, Tome 2, 2013, Books on Demand, page 786.

Le terme "participatif" a quant à lui une origine latine « *participatio* » (participation, prendre part à, avoir sa part de, partager)³. Dans la littérature, c'est au sein de l'école des relations humaines ou encore de l'école moderne que diverses expériences ont ouvert la voie à des postulats plus participatifs dans les organisations du travail. Pourtant, c'est seulement à partir de la fin des années 1970 que le management participatif a pris son essor dans les organisations. Kurt LEWIN⁴ a été l'un des premiers à défendre l'idée d'une démarche participative par comparaison aux autres modèles classiques. Même si le terme diffère, il a soutenu l'idée d'un modèle de management démocratique qui « *associe les salariés à la prise de décision et n'impose rien à ses équipes* »⁵.

Plus récemment, l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) a rebaptisé cette stratégie participative en « *management total par la qualité* »⁶. La définition suivante a été retenue pour qualifier cette nouvelle pratique managériale : « *mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et pour la société* »⁷. Ainsi, cette notion de managérial participatif s'est également transposée au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux notamment parce que les résultats au sein de l'industrie ont démontré des conclusions favorables⁸.

Pour autant, aujourd'hui la dynamique participative s'insère dans le contexte renouvelé des établissements de santé qui privilégie une dimension managériale alimentée continuellement par les projets. Du projet de vie au projet d'établissement en passant par le projet social, c'est avant tout sous l'essor de cette notion que l'évolution d'un établissement s'envisage⁹. L'objectif est alors d'accompagner les équipes dans une perspective temporelle plus ou moins longue afin de motiver, impliquer et fidéliser les professionnels.

Selon cette idée, le management participatif s'impose progressivement car le D3S doit aussi œuvrer pour maintenir une cohésion autour des projets institutionnels. L'intérêt est donc d'analyser cette dimension participative dans le cadre d'une intégration relative à une démarche de projet.

³ *Ibid.*, page 903.

⁴ LEWIN (Kurt), docteur en philosophie et psychologie (1890-1947).

⁵ LETELLIER (Laure), *Management participatif, La coopération au service de la performance*, Ellipses Marketing (Coll. Actu' Gestion), 2013, page 29.

⁶ LE BEZVOËT (Erwan), « L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ? », *Le Journal des psychologues*, 2007/9 (n° 252), p. 29-34.

⁷ Norme AFNOR-ISO 8402-1994.

⁸ GOGUÉLIN (Pierre) précise dans son ouvrage *le Management participatif* que : « *Les entreprises dont les dirigeants se sont engagés franchement et honnêtement dans le management participatif [...] ont maintenant du personnel qui s'investit dans les projets de l'entreprise, qui s'y implique d'autant plus et mieux qu'il trouve dans et par son travail des satisfactions personnelles* ».

⁹ ARGOUÉ (Dominique), « Du projet de vie aux projets d'animation », *Gérontologie et société*, 2001/1 (vol. 24 / n° 96), p. 125-135.

L'AFNOR définit le mot projet comme : « *une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client, ou d'une clientèle* »¹⁰. En ce sens, le contexte de notre terrain d'investigation s'avérait significatif pour en déterminer les enjeux et les leviers stratégiques. En effet, le caractère multi-sites et transversal de notre environnement d'étude exacerbe l'importance d'impliquer les professionnels dans la détermination de leurs futures organisations de travail. Dans un projet architectural de cette envergure, l'objectif est de parvenir à encourager la participation des agents afin que les locaux soient délimités par les prochains utilisateurs. L'inverse pourrait être préjudiciable pour les professionnels d'autant que le déménagement des unités constitue déjà un premier bouleversement psychologique.

Par ailleurs, dans une perspective managériale exhaustive cette approche participative suppose un certain nombre de prérogatives pour éviter des écueils. C'est notamment pour anticiper les formes de résistance au changement et pour accompagner la mise en place d'une évolution durable des pratiques qu'il convient de préparer la méthode choisie. En effet, la complexité du management participatif est parfois un premier frein à sa diffusion¹¹. Ainsi, il s'agit de se lancer dans son déploiement non pas à cause de contraintes internes, mais sous l'essor d'une réelle volonté du manager. Dans le même temps, la dynamique participative doit favoriser l'atteinte d'objectifs qui s'insèrent plus globalement dans la conduite d'un projet. En conséquence, il est légitime d'envisager le management participatif comme une stratégie à ajuster pour guider un projet et c'est ce qu'il convient d'analyser. Il était donc pertinent de se concentrer sur une analyse à deux niveaux. D'une part, sur la vision des professionnels afin de recueillir leurs remarques pour ajuster la démarche. D'autre part, sur le management de projet opéré par l'I-Vie. En effet, la caractéristique du projet est que son pilotage est conduit par une entité neutre visant à fédérer deux hôpitaux gériatriques.

Au regard de ces enjeux et du contexte du terrain d'investigation, une question a donc naturellement émergé et orienté notre réflexion tout au long de notre analyse : **dans quelle mesure le management participatif peut-il s'intégrer dans la démarche de projet d'un nouveau bâtiment d'USLD afin d'assurer le succès du projet ?** En effet, finalement la question n'est pas de savoir s'il faut ou non déployer le management participatif mais plutôt d'envisager comment l'intégrer au mieux dans une démarche de projet afin d'assurer son succès.

¹⁰ Norme AFNOR X50-106.

¹¹ COLOMBAT (Philippe), *Qualité de vie au travail et management participatif*, Éditions Lamarre (Coll. Cadres de santé), 2012, page 150.

Pour répondre à cette interrogation, il était nécessaire d'adopter une méthode d'investigation déclinée en différentes étapes afin d'orienter l'analyse du sujet.

Tout d'abord, c'est par l'intermédiaire d'un travail de recherche bibliographique que le socle de notre réflexion s'est constitué afin de relever dans la littérature les enjeux inhérents au management participatif. Dans cette approche, les enjeux ont pu être distingués dans une perspective générale et propre aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La difficulté a résidé dans la mise en corrélation de cette notion avec la thématique de la démarche de projet puisque les concepts sont étudiés distinctement et s'envisagent peu sous cet angle.

Ensuite, il convenait d'envisager cette réflexion en se positionnant en tant que D3S mais sans omettre la vision des professionnels. C'est pourquoi, il apparaissait pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs au regard de l'importance du nombre d'acteurs présents dans le projet. La conduite de 19 entretiens individuels¹² au cours desquels il a été rappelé le caractère confidentiel des échanges a constitué le matériau indispensable à l'analyse de la réflexion. Réalisés avec différents corps de professionnels impliquant les deux équipes engagées dans les groupes de travail, les entretiens se sont échelonnés sur le dernier trimestre du stage de professionnalisation. C'est par la richesse des entrevues qu'il a été possible de retracer finement l'historique du projet pour en extraire les enjeux. Volontairement le choix a été fait de ne pas privilégier des questionnaires de satisfaction afin de favoriser le caractère qualitatif des entretiens et l'approfondissement des réflexions des professionnels.

Pour terminer, l'observation et l'animation directe des groupes de travail a été un appui considérable pour se projeter dans une perspective professionnelle et intellectuelle en tant que D3S. À ce titre, le positionnement transversal et atypique de l'I-Vie a ajouté une singularité dans la réflexion qui a été menée.

Par cette méthode d'investigation, un argumentaire décliné en trois parties peut ainsi être proposé. Dans un premier temps, il convient de revenir à travers une perspective historique et contextuelle sur les enjeux du management participatif (I). Une analyse de terrain résolument pratique constitue le second temps de notre démarche (II). Pour terminer, un plan d'actions référé aux résultats de l'étude constituera le troisième temps de notre réflexion (III).

¹² Voir ANNEXES N°1, N°2 et N°3 pages II, III et IV.

1 Le management participatif : un concept managérial théorique appliqué à la démarche de projet de l'I-Vie.

Les concepts à l'origine de la création du management participatif sont très documentés aujourd'hui. Aussi, l'ambition de cette première partie est de dresser une analyse théorique et pratique en vue d'établir un panorama des opportunités ou écueils relatifs au déploiement d'une démarche de type participatif. C'est pourquoi, un premier temps cherche à ancrer cette notion dans une perspective historique afin d'explicitier les concepts et valeurs auxquels elle se réfère (1.1). À ce titre, les contributions de nombreux auteurs ont été éclairantes pour mettre en exergue les mécanismes qu'impliquent le management participatif dans les organisations d'aujourd'hui. Un second temps prolonge la réflexion afin de présenter plus particulièrement l'environnement ainsi que le projet qui a été déployé au sein de l'I-Vie (1.2). En effet, une dynamique participative ne peut être pertinente que si elle s'adapte à l'organisation et à son contexte.

1.1 Les enjeux théoriques du management participatif : entre leviers d'accompagnement et précautions de déploiement.

Pour comprendre la dynamique participative développée dans le cadre du projet de l'I-Vie, il convient de revenir d'abord sur les contours de cette notion dans la littérature notamment à travers quelques définitions (1.1.1). Cet éclaircissement sur les termes de notre analyse nous permettra alors de relever les grands enjeux que peut recouvrir le management participatif pour les organisations. En effet, il constitue un formidable levier de mobilisation des professionnels (1.1.2). Toutefois, il doit faire l'objet de précautions afin de rendre pleinement effective la démarche de projet (1.1.3).

1.1.1 Définitions et remise en contexte du management participatif.

Dans le contexte évolutif mais contraint du système de santé, la qualité de vie au travail des professionnels est devenue un levier privilégié pour remédier à la survenue des risques psychosociaux (RPS)¹³. Ces derniers correspondent à des situations de travail qui présentent « *un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs* »¹⁴.

¹³ CECCALDI (Joël), Pour un travail soigné dans une démarche participative, Éditions Lamarre (Hors collection), 2015, page 57.

¹⁴ <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>, consulté le 07/08/2018.

Ainsi, la prévention des RPS s'est progressivement imposée dans la réglementation au même titre que d'autres risques professionnels¹⁵. Parallèlement, une prise de conscience des managers a émergé afin de développer des approches managériales orientées sur une dynamique collective et intégrative pour les individus. Dans cette approche, la prééminence du modèle participatif s'est progressivement imposée comme un levier permettant de considérer à la fois la satisfaction des professionnels et le besoin de performance de l'organisation. Qualifié de « *troisième révolution managériale* »¹⁶, le management participatif admet donc des interprétations et définitions diverses même si son essor est récent dans les théories sur les organisations du travail. Ainsi, ce sont différentes approches qui se sont attachées à définir le managérial participatif dont notamment celle de LIKERT dans la lignée des travaux de LEWIN. La typologie de LIKERT a défini 4 styles de management dans les années 1960¹⁷ :

- Le management autoritaire exploiteur despotique : il présente un aspect répressif à travers des sanctions tout en centralisant les décisions.
- Le management autoritaire paternaliste bienveillant : la confiance est réduite dans les salariés mais un début de décentralisation dans la prise de décision se dessine.
- Le management consultatif : un système de récompense est instauré et les décisions stratégiques sont centralisées dans le haut de la hiérarchie.
- Le management participatif : l'information circule et une communication fluide est mise en œuvre « de haut en bas » et de « bas en haut ».

Selon LIKERT, le management participatif apparaît comme le style le plus efficace parce qu'il favorise l'interaction entre les individus par la responsabilisation et la fixation d'objectifs dans un groupe¹⁸. Ainsi, la dynamique participative favoriserait le processus de prise de décision grâce à la place qu'elle va accorder aux professionnels dans un projet.

Pour d'autres théoriciens, le management participatif se justifie au regard de deux caractéristiques : des collaborateurs compétents et peu ou pas motivés. En effet, selon le modèle de HERSEY et BLANCHARD : « *il n'y a pas de style de management idéal, mais des styles plus ou moins adaptés aux situations* »¹⁹. Le style participatif se caractérise donc par la présence de collaborateurs qui possèdent un véritable savoir-faire mais avec des réticences à vouloir assurer seul un projet.

¹⁵<http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/principes-et-fondamentaux/les-principes-du-management-de-la-qualite>, consulté le 07/08/2018.

¹⁶ JEANNEROD-DUMOUCHEL (Nathalie), « La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif », @GRH, 2014/2 (n° 11), p. 7-29.

¹⁷ LETTELIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 31.

¹⁸ COLOMBAT (Philippe), Qualité de vie au travail et management participatif, *op. cit.*, page 128.

¹⁹ MADERS (Henri-Pierre), Manager une équipe projet : Leadership, grilles de lecture, cas concrets, Éditions d'Organisation, 2002, page 221.

Par exemple, l'environnement particulier d'un projet peut conduire à démotiver des professionnels comme nous le verrons plus tard. Dans cette approche, le manager va poursuivre l'objectif de mobiliser les professionnels, tout en assurant une communication entre les groupes et les individus²⁰. En effet, un chef de projet participatif veille à ce que les décisions soient prises en commun afin de créer une ambiance de travail conviviale, tout en prenant en compte les intérêts généraux et individuels pour conduire son projet.

Le management participatif n'est donc pas un concept qui admet une seule définition. Les interprétations vont de pair avec l'évolution des contextes professionnels. En ce sens, il peut admettre plusieurs modalités d'expression mais « *il se justifie toujours par le gain à retirer en termes de performance dans l'organisation* »²¹. Par ailleurs, si la dynamique du management participatif semble aujourd'hui largement relayée auprès des managers, se pose la question de son application afin de fédérer les professionnels dans une démarche projet.

1.1.2 Le management participatif intégré dans une démarche de projet : un levier de motivation et de performance managériale.

La dynamique participative permettrait en première intention de favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire notamment parce que la démarche de projet se bâtit collectivement. De fait, l'ambition du management participatif va être de stimuler la coopération des professionnels « *en les mobilisant dans l'optique d'une finalité commune et profitable à l'organisation* »²². Les groupes de travail organisés dans le cadre d'une démarche de projet vont constituer sur ce point un lieu de valorisation du travail des agents.

En effet, le management participatif va chercher à constituer des espaces d'échanges qui vont permettre à chaque individu de partager ses idées et de se sentir entendu dans la perspective d'une finalité commune. Cette collaboration par l'intermédiaire des séances de travail va alors permettre : « *l'osmose du groupe, une alchimie qui fait que le groupe va prendre une identité à part entière et devenir plus que la somme des individus qui le compose* »²³. L'adoption de cette dynamique va alors présenter deux intérêts.

²⁰ *Ibid.*, page 221.

²¹ LETTELIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 11.

²² *Ibid.*

²³ CREPEL (Agathe), NÈVE-HANQUET (Chantal), Faciliter l'intelligence collective : 35 fiches pour innover, co-construire, mettre en action et accompagner le changement, Eyrolles (Coll. Livres outils), avril 2018, page 21.

À court terme, la mobilisation d'agents hétérogènes provenant d'horizons professionnels différents va favoriser les transferts de compétences. En effet, dans le contexte évolutif mais contraint du système de santé, le propre des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux est de concentrer des professionnels aux profils très hétéroclites qui se différencient les uns des autres. Pour un manager de projet, la dynamique participative va donc apparaître comme « *le dénominateur commun*²⁴ » à un ensemble de situations rencontrées.

À plus long terme, cette démarche va s'ancrer de façon durable dans les pratiques des professionnels impliqués dans les processus de changement. C'est ce que certains auteurs ont constaté en relevant que « *les échecs d'implémentation de changements (...) sont parfois dus au fait qu'ils ne tiennent pas compte des interlocuteurs* »²⁵. Le managérial participatif doit donc s'orienter vers une adhésion effective et une implication durable des professionnels. Pour y parvenir, la dynamique participative va pouvoir être envisagée comme un véritable levier d'apprentissage du changement. En effet, la participation envisagée à travers la responsabilisation des professionnels va conduire à valoriser leurs compétences au sein des groupes d'échanges pluridisciplinaires. Comme le souligne Nathalie JEANNEROD-DUMOUCHEL, « *la reconnaissance du métier reste une valeur à laquelle les salariés sont fondamentalement attachés*²⁶ » dans le management participatif. Ainsi, en se sentant impliqués par une démarche de projet, les agents manifesteront leur engagement à travers leurs fonctions.

Dans cette approche, cette synergie collective va être profitable afin d'optimiser le processus de prise de décision. En effet, pris individuellement les individus peuvent évoluer dans une optique divergente à leur l'organisation et les uns par rapport aux autres. De ce fait, différents facteurs peuvent contrecarrer l'efficacité du processus de décision : « *relations informelles contre-productives, histoire de l'entreprise, poursuite d'objectifs personnels etc.* ». En s'impliquant dans une dynamique de type participatif, le manager va pouvoir stopper les dissensions liées à des comportements individualistes et déconnectés de l'intérêt global de l'organisation²⁷. La démarche participative va ainsi unifier les professionnels sur des valeurs communes et valoriser les professionnels en leur permettant d'être responsabilisés dans la dynamique de projet conduite dans l'organisation.

²⁴ LETTELIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 68.

²⁵ CRESPEL (Agathe), NÈVE-HANQUET (Chantal), Faciliter l'intelligence collective : 35 fiches pour innover, co-construire, mettre en action et accompagner le changement, *op. cit.*, page 14.

²⁶ JEANNEROD-DUMOUCHEL (Nathalie), « La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif », *op. cit.*, page 7-29.

²⁷ LETTELIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 37.

Le management participatif présente donc différents leviers qui rendent opportun sa mise en œuvre dans le cadre d'une démarche de projet. D'une part, il est favorable à la responsabilisation des professionnels par l'autonomie que suppose cette démarche. D'autre part, il tend à rendre plus efficiente l'issue d'un projet en optimisant le processus de prise de décision. Toutefois, un certain nombre de précautions sont à souligner afin de rendre pleinement effectif le management participatif.

1.1.3 Des précautions dont il faut tenir compte : « un management sans participation ou une participation sans management »²⁸ ?

Depuis son essor au début du XX^{ème} siècle, différents travaux ont tenté de mettre en exergue les enjeux favorables à la conduite du modèle participatif comme nouvelle approche managériale. Pour autant, une fois que la dynamique participative a trouvé sa justification, ce sont les conditions de sa mise en œuvre qui doivent faire l'objet d'une attention plus spécifique des managers. En effet, la mise en place du management participatif va modifier la structure de l'organisation et les relations hiérarchiques entre ses membres puisqu'elle favorise l'autonomie des professionnels. Dans cette approche, elle peut nécessiter des ajustements qu'il convient d'appréhender afin d'assurer l'effectivité des objectifs d'une démarche de projet.

Pour certains auteurs, une limite fréquente au déploiement du management est de considérer que la participation doit être le résultat d'une décision unanime²⁹. Évidemment, l'issue d'une décision qui s'oriente vers une position unique et partagée par l'ensemble du collectif peut procurer de nombreux avantages en matière de cohésion d'équipe. Toutefois, cette unanimité est parfois difficile à obtenir, car chaque membre d'une équipe peut se diriger vers un avis différent du groupe. Il est d'autant plus difficile d'arriver à ce genre de décision que le projet va s'insérer dans un environnement complexe avec des individus hétérogènes. La solution est donc de considérer que le consensus est le fruit d'une réflexion de tous les membres du groupe à la fois juste et équitable. Par ailleurs, une trop grande liberté décisionnelle dans une dynamique participative peut également mener à des comportements individualistes³⁰. En effet, responsabiliser les professionnels ne veut pas dire non plus une absence de contrôle totale. L'enjeu pour un manager est de trouver un équilibre entre une autonomie suffisante pour les groupes de travail et une forme de contrôle adaptée aux enjeux du projet.

²⁸ HERMEL (Philippe), *Le management participatif, Sens, réalités, actions*, Éditions d'Organisation, 1988, page 238.

²⁹ COLOMBAT (Philippe), *Qualité de vie au travail et management participatif*, *op. cit.*, page 142.

³⁰ MAHIEU (Geoffrey), Master 60 en sciences du travail, « Les effets du management participatif sur le bien-être des travailleurs », consulté en ligne le 06/05/2018, sur <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/>

Pour d'autres auteurs, parfois la participation est réduite à un simple outil de légitimation : on consulte et on donne la parole, « *mais on ne tient pas toujours compte des discussions ou des propos qu'on a suscités* »³¹. C'est notamment parce que la participation peut admettre différentes variantes. En effet, elle peut revêtir à minima 3 acceptions dont notamment la consultation, la concertation et la négociation selon le contexte dans lequel se trouve le processus de décision collectif³². Tout d'abord, la consultation vise 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 projet. Les acteurs consultés peuvent s'exprimer par un vote ou être auditionnés oralement, mais ils ne participent pas en commun à la prise de décision* ». Ensuite, la concertation vise à : « *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 en final à un autre niveau* ». Enfin la négociation est 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 acceptable par tous* ». De fait, c'est en clarifiant la forme de participation qu'on attend des professionnels que la démarche et les objectifs seront entendus.

Pour aller plus loin, « *le management participatif semble être davantage un problème plutôt qu'une solution* »³³, notamment si l'environnement n'est pas pris en considération. Par exemple, un projet peut être une source de déstabilisation pour les professionnels puisque les repères sont bousculés et remis en cause³⁴. Comme le souligne Thierry PICQ, : « *contrairement à une idée pourtant communément partagée, participer à un projet n'est pas forcément motivant en soi* »³⁵. De fait, le manager souhaitant déployer une dynamique participative va devoir intégrer dans sa stratégie des facteurs propres au contexte de son projet. Néanmoins, l'élément le plus prégnant réside dans le fait que tous les styles de leadership ne sont pas favorables à la cohésion et à l'esprit d'équipe. En effet, une dynamique de projet voulue comme participative repose en première intention sur l'acteur qui va piloter la démarche : le manager.

³¹ BEAUCOURT (Christel), « Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé », *Management & Avenir*, 2011/9 (N°49), p. 102-113.

³² TOUZARD (Hubert), « Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique », *Négociations*, 2006/1 (N°5), p. 67-74.

³³ JEANNEROD-DUMOUCHEL (Nathalie), « La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif », *op. cit.*, page 7-29.

³⁴ COURTIN (Francesca), Mémoire DH, « La gestion des risques projet dans l'ouverture d'un bâtiment : l'exemple du CASH de Nanterre », Promotion 2013-2015.

³⁵ PICQ (Thierry), *Manager une équipe projet : Pilotage, Enjeux, Performance*, Dunod (Coll. Fonctions de l'entreprise), 3ème édition, 2011, 232 pages, P150.

C'est lui qui va être le garant de la démarche et de l'atteinte des objectifs de l'équipe de projet. La « *présence d'un leader capable de faire vivre le collectif et de l'entraîner s'avère indispensable au succès* »³⁶ d'un projet. Toutefois, c'est par un encadrement pertinent et une réelle volonté d'améliorer la façon de travailler au quotidien des professionnels que la démarche participative va fonctionner. Ainsi, plusieurs travaux se sont intéressés au lien entre l'existence d'une démarche participative et le style de leadership du manager. Il s'avère que le leadership influe directement sur un modèle de management fondé sur la participation des salariés. En effet, un manager animé d'un leadership participatif va incarner le rôle d'un « *chef d'orchestre* »³⁷ indispensable pour fédérer et conduire la démarche de projet.

Il n'y a donc pas une dynamique managériale participative unique mais plutôt adaptée au contexte du projet et aux objectifs qu'elle tend à poursuivre. En effet, les acceptions récentes et les travaux sur la notion de management participatif démontrent que les effets sont positifs lorsque le chef de projet s'attache davantage aux principes de responsabilité des agents. Toutefois, au risque de devenir un simple facteur de légitimation, les contours du management participatif doivent être clarifiés pour délimiter le périmètre de participation des professionnels. De fait, il convient désormais de revenir sur la dynamique mise en œuvre par l'I-Vie afin d'en tirer les enseignements pour notre analyse.

1.2 La dynamique participative mise en œuvre à l'I-Vie à travers le projet architectural du nouveau pavillon d'USLD.

Le management d'un projet voulu comme participatif suppose un cheminement construit étape par étape afin d'aboutir progressivement jusqu'aux résultats escomptés. En ce sens, des préalables sont nécessaires afin d'analyser un projet et ses enjeux. Il s'avère donc pertinent de présenter plus en détail le pilote du projet, l'I-Vie, afin de mettre en exergue que la dynamique participative représentait déjà une valeur portée par cet institut (1.2.1). Cette base institutionnelle a permis d'attribuer différents enjeux au projet du nouveau pavillon et plus globalement à la gériatrie afin de structurer un projet transversal pour les USLD des HCL (1.2.2). De ce fait, c'est ce qui explique qu'une méthodologie rigoureuse ait été construite autour de cette dynamique participative afin de la transposer dans la démarche de projet du nouveau pavillon d'USLD (1.2.3).

³⁶ STERVINO (Sandrine), « Les Scop (Sociétés Coopératives et Participatives) : des entreprises au management participatif ? », *Ergologia, Société internationale d'ergologie*, 2014, pp.95-130, en ligne sur <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01411416/document>.

³⁷ *Ibid.*

1.2.1 Un pilote de projet atypique et novateur : l'I-Vie comme garant de l'unité des professionnels de la gériatrie.

La gériatrie a été érigée au rang de priorité institutionnelle transversale à travers le projet d'établissement 2013-2017 des HCL. Intitulé « Horizons 2017 », ce projet a diffusé une philosophie nouvelle pour le CHU à travers l'identification de la gériatrie comme une compétence à part entière. En effet, le secteur de la gériatrie fait l'objet de réorganisations importantes afin d'adapter ses capacités et ses ressources au défi du vieillissement. Afin d'accompagner cette restructuration par la valorisation des ressources et la mise en œuvre du projet de la gériatrie, l'I-Vie a été créé. Plusieurs raisons ont légitimé la création de l'I-Vie et sa formalisation au sein du projet d'établissement. Tout d'abord, une volonté institutionnelle forte de porter de manière large et transversale la politique de la gériatrie, en interne comme sur le territoire. Ensuite, le désir d'adopter une approche réellement dédiée aux personnes âgées accueillies aux HCL pour organiser une prise en charge de qualité. Enfin, unir les professionnels à travers des valeurs communes liées au respect du droit et à la prise en compte des souhaits des personnes âgées. De fait, c'est par l'intermédiaire de ce socle institutionnel via le projet d'établissement et la création de l'I-Vie que les prémices à la participation des professionnels de la gériatrie dans le projet du nouveau pavillon ont été posées.

Installé depuis le 1er janvier 2016, cet institut s'est substitué au groupement hospitalier de gériatrie préexistant et a désormais pour objectif de fédérer tous les acteurs de la gériatrie des HCL pour mettre en œuvre un véritable projet médical du vieillissement. L'I-Vie repose ainsi sur 3 piliers qui constituent ses valeurs : soigner, innover et former. Placé sous la responsabilité d'un comité directeur (CODIR), il est piloté de manière transversale par un trio composé :

- *D'un directeur administratif* : il apporte un soutien opérationnel au fonctionnement de l'I-Vie en étant l'interlocuteur administratif de la gouvernance et des directeurs de groupements. Il a été recruté en avril 2016.
- *D'un directeur des soins* : il supervise le pilotage du projet de soins de l'I-Vie et coordonne la mise en œuvre des projets spécifiques à la personne âgée. Il est rattaché hiérarchiquement au Coordonnateur général des soins. Il est arrivé en janvier 2018 suite au départ du premier directeur des soins de l'I-Vie.
- *D'un directeur médical* : il assure les fonctions de chef de pôle d'activité médicale tout en supervisant la stratégie de recherche et l'animation de la prospective médicale. À contrario du directeur administratif et des soins, il n'a pas de rattachement direct à un « supérieur hiérarchique ». Il est présent depuis la constitution de l'I-Vie.

Cette entité singulière est l'une des premières en France et reste relativement jeune pour les HCL. Dans son fonctionnement opérationnel, l'I-Vie repose sur une particularité qui lui est propre puisqu'il s'articule avec les 5 directeurs des groupements hospitaliers (DGH) et les directeurs délégués sur les établissements de gériatrie selon la représentation suivante :

<i>5 groupements hospitaliers (GH) supervisés par 5 DGH</i>	Groupement hospitalier Nord	Groupement hospitalier Sud	Groupement hospitalier Est	Groupement hospitalier Centre	Groupement hospitalier Renée Sabran
Établissements gériatriques pilotés par un directeur délégué de site	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital gériatrique Pierre Garraud. • Hôpital gériatrique Dr Frédéric Dugoujon. • Services de gériatrie hôpital Croix-Rousse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital gériatrique Antoine Charial. • Services de gériatrie hôpital Lyon-Sud. 	/	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital gériatrique des Charpennes. • Services de gériatrie hôpital Édouard Herriot. 	<ul style="list-style-type: none"> • Services de gériatrie hôpital Renée Sabran
Établissements non gériatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de la Croix-Rousse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier Lyon-Sud. • Hôpital Henry Gabrielle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Femme Mère Enfant. • Hôpital Louis Pradel. • Hôpital Pierre Wertheimer. • Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Edouard Herriot. • Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Renée Sabran

Tableau 1. L'organisation administrative des 14 établissements des HCL.

De manière plus concrète, dans l'exemple du groupement hospitalier sud (GHS) : on retrouve un DGH qui a la charge de l'ensemble des établissements qu'ils soient gériatriques ou non. Parallèlement, un directeur délégué de gériatrie positionné sous la responsabilité hiérarchique du DGH est affecté à l'hôpital gériatrique Antoine Charial et aux services de gériatrie de l'hôpital pluridisciplinaire Lyon Sud. L'I-Vie pilote donc différents projets en lien avec les 5 groupements hospitaliers (GH) et les différents directeurs délégués sur les établissements de gériatrie.

Les personnels médicaux et non médicaux exerçant sur les 5 sites gériatriques sont rattachés aux DGH des HCL sans un lien hiérarchique direct à l'I-Vie. De la même manière, les personnels administratifs et de supports des sites gériatriques sont intégrés dans les directions fonctionnelles correspondantes au sein du groupement. Compte tenu de cette organisation, tous les personnels sont rattachés hiérarchiquement au directeur de groupement et, par délégation, à un membre de l'équipe de direction du groupement. Dans cette configuration originale, il est loisible de constater toute la particularité du positionnement de l'I-Vie du fait d'une absence de lien hiérarchique sur les hôpitaux gériatriques.

En effet, si l'I-Vie est amené à intervenir spécifiquement sur les sites de gériatrie, les activités de certains établissements non gériatriques lui imposent également un pilotage transversal. Par exemple : l'hôpital de la Croix-Rousse dispose de 194 lits de soins de longue durée (SLD) en sus de ses activités principales de médecine, chirurgie et obstétrique. Pour autant, afin de respecter l'engagement initial d'une unification des valeurs de la gériatrie sur le CHU, il apparaissait essentiel de fonder un institut avec un positionnement transversal capable, dans les faits, d'être détaché hiérarchiquement des 5 groupements hospitaliers. Ainsi, c'est pour cette raison légitime que différents projets transversaux sont pilotés par l'I-Vie dont notamment certains avec une ambition importante comme le projet de construction du nouveau pavillon d'USLD de notre étude.

Ces différents arguments expliquent que le pilote du projet désigné à cet effet ait été le directeur administratif de l'I-Vie. En effet, c'est lui qui arbitre et valide, *in fine*, les orientations du projet dont notamment les futures organisations de travail qui seront à déterminer. De manière plus opérationnelle, son rôle consiste à assurer le pilotage du projet et veiller pour le compte de la Direction Générale des HCL à la bonne conduite de la démarche. Le rôle de « chef d'orchestre » lui confère le pouvoir d'arbitrage qui lui permet de solliciter l'ensemble des métiers du CHU. Il valide les différentes étapes d'avancement, le respect des objectifs institutionnels et la cohérence globale de la démarche avec le projet de vie institutionnel de l'I-Vie.

Lors de son recrutement en 2016, il a été inscrit la conduite de cette mission dans sa feuille de route. Ainsi, sa nomination en tant que chef de projet a été légitimée en tant que telle par le comité des engagements des HCL qui émane de la Direction des ressources matérielles. Cet organe de suivi et de pilotage des projets HCL, formalise une lettre de mission pour les pilotes de projet. Lorsque le projet est validé par la Direction Générale des HCL, le pilote du projet obtient un mandat de pilotage afin de l'identifier comme référent et gestionnaire des crédits. Aussi, le directeur administratif de l'I-Vie est passé en comité des engagements en mai 2017 afin d'officialiser son pilotage.

Par ailleurs, le directeur administratif de l'I-Vie dispose d'un positionnement neutre au regard des deux établissements gériatriques concernés par le projet, ce qui assure un lien direct avec la Direction Générale des HCL. En ce sens, ce chef de projet matérialise une double légitimité parce qu'il incarne également les valeurs de l'I-Vie à travers l'objectif d'unification des professionnels de la gériatrie. Comme nous le verrons plus tard, on retrouve très concrètement cette orientation à travers la démarche qui a été retenue pour le projet.

1.2.2 Un projet aux enjeux ambitieux : le pivot de la restructuration et de la valorisation transversale des USLD aux HCL.

Le nouveau pavillon d'USLD des HCL est investi de différentes aspirations qui sont à la source du projet : valoriser l'activité de SLD, redresser le budget annexe et réussir la réorganisation de la gériatrie dans une véritable optique médico-sociale.

Ces quatre ambitions ont été le moteur d'une démarche de projet voulue comme participative et complémentaire au pilotage transversal. Les HCL assurent une activité de gériatrie répartie sur différents sites (voir tableau ci-avant). Pour concrétiser dans les faits les valeurs qui lui ont été confiées, l'I-Vie s'est vu attribuer différentes missions dont la plus importante, depuis sa création, est inhérente au nouveau pavillon d'USLD de 180 lits.

Le projet de construction est une opportunité pour valoriser les professionnels mobilisés. Cette ambition dépasse donc les contraintes techniques et architecturales du projet afin de se saisir du projet pour rayonner sur l'ensemble des SLD de l'I-Vie à travers la démarche participative qui est conduite. En ce sens, il s'agit avant tout de parvenir à mobiliser les professionnels sur la définition de valeurs communes inspirantes pour les autres sites de gériatries.

Le projet est né dans un contexte d'apparition de diverses problématiques liées à l'activité des SLD au sein du CHU. En effet, le budget annexe des USLD est fortement déficitaire et s'est accru sur les dernières années avec une augmentation d'environ 50 points de pourcentage entre 2016 et 2017. Le déficit récurrent fait d'ailleurs l'objet d'un plan d'actions entrepris depuis le début de l'année 2018 afin d'engager des réelles mesures de rééquilibrage.

À ce déséquilibre persistant du budget s'ajoutent des difficultés liées à la gestion des ressources humaines. L'hétérogénéité des effectifs des personnels non-médicaux est marquée entre les établissements gériatriques. Par ailleurs, la stabilité des équipes médicales et paramédicales est fragile et concomitante à un taux d'absentéisme important sur les sites de gériatrie. Des efforts structurels visant à renforcer l'activité de SLD ont pourtant été menés notamment en agissant sur plusieurs leviers dont un renforcement des temps médicaux affectés, une clarification des budgets, ou encore une optimisation de l'activité.

Des disparités en fonction des sites de gériatrie sont également notables. Les deux hôpitaux concernés plus spécifiquement dans notre analyse sont à ce propos éclairants. D'un côté, le site de l'hôpital Pierre Garraud souffre d'un taux d'absentéisme important notamment sur l'activité de SLD. De l'autre côté, l'isolement du site de l'hôpital Antoine Charial lui fait défaut

pour assurer une attractivité suffisante auprès des professionnels médicaux et paramédicaux.

Ainsi, le projet du nouveau pavillon vise à soutenir cette activité de SLD tout en lui permettant de s'inscrire dans une optique pérenne et stable. Une enveloppe dédiée pour le projet a donc été déterminée par la Direction Générale et mise sous la responsabilité du chef de projet, à savoir, le directeur administratif de l'I-Vie. Ainsi, ce sont environ 21,4 millions d'euros qui ont été fléchés spécifiquement pour le projet.

Parallèlement à cet enjeu financier, le projet trouve son origine dans l'une des réorganisations les plus importantes de la gériatrie des HCL à savoir : le transfert des activités de l'hôpital gériatrique Antoine Charial dans la perspective de la fermeture définitive du site. L'ambition de vendre le site est l'occasion de recentrer l'activité de SLD sur un autre établissement : l'hôpital gériatrique Pierre Garraud.

Le projet n'est donc pas anodin puisqu'il concerne deux hôpitaux gériatriques : l'hôpital gériatrique Antoine Charial situé à Francheville et l'hôpital gériatrique Pierre Garraud dans le cinquième arrondissement de Lyon. À travers la dynamique participative, l'ambition du projet est donc d'assurer le succès de cette réorganisation notamment parce que le pavillon va faire du site de Pierre Garraud un pivot dans les USLD. En effet, au-delà des aspects purement architecturaux, le site va plus que doubler son activité, ce qui va questionner les différents flux logistiques et techniques.

	Hôpital gériatrique Antoine Charial	Hôpital gériatrique Pierre Garraud
Activités actuelles	<ul style="list-style-type: none"> - 36 lits d'EHPAD, - 48 lits de courts séjours gériatriques (déménagement en avril 2018), - 150 de SLD. 	<ul style="list-style-type: none"> - 151 lits de SSR, - <u>125 lits de SLD</u> dont 10 en UHR, - 48 lits d'EHPAD.
Activités prévisionnelles à l'horizon 2020	Fermeture à l'horizon 2020.	<ul style="list-style-type: none"> - 151 lits de SSR, - <u>305 lits de SLD</u> dont 10 en UHR, - 14 lits d'EHPAD³⁸.

Tableau 2. Activités actuelles et prévisionnelles des 2 établissements du projet.

³⁸ L'activité d'EHPAD fait elle aussi l'objet d'une restructuration parallèle à celle des USLD, mais nous n'en tenons pas compte ici.

Dans ce contexte, le dernier enjeu le plus prégnant du projet consiste à orienter la dynamique selon une vision médico-sociale même si l'environnement global du projet s'attache à des USLD.

En effet, le risque est de « sanitiser » les organisations du travail et, *in fine*, les locaux aux dépends d'un environnement conçu comme un lieu de vie. En effet, comme le relève le rapport de l'IGAS de Mars 2016 : « *même si les USLD sont avant tout définies comme des lieux de soins en raison de leur appartenance au domaine sanitaire, elles sont aussi, quoique dans une moindre mesure que les EHPAD, des lieux de vie* »³⁹. De fait, c'est à travers l'opportunité du projet du nouveau pavillon d'USLD que l'objectif est de concevoir l'environnement des personnes âgées comme suffisamment familial.

Le projet conduit pour le nouveau pavillon est donc investi d'enjeux institutionnels et budgétaires afin de structurer une démarche plus globale pour les USLD des HCL. Aussi, il convient désormais de s'attacher à la méthodologie qui a été définie au regard de notre terrain d'étude.

1.2.3 Une démarche de projet voulue comme participative : la méthodologie retenue par l'I-VIE.

La littérature a révélé les ambitions principales de la dynamique participative notamment pour le chef de projet. De fait, il s'agit désormais de mettre en lumière les 3 facteurs remarquables du management participatif mis en œuvre par l'I-Vie. Ces derniers s'articulent principalement autour du degré d'autonomie accordé (1.2.3.1), de la capacité à imaginer (1.2.3.2) et de la fluidité de la communication (1.2.3.3).

1.2.3.1 La responsabilisation et la participation aux décisions via des groupes de travail intersites.

La recherche de transversalité a inspiré la composition intersites des groupes préalables à la rédaction du programme, pour le lancement de l'appel à projet du nouveau pavillon. Le choix a été fait d'envisager l'avancement du projet par des groupes de travail associant les agents des deux établissements et ceci pour deux raisons.

D'une part, les équipes en USLD sont parfois différentes, notamment parce que les historiques des établissements et l'inscription dans des groupements hospitaliers distincts n'ont pas homogénéisé les pratiques. Les séances de travail partagées permettent ainsi de

³⁹ DELATTRE (Antoine), PAUL (Stéphane), « Les unités de soins de longue durée (USLD) », Inspection Générale des Affaires Sociales, Mars 2016.

confronter ces écarts de pratique dans l'objectif d'une vision commune d'accompagnement en USLD.

D'autre part, l'association des équipes de Charial et Garraud ouvre les groupes de travail à des utilisateurs qui seront amenés à collaborer conjointement dans une temporalité à moyen/long terme. Il était donc important que les équipes puissent se connaître en amont, et ce, au regard de l'activité d'USLD qui va plus que doubler sur le site de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud.

Les groupes de travail du projet se sont donc déclinés en 8 sous-groupes thématiques selon l'architecture suivante :

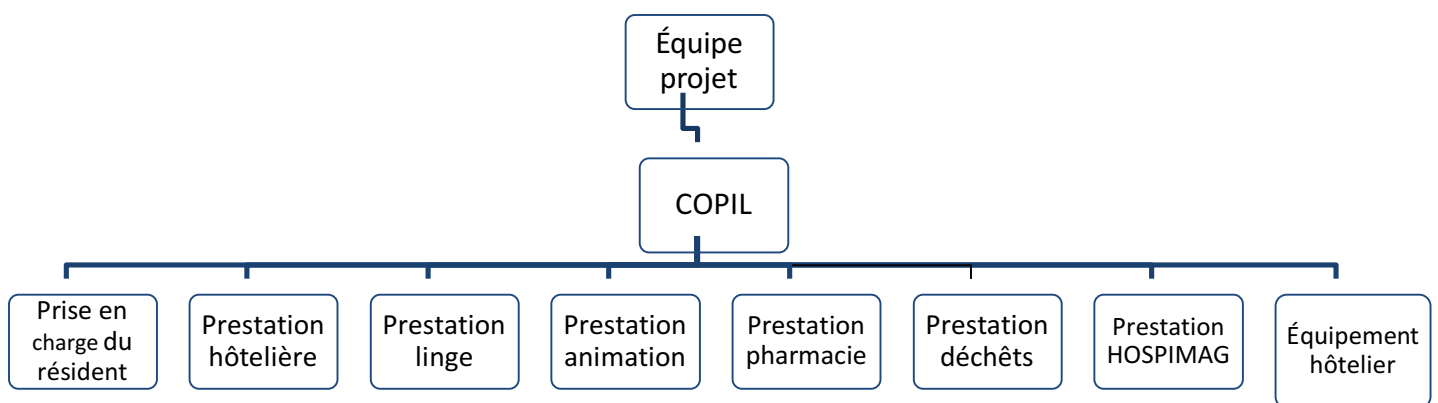


Figure 1. Architecture de la démarche de projet du nouveau pavillon d'USLD

Chaque groupe s'est vu attribuer des thématiques à traiter, un ou plusieurs référents ainsi que des échéances temporelles. Par exemple, le groupe de travail sur la prise en charge du résident vise à anticiper la réflexion sur l'accompagnement des personnes âgées dans les futurs locaux. Il doit traiter des questions sur l'investissement des espaces de vie, les équipements associés et l'organisation des soins. Le directeur administratif, le directeur des soins et le référent médical du projet sont les pilotes désignés pour suivre ce groupe de travail. L'échéance a été fixée à décembre 2018.

Une fois que le choix a été fait d'associer les équipes des sites concernés aux groupes de travail, l'étape suivante a consisté à responsabiliser les professionnels. Pour parvenir à cet objectif, une réunion de travail est planifiée au regard de l'avancement du projet et des besoins de l'architecte pour la configuration des locaux. De fait, au sein de la réunion sont présents les agents mobilisés pour le groupe de travail ainsi que le directeur administratif et/ou le directeur des soins pour animer la réunion. Ce sont les échanges qui vont permettre d'apporter les conclusions aux choix retenus dans le projet. En ce sens, le pilote de projet

délègue donc une partie de son pouvoir aux professionnels de la séance de travail afin de prendre une décision finale commune.

Pour parvenir à une orientation collective, les objectifs à atteindre sont donnés au début de la réunion de travail pour clarifier la visée. Ce deuxième mécanisme permet à son tour de responsabiliser les professionnels des groupes de travail engagés sur une mission donnée. Dans cette optique de concertation pluridisciplinaire, le résultat discuté entre différents corps de professionnels encourage aux échanges et à un dialogue constructif. C'est pourquoi, un minimum de protagonistes doit être présent afin d'assurer la représentativité des équipes de l'hôpital Antoine Charial ou Pierre Garraud.

1.2.3.2 La valorisation de la créativité dans le projet.

La dimension architecturale et le cadre matériel d'un projet de construction constituent l'opportunité pour motiver les professionnels à s'inscrire dans une dynamique participative visant à repenser les organisations sous un angle innovant et créatif. L'occasion de s'engager dans ces évolutions va de pair avec le deuxième pilier de l'I-Vie qui ambitionne de développer l'innovation chez les professionnels de gériatrie.

Pour lancer l'appel à projet du nouveau pavillon, un groupe de travail spécifique a été amorcé en 2015 par le premier directeur des soins de l'I-Vie. La rédaction du programme a fait émerger les souhaits des professionnels pour proposer les premières pistes d'organisation du nouveau pavillon d'USLD. C'est par l'intermédiaire de ce programme initial, qui a constitué le cahier des charges, que l'appel à projet du pavillon a été lancé. Dans cette approche, c'est sous l'angle « d'une place du village » que le hall d'accueil du projet a été conçu. Ce lieu collectif vise à reconstituer les caractéristiques d'une petite commune avec une configuration architecturale recréant l'ambiance et les commerces d'un village. Cette proposition a été retenue dans le cahier des charges aux côtés d'autres idées plus créatives.

La visée commune des groupes de travail consiste à envisager l'architecture des locaux, et plus globalement des organisations de travail, sous l'angle d'un lieu de vie. C'est ce qui explique la déclinaison du projet en 8 sous-groupes selon les différentes thématiques d'accompagnement des personnes âgées. La participation des professionnels est particulièrement bénéfique dans l'approche d'un projet comme celui du nouveau pavillon d'USLD, car elle est source de créativité, d'innovation et d'enrichissement via un partage des connaissances. La signalétique retenue dans le projet est éclairante sur ce point. En effet, elle vise à nommer les unités en fonction des quartiers ou des lieux célèbres de la ville de Lyon afin de faciliter l'orientation des futurs résidents du nouveau pavillon d'USLD. C'est par

les échanges entre les professionnels du groupe de travail que cette idée a fait progressivement son chemin et s'est concrétisée.

De la même manière, la réflexion sur le circuit de la restauration vise à requestionner les horaires et les modalités de distribution des repas. Pour ce faire, un benchmark important a été entamé au sein de l'I-Vie afin de lancer une réflexion sur l'achat d'un matériel innovant et plus adapté pour les professionnels. Ce travail sera déployé dans les autres USLD des HCL dans une perspective plus lointaine une fois que le travail aura été accompli.

1.2.3.3 La communication des résultats d'avancement via les instances du projet.

La démarche de projet voulue selon une dynamique participative s'appuie sur une communication diffusée par l'intermédiaire des instances du projet. En effet, ces dernières sont un vecteur pour transmettre l'information auprès des agents impliqués ou non dans la dynamique participative au-delà des instances propres à l'I-Vie⁴⁰.

Tout d'abord, au regard de la hiérarchisation de la démarche, c'est l'équipe projet qui opère la première partie du travail de communication afin de diffuser les informations. En effet, l'équipe projet se réunit selon une échéance mensuelle pour suivre la dynamique du projet. C'est au cours de ces réunions que les étapes d'avancement des groupes de travail sont transmises aux directeurs des sites de gériatrie. De plus, le comité de pilotage (COPIL) formé depuis 2015, a quant à lui pour mission de valider les grandes orientations qui vont être conduites dans le projet. Il présente également les points d'étape du projet et les propositions discutées lors des séances de travail. Initialement, cette instance a été pilotée par le premier directeur des soins de l'I-Vie avec les directions transversales des HCL et les agents des deux établissements afin de formaliser le schéma fonctionnel du projet à 180 lits. Ensuite, cette communication est complétée par une présentation régulière des résultats d'avancement aux instances des établissements gériatriques dont notamment le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du côté des professionnels, et le conseil de vie sociale (CVS) du côté des familles.

Par ailleurs, pour constituer un lien entre le pilotage de projet et les équipes des groupes de travail, un comité plénier a été créé. Formalisé dans la genèse du projet en 2014, il intègre depuis différents professionnels des deux sites de gériatrie dont notamment :

- Les directeurs de site et leurs adjoints,

⁴⁰ L'I-Vie dispose de différentes instances qui favorisent la diffusion d'une communication large sur le projet au sein des établissements de gériatrie et du CHU.

- Les cadres supérieurs de santé et l'ensemble des cadres de santé de proximité des services de SLD,
- L'ensemble de l'équipe médicale de SLD,
- Ainsi que des professionnels avec une vision transversale dont : un responsable de la restauration, un responsable de la lingerie, un responsable de la pharmacie, un psychologue, un ergonomiste conseiller sur les conditions de travail, un ingénieur et le référent biomédical de l'I-Vie.

De fait, le comité plénier repose sur une représentation transversale et pluridisciplinaire. Il assure la coordination générale de la démarche, et de l'ensemble des sous-groupes thématiques.

Le management participatif oscille entre des opportunités et des écueils qui doivent être portés à la connaissance des managers afin de rendre adéquate cette démarche. C'est parce que le management participatif fait référence à des concepts et des valeurs pour dynamiser les professionnels qu'il est propice aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Ainsi, les investigations de nombreux auteurs ont été éclairantes pour structurer notre réflexion théorique sur le management participatif.

Notre second temps d'introspection a présenté plus distinctement l'I-Vie et son environnement atypique pour déployer une démarche participative. En effet, l'architecture interne des HCL ou encore le caractère multisites constituent des facteurs contextuels dont il fallait tenir compte pour dresser le panorama du projet. En ce sens, notre objectif est désormais de poursuivre l'analyse de notre terrain d'étude en tentant de relever les facteurs propices ou non à une dynamique participative.

2 L'analyse du management participatif déployé dans le cadre du projet de l'I-Vie : entre opportunité managériale et obstacles structurels.

Les contributions de nombreux travaux ont mis en évidence les enjeux soulevés par le déploiement d'une dynamique participative. Aussi, il convient désormais de confronter la démarche participative ambitionnée par l'I-Vie à son effectivité sur le terrain. Dans un premier temps, il apparaît opportun d'explorer les caractéristiques qui vont dans un sens favorable à cette dynamique au regard de la démarche de projet qui a été conduite dans notre étude (2.1). Dans un second temps, l'analyse des écarts mettra en exergue les écueils intrinsèques et environnementaux au projet (2.2). Selon cet argumentaire, l'approche sera examinée au regard de deux éléments. D'une part, en faveur des entretiens conduits avec les principaux intéressés de la démarche : les professionnels exerçant sur les deux sites de gériatrie et impliqués dans le projet. D'autre part, eu égard à l'observation et à l'animation des groupes de travail dans le cadre du stage de professionnalisation.

2.1 Les axes favorables de la démarche participative : des leviers d'opportunités stratégiques.

Le management d'un projet suppose un cheminement construit étapes par étapes afin d'aboutir progressivement jusqu'aux résultats escomptés. Toutefois, des préalables sont nécessaires afin d'orienter correctement la démarche en amont de son pilotage au sein de l'établissement. Selon le terrain d'investigation étudié ici, trois prérequis ont constitué le socle favorable à l'émergence d'une dynamique participative dans le cadre du projet du nouveau pavillon d'USLD (2.1.1.). C'est par l'intermédiaire de ces trois axes que d'autres éléments prospères pour la démarche participative ont pu être observés dans le cadre du projet (2.1.2).

2.1.1 Les trois prérequis propices au lancement de la démarche participative.

Tout d'abord, en amont de la démarche participative du nouveau pavillon d'USLD, un premier signe avant-coureur s'est révélé indispensable pour favoriser l'intégration des professionnels dans un projet commun. En effet, dès 2016 l'équipe de direction du site d'Antoine Charial a constaté un isolement progressif de certains professionnels en dehors des unités de soins.

Le contexte du départ de différentes activités vers d'autres sites de gériatrie, concomitant à la réduction des supports administratifs et logistiques de l'établissement, a mis en lumière cette impasse. Pour remédier à ce sentiment d'abandon, un temps d'échange hebdomadaire et convivial entre les agents non-soignants (animateur, administratifs et logistiques) a été établi via les « petits déjeuners ». Au cours de ces groupes d'échange collectifs, un travail de discussion ouverte a été opéré pour amener les professionnels à partager leur sensation d'éloignement par rapport aux autres sites de gériatrie. Cette volonté de cohésion a permis de redynamiser les équipes non soignantes, tout en levant le voile sur des sujets tabous liés à l'avenir du site d'Antoine Charial.

Effectivement, ces temps d'échanges basés sur le volontariat ont réinstauré un dialogue dans un environnement encore flou sur l'avenir de certaines activités du site : « *au fil du temps on s'est aperçu que les personnes qui venaient aux petits déjs se posaient beaucoup de questions "oui mais Charial on ne va pas juste tirer un trait ?", surtout que l'établissement aura presque 40 ans, "on a besoin d'en parler" »⁴¹. Cette initiative a donc permis de construire un échange d'informations sur le site entre les participants volontaires tout en réinsufflant une sensation de cohésion. En effet, ce groupe de parole a été relativement important pour les professionnels afin que ces derniers échangent sur leurs perceptions liées au futur de l'hôpital gériatrique. Ainsi, ces petits déj' ont donc constitué un vecteur à une dynamique participative afin de rassembler les professionnels autour d'un collectif rassurant et liant. Ce signe annonciateur a marqué une réelle volonté des agents de devenir partie prenante afin d'organiser l'avenir du site et de créer un dialogue pour « *faire corps collectivement face à l'inconnu* »⁴².*

Ensuite, un second élément propice à cette dynamique participative trouve son origine dans les modalités selon lesquelles ont été associés les professionnels afin de rédiger le cahier des charges du projet. Même si pour la plupart des agents, il est difficile de préciser avec certitude qui les a associés et à quel moment dans le projet, ils révèlent de manière unanime que leur mobilisation a été anticipée rapidement soit par les directeurs de site de gériatrie, soit par l'I-Vie. Plus précisément, c'est sous l'impulsion du premier directeur des soins de l'I-Vie que la rédaction du programme a été voulue comme participative afin d'inclure les professionnels dans la constitution de l'appel à projet. Ce deuxième vecteur à une dynamique participative a permis de mobiliser les professionnels dès l'origine du projet afin de réfléchir collectivement aux attendus architecturaux et organisationnels dans le cadre du nouveau pavillon d'USLD.

⁴¹ Entretien n°9 : Adjointe de direction - Hôpital Antoine Charial.

⁴² *Ibid.*

Selon cette ambition, différents professionnels ont été associés dont notamment un ergonome, les cadres de santé des USLD, une secrétaire médicale, les infirmiers, les agents techniques, les cadres supérieures de santé, un ingénieur travaux etc. Le cahier des charges a été alimenté selon ce groupe de travail initial ainsi qu'en s'appuyant parallèlement sur la réflexion menée dans le cadre de l'élaboration du projet de vie institutionnel en l'USLD. En effet, lors de la création de l'I-Vie en 2016, les USLD ne disposaient pas d'un projet de vie formalisé permettant d'unifier les pratiques de prise en charge. Une démarche pilotée conjointement par la première directrice des soins de l'I-Vie, la psychologue de l'hôpital Antoine Charial et les cadres de santé d'USLD a abouti à un projet de vie institutionnel qui a été ensuite présenté aux différentes instances et autres sites de gériatrie de l'I-Vie. De fait, cette double réflexion menée à travers la formalisation d'un projet de vie en USLD et la rédaction du cahier des charges pour le nouveau pavillon, a permis d'alimenter réciproquement une démarche professionnelle participative autour de valeurs communes de prise en charge.

Enfin, une fois que les réponses à l'appel d'offres ont été remontées à la direction de l'I-Vie, une exposition a été organisée pour solliciter le regard des professionnels sur les projets architecturaux proposés. Cette présentation des différents projets a été réalisée sur le site de l'hôpital Antoine Charial afin d'être au plus près des agents. Chaque professionnel a pu s'exprimer sur le projet qui lui semblait le plus pertinent au regard de critères ergonomiques, architecturaux et de bien-être des résidents. Une vague de mobilisation assez importante a été observée par la direction de l'I-Vie, les deux directeurs de site de gériatrie et plus spécifiquement par les cadres de santé d'USLD qui ont été, à ce titre, un moteur indispensable pour impliquer les équipes ⁴³ : *« au niveau des équipes, j'ai pris des plans avec un format réduit pour les montrer aux équipes présentes et après j'ai proposé d'y aller seul ou en groupe pour voir les plans affichés. Il semblait compliqué qu'elles y aillent seules. Donc je suis descendue avec mes équipes, à tour de rôle avec 3-4 personnes à l'époque, pour étudier les 5 plans »*. Effectivement, comme le souligne Joël CECCALDI, l'implication des cadres de santé dans une démarche de projet est garante de la cohésion du groupe et de l'implication des équipes⁴⁴. La présence quotidienne de ces professionnels sur le terrain constitue un relai fondamental entre les équipes soignantes et la direction de l'I-Vie au même titre que les médecins. Aussi, le médecin référent du projet a lui aussi été un interlocuteur de proximité capital pour porter à la connaissance des équipes les critères qui ont été retenus pour sélectionner un projet architectural.

⁴³ Entretien n°10 : 1^{ère} cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.

⁴⁴ CECCALDI (Joël), Pour un travail soigné dans une démarche participative, *op. cit.*, page 109.

De fait, les 5 propositions de pavillon ont été exposées un mois sur le site d'Antoine Charial afin d'organiser la venue de toutes les équipes de soins. Parallèlement, les cadres de santé d'USLD et le cadre supérieur se sont réunis afin d'analyser plus spécifiquement les projets proposés suite à l'appel d'offres. La directrice administrative de l'I-Vie est également intervenue dans les unités de soins afin de présenter aux équipes les 5 propositions architecturales. Cet investissement a été particulièrement apprécié par les équipes soignantes selon un cadre de santé en USLD : *« je n'ai eu que 2 ou 3 agents de chaque unité pour descendre voir les plans. À ce moment-là, j'étais un peu inquiète sur leur future mobilisation (...). Ce qui a été intéressant et a débloqué la situation, c'est que la directrice administrative de l'I-Vie est passée dans les unités pour nous présenter les propositions. Parce qu'on avait déjà repéré des choses sur les plans et les demandes faites à l'architecte, pour qu'il améliore les plans, ont été remontées »*⁴⁵.

En conséquence, c'est par un investissement en proximité auprès des futurs utilisateurs que la démarche participative a été lancée. Ces trois préalables ont été nécessaires afin d'orienter correctement le projet en amont de son management plus spécifique par l'I-Vie.

2.1.2 Les leviers favorables à la démarche participative menée par l'I-Vie.

Selon notre terrain d'investigation, l'analyse des vecteurs favorables à la démarche participative déployée dans le cadre du projet d'USLD repose sur un triptyque qui s'illustre à travers le cheminement suivant : le pilotage de la démarche et la stratégie du directeur administratif de l'I-Vie (2.1.2.1) ont favorisé une dynamique de travail via les groupes thématiques (2.1.2.2) afin d'assurer une communication en retour aux équipes (2.1.2.3).

2.1.2.1 L'instauration d'un climat de confiance grâce à un pilotage basé sur la sincérité.

Les conditions de réussite d'une démarche participative résident dans la perception des professionnels sur le projet auquel ils vont adhérer. En effet, ils seront d'autant plus impliqués dans un projet lorsqu'ils auront confiance en sa réussite et sa concrétisation dans l'avenir. Dans notre terrain d'investigation, le nouveau pavillon d'USLD est perçu comme concret et accueilli positivement par les professionnels de manière générale comme le montre certains *verbatim* des entretiens : *« je n'ai pas d'appréhension sur le projet.*

⁴⁵ Entretien n°10 : 1^{ère} cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.

J'ai l'impression que c'est une démarche active »⁴⁶, « c'est un magnifique projet qui conforte la gériatrie sur les hospices »⁴⁷, « moi je m'implique parce que je crois à ce projet »⁴⁸. La plupart des professionnels, et notamment les agents de Charial, ont souligné que dans le contexte actuel du site le projet dessine un avenir pour les équipes qui se projettent dans des locaux neufs. En effet, à l'heure d'aujourd'hui, l'hôpital gériatrique dispose de nombreux locaux vides puisque certaines activités ont déjà été transférées sur d'autres établissements des HCL. Cette désertification est donc en partie atténuée par le projet qui permet d'apercevoir un avenir après la fermeture du site Antoine Charial.

Plus précisément, le pilotage du projet assuré par l'I-Vie, notamment par l'intermédiaire de son directeur administratif, constitue un élément particulièrement favorable à l'effectivité de la démarche participative. En effet, l'intention du manager de donner la possibilité aux personnels de s'impliquer dans une dynamique participative suppose en première intention qu'un sentiment de confiance et de bienveillance soit établi par le pilote de projet. En ce sens, les professionnels interrogés ont mis en exergue au cours des entretiens la dynamique impulsée par le chef de projet.

En premier lieu, l'honnêteté et la franchise se sont instaurées entre le pilote et les équipes de soins ce qui a favorisé l'expression de tous dans les groupes de travail du nouveau pavillon d'USLD : *« sincèrement c'est remarquable. Je trouve qu'il y a un suivi, un dynamisme, une sensibilité pour que tout le monde soit important et ose parler dans les réunions »⁴⁹. Effectivement, comme nous l'avons souligné précédemment, le projet est entouré d'un certain nombre d'enjeux notamment dans le contexte d'un déficit du budget annexe des USLD sur les HCL. Dans cette perspective, le principe de réalité du projet qui a été abordé par le directeur administratif de l'I-VIE a instauré un climat de confiance avec les équipes impliquées dans la démarche. Les contraintes financières ont été signalées dès le début du projet ce qui a guidé les groupes de travail dans une trajectoire en corrélation avec la conjoncture budgétaire et l'enveloppe dédiée au nouveau pavillon. Pour autant, ce contexte n'a pas découragé l'éventualité d'acquérir du matériel innovant et plus ergonomique pour les professionnels de soins spécialement pour le circuit de la restauration.*

En second lieu, le pilotage de projet a été défini comme un levier propice aux échanges tout en étant encadré par le directeur administratif de l'I-Vie afin de respecter les délais impartis au projet : *« j'identifie beaucoup de points forts : la liberté de parole, la liberté d'imaginer...*

⁴⁶ Entretien n°15 : Psychologue - Hôpital Antoine Charial – GHS.

⁴⁷ Entretien n°6 : Attaché d'administration hospitalière.

⁴⁸ Entretien n°8 : Référent des agents de logistique hôtelière (ALH) et GSF.

⁴⁹ Entretien n°6 : Attaché d'administration hospitalière.

Et ça, ce n'est pas souvent. On dit souvent "non, non restez les pieds sur le sol" alors qu'ici on nous a dit "dites-nous ce qui serait bien" »⁵⁰. En effet, si la hiérarchie occupe une place importante dans la reconnaissance et la valorisation des professionnels, la capacité du manager à déléguer et à entendre les propositions du groupe reste d'autant plus importante. De manière opérationnelle, ce sont toujours les groupes thématiques qui ont défini les orientations sur le sujet abordé avec une validation finale par le directeur administratif afin de vérifier les propositions. C'est donc par ce travail conjoint que les résolutions finales ont été retenues.

Par ailleurs, le leadership du pilote de projet a constitué un élément prégnant de motivation pour certains professionnels : *« il a du "peps", les gens le suivent, c'est un meneur. C'est sûr que je n'aurais pas suivi quelqu'un qui n'a pas de charisme et des valeurs »⁵¹. Aussi, la stratégie menée par le chef de projet afin d'instaurer un climat de confiance et de parvenir jusqu'aux objectifs escomptés a été sur ce point déterminante. En effet, la dynamique participative suppose qu'une réflexion stratégique ait été réfléchi en amont afin d'adapter au contexte d'une démarche de projet, le pilotage qui sera conduit. Pour définir cette méthode, le directeur administratif a suivi la logique qui a été conduite par le premier directeur des soins de l'I-Vie afin d'inscrire sa stratégie dans la continuité de la démarche initiée au départ. En effet, c'est d'abord par l'intermédiaire de cet acteur présent lors de la création de l'I-Vie que la démarche participative a été initiée dans le projet dès 2015. À l'arrivée du directeur administratif en avril 2016, il était donc essentiel d'assurer un fil conducteur entre la genèse du projet et son effectivité lorsque le groupement Eiffage a été retenu après l'appel d'offres. Souhaitant perpétuer cette dynamique, le directeur administratif a été plus loin que la démarche initiale notamment pour que les groupes thématiques se construisent avec les acteurs de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud et Antoine Charial. C'est ce qui explique en partie une représentation large dans les groupes de travail. À titre d'exemple, le groupe ayant pour objet l'aménagement des lieux de vie comporte une dizaine de personnes, le groupe inhérent à la restauration comporte un minimum de quinze personnes.*

Pour terminer, un dernier levier du pilotage de la démarche participative réside dans l'articulation réussie entre les différents directeurs présents dans le projet. En effet, quatre directeurs sont représentés dans notre étude :

- Le directeur administratif de l'I-Vie,
- Le directeur des soins de l'I-Vie,

⁵⁰ Entretien n°17 : Cadre supérieur de santé IADE - Prescripteur des dispositifs médicaux.

⁵¹ *Ibid.*

- Le directeur référent de l'hôpital gériatrique Antoine Charial (rattaché au GHS),
- Le directeur référent de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud (rattaché au GHN).

En ce sens, l'unité entre ces acteurs impliqués dans la démarche est garante d'un pilotage uniforme et cohérent pour le projet. L'articulation entre ce quatuor ne pose pas de difficultés dans les faits, notamment parce que la répartition a été clairement définie. En effet, dans le cadre du fonctionnement interne des HCL deux dimensions sont à prendre en considération dans la conduite d'un projet comme nous l'a explicité le directeur référent du site de Pierre Garraud. D'une part, une dimension site qui assure un pilotage opérationnel et en proximité. D'autre part, une dimension transversale pour laquelle certaines modalités du projet sont assurées spécifiquement par les directions centrales des HCL. Par exemple : l'ingénieur des travaux référent du projet est placé au sein de la Direction des affaires techniques. Il est donc positionné de manière transversale (comme le directeur administratif et le directeur des soins de l'I-Vie), sans être rattaché directement à un site distinct. En conséquence, le pilotage du projet par le directeur administratif de l'I-Vie s'est légitimé naturellement pour les deux directeurs de site de gériatrie également concernés par le projet : *« cela concerne deux établissements, deux groupements et donc ça ne m'a pas paru du tout choquant que cela soit rattaché à l'I-Vie. Cela aurait été plus compliqué que ce soit un groupement qui pilote »*⁵².

2.1.2.2 « L'éthique de groupe » initiée dans les réunions de travail thématiques.

L'un des principes du managérial participatif s'illustre dans le *« respect de chacun tant dans ce qu'il dit que dans ce qu'il propose et dans ce qu'il fait »*⁵³. Cet élément s'est illustré lors de la conduite des groupes de travail. En effet, c'est au sein des réunions de travail que se trouve le cœur du management participatif notamment parce que les orientations du projet vont être déterminées par le groupe selon un consensus discuté collectivement. Les professionnels questionnés spécifiquement sur les groupes de travail ont souligné qu'ils étaient relativement *« efficaces et réactifs »*⁵⁴. Aussi, lors de l'animation des groupes de travail en lien avec les missions du stage de professionnalisation, il était frappant de relever l'éthique de groupe qui s'est instaurée implicitement entre les acteurs du projet. Le respect mutuel, la tolérance, l'humilité ou encore l'écoute de chacun sont différentes valeurs qu'il a été possible d'observer.

⁵² Entretien n°1 : Directeur référent de l'hôpital Pierre Garraud.

⁵³ COLOMBAT (Philippe), Qualité de vie au travail et management participatif, *op. cit.*, page 172.

⁵⁴ Entretien n°15 : Psychologue - Hôpital Antoine Charial – GHS.

Cette perception est également ressortie des entretiens avec les agents : *« moi ce que j'ai vraiment apprécié, c'est de sentir qu'on était dans la recherche d'un rapport de symétrie entre tous les interlocuteurs, entre les directeurs et les soignants. On sentait que la parole de tous avait la même valeur »*⁵⁵. En effet, les professionnels restent unanimes sur le fait que les groupes permettent une collaboration des professionnels d'horizons variés et de niveaux hiérarchiques et fonctionnels distincts. Par l'intermédiaire des groupes de travail : *« chacun amène sa plus-value et sent la complexité du projet. Il y a une culture commune par l'intermédiaire de ce projet »*⁵⁶. Par ailleurs, les interlocuteurs des équipes de support sont présents de manière systématique dans les groupes thématiques ce qui apporte une expertise essentielle pour faire avancer le projet. Le contexte du projet inséré au sein d'un CHU est à ce titre éclairant puisque de nombreux professionnels très spécialisés peuvent constituer des interlocuteurs moteurs pour l'avancement des groupes de travail. De plus, les HCL ont déjà mené des projets de regroupement d'activités avec certains professionnels des groupes de travail⁵⁷.

Ensuite, ce sont les échanges pluridisciplinaires qui ont été soulignés comme structurant. L'inclusion des professionnels soignants a été mise en exergue comme un levier important pour le projet conduit : *« typiquement, et ça je peux vous assurer d'une chose, ce que j'ai trouvé phénoménal c'est qu'il y a eu des soignants. Il y a eu des cadres mais surtout des soignants et j'ai trouvé ça super »*⁵⁸. En effet, même s'il est parfois difficile de mobiliser ces professionnels pour les groupes de travail, leur regard est primordial pour construire les organisations de travail du nouveau pavillon d'USLD.

Par ailleurs, l'importance de la structuration des réunions de travail afin d'amener les professionnels sur des objectifs et des échéances claires constitue également un enjeu conséquent d'une démarche de projet voulue comme participative. Ainsi, il est indispensable à chaque début de réunion de rappeler aux professionnels l'objet de la réunion et ses objectifs. De plus, la présentation des supports sur lesquels va s'appuyer le groupe de travail reste essentielle au même titre que l'état d'avancement du projet pour assurer un retour d'information aux équipes impliquées. Ces éléments participent à la structuration de la pensée collective et accompagnent les professionnels dans leur réflexion individuelle.

⁵⁵ Entretien n°17 : Cadre supérieur de santé IADE - Prescripteur des dispositifs médicaux.

⁵⁶ Entretien n°5 : Praticien hospitalier – Référent médical du projet.

⁵⁷ Les professionnels ont une expertise sur d'autres projets conduits sur les HCL dont notamment la fermeture de l'Hôtel Dieu pour lequel certains services sont revenus sur la Croix-Rousse ou encore la fermeture de l'Hôpital Debrousse dans la perspective de construction de l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME).

⁵⁸ Entretien n°17 : Cadre supérieur de santé IADE - Prescripteur des dispositifs médicaux.

Dans cette approche, il est utile de signaler que la continuité des réunions et des échéances plus ou moins courtes entre chacune restent essentielles pour assurer une dynamique participative pour les professionnels : « *je me dis de ma place que j'attends le prochain mail de votre part, parce que c'est stimulant et ça nous remet en pensée sur les pratiques du moment* ». En effet, des délais trop longs pourraient nuire à l'effervescence intellectuelle des professionnels impliqués dans les groupes de travail, surtout parce qu'il est nécessaire de se réapproprier les conclusions de la réunion précédente.

Pour terminer, des outils d'animation lors des réunions peuvent également être productifs pour dynamiser les échanges. À ce propos, une réunion a été conduite par l'intermédiaire d'un MétaPlan afin de définir sur le circuit de la restauration les valeurs associées au temps des repas dans le nouveau pavillon d'USLD. Cette approche nouvelle pour conduire la réunion de travail a été bien accueillie par les professionnels impliqués dans les groupes de travail.

2.1.2.3 La fluidité de l'information par une communication claire et transparente.

La dynamique de projet coordonnée par l'I-Vie met en lien plus d'une cinquantaine de professionnels au sein des 8 groupes thématiques. Les agents inscrits dans un groupe de travail ont dû sélectionner le sujet auquel ils voulaient participer selon leurs affinités.

Dans cette approche, il est évident qu'un professionnel ne pouvait pas se positionner sur l'ensemble des groupes de travail du projet. Ainsi, c'est par la communication qui est effectuée entre les professionnels des réunions de travail que cette dynamique participative peut s'opérer. Comme le stipule Laure LETTELIER : « *la communication issue du management à destination des salariés consiste à recueillir, traiter l'information et la rendre visible en interne* »⁵⁹. Dans notre étude, cette communication s'est déclinée à travers différents supports : comptes rendus de réunion, mails d'information, supports de présentation comme les power point etc. Par les entretiens conduits, les supports de communication transmis par l'I-Vie ont été qualifiés de « *constructifs* »⁶⁰ et « *d'efficaces* »⁶¹ notamment lorsqu'un agent n'a pas pu être disponible pour un groupe de travail.

⁵⁹ LETTELIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 75.

⁶⁰ Entretien n°1 : Directeur référent de l'hôpital Pierre Garraud.

⁶¹ Entretien n°9 : Adjointe de direction - Hôpital Antoine Charial.

La communication est également véhiculée par l'intermédiaire des acteurs présents dans les groupes de travail. À ce titre, les cadres de santé des USLD sont des relais d'information particulièrement important pour le projet. En effet, leurs connaissances sur les interactions professionnelles et les équipes de proximité font de ces acteurs des pivots privilégiés entre le pilote de projet et les soignants. C'est ce qui explique en partie que chaque groupe de travail comporte au minimum un cadre de santé afin d'assurer le relais de l'information auprès des autres cadres et des agents. Leur rôle est d'autant plus prédominant dans la dynamique de projet du nouveau pavillon d'USLD que le directeur de site est partagé entre l'hôpital gériatrique Antoine Charial et le GHS. En effet, en l'absence d'une permanence administrative quotidienne sur l'établissement et dans le contexte de l'arrêt maladie prolongé du cadre supérieur de santé, leur présence assure aux côtés des praticiens hospitaliers la coordination globale du site.

Hormis les cadres impliqués dans les groupes de travail, d'autres protagonistes sont également des vecteurs à une communication plus transparente sur le projet. En effet, les personnes intégrées dans les groupes thématiques pourront véhiculer une image plus fidèle du projet auprès des familles des résidents notamment lorsque ces derniers s'interrogent sur le devenir du lieu de vie de leur parent. Il est donc particulièrement important d'assurer la représentation de tous les professionnels dans les groupes de travail et notamment ceux en proximité avec les familles tels que les agents soignants.

La directrice administrative de l'I-Vie a par ailleurs veillé à diffuser directement les informations sur l'état d'avancement du projet dans les services de soins. Les relèves des professionnels soignants ont été à ce titre un lieu privilégié pour rendre visible l'information auprès des agents n'étant pas présents dans les groupes de travail. Les interventions « flashes » programmées en une trentaine de minutes ont favorisé les rencontres avec toutes les équipes des USLD de jour comme de nuit sur le site de l'hôpital Antoine Charial. Pour l'hôpital Pierre Garraud, une réunion réunissant l'ensemble du personnel du site a été organisée par le directeur référent afin de présenter l'avancement du projet. Ces temps d'échange ont été favorablement accueillis par les agents notamment dans le contexte d'une incertitude sur le calendrier du projet : *« cela a été apprécié quand la directrice administrative est venue et a pris le temps pour faire le point avec les équipes. Cette démarche qui est consommatrice de temps je l'a trouve extrêmement intéressante, beaucoup plus que des réunions d'information. Venir au plus proche c'est de la reconnaissance pour ce qu'ils sont, et ce que nous sommes »*⁶².

⁶² Entretien n°10 : 1^{ère} cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.

Tous ces éléments amènent à penser qu'une forme d'harmonie ait été trouvée entre le directeur administratif de l'I-Vie et les professionnels impliqués dans les groupes de travail afin d'assurer le projet. En effet, la mise en œuvre d'une dynamique de projet voulue comme participative suppose qu'un point d'équilibre soit trouvé pour garantir une représentation des professionnels suffisante sans compromettre la légitimité et le positionnement du pilote de projet. Pour autant, conduire un projet inscrit dans une dynamique participative n'échappe généralement pas à la survenance d'écueils qui bouleversent la démarche initiale. En effet, la participation à un projet de restructuration peut être un facteur notable de perturbation pour les professionnels concernés et c'est ce qu'il convient désormais d'analyser.

Éléments favorables au management participatif	
Prérequis	<ul style="list-style-type: none"> - Les groupes d'échange collectifs : « les petits dèj' ». - La participation à la rédaction du cahier des charges. - L'exposition des réponses à l'appel d'offres.
Facteurs intrinsèques	<ul style="list-style-type: none"> - La perception générale du projet. - La sincérité du pilote de projet. - Les échanges ouverts dans les groupes de travail. - Le leadership du pilote de projet. - L'articulation entre les 4 directeurs. - L'efficacité et la réactivité des groupes de travail. - La collaboration de professionnels d'horizons différents. - La temporalité entre les réunions. - Les outils d'animation : le MétaPlan. - La communication entre les groupes de travail.

Tableau 3. Synthèse des éléments favorables relevés⁶³.

2.2 Les limites rencontrées dans la démarche participative : des points de vigilance contextuels et environnementaux.

Tout projet génère des zones d'incertitudes. L'inscription dans un projet de transfert d'activités peut constituer « *une source importante de déstabilisation* »⁶⁴ pour les professionnels concernés. Le remodelage des équipes de soins, la remise en question des repères traditionnels ou encore les difficultés à se projeter dans de nouvelles organisations sont autant d'exemples qui représentent des menaces potentielles pour l'aboutissement d'un projet. De ce fait, il convient de mettre en exergue les dysfonctionnements relevés dans notre terrain d'étude dans le cadre de la démarche participative qui a été conduite par l'I-Vie.

⁶³ Voir ANNEXE N°4 page XIX.

⁶⁴ PICQ (Thierry), Manager une équipe projet : Pilotage, Enjeux, Performance, *op. cit.*, page 106.

Aussi, la prépondérance de ces écueils s'explique en partie par la présence de zones d'ombre qui persistent sur le projet (2.2.1). Par ailleurs, des facteurs intrinsèques à la dynamique voulue comme participative ont été relevés (2.2.2). Pour terminer, l'environnement atypique du projet et les facteurs locaux constituent également un enjeu qui alimente l'antagonisme dans le projet (2.2.3).

2.2.1 Les zones d'incertitudes du projet comme source d'appréhension.

Trois formes d'ambiguïtés entourent le projet du nouveau pavillon d'USLD et plus particulièrement sa démarche participative. Premièrement, il s'agit de l'incompréhension attachée au choix du projet architectural retenu (2.2.1.1). Deuxièmement, l'organisation du futur pavillon à travers une mutualisation de deux unités interroge les professionnels en l'absence d'un dimensionnement comparable (2.2.1.2). Troisièmement, l'échéance du projet s'avère relativement lointaine pour que les professionnels arrivent à se projeter (2.2.1.3).

2.2.1.1 Le ressentiment lié au projet architectural retenu.

Le choix du projet architectural retenu pour le nouveau pavillon d'USLD constitue un premier point d'achoppement relevé par les professionnels. Comme explicité précédemment, les agents des deux établissements gériatriques ont été directement sollicités afin de recueillir leurs points de vue sur les offres reçues. Une vague de participation importante a été relevée pour départager les 5 propositions architecturales. Cependant, malgré que le choix final ait été motivé aux professionnels, notamment au regard de critères financiers et ergonomiques, une forme d'incompréhension est apparue. En effet, le projet architectural choisi a occasionné un sentiment d'impuissance sur la capacité des professionnels à intervenir dans la décision ultime. En conséquence, cette rancune qui persiste encore aujourd'hui a été mentionnée aussi bien par les équipes soignantes que par les cadres supérieurs de santé lors des entretiens : « *le choix du projet architectural retenu n'a pas été compris par les équipes* »⁶⁵, « *je ne sais pas pourquoi ce projet a été retenu. On peut se poser la question de pourquoi on a été sollicité ?* »⁶⁶. Pour autant, le choix final a été motivé à plusieurs reprises et en proximité par le directeur administratif de l'I-Vie. Malgré tout, il est loisible de relever que le choix final s'est discuté à un niveau central des HCL par un groupe de travail restreint sans la présence à minima d'un cadre de santé ou d'un professionnel de site de gériatrie concerné par le projet.

⁶⁵ Entretien n°7 : Cadre supérieur de santé.

⁶⁶ Entretien n°2 : Cadre de santé – USLD.

2.2.1.2 L'incertitude du fonctionnement mutualisé en 2 unités de 30 lits.

Le projet architectural retenu dans le cadre du projet du nouveau pavillon d'USLD comporte 3 niveaux de 2 unités de 30 lits. Au sein de chaque étage se trouve un PC de soins mutualisé pour les deux unités⁶⁷. Cette configuration des unités reste singulière au sein des HCL puisque aucun site de gériatrie n'est dimensionné de la même manière. De fait, ces aspects architecturaux préfigurent des changements organisationnels et fonctionnels pour que les professionnels s'approprient l'organisation du nouveau pavillon. C'est pourquoi, les agents appréhendent le remodelage des équipes de soins inhérent au futur dimensionnement des effectifs. Outre l'intégration des équipes de l'établissement d'Antoine Charial à celles de Pierre Garraud, le calibrage des unités va modifier les pratiques et nécessiter un temps d'adaptation plus ou moins long pour les équipes. La méconnaissance des répercussions à une telle organisation a été verbalisée lors des entretiens avec les éventuels utilisateurs.

Du côté des cadres des USLD le projet permet de s'extraire du quotidien, mais il est susceptible de remettre en question la cohésion des agents : « *ils ont peur que ce soit une mutualisation du fait de l'architecture du bâtiment* »⁶⁸. Cette appréhension s'explique de la manière suivante selon cette même cadre d'USLD du site Antoine Charial : « *le personnel paramédical lui est inquiet parce que pour eux les changements sont toujours significatifs d'une baisse des effectifs ou alors d'une charge de travail plus importante* »⁶⁹. Selon cet argument, la préoccupation des professionnels paramédicaux porte donc davantage sur leurs futures conditions de travail que sur l'aspect architectural en lui-même. L'absence d'un liant paramédical notamment dans les groupes de travail est une autre raison qui a été évoquée pour légitimer ces préoccupations⁷⁰. En effet, si les soignants ont été intégrés dès l'accélération du projet afin de transmettre à l'architecte les modifications intérieures du pavillon, ils sont désormais peu présents dans les groupes de travail. L'indisponibilité des agents soignants pendant leur temps de travail ou en dehors de leur service créer une contrariété générale sur le fait de ne pas pouvoir intervenir dans les séances de travail du nouveau pavillon d'USLD.

⁶⁷ Voir ANNEXE N°5, page XX.

⁶⁸ Entretien n°11 : 2nd cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Entretien n°7 : Cadre supérieur de santé.

Pour les professionnels administratifs impliqués dans la démarche, cette nouvelle configuration architecturale et organisationnelle est également au cœur de différentes inquiétudes. La crainte d'omettre des éléments fondamentaux génère chez eux une forme de « stress » parce qu'ils ont conscience que l'impact sera direct sur les professionnels paramédicaux. Cet aspect a davantage été mis en exergue par deux des agents de l'établissement Pierre Garraud spécialement pour les aspects logistiques du site. Ainsi selon le premier : *« c'est un projet qui demande pas mal d'investissement, et c'est un petit peu inquiétant car il faut penser à tout »*⁷¹. Pour le second : *« j'ai un peu une crainte personnelle, que les choses moins indispensables et moins urgentes finissent par être mises de côté (...). Le risque serait qu'on oublie ces éléments, et cela pourrait être vraiment très gênant »*⁷². De plus, même si les plans du pavillon sont relativement figés au regard de l'avancement du projet, des modifications notables sur la configuration interne des locaux pourraient entraîner des plus-values financières non négligeables. Dans le contexte du déficit budgétaire des USLD et sous la contrainte du respect d'une enveloppe rigoureuse à suivre, cette modalité financière reste pesante pour les professionnels administratifs.

2.2.1.3 Le caractère encore abstrait du projet.

La temporalité de la démarche de projet voulue comme participative porte actuellement sur la configuration interne des futurs locaux. Les travaux n'ayant pas encore commencé, les professionnels des groupes thématiques réfléchissent à partir de plans fournis par l'architecte du projet. Pour certains, il est laborieux de s'approprier ces croquis : *« le plus grand frein c'est de lire les plans, on est imaginaire et peu concret »*⁷³. Pour d'autres, il est délicat de se projeter dans des locaux encore inexistant malgré l'imminence du début des travaux. À cela s'ajoute un délai parfois trop long entre les ajustements demandés sur les plans par les groupes de travail, aux architectes d'Eiffage. Par ailleurs, la durée de vie du bâtiment prévue à minima pour vingt ans, oblige les agents à se projeter et anticiper des locaux et des organisations viables sur du long terme : *« la difficulté sur un projet comme ça, c'est de se projeter sur les 20-30 ans à venir. Les prises en charge resteront les mêmes. Mais les techniques médicales ou autres vont changer (...) Il faut envisager l'avenir et ça c'est difficile »*⁷⁴.

⁷¹ Entretien n°8 : Référent des agents de logistique hôtelière (ALH) et GSF.

⁷² Entretien n°6 : Attaché d'administration hospitalière.

⁷³ Entretien n°10 : 1ère cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.

⁷⁴ Entretien n°8 : Référent des agents de logistique hôtelière (ALH) et GSF.

Le turn-over des équipes de soins rend d'ailleurs compliqué l'inscription de professionnels dans la dynamique participative notamment au regard de leur présence à court terme sur les établissements de gériatrie : « *beaucoup de personnes ne sont pas titulaires. Elles ont du mal à se projeter dans le nouveau pavillon* »⁷⁵.

Les obstacles pour imaginer ces nouveaux espaces s'expliquent en partie parce que la réflexion se concentre à un échelon interne sans une ouverture à des organisations en dehors du CHU qui pourraient être similaires. En effet, pour certains professionnels une aide extérieure aurait pu orienter le choix des professionnels des groupes de travail. Par exemple, pour la définition des coloris des locaux ou leur agencement intérieur : « *un lien entre les couleurs et les pathologies démentielles peut se faire. Il faut plus s'appuyer là-dessus. Et concernant les salles à manger on pourrait se faire aider pour l'aménagement de ces grands espaces* »⁷⁶. Même si un lien a été pris avec les professionnels du CHU de Saint-Étienne positionnés sur un projet similaire, la réflexion n'a pas été pour l'heure élargie aux agents des groupes de travail.

La conception d'un projet architectural est l'occasion de mettre en relation la part de chacun dans l'élaboration d'une réflexion bâtissant de nouveaux espaces. Il existe donc bel et bien des obstacles pour les agents qui organisent et pensent une représentation visuelle et spatiale de nouvelles organisations de travail. Ceci est d'autant plus laborieux pour un manager lorsque cette conception transformée s'ouvre à une mutualisation qui n'était pas le choix plébiscité par les professionnels. De la même manière, ce sont d'autres facteurs propres à la démarche participative qui peuvent constituer un écueil pour piloter les groupes de travail en proximité.

2.2.2 Les facteurs intra-organisationnels de la démarche participative : les freins intra-organisationnels des groupes de travail.

« *Tout groupe est en quête de sens* »⁷⁷. Il permet de confronter des valeurs et des objectifs pour arriver à engager collectivement une orientation commune⁷⁸. Les groupes de travail forment donc le moteur du « *travailler ensemble* »⁷⁹ dans le cadre d'une démarche participative.

⁷⁵ Entretien n°13 : Assistante Médico-Administrative.

⁷⁶ Entretien n°15 : Psychologue - Hôpital Antoine Charial – GHS.

⁷⁷ RANCHIN (Bruno), « Là, dans le groupe, j'ai appuyé sur la touche de l'intelligence ». Les effets du travail en groupe. », *Empan*, 2015/3 (n° 99), p. 98-104.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ CECCALDI (Joël), Pour un travail soigné dans une démarche participative, *op. cit.*, page 59.

En effet, selon notre étude c'est par leur intermédiaire que les propositions des agents ont été discutées et arbitrées par la direction de l'I-Vie et l'ingénieur travaux. Aussi, ce sont différentes remarques qui ont été soulevées concernant leurs modalités de fonctionnement.

En premier lieu, que ce soit du côté des équipes transversales ou du côté des équipes présentes sur les sites de gériatrie, il a été formulé que les groupes de travail étaient parfois trop larges, ce qui pouvait compromettre la dynamique collective et la fluidité des échanges. Aussi, le facteur numérique des groupes a pu gêner à certains moments les professionnels dont les effectifs étaient surdimensionnés. C'est donc toute la difficulté des collectifs de travail car le manager doit trouver avec justesse un nombre de protagonistes suffisamment représentatif qui ne remet pas en question l'expression de l'individualité. En effet, une démarche participative ne peut cheminer que dans la limite d'une réunion restreinte afin de ne pas remettre en cause la capacité du groupe à faire circuler librement la parole⁸⁰. En ce sens, cet aspect a été plus particulièrement développé par le responsable restauration de gériatrie lorsqu'il a été sollicité pour la configuration des salles à manger : *« lors du groupe précédent, on était une vingtaine. On tenait difficilement autour de la table (...) Lorsque le groupe est trop important, il peut y avoir l'aspect "je ne peux pas m'exprimer parce qu'on va croire que je ramène tout à ma propre problématique" »*⁸¹. Naturellement, un groupe élargi à trop de professionnels peut rendre difficile l'émergence d'un consensus : *« on a tous fait des choix pour aller à des groupes et pas à d'autres. Et j'ai trouvé que c'était compliqué pour certains de ne pas être au four et au moulin (...). Dans certains groupes on revenait sur des choses déjà dites, pratiquement décidées et c'était presque remis en question »*. De fait, ces interférences peuvent être nuisibles au groupe si les décisions pourtant validées sont rediscutées en séance. Dans la même idée, il peut être laborieux de faire accepter à un participant une orientation qui a été prise sans lui notamment lorsqu'il a été absent au groupe de travail précédent.

Par ailleurs, des professionnels ont été intégrés plus tardivement dans la démarche. Par exemple, les rééducateurs ont rejoint les groupes de travail depuis seulement le deuxième trimestre 2018 ce qui a pu questionner l'aménagement de certains locaux pourtant évoqué dans les groupes de travail : *« l'équipe de rééducation n'a pas été intégrée au départ alors que c'est un point sensible de la prise en charge en USLD aujourd'hui. Notamment pour la définition de leur espace c'était un point noir et je ne pouvais pas être leur porte-parole »*⁸². De même, les animateurs sont arrivés dans un second temps de la réflexion.

⁸⁰ CECCALDI (Joël), Pour un travail soigné dans une démarche participative, *op. cit.*, page 60.

⁸¹ Entretien n°4 : Responsable restauration de gériatrie

⁸² Entretien n°15 : Psychologue - Hôpital Antoine Charial – GHS.

En deuxième lieu, la temporalité a été relevée par tous les professionnels comme un facteur de tiraillement. En effet, il est parfois difficile de rassembler tous les protagonistes autour de la table : *« on s'efforce que ce soit pluridisciplinaire, mais ce n'est pas toujours évident »*⁸³. La discontinuité entre les groupes de travail, ou l'arrivée d'une séance de travail insuffisamment anticipée créer à ce propos une forme d'appréhension des professionnels. Dans ce cadre, la lisibilité de la démarche à moyen long terme est parfois obscure pour les agents afin de suivre le cheminement de la dynamique de projet : *« on a les groupes de travail et parfois rien entre deux réunions (...). C'est parfois difficile de se libérer pour les groupes car on est rapidement rattrapé par le quotidien de notre métier et d'autres réunions »*⁸⁴. À cela s'ajoute, la peur pour certains professionnels de ne pas parvenir à respecter les échéances du projet notamment si la sollicitation arrive tardivement. Le projet étant important pour les deux sites de gériatrie concernés, il y a une forme de crispation des professionnels entre leur implication dans les groupes de travail et le quotidien de leur métier : *« des professionnels se sentent déjà happés par leur quotidien, ils ont du mal à se détacher pour participer à tous les groupes de travail »*⁸⁵. L'ingénieur travaux du projet a également soulevé cette appréhension au regard des aléas du chantier de la démarche : *« j'ai peur que tout arrive en même temps »*⁸⁶.

En dernier lieu, le facteur géographique du positionnement des groupes de travail a été mentionné comme un élément important pour équilibrer la représentation entre les équipes de l'hôpital Pierre Garraud et d'Antoine Charial. La tenue systématique des séances de travail sur le site d'Antoine Charial a pu démotiver certains professionnels de Pierre Garraud pour assister aux groupes thématiques. La localisation des réunions de travail peut expliquer la surreprésentation des professionnels de l'hôpital Antoine Charial au détriment de ceux de Pierre Garraud. En effet, les réunions de travail sont proposées principalement sur le site de Charial dans un contexte où le site s'est particulièrement isolé depuis le départ des activités de courts séjours et de SSR. En ce sens, les professionnels de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud redoutent que le projet soit « accaparé » par Antoine Charial : *« il faut faire attention à ne pas avoir un hôpital dans l'hôpital. C'est un peu le risque. On a parfois trop tendance à leur laisser croire que c'est Charial qui va se déplacer notamment parce qu'on va tout le temps chez eux en réunion »*⁸⁷.

⁸³ Entretien n°16 : Directeur administratif de l'I-Vie.

⁸⁴ Entretien n°10 : 1^{ère} cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.

⁸⁵ Entretien n°17 : Cadre supérieur de santé IADE - Prescripteur des dispositifs médicaux.

⁸⁶ Entretien n°18 : Ingénieur conducteur d'opérations – Ingénieur HCL référent du projet.

⁸⁷ Entretien n°8 : Référent des agents de logistique hôtelière (ALH) et GSF.

Les caractères numériques, temporels et géographiques incarnent les trois types d'écueils relevés dans le pilotage des groupes et susceptibles de remettre en question la dynamique participative. Ainsi, la dimension multi-sites du projet n'est pas la garantie d'une participation exhaustive de tous les agents. De même, l'interface entre l'activité professionnelle et l'implication plus singulière dans les groupes de travail constitue un stresser notable pour les acteurs. Par ailleurs, la localisation géographique des groupes thématiques reste en défaveur des participants de Pierre Garraud. À cela s'ajoutent d'autres limites liées à l'insertion du projet dans un environnement nébuleux.

2.2.3 Le contexte de la démarche participative : un environnement complexe et incertain.

Le mille-feuille organisationnel du fonctionnement interne des HCL explique la suprématie hiérarchique des groupements hospitaliers sur les établissements gériatriques et l'aspect concurrentiel qui peut s'en dégager (2.2.3.1). De plus, la taille importante du CHU ralentit la communication sur l'avenir de certaines activités (2.2.3.2) et le lancement des projets plus locaux (2.2.3.3).

2.2.3.1 L'aspect concurrentiel intergroupements.

Les professionnels de l'hôpital gériatrique Pierre Garraud ont verbalisé leur appréhension concernant l'accueil du nouveau pavillon d'USLD sur le site. Même si la démarche participative du projet consent à rassembler les équipes de deux établissements, une forme d'opposition est présente entre les équipes. À de nombreuses reprises, il a été fait mention de cette crainte d'avoir « *un hôpital dans l'hôpital* »⁸⁸. Le contexte de la démarche de projet atypique explique en partie cette inquiétude puisque deux sites sont impliqués ainsi que deux groupements hospitaliers distincts. Cet aspect a notamment été pointé par le directeur de site de l'hôpital Pierre Garraud en relevant la forme de concurrence qui pouvait interagir dans le projet : « *il y a cet aspect d'un groupement qui perd et l'autre qui récupère car au-delà de l'activité, c'est un site (...) et j'ai pu le sentir* »⁸⁹. Pour autant, les professionnels de l'établissement Antoine Charial interrogés sont conscients que le projet doit parvenir à unifier les équipes des deux structures malgré le contexte concurrentiel qui pourrait être perçu. La vigilance pour le psychologue investi dans le projet est donc de veiller à ce que le projet « *ne soit pas que le bébé de Charial* »⁹⁰.

⁸⁸ Entretiens n°5, n°8 et n°15.

⁸⁹ Entretien n°1 : Directeur référent de l'hôpital Pierre Garraud.

⁹⁰ Entretien n°15 : Psychologue - Hôpital Antoine Charial – GHS.

2.2.3.2 Le devenir encore incertain de l'activité d'EHPAD.

Parallèlement aux USLD, les autres activités de gériatrie du site d'Antoine Charial seront appelées à rejoindre de nouveaux établissements des HCL d'ici le second trimestre 2020, date prévisionnelle d'ouverture du nouveau pavillon. Ce transfert a d'ores et déjà commencé puisque l'hôpital Antoine Charial a déménagé progressivement une partie de ses activités notamment au profit du Centre Hospitalier de Lyon Sud qui a accueilli en avril 2018 l'activité de court séjour gériatrique. Actuellement, l'hôpital Antoine Charial dispose donc de 5 unités de SLD, soit 150 lits, ainsi que de 36 lits d'EHPAD. Pour autant, le devenir encore incertain de l'activité d'EHPAD contamine le projet du nouveau pavillon et laisse peser une certaine morosité sur le site : « *il y a beaucoup de rumeurs et d'incertitudes autour de Charial et de l'EHPAD, qui ont mis à mal les personnels soignants, les résidents et leurs familles* »⁹¹.

Tout en poursuivant l'objectif de maintenir une activité médico-sociale sur l'hôpital Antoine Charial, l'activité d'EHPAD devrait être cédée à un opérateur extérieur aux HCL d'ici une échéance prévisionnelle à 2020. Les études techniques et financières ont été lancées par la Direction Générale des HCL sans déterminer encore un scénario d'évolution fixe pour ces lits. De fait, les opérations de communication auprès des élus locaux et du personnel sont encore à un stade relativement confus au regard du calendrier du projet. Même si les familles des résidents ont interpellé le conseil de vie sociale sur ces questions, le flou persiste sur les suites qui seront données.

2.2.3.3 La stagnation du projet de deuil et de mémoire du site de Charial.

L'historique du travail de deuil et de mémoire du site de Charial a été amorcé au cours de l'année 2016 suite au départ des premières activités de SSR. Comme nous l'avons vu précédemment, « les petits dèj' » ont été instaurés afin de recréer de la cohésion entre les équipes administratives et logistiques. En effet, la sécurisation des locaux désormais vides a fait naître un sentiment d'abandon pour les professionnels alors qu'autrefois l'hôpital était pleinement occupé : « *petit à petit on démantèle l'établissement* »⁹².

⁹¹ Entretien n°13 : Assistante Médico-Administrative.

⁹² Entretien n°3 : Conseillère conditions de travail et ergonome – GHN.

Parallèlement à ce travail, une réflexion sur la conduite d'une réelle démarche de deuil et de mémoire du site a été lancée en prévision de la fermeture totale de la structure pour le dernier trimestre 2020. Pour accompagner la dernière année de l'hôpital, l'équipe de direction d'Antoine Charial a recueilli les témoignages des anciens chefs de service, des photos historiques, des médailles de l'établissement et des coupures de presse afin de rassembler de la matière pour ce travail de deuil. Or pour le moment, le projet de mémoire intitulé « il était une fois Antoine Charial » n'est pas constitué et reste au stade de brouillon sans perspectives de concrétisation. Cela s'explique par des difficultés internes pour recruter un stagiaire dans la communication ou pour trouver des financements extérieurs. Lors des entretiens avec les professionnels, ce travail de mémoire a pourtant été présenté comme un élément structurant pour le site et très attendu par les équipes. En effet, la littérature a fourni de nombreux travaux qui témoignent de la souffrance physique que psychique engendrée par la fermeture d'un établissement⁹³. La perte d'identité et de repères ou encore les conflits sociaux⁹⁴ sont autant d'exemples qui risquent de compromettre une démarche de projet participative qui implique la fermeture d'un établissement. Ce point de vigilance reste donc important afin de perpétuer dans la durée la dynamique participative et plus particulièrement l'implication des équipes.

Points de vigilance du management participatif	
Zones d'incertitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Le choix du projet architectural retenu. - Le fonctionnement mutualisé en 2 unités de 30 lits. - Le caractère abstrait du projet.
Facteurs intrinsèques	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de participants dans les groupes de travail. - La remise en question des orientations validées par les groupes de travail. - L'intégration tardive de certains professionnels. - La tension temporelle entre le projet et les autres activités professionnelles. - Le positionnement géographique des groupes de travail.
Facteurs contextuels	<ul style="list-style-type: none"> - L'aspect concurrentiel intergroupements. - Le devenir incertain de l'activité d'EHPAD. - La stagnation du travail de deuil et de mémoire du site d'Antoine Charial.

Tableau 4. Synthèse des points de vigilance relevés⁹⁵.

⁹³ GRIMA (François), BEAUJOLIN-BELLET (Rachel), « Reconstruire son identité après un conflit social contre la fermeture d'un site : le cas des leaders syndicaux », *M@n@gement*, 2014/5 (Vol. 17), p. 371-403.

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ Voir ANNEXE N°4, page XIX.

La mise en œuvre du managérial participatif s'avère particulièrement valorisante afin d'exacerber toute la créativité et l'expertise des professionnels pour un projet architectural moderne. En ce sens, une dynamique participative repose sur des leviers vertueux permettant de concilier un pilotage efficace et des groupes de travail engagés. Le double caractère multi-sites et transversal du projet a d'ailleurs montré que la démarche participative du nouveau pavillon a répondu à un socle de préalables dont le premier a été de répondre à une volonté des professionnels de se rassembler face à l'inconnu.

Ainsi, après avoir analysé les leviers du projet, nous avons étudié toute la complexité de leur mise en œuvre pour concrétiser le projet. En effet, rendre effective une dynamique participative n'échappe pas à la survenue de difficultés intra-organisationnelles ou plus spécifiques à l'environnement du projet. Comme le souligne COURTOT Hervé⁹⁶, le cycle de vie d'un projet « *est jalonné par une succession de décisions prévues et imprévues qui sont prises le plus souvent dans un environnement incertain et qui conditionnent le bon déroulement du projet* ». Pour appréhender ces écueils, il convient alors d'engager un plan d'actions décliné en trois temps.

⁹⁶ COURTOT (Hervé), La gestion des risques dans les projets, Economica (Coll. Gestion), 294 pages.

3 L'ajustement du management participatif : des éléments de préconisations à déployer successivement.

Au regard de l'analyse de la démarche participative déployée dans le cadre du projet d'USLD, il convient désormais de déterminer des préconisations en qualité de D3S⁹⁷. Ces dernières doivent être distinguées à deux niveaux : celles qui ont une portée générale inhérente aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et celles qui semblent plus pertinentes au regard de notre terrain d'investigation. À ce titre, il paraît judicieux de hiérarchiser et de distinguer nos propositions, sur une échelle temporelle construite du court au long terme, tout en spécifiant des actions plus ciblées sur le site de l'hôpital Antoine Charial (établissement de départ des USLD) et le site de l'hôpital Pierre Garraud (établissement d'accueil du nouveau pavillon). En ce sens, la correction des écueils relevés dans la démarche participative constitue dans un premier temps un axe à prioriser à court terme (3.1). L'accompagnement social des agents pour perpétuer le projet dans la durée s'inscrit dans le deuxième élément de recommandation de notre plan d'actions (3.2). Enfin, le travail d'accueil et d'intégration des équipes, plus généralement entendu sous l'angle de l'accompagnement au changement, constitue le dernier levier qui semble essentiel à la réussite du projet sur du long terme (3.3).

3.1 Engager à court terme les mesures correctives des écueils relevés dans la démarche participative.

La recherche de synergie entre les acteurs est une caractéristique prégnante du management participatif afin de guider le sens et la nature du dosage entre la valorisation de l'individu et le travail en équipe⁹⁸. Cependant, au cœur de notre étude sont apparues des distorsions dans la dynamique des groupes de travail mise en œuvre pour le projet du nouveau pavillon d'USLD. C'est pourquoi, il s'avère inéluctable d'ajuster à court terme l'approche des réunions de travail afin de remédier aux différents écueils qui ont été verbalisés par les professionnels (3.1.1). De plus, le succès de l'inscription d'une démarche participative dans le temps, répond à un travail préliminaire qui escorte les professionnels dans leur besoin de deuil et de mémoire notamment lorsque leur site d'exercice est voué à disparaître (3.1.2).

⁹⁷ Une synthèse générale des préconisations se retrouve en ANNEXE N°7 page XXII.

⁹⁸ HERMEL (Philippe), *Le management participatif, Sens, réalités, actions, op. cit.*, page 140.

3.1.1 Ajuster la dynamique des groupes de travail pour inciter au déploiement des échanges.

Une démarche active de participation des professionnels repose sur l'environnement matériel et organisationnel des groupes de travail (3.1.1.1). À cela s'ajoutent des ressources et des outils complémentaires afin d'escorter un collectif de réflexion (3.1.1.2).

3.1.1.1 Considérer les facteurs matériels et organisationnels.

Un groupe de travail ne se déroule pas de façon systématique sous une forme qualifiée de « participative ». L'interaction entre les participants tient également « à la présence de facteurs organisationnels et matériels qui vont conditionner le bien-être de l'environnement de travail des professionnels »⁹⁹. De manière générale, trois aspects primordiaux sont à prendre en considération afin d'inciter au déploiement des échanges : la salle de réunion, le nombre de participants et un animateur expérimenté. En conséquence, deux de ces facteurs seront étayés en parallèle des préconisations que nous avons pu formuler spécifiquement pour notre terrain d'investigation.

Dans un premier temps, nous avons relevé que le positionnement géographique actuel des réunions de travail engendre un déséquilibre dans la participation des professionnels en faveur du site d'Antoine Charial. Or, la représentativité des deux hôpitaux gériatriques caractérise le fondement même de la dynamique participative qui a été envisagée pour le projet. Instaurer une alternance des groupes de travail entre le site de Pierre Garraud et celui d'Antoine Charial pourrait opérer ce rééquilibrage notamment dans le contexte où les agents de Pierre Garraud restent minoritaires. De plus, cette intermittence entre les deux sites offrirait aux professionnels une vision plus concrète du projet dans le cadre du démarrage prochain des travaux de construction.

Pour autant, il convient de veiller à ce que le local de la réunion se déroule dans un environnement adapté. En effet, la salle de réunion revêt également d'une importance notable pour favoriser les échanges entre les professionnels. Tout d'abord, le groupe de travail doit se dérouler dans un lieu suffisamment dimensionné afin que la pièce soit cohérente avec le nombre de participants. Ensuite, la disposition interne de la salle de réunion influe également sur la participation ou non des professionnels.

⁹⁹ LETELLIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 161.

Les tables installées en « U » ou bien en ovale¹⁰⁰ sont des techniques qui évitent le sentiment d'exclusion d'un membre. Enfin, les conditions matérielles de travail à l'intérieur de la salle doivent être assurées afin que les professionnels se sentent à l'aise pour s'exprimer. Lors des échanges avec les agents, certains ont mentionné que la salle de réunion du site d'Antoine Charial était parfois trop petite en fonction du nombre de participants. Dans ce cadre, nous préconisons d'ajuster le local de réunion en fonction de ces critères matériels et organisationnels afin d'inciter à la prise de parole des professionnels.

Dans un second temps, le facteur numérique relevé dans notre étude a pu inciter certains professionnels à se mettre en retrait lors des groupes thématiques. Les réunions de travail rassemblaient parfois un nombre de protagonistes trop important ce qui pouvait compromettre la dynamique de groupe et la fluidité des échanges. En ce sens, la question des participants s'articule autour de deux recommandations. D'une part, il s'agit de cibler davantage les professionnels et les compétences requises en fonction du sujet à traiter lors d'un groupe de travail. En effet, les agents choisis plus judicieusement se sentiront alors indispensables au projet et investis dans la dynamique de groupe. D'autre part, afin que la réunion de travail incite aux interactions, il convient de fixer un nombre de participants afin que chacun puisse s'exprimer. Il est généralement recommandé un maximum de 10 participants afin de permettre à l'auditoire de proposer des idées et/ou de poser des questions.

Dans notre situation, la difficulté est que le projet du nouveau pavillon d'USLD permet rapidement d'atteindre ce quota de participants puisque deux établissements sont concernés et que les groupes de travail sont déjà constitués. Aussi, l'enjeu est donc de veiller à ce que le thème abordé lors d'une réunion de travail soit suffisamment ciblé et précis afin que les compétences les plus indispensables soient représentées.

Préconisations du terrain d'investigation	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une alternance des réunions de travail entre le site de Pierre Garraud et celui d'Antoine Charial. • Cibler et préciser le thème abordé lors des groupes de travail.
Préconisations de portée générale	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter le local de la réunion de travail en fonction du nombre de participants. • Limiter le nombre de protagonistes à 10 maximum.

Tableau 5. Synthèse des préconisations à court terme sur le lieu et le nombre de participants aux groupes de travail (1/3).

¹⁰⁰ LETELLIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 162.

3.1.1.2 S'appuyer sur de nouvelles ressources.

Deux obstacles sont apparus sur le projet mettant en exergue le tiraillement des professionnels lié à leur implication dans les groupes de travail, puis l'anxiété corrélative au fonctionnement mutualisé en 2 unités de 30 lits. Pour y remédier, des pistes s'orientent sur des outils intrinsèques à la démarche de projet ou bien à l'ouverture sur des ressources externes à l'I-Vie.

En premier lieu, une réunion qui se veut participative doit réussir à capter l'attention des professionnels et la conserver. La qualité des supports ou des présentations visuelles plus interactives permettent de rompre avec la monotonie¹⁰¹. Dans notre étude, la réalisation d'un Méta-plan a structuré d'une façon originale les principes retenus pour la définition du circuit de la restauration du nouveau pavillon d'USLD. Pour autant, d'autres outils, notamment propres à la démarche de projet, constituent des leviers à mobiliser pour s'assurer de la pérennité de la participation des professionnels. Outre un aspect organisationnel, ils permettent de visualiser dans le temps les différentes échéances d'un projet. À ce titre, un planning annuel assure de la visibilité aux agents afin que ces derniers puissent s'organiser en fonction des échéances calendaires à moyens terme. Cet outil constitue un levier afin que les professionnels inscrits dans une démarche participative puissent se mobiliser pour les groupes de travail. Le diagramme de Gantt représente un exemple éclairant dans notre étude. Cet outil est couramment utilisé en gestion de projet et dans les organisations¹⁰². Il matérialise visuellement l'état d'avancement des différentes activités qui constituent un projet¹⁰³. Il est représenté sous forme d'un tableau avec usuellement une colonne de gauche qui énumère les tâches à effectuer par ordre chronologique et une ligne d'en-tête qui représente les unités de temps les plus adaptées au projet. Chaque tâche est matérialisée par une barre horizontale, dont la position et la longueur représentent la date de début, la durée et la date de fin. Ainsi, cet outil pourra remédier en partie à la tension que les professionnels ont observé du fait du manque de visibilité sur le calendrier du projet.

En second lieu, les agents notamment soignants ont signalé que l'architecture du nouveau pavillon, selon deux unités mutualisées autour d'un PC de soins, était une source d'angoisse. En l'absence d'une organisation similaire pouvant constituer un exemple, les professionnels appréhendent particulièrement le fonctionnement et les contraintes organisationnelles du nouveau pavillon.

¹⁰¹ LETELLIER (Laure), Management participatif, La coopération au service de la performance, *op. cit.*, page 152.

¹⁰² BOUCHAOUIR (Fouad), DENTINGER (Yannick), ENGLENDER (Olivier), Gestion de projet : 50 outils pour agir, 3ème édition, Vuibert (Coll. Lire agir), 2014, 166 pages.

¹⁰³ www.gantt.com/fr/, consulté le 02/07/2018.

En ce sens, une ouverture des groupes de travail à une architecture analogue des USLD pourrait favoriser une perception plus concrète du projet. Par exemple, afin de s'appuyer davantage sur des ressources externes au CHU, une solution consisterait à s'orienter auprès des établissements partenaires du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Rhône-Centre ou auprès du CHU de Saint-Étienne qui est inscrit dans le même projet que celui de l'I-Vie¹⁰⁴. Même si dans les faits il est difficile d'organiser cet échange avec tous les professionnels impliqués dans la dynamique participative du projet, des petits groupes restreints et ciblés sur certaines thématiques pourraient rencontrer les équipes du pavillon de Saint-Étienne qui ouvrira ses portes à l'automne 2018.

Parallèlement, afin d'accompagner la structuration de la réflexion des groupes de travail, il reste important de négocier dans le projet architectural l'implantation d'une chambre témoin afin de traduire l'ensemble des exigences posées par les groupes de travail en termes de dimensions, équipements sanitaires, et agencement. Ces tests en conditions de vie réelles permettent aux agents et aux résidents de s'assurer qu'une chambre est conforme à leurs attentes. Aussi, l'implantation prochaine de la salle de bain et de la chambre témoin du projet sur le site de Pierre Garraud vont permettre de concrétiser le projet afin de redynamiser les groupes voire de réassocier les soignants dans la réflexion.

Préconisations du terrain d'investigation	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un diagramme de GANTT. • Mettre en lien les groupes de travail avec l'équipe projet du CHU de Saint-Étienne.
Préconisations de portée générale	<ul style="list-style-type: none"> • Soigner la qualité des supports de présentation de la réunion pour favoriser l'interactivité. • S'appuyer sur des ressources externes pour rendre plus concret un projet architectural. • Assurer la réalisation de locaux témoins en amont des travaux du projet.

Tableau 6. Synthèse des préconisations à court terme sur les outils et les ressources à mobiliser (2/3).

Conforter la dynamique participative passe donc par un ajustement de l'environnement de travail des groupes thématiques auxquels peuvent s'ajouter des outils de la démarche de projet. La finalité est de veiller au confort matériel des professionnels pour s'attacher ensuite aux aspects psychologiques liés à la fermeture d'un hôpital gériatrique.

¹⁰⁴ Le CHU de Saint-Étienne va ouvrir d'ici l'automne 2018 un nouveau pavillon d'USLD similaire et organisé en unités de 27 lits.

3.1.2 Accompagner la transition professionnelle des agents par le travail de deuil et de mémoire « il était une fois Antoine Charial ».

« Fermer une histoire pour en ouvrir une nouvelle »¹⁰⁵.

Appréhender comment les agents font face à une transition professionnelle de fermeture de site constitue un enjeu majeur pour un D3S. D'un point de vue managérial, il est nécessaire que les agents soient accompagnés dans cette épreuve pour prévenir la perte de l'identité professionnelle et des repères liés aux conditions d'exercice dans un établissement. Du point de vue des agents, il convient de sécuriser leurs trajectoires professionnelles pour inscrire dans la durée leur sentiment de sécurité dans leur emploi. Selon notre exemple, même si le projet en cause n'est pas synonyme de perte d'emploi à proprement parler, il peut constituer un évènement douloureux qui doit être anticipé¹⁰⁶.

Au cours du stage de professionnalisation, le travail de mémoire et de deuil du site de l'hôpital gériatrique Antoine Charial a été présenté comme un projet fondamental pour les équipes. En effet, c'est à travers cet hommage que les équipes ont matérialisé leur désir d'accompagner la fermeture du site en retraçant rétrospectivement l'historique d'un établissement qui a marqué la gériatrie des HCL. Il apparaît donc déterminant d'amorcer ce travail eu égard au contexte auquel doivent faire face les équipes qui sont désormais présentes sur le site. En effet, comme nous l'avons déjà précisé, le site concentre désormais uniquement les activités des 5 unités de SLD et l'EHPAD suite au départ des activités de SSR en 2016, de courts séjours gériatriques et de consultations en mai 2018. En ce sens, une proposition à court terme concerne le lancement effectif du projet de deuil et de mémoire qui pour l'heure reste sans perspectives de concrétisation.

Pour répondre à cette orientation de notre plan d'actions, il convient de déterminer les moyens alloués au projet, les acteurs référents et identifiés, ainsi que les modalités de mise en œuvre selon différents leviers au niveau interne ou externe des HCL. Dans cette perspective, le projet « il était une fois Antoine Charial » a été pensé comme une exposition évolutive et déambulante dans les couloirs de l'hôpital restés vides afin de s'appuyer sur l'architecture et les murs de l'établissement. Une promenade envisagée à travers une frise chronologique permettrait de retracer les temps forts de l'hôpital de 1979, date de son ouverture, jusqu'à aujourd'hui. Elle serait enrichie tous les trimestres de spectacles de théâtres réalisés par des artistes professionnels ou des agents volontaires de l'établissement.

¹⁰⁵ Entretien n°3 : Conseillère conditions de travail et ergonomiste – GHN.

¹⁰⁶ POUCHELLE (Marie-Christine), « Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? », *Ethnologie française*, 2005/4 (Vol. 35), p. 593-603.

Parallèlement, des ateliers de peintures pourraient également étayer la démarche artistique voulue dans ce projet afin de stimuler l'expression et la créativité des professionnels mais également des résidents et des familles. Ces productions seraient exposées aux côtés de supports audios et vidéos rassemblés par l'équipe de direction du site notamment grâce aux témoignages de professionnels médicaux et paramédicaux recueillis. L'objectif est d'ouvrir cette exposition à l'environnement extérieur de l'hôpital puisque l'établissement est ancré de manière forte dans sa commune. Ainsi, le cœur du projet est de proposer un travail de mémoire sensible à l'individualité de chacun et au commun de tous.

L'adjointe de direction de l'hôpital gériatrique Antoine Charial ainsi que la conseillère conditions de travail du GHS ont rassemblé les premiers éléments de cette démarche artistique de mémoire. Pour autant, le contexte de l'établissement présuppose que ce travail soit réalisé en lien avec des professionnels experts dans le domaine de la communication afin de porter le projet sur la durée puisque la temporalité d'un an semble être la plus privilégiée. De fait, si les agents sur site manquent de temps, un regard extérieur articulerait la réflexion pour les accompagner dans la démarche afin de faire vivre l'exposition.

Dans ce cadre, l'équipe de direction du site d'Antoine Charial lors de la genèse du projet, a recherché des sources de financement sans succès aussi bien en interne des HCL¹⁰⁷ qu'en externe (mécénat). Pour autant, d'autres pistes peuvent constituer des opportunités pour le financement. Aussi, c'est par l'intermédiaire de l'I-Vie que cette piste pourrait se concrétiser afin d'organiser une recherche de financements de manière plus large et plus poussée. Par exemple, les fournisseurs des HCL peuvent constituer une alternative afin de rassembler les fonds nécessaires.

Préconisations du terrain d'investigation	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre effectif le projet de deuil et de mémoire « il était une fois Charial ».
Préconisations de portée générale	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les professionnels dans leur travail de deuil et de mémoire lié à la fermeture d'un établissement.

Tableau 7. Synthèse des préconisations à court terme sur le travail de deuil et de mémoire (3/3).

¹⁰⁷ Notamment auprès de la fondation HCL et de la Direction du Personnel et des Affaires Sociales (DPAS) pour permettre l'accueil d'un stagiaire.

La temporalité à court terme de notre plan d'actions s'articule donc autour d'initiatives qui visent à conforter la dynamique participative dans son environnement matériel et organisationnel par l'ouverture à de nouvelles ressources. À cela s'ajoute un travail d'hommage au site d'Antoine Charial afin de préparer l'accompagnement social des agents qui précède tout projet de fermeture d'établissement.

3.2 Anticiper l'accompagnement social des agents à moyen terme pour assurer la transition de la démarche participative.

Primordiale et indispensable à la réussite d'un projet de transfert d'unités, la gestion des ressources humaines et plus particulièrement l'accompagnement social des agents constitue un axe stratégique particulièrement sensible des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Généralement, il admet la définition minutieuse « d'un plan social » dont la finalité est de favoriser l'avenir des salariés par l'articulation entre des mesures de protection et d'évitement des licenciements¹⁰⁸.

Au sein des HCL, la Direction du Personnel et des Affaires Sociales (DPAS) est l'interlocuteur privilégié pour conduire ce type de plan social. Lors du stage de professionnalisation, une réunion de préparation avec les agents missionnés sur l'accompagnement social a déterminé les échéances et les étapes clés afin de la structurer. Même si la temporalité peut paraître hâtive, son anticipation (environ un an et demi avant le transfert des activités) constitue un axe de réflexion à moyen terme afin d'accompagner au mieux les équipes du site d'Antoine Charial vers celui de Pierre Garraud.

La réunion de concertation pour cadrer les éléments de la procédure d'accompagnement social a permis de structurer :

- Un calendrier prévisionnel au regard de l'état d'avancement du projet,
- Une base de documents de travail à préparer pour poser les jalons.

La procédure d'accompagnement social des HCL reste très formalisée, mais la particularité du projet est qu'elle met en lien les équipes de deux établissements gériatriques eux-mêmes rattachés à des groupements hospitaliers distincts¹⁰⁹. Il apparaît donc 3 axes de réflexion à opérer et déterminer en amont de la procédure d'accompagnement social stricto sensu.

¹⁰⁸ BRUGGEMAN (Frédéric), « Plans sociaux : l'impossible accompagnement social des licenciements économiques ? », La Revue de l'Ires, 2005/1 (n° 47), p. 215-231.

¹⁰⁹ Le GHN pour l'hôpital gériatrique Pierre Garraud et le GHS pour l'hôpital gériatrique Antoine Charial.

Tout d'abord, une première préconisation tiendrait à favoriser le rattachement du site d'Antoine Charial au groupement hospitalier nord afin de guider la transition des deux sites. En effet, actuellement l'hôpital Antoine Charial reste rattaché au GHS ce qui tend à complexifier les interactions entre les sites du fait du dédoublement des interlocuteurs. Ce manque de lisibilité pour les équipes rend parfois laborieux l'articulation entre les acteurs des deux groupements hospitaliers. Par ailleurs, les agents du site d'Antoine Charial se sentent relativement isolés au regard du groupement sud. Cette perspective apparaît d'autant plus cohérente dans la mesure où elle permettrait d'associer la conseillère conditions de travail du GHN qui, déjà très investie dans les groupes de travail, sera également mobilisée pour réaliser l'accompagnement social personnalisé des agents.

Ensuite, il apparaît essentiel de s'attacher plus finement aux valeurs de prise en charge afin de déterminer les organisations de travail prévues dans le nouveau pavillon. Même si les groupes thématiques se sont déjà inscrits dans cette réflexion, l'objectif est de tendre vers l'élaboration des fiches de poste qui pourront être présentées aux organisations syndicales notamment lors des CHSCT des 2 sites. Dans la prolongation de la démarche participative du projet, il pourrait être opportun d'associer les représentants des organisations syndicales afin d'amorcer une réflexion partagée. Cette concertation devra d'ailleurs nécessairement s'articuler avec les deux directeurs de sites pour réaliser un état des lieux des effectifs théoriques, physiques et nominatifs afin de projeter les organisations dans le nouveau pavillon d'USLD.

Enfin, la transition doit nécessairement être portée par les directeurs des ressources humaines des deux groupements ainsi que les directeurs référents des deux sites afin de trancher sur la question du périmètre de l'accompagnement social à savoir : est-ce que le nouveau pavillon sera destiné uniquement aux agents en provenance d'Antoine Charial ou est-ce que les agents déjà présents sur le site de Pierre Garraud pourront également se positionner dessus ? Pour répondre à cette question, l'association transversale des équipes des deux sites pourra déterminer les attendus. Toutefois, dans notre situation, l'hypothèse la plus cohérente tend à s'orienter sur un accompagnement social à deux niveaux : favoriser dans un premier temps les équipes d'Antoine Charial, puis déterminer au regard du reliquat restant les postes disponibles pour des agents de Pierre Garraud qui seraient intéressés.

Une fois que ces 3 prérequis auront été déterminés, la procédure d'accompagnement social aura la base de son contenu structurée. Il s'agira ensuite de passer aux différentes étapes de la procédure classique que l'on retrouve au sein des HCL (ANNEXE N°7).

L'acteur opérationnel sera le conseiller sur les conditions de travail qui dispose dans ses prérogatives de compétences pour réaliser l'accompagnement social :

- Individuellement, il va rencontrer l'ensemble des agents concernés par le transfert afin de réaliser une synthèse sur le projet personnel et professionnel de chacun. Chaque agent pourra se positionner pour savoir s'il souhaite poursuivre ou non, son activité professionnelle dans le nouveau pavillon.
- Collectivement et en lien avec la DPAS, il va expliciter la procédure d'accompagnement social en proposant aux professionnels d'émettre des vœux qui seront traités en fonction des opportunités sur les services des établissements. D'autres acteurs pourront être en appui dont notamment les interlocuteurs au sein de la médecine du travail et/ou les conseillers mobilité-carrière pour les projets de formation.

Cet accompagnement social devra par ailleurs s'articuler autour d'une communication suffisamment claire afin que la procédure soit transparente. Dans notre étude, l'envergure du projet est relativement contraignante pour assurer une communication fluide qu'elle soit verticale ou horizontale. Par ailleurs, la présence d'acteurs opérationnels et transversaux ajoute une complexité dans la circulation de l'information du projet. C'est pourquoi, un plan de communication se dessine comme un levier préconisé en parallèle de la procédure d'accompagnement social. Il se définit comme « *un ensemble cohérent d'actions et de supports de communication permettant au projet d'atteindre ses objectifs de changement* »¹¹⁰. Il vise, entre autres, à faciliter la compréhension du projet par les acteurs ainsi que susciter l'acceptation et l'adhésion au changement.

Plus largement, la politique de communication constitue selon Pierre HERMEL l'une des trois conditions de base à la réussite du management participatif¹¹¹. En ce sens, notre recommandation s'oriente sur la définition d'un plan de communication propre à notre terrain d'investigation. D'une part, il s'agit d'élaborer une communication pour les professionnels des sites qu'ils soient intégrés ou non dans les groupes de travail. L'objectif est de remédier au « parasitage » qui entoure le projet par rapport au devenir de l'activité d'EHPAD. En l'absence d'une information suffisamment claire sur le devenir des 36 lits, le projet de mémoire « il était une fois Antoine Charial » participe à cette communication positive autour de l'établissement afin d'orienter les professionnels vers un avenir après la fermeture du site. D'autre part, ce sont les résidents et plus particulièrement les familles qui restent aujourd'hui dans l'attente des échéances du projet notamment pour savoir si leur parent doit changer d'établissement.

¹¹⁰ MADERS (Henri-Pierre), Manager une équipe projet, *op. cit.*, page 140.

¹¹¹ HERMEL (Philippe), Le management participatif, Sens, réalités, actions, *op. cit.*, page 199.

En ce sens, le changement de lieu de vie de leur proche va constituer un bouleversement dans leurs habitudes de vie qu'il va falloir accompagner par une communication anticipée afin d'éviter les « rumeurs » qui pourraient dégrader le sentiment de confiance en l'institution.

Préconisations du terrain d'investigation	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le rattachement de l'hôpital Antoine Charial au GHN. <ul style="list-style-type: none"> • Anticiper le travail sur les organisations de travail pour déterminer les fiches de poste. • Déterminer le périmètre de la procédure d'accompagnement social.
Préconisations de portée générale	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper la démarche d'accompagnement social. • Élaborer un plan de communication pour les professionnels et les familles.

Tableau 8. Synthèse des préconisations à moyen terme.

L'accompagnement social constitue une modalité d'intervention managériale et sociale qui va charpenter individuellement les *desiderata* des agents pour penser la reconstruction des équipes. S'il peut conduire à une atomisation des trajectoires professionnelles alors même que la sécurité de l'emploi n'est pas menacée¹¹², il s'articule avec une phase d'accompagnement au changement afin de reconstruire une trajectoire et une identité professionnelle efficace tant du point de vue des agents que pour l'hôpital gériatrique.

3.3 Promouvoir l'accueil et l'intégration des agents à long terme.

*« Travailler ensemble ne se décrète pas, mais cela se construit »*¹¹³.

Dans une perspective à plus long terme, la question de l'intégration des équipes va se poser afin que la dynamique participative fonde un tremplin à la cohésion des équipes soignantes et médicales. En effet, le management participatif ne doit pas rester cantonné au seul projet du nouveau pavillon d'USLD. Il doit plutôt s'inscrire dans la durée et dans les pratiques des professionnels afin que cette démarche se pérennise au sein du site de Pierre Garraud, voire sur l'ensemble des USLD de l'I-Vie.

Outre les aspects d'inauguration du nouveau pavillon, des temps d'échange collectifs devront être formalisés pour les agents du site de Pierre Garraud.

¹¹² SARDAS (Jean-Claude), GAND (Sébastien), « Les transitions professionnelles contraintes par des restructurations : dynamiques individuelles et modalités d'accompagnement », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2011/1 (N° 103), p. 26-37.

¹¹³ Entretien n°3 : Conseillère conditions de travail et ergonome – GHN.

En effet, l'architecture pavillonnaire va questionner la cohésion professionnelle, et ce, d'autant plus qu'à l'horizon 2020 le site sera réparti sur 7 bâtiments à 2 ou 3 niveaux. Actuellement, la configuration architecturale du site fait déjà obstacle à la solidarité des équipes qui n'ont pas l'occasion de se rencontrer et de créer du lien en dehors des groupes de travail ou des instances plus spécifiques du site¹¹⁴. De fait, même si l'accueil des futurs professionnels va reposer, en partie, sur la procédure d'accompagnement social, son succès va également dépendre des mécanismes de cohésion permettant de fédérer les agents sur des projets locaux liés à leur nouvel établissement d'exercice.

Ceci est d'autant plus important que l'hôpital gériatrique Pierre Garraud va devenir l'un des principaux sites de gériatrie des HCL avec l'arrivée des 180 lits d'USLD. C'est pourquoi, conjointement à la procédure d'accompagnement social (mais sur une temporalité à plus long terme), les professionnels doivent être guidés dans une démarche plus connue généralement sous le nom d'accompagnement au changement. Réalisé sous la forme d'une conduite de projet, il ambitionne de fédérer les équipes par des temps de rencontre afin que les agents s'imprègnent de leurs nouveaux locaux et de leur nouvel environnement de travail.

Au sein des HCL, cette démarche peut se réfléchir un an avant l'échéance finale d'un projet, ce qui porte la réflexion d'accompagnement au changement à la fin du dernier trimestre 2019 dans notre situation. L'objectif est d'adopter une stratégie au regard de la méthode retenue afin de constituer un groupe de travail. Dans cette démarche, différents acteurs opérationnels sont mobilisés dont les cadres de santé, les cadres supérieurs de santé, les conseillers sur les conditions de travail ainsi que les directeurs des ressources humaines et des sites gériatriques des groupements. L'accompagnement au changement se conduit au sein des HCL par le bureau sur les conditions de travail ou le conseiller formation-carrière. Si la procédure n'est pas formalisée au même titre que celle de l'accompagnement social, des acteurs locaux sont mobilisés eu égard à leur rôle de manager. À ce titre, la formation des cadres de santé joue un rôle prédominant dans ce contexte afin de soutenir les équipes dans le quotidien. Les équipes médicales sont également un pivot à la cohésion future des équipes soignantes. À ce travail, peut s'ajouter un appui interne par l'intermédiaire des conseillers conditions de travail ou externe par le biais d'un cabinet de conseil.

Parallèlement à cette phase d'accompagnement au changement, le directeur de site de Pierre Garraud et l'I-Vie pourront s'appuyer en proximité sur plusieurs leviers dont dispose déjà l'établissement.

¹¹⁴ Ce point a été étudié plus spécifiquement dans le cadre de la commande sur l'UE 8 : « la qualité de vie au travail ».

En premier lieu, pour travailler plus précisément sur la thématique de la qualité de vie au travail, les professionnels cadres pourront s'appuyer sur les commissions locales afin de suivre des indicateurs significatifs sur l'intégration des équipes. À titre d'illustration, certaines commissions associent les partenaires sociaux et favorisent la mise en œuvre d'actions préventives et curatives sur le site de Pierre Garraud dont notamment :

- Des commissions des accidents du travail, réalisées au moins une fois par trimestre.
- Une cellule de vigilance santé au travail, tenue au moins une fois par trimestre.
- Un comité médico-social, pour faire le point avec le médecin du travail sur les agents en arrêts maladies.
- Un observatoire local sur les situations de violence.

Des actions sont également mises en œuvre en dehors des temps de concertation avec les partenaires sociaux, mais tout en permettant leur participation. Par exemple, une cellule de veille sociale au travail suit quatre indicateurs principaux : le turn-over, l'absentéisme, les fiches « violence » et les visites spontanées chez le médecin du travail.

En second lieu, une piste consisterait à définir un nouveau projet de vie institutionnel des résidents pour faire travailler ensemble les nouvelles équipes d'USLD de Pierre Garraud une fois que le pavillon sera sorti de terre. En effet, le projet de vie institutionnel d'Antoine Charial est arrivé à échéance en 2017. Aussi, les nouvelles organisations de travail préconisées pour le futur pavillon vont questionner certains principes d'accompagnement des résidents en USLD. Par conséquent, l'opportunité d'intégration des équipes d'Antoine Charial au site de Pierre Garraud pourra être l'occasion de plancher sur un nouveau projet de vie institutionnel permettant de fédérer les valeurs des deux équipes.

Préconisations du terrain d'investigation	<ul style="list-style-type: none"> • S'appuyer sur les commissions locales pour suivre les indicateurs de qualité de vie au travail. • Écrire un nouveau projet de vie institutionnel pour Pierre Garraud après l'ouverture du pavillon.
Préconisations de portée générale	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper une démarche de projet d'accompagnement au changement. • Constituer des moments d'échange collectifs et fédérateurs pour la cohésion des équipes.

Tableau 9. Synthèse des préconisations à long terme.

CONCLUSION

Le management participatif vise, dans un environnement où les organisations ont profondément changé, à adapter les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, aux évolutions et aspirations des résidents et des professionnels. Aussi, ce mémoire a eu pour objectif d'élaborer une analyse concrète relative au déploiement du management participatif au sein d'une démarche de projet d'une part, et de constituer des pistes de réflexion sur lesquelles l'I-Vie pourra s'appuyer pour orienter sa dynamique d'autre part.

En ce sens, nous avons observé que le management participatif suppose une approche rigoureuse pour activer les différents potentiels de l'organisation et des acteurs. C'est notamment parce que la démarche participative permet de gérer des situations hétérogènes qu'elle constitue une pratique managériale à la fois riche et laborieuse pour le directeur qui souhaite la mettre en œuvre. En effet, de la même manière que dans une démarche de projet, la dynamique participative aspire à la convergence de ses objectifs pour mobiliser l'ensemble des acteurs. Aussi, la pertinence de cette analyse tient dans le fait que les facteurs (sociaux, environnementaux, organisationnels...) du management participatif, rendent exhaustives les conclusions que l'on peut apporter. De fait, une analyse stratégique s'impose pour conduire le projet, et ce, au vu de l'environnement complexe dans lequel il peut s'insérer. Comme nous l'avons relevé, cet environnement est d'autant plus important notamment lorsque le directeur s'insère dans une entité atypique et transversale telle que l'I-Vie. Dans ce cadre, le management participatif va permettre de conforter les motivations plus individuelles pour un engagement collectif et un projet commun.

Toutefois, une intention managériale de participation n'est en rien garante, même accompagnée de signes tangibles, que les professionnels auront le sentiment d'être entendus¹¹⁵. Aussi, le risque principal est que chacun ait tendance à concevoir le management participatif comme l'interprétation de ses propres conceptions ou pratiques. De même, il est nécessaire de faire en sorte que la dynamique participative soit réelle et non pas un prétexte dans l'espoir de faire passer plus facilement ses propres idées. Elle est donc d'autant plus délicate à mettre en œuvre puisqu'elle interprète le rôle « *de « miroir » et d'amplificateur des problèmes de fond de management* »¹¹⁶ déjà présents dans l'établissement. Le management participatif n'est donc « *ni uniquement du management et ni uniquement de la participation* »¹¹⁷.

¹¹⁵ JEANNEROD-DUMOUCHEL (Nathalie), *op. cit.*, p. 7-29

¹¹⁶ HERMEL (Philippe), *Le management participatif, Sens, réalités, actions, op. cit.*, page 238.

¹¹⁷ *Ibid.*

Il correspond plutôt à une alternative flexible en fonction de son environnement et des finalités qu'il cherche à atteindre. Dans le cadre de la dynamique de projet que nous avons observée, il nécessite des conditions préalables à travers des principes méthodologiques et des outils de pilotage rigoureux ce qui rend parfois la démarche participative chronophage pour le D3S. Manager selon une dynamique participative, c'est donc partir du principe que la participation ne suffit pas à susciter l'adhésion. Le directeur doit donc sans cesse poursuivre l'objectif d'accompagner les professionnels en veillant à ce que la dynamique soit productive et ne s'essouffle pas. Cela est d'autant plus important au regard de notre projet dont la temporalité est à la fois longue et rapide avant l'ouverture du nouveau pavillon. En ce sens, si le management participatif permet d'inscrire les professionnels dans la perspective d'un projet neuf et moderne, il ne doit pas pour autant négliger le quotidien des professionnels à *l'instant T*.

Par ailleurs, le management participatif n'est pas « *la panacée* »¹¹⁸, mais il apparaît en tout cas comme la dynamique qui permet de valoriser les ressources humaines dans une dimension à la fois créative et porteuse de valeurs. De plus, il s'apparente à une dimension stratégique pour se servir de la capacité d'innovation des professionnels pour repenser les organisations dans une perspective de bien-être au travail mais aussi pour les résidents et leurs familles *in fine*. Le management participatif ne doit donc pas être seulement un effet de mode, mais plutôt une véritable démarche portée à la fois par la direction et les professionnels dans l'esprit d'un projet « gagnant-gagnant ».

Il n'en demeure pas moins que le terrain d'investigation a permis de mettre en exergue une réelle volonté à la fois du directeur administratif, du directeur des soins de l'I-Vie et de la Direction Générale des HCL de faire de ce projet une réelle démarche coopérative entre deux établissements appelés à se rassembler. Cette base est sans doute le principal moteur pour amorcer une réelle démarche participative. Aussi, d'un point de vue plus personnel, le stage de professionnalisation a constitué une formidable opportunité pour observer un cas concret de management participatif aux côtés de deux directeurs avec une réelle volonté d'assurer la participation des professionnels, et *in fine*, de garantir une démarche d'amélioration des pratiques et de la qualité de la prise en charge des résidents.

¹¹⁸ GOGUELIN (Pierre), MITRANI (Guy), Le management participatif, La méthode Prado-Tropiques, *op. cit.*, page 193.

Bien au-delà de l'analyse de cette dynamique participative, j'ai été en immersion dans un environnement professionnel positionnant la gériatrie comme une discipline d'excellence et porteuse de valeurs, ce qui m'inspire pour mon exercice prochain en qualité de D3S.

En effet, j'ai été impliquée dans une culture professionnelle spécifique pour en découvrir le sens. Aussi, ce stage a représenté l'opportunité de participer de manière concrète à l'organisation et le fonctionnement d'un établissement sanitaire et médico-social. Par mon regard extérieur, j'ai pu avoir une représentation sur le mode organisationnel d'une structure qui doit gérer plus de 1200 lits et places de gériatrie au quotidien.

Dans le cadre de l'aboutissement prochain de ma formation, cette expérience a été particulièrement intéressante dans la mesure où j'ai effectué de réelles missions en lien avec la direction de l'I-Vie pour des projets riches et variés. Par ailleurs, en lien avec tous les acteurs, j'ai eu l'occasion de comprendre le rôle et les interactions de chacun des professionnels et des services au sein d'un établissement sanitaire particulièrement important pour l'agglomération lyonnaise. Aussi, les échanges avec les professionnels sont un aspect qui m'a beaucoup apporté puisqu'il est important de connaître les retours d'expérience de chacun afin d'appréhender les réalités du secteur de la santé d'aujourd'hui.

« *Un pour tous, tous pour un* »¹¹⁹

¹¹⁹ MADERS (Henri-Pierre), *Manager une équipe projet*, op. cit., page 140.

BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrages :**

- AMADO (Gilles), BOUILLOUD (Jean-Philippe), LHUILIER (Dominique) et al., *La créativité au travail*, Eres (Coll. Clinique du travail), 2017, 408 pages.
- BOUCHAOUIR (Fouad), DENTINGER (Yannick), ENGLENDER (Olivier), *Gestion de projet : 50 outils pour agir*, 3^{ème} édition, Vuibert (Coll. Lire agir), 2014, 166 pages.
- CECCALDI (Joël), *Pour un travail soigné dans une démarche participative*, Éditions Lamarre (Hors collection), 2015, 224 pages.
- COLOMBAT (Philippe), *Qualité de vie au travail et management participatif*, Éditions Lamarre (Coll. Cadres de santé), 2012, 217 pages.
- COURTOT (Hervé), *La gestion des risques dans les projets*, Economica (Coll. Gestion), 294 pages.
- CREPEL (Agathe), NÈVE-HANQUET (Chantal), *Faciliter l'intelligence collective : 35 fiches pour innover, co-construire, mettre en action et accompagner le changement*, Eyrolles (Coll. Livres outils), avril 2018, 256 pages.
- GOGUELIN (Pierre), MITRANI (Guy), *Le management participatif, La méthode Prado-Tropiques*, Hommes Et Perspectives (Coll. Hommes Et Perspectives), 1994, 195 pages.
- HERMEL (Philippe), *Le management participatif, Sens, réalités, actions*, Éditions d'Organisation, 1988, 254 pages.
- KURTZ (Jean-Paul), *Dictionnaire Etymologique des Anglicismes et des Américanismes*, Books on Demand, Tome 2, 2014, 508 pages.
- LETELLIER (Laure), *Management participatif, La coopération au service de la performance*, Ellipses Marketing (Coll. Actu' Gestion), 2013, 272 pages.
- MADERS (Henri-Pierre), *Manager une équipe projet : Leadership, grilles de lecture, cas concrets*, Éditions d'Organisation, 2002, 280 pages.
- PICQ (Thierry), *Manager une équipe projet : Pilotage, Enjeux, Performance*, Dunod (Coll. Fonctions de l'entreprise), 3^{ème} édition, 2011, 232 pages.
- RAYNAL (Serge), *Le management par projets*, 3^{ème} édition, Éditions d'Organisation, 2003, 360 pages.
- SÉRIEYX (Hervé), VAKALOULIS (Michel), *Du pouvoir vertical aux pouvoirs partagés*, Les Éditions de l'Atelier (Coll. Social ECO HC), 2018, 206 pages.

- **Rapports :**

- ARRIGO (Gianni), CASALE (Giuseppe), « A comparative overview of terms and notions on employee participation ». International Labor Organization, Février 2010. Consulté en ligne le 19/07/2018, disponibilité http://www.oit.org/wcmstp5/groups/public/---ed_dialogue/--lab_admin/documents/publication/wcms_123713.pdf.
- DELATTRE (Antoine), PAUL (Stéphane), « Les unités de soins de longue durée (USLD) », Inspection Générale des Affaires Sociales, Mars 2016, consulté en ligne le 21/06/2018, disponibilité : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf>.

- **Revues :**

- ARGOUD (Dominique), « Du projet de vie aux projets d'animation », *Gérontologie et société*, 2001/1 (vol. 24 / n° 96), p. 125-135, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2001-1-page-125.htm>.
- BEAUCOURT (Christel), « Le Management des Ressources Humaines dans les Entreprises du Social et de la Santé », *Management & Avenir*, 2011/9 (N°49), p. 102-113, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-102.htm>.
- BRUGGEMAN (Frédéric), « Plans sociaux : l'impossible accompagnement social des licenciements économiques ? », *La Revue de l'Ires*, 2005/1 (n° 47), p. 215-231, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2005-1-page-215.htm>.
- GRIMA (François), BEAUJOLIN-BELLET (Rachel), « Reconstruire son identité après un conflit social contre la fermeture d'un site : le cas des leaders syndicaux », *M@n@gement*, 2014/5 (Vol. 17), p. 371-403, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-management-2014-5-page-371.htm>.
- JEANNEROD-DUMOUCHEL (Nathalie), « La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif », *@GRH*, 2014/2 (N°11), p. 7-29, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-@grh-2014-2-page-7.htm>.
- LE BEZVOËT (Erwan), « L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ? », *Le Journal des psychologues*, 2007/9 (N°252), p. 29-34, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-9-page-29.htm>.
- POUCHELLE (Marie-Christine), « Fermeture d'hôpitaux, quelles clefs ? », *Ethnologie française*, 2005/4 (Vol. 35), p. 593-603, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2005-4-page-593.htm>

- RANCHIN (Bruno), « Là, dans le groupe, j'ai appuyé sur la touche de l'intelligence. Les effets du travail en groupe. », *Empan*, 2015/3 (n° 99), p. 98-104, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-3-page-98.htm>.
 - SARDAS (Jean-Claude), GAND (Sébastien), « Les transitions professionnelles contraintes par des restructurations : dynamiques individuelles et modalités d'accompagnement », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2011/1 (N° 103), p. 26-37, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre1-2011-1-page-26.htm>.
 - STERVINO (Sandrine), « Les Scop (Sociétés Coopératives et Participatives) : des entreprises au management participatif ? », *Ergologia, Société internationale d'ergologie*, 2014, pp.95-130
 - TOUZARD (Hubert), « Consultation, concertation, négociation. Une courte note théorique », *Négociations*, 2006/1 (N°5), p. 67-74, disponibilité : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-67.htm>.
- **Sites internet :**
 - L'ASSOCIATION PARITAIRE POUR L'EMPLOI ET LA FORMATION (APEFSABL), Comment constituer un groupe de travail ? [Visité le 31/08/2018] Fiche N°5, disponible sur Internet : <http://www.apefasbl.org/lapef/actions-et-projets/boiteaoutilsplandeformation5.pdf>.
 - *Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt ?* [Visité le 02/07/2018], disponible sur Internet : www.gantt.com/fr/,
 - FRANCE QUALITÉ, *Les principes du management de la qualité*. [Visité le 07/08/2018], disponible sur Internet : <http://www.qualiteperformance.org/comprendre-la-qualite/principes-et-fondamentaux/les-principes-du-management-de-la-qualite>.
 - MINISTERE DU TRAVAIL, *Risques psychosociaux*. [Visité le 07/08/2018], disponible sur Internet : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>.
 - **Thèses, Mémoires :**
 - COURTIN (Francesca), Mémoire DH, « *La gestion des risques projet dans l'ouverture d'un bâtiment : l'exemple du CASH de Nanterre* », Promotion 2013-2015, disponibilité : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/edh/courtin.pdf>

- HAMMOU-KADDOUR (Zouhir), Mémoire D3S, « *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* », Promotion 2015-2016, disponibilité : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2016/hammou-kaddour.pdf>
 - MAHIEU (Geoffrey), Master 60 en sciences du travail, « *Les effets du management participatif sur le bien-être des travailleurs* », consulté en ligne le 06/05/2018, disponibilité : https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis%3A10020/datastream/PDF_01/view
 - TUAUDEN (Pierre), Mémoire D3S, « *De la "culture-projet" à la mise en œuvre d'un management participatif : une opportunité stratégique pour le directeur d'établissement. Analyse et expérimentation de la conduite du changement sur les services généraux de l'I.N.J.S.P* », Promotion 2002-2003, disponibilité : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2003/des/tuauden.pdf>
- **Normes AFNOR :**
 - Norme AFNOR-ISO 8402-1994, consultable sur le site : <https://www.iso.org/fr/standard/20115.html>. [Visité le 05/07/2018].
 - Norme AFNOR X50-106.

Table des figures

Tableau 1. L'organisation administrative des 14 établissements des HCL	23
Tableau 2. Activités actuelles et prévisionnelles des 2 établissements du projet	26
Figure 1. Architecture de la démarche de projet du nouveau pavillon d'USLD	28
Tableau 3. Synthèse des éléments favorables relevés	43
Tableau 4. Synthèse des points de vigilance relevés	52
Tableau 5. Synthèse des préconisations à court terme sur le lieu et le nombre de participants aux groupes de travail (1/3)	57
Tableau 6. Synthèse des préconisations à court terme sur les outils et les ressources à mobiliser (2/3)	59
Tableau 7. Synthèse des préconisations à court terme sur le travail de deuil et de mémoire (3/3)	61
Tableau 8. Synthèse des préconisations à moyen terme	65
Tableau 9. Synthèse des préconisations à long terme	67

Table des matières

INTRODUCTION	9
1 Le management participatif : un concept managérial théorique appliqué à la démarche de projet de l'I-Vie	15
1.1 Les enjeux théoriques du management participatif : entre leviers d'accompagnement et précautions de déploiement.	15
1.1.1 Définitions et remise en contexte du management participatif.	15
1.1.2 Le management participatif intégré dans une démarche de projet : un levier de motivation et de performance managériale.	17
1.1.3 Des précautions dont il faut tenir compte : « <i>un management sans participation ou une participation sans management</i> » ?	19
1.2 La dynamique participative mise en œuvre à l'I-Vie à travers le projet architectural du nouveau pavillon d'USLD.....	21
1.2.1 Un pilote de projet atypique et novateur : l'I-Vie comme garant de l'unité des professionnels de la gériatrie.	22
1.2.2 Un projet aux enjeux ambitieux : le pivot de la restructuration et de la valorisation transversale des USLD aux HCL.	25
1.2.3 Une démarche de projet voulue comme participative : la méthodologie retenue par l'I-VIE.....	27
1.2.3.1 La responsabilisation et la participation aux décisions via des groupes de travail intersites.....	27
1.2.3.2 La valorisation de la créativité dans le projet.....	29
1.2.3.3 La communication des résultats d'avancement via les instances du projet.	30
2 L'analyse du management participatif déployé dans le cadre du projet de l'I-Vie : entre opportunité managériale et obstacles structurels.	33
2.1 Les axes favorables de la démarche participative : des leviers d'opportunités stratégiques.	33
2.1.1 Les trois prérequis propices au lancement de la démarche participative.	33

2.1.2	Les leviers favorables à la démarche participative menée par l'I-Vie.....	36
2.1.2.1	L'instauration d'un climat de confiance grâce à un pilotage basé sur la sincérité.	36
2.1.2.2	« L'éthique de groupe » initiée dans les réunions de travail thématiques.	39
2.1.2.3	La fluidité de l'information par une communication claire et transparente.	41
2.2	Les limites rencontrées dans la démarche participative : des points de vigilance contextuels et environnementaux.	43
2.2.1	Les zones d'incertitudes du projet comme source d'appréhension.	44
2.2.1.1	Le ressenti lié au projet architectural retenu.....	44
2.2.1.2	L'incertitude du fonctionnement mutualisé en 2 unités de 30 lits.	45
2.2.1.3	Le caractère encore abstrait du projet.....	46
2.2.2	Les facteurs intra-organisationnels de la démarche participative : les freins intra-organisationnels des groupes de travail.	47
2.2.3	Le contexte de la démarche participative : un environnement complexe et incertain.....	50
2.2.3.1	L'aspect concurrentiel intergroupements.....	50
2.2.3.2	Le devenir encore incertain de l'activité d'EHPAD.	51
2.2.3.3	La stagnation du projet de deuil et de mémoire du site de Charial.	51
3	L'ajustement du management participatif : des éléments de préconisations à déployer successivement.....	55
3.1	Engager à court terme les mesures correctives des écueils relevés dans la démarche participative.....	55
3.1.1	Ajuster la dynamique des groupes de travail pour inciter au déploiement des échanges.....	56
3.1.1.1	Considérer les facteurs matériels et organisationnels.	56
3.1.1.2	S'appuyer sur de nouvelles ressources.....	58
3.1.2	Accompagner la transition professionnelle des agents par le travail de deuil et de mémoire « il était une fois Antoine Charial ».....	60
3.2	Anticiper l'accompagnement social des agents à moyen terme pour assurer la transition de la démarche participative.	62
3.3	Promouvoir l'accueil et l'intégration des agents à long terme.....	65

CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	72
TABLE DES FIGURES	76
TABLE DES MATIERES	77
SOMMAIRE DES ANNEXES	I

Sommaire des annexes

ANNEXE N°1 : Grille d'entretien indicative	II
ANNEXE N°2 : Personnes rencontrées lors des entretiens	III
ANNEXE N°3 : Synthèse des entretiens	IV
ANNEXE N°4 : Synthèse des points forts et des points de vigilance relevés dans l'analyse du management participatif	XIX
ANNEXE N°5 : Plan du projet représentant 2 unités mutualisées par un PC de soins	XX
ANNEXE N°6 : Procédure d'accompagnement social HCL	XXI
ANNEXE N°7 : Synthèse du plan d'actions	XXII

ANNEXE N°1 : Grille d'entretien indicative

HISTORIQUE DU PROJET	<i>Pouvez-vous me parler de l'historique du projet ?</i>	
CONTEXTE	<i>Dans quel contexte s'est construit le projet ?</i>	
PARTICIPATION AU PROJET	<i>Comment avez-vous été associé au projet ?</i>	
	<i>Même question pour les équipes :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Médicales - Soignantes - Administratives - La Direction des affaires techniques 	
PILOTAGE DU PROJET	<i>Quelle a été votre stratégie pour piloter le projet ?</i>	
PERCEPTION DU PROJET	<i>Comment percevez-vous le projet ?</i>	
FREINS	<i>Quels sont les freins que vous pouvez identifier dans le projet ?</i>	
	<i>Quelles sont les contraintes internes ?</i>	
	<i>Quelles sont les contraintes externes ?</i>	
LEVIERS	<i>Quels sont les leviers du projet selon vous ?</i>	
	<i>De quelles ressources disposez-vous en interne ?</i>	
	<i>De quelles ressources disposez-vous en externe ?</i>	
OPPORTUNITÉS DE CHANGEMENT	<i>Votre participation dans le projet vous permet-elle d'envisager de nouvelles organisations de travail ?</i>	
COMMUNICATION	<i>Êtes-vous satisfait(e) de la communication du projet auprès du personnel ?</i>	
	<i>Êtes-vous satisfait(e) de la communication que vous avez reçue sur le projet ?</i>	
RÉSISTANCES AU CHANGEMENT	<i>Quelles sont les craintes et méfiances exprimées au projet ?</i>	
	<i>Comment avez-vous pris en compte ces craintes ?</i>	
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	<i>À ce stade, comment est envisagé l'accompagnement des équipes soignantes lors du transfert ?</i>	

ANNEXE N°2 : Personnes rencontrées lors des entretiens.

- **1) Hôpital gériatrique Pierre Garraud**
 - Directeur référent de l'hôpital Pierre Garraud
 - Cadre de santé – USLD
 - Conseillère conditions de travail et ergonome – Groupement Hospitalier Nord
 - Responsable restauration de gériatrie
 - Praticien hospitalier – Référent médical du projet
 - Équipes soignantes
 - Attaché d'administration hospitalière
 - Cadre supérieur de santé
 - Référent des agents de logistique hôtelière (ALH) et GSF
- **2) Hôpital gériatrique Antoine Charial**
 - Adjointe de direction – Hôpital Antoine Charial
 - 2 cadres de santé – USLD
 - Animatrice
 - Assistante Médico-Administrative
 - Directeur référent de l'hôpital Antoine Charial
 - Psychologue
 - Cadre de santé de nuit – USLD/EHPAD et équipes soignantes
- **3) Institut du Vieillissement**
 - Directeur administratif de l'I-Vie
- **4) Direction des Achats**
 - Cadre supérieur de santé IADE - Prescripteur des dispositifs médicaux
- **5) Direction des Affaires Techniques**
 - Ingénieur conducteur d'opérations

ANNEXE N°3 : Synthèse des entretiens.

Les entretiens ont été synthétisés par le biais d'un tableau reprenant à la fois les points forts et les points faibles, ainsi que les ressources internes et externes identifiées par le professionnel. Chaque résumé fait également mention des éléments prégnants relevés dans le cadre de la démarche de projet participative. **Seuls les entretiens ayant reçu une autorisation ont été retranscrits.**

1) HÔPITAL GÉRIATRIQUE PIERRE GARRAUD :

- **Entretien n°1 : Directeur référent de l'hôpital Pierre Garraud.**

Date d'arrivée sur le projet : juillet 2016.

Remarques :

- L'hôpital Pierre Garraud a été rattaché au GHN au courant de l'été 2016.
- Ce directeur de site est également DRH au sein du GHN.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">- Le pilotage par l'I-Vie permet de pas léser un groupement.- Le dynamisme médical permet de porter les équipes.- Le projet est moderne et ambitieux.- L'accompagnement social est bien encadré et relativement formalisé au sein des HCL.	<ul style="list-style-type: none">- Il est parfois difficile pour les agents, notamment soignants, de se libérer en dehors des horaires de travail.- L'absentéisme rend plus difficile la mobilisation des agents.- Les pratiques sont différentes entre les groupements hospitaliers.- La crainte par rapport au changement et l'appréhension de l'inconnu.- Les agents ont du mal à se projeter dans le site de Pierre Garraud.

- **Entretien n°2 : Cadre de santé – USLD.**

Date d'arrivée sur le projet : en janvier 2017.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">- La présence des futurs utilisateurs.- Les soignants se sont beaucoup exprimés.- Le projet est moderne.	<ul style="list-style-type: none">- La perte de l'information du fait de la taille des HCL.- L'éclatement des réunions.

<ul style="list-style-type: none"> - Le Métaplan. - La possibilité d'échanger à tous les niveaux. - Le pluriprofessionnalisme. - L'ouverture du directeur administratif et du directeur des soins. - Les réunions sur Antoine Charial. 	<ul style="list-style-type: none"> - La communication est parfois difficile afin de transmettre l'ensemble des informations aux agents. - Le choix du projet architectural retenu ne fait pas l'unanimité.
---	--

• **Entretien n°3 : Conseillère conditions de travail et ergonome – GHN.**

Date d'arrivée sur le projet : lorsqu'il y a eu l'établissement du programme avant de lancer l'appel d'offres.

Remarques :

- L'environnement des HCL est parfois complexe.
- Les groupes utilisateurs étaient très attendus par les professionnels.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet est bien mené et associe tous les utilisateurs sur des thématiques importantes. - La transparence de la démarche. - L'anticipation de l'organisation du travail. - L'association des professionnels d'Antoine Charial et de Pierre Garraud. - La présence d'expériences internes des HCL sur le transfert d'activités (ex : HFME). - Bonne communication. - Avec la démarche participative, on permet aux équipes de s'approprier les locaux et les organisations, et on anticipe l'accompagnement au changement. - Le travail de deuil et de mémoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'information sur l'exposition des réponses à l'appel d'offres n'a pas été communiquée à tous les professionnels. - Les réunions sont positionnées un peu plus sur Antoine Charial. - Peu de présence d'utilisateurs IDE et ASD dans les groupes de travail. - Les sollicitations par mail sont parfois chronophages au regard des échéances de l'architecte. - Le facteur temps. - L'anticipation suffisamment en amont, y compris le travail sur le regroupement des équipes de cultures différentes. - L'équilibre de la communication faite entre Pierre Garraud et Antoine Charial. - Éclatement des interlocuteurs entre le GHN, le GHS et l'I-Vie, ce qui limite les échanges et travaux d'intersessions.

Ressources internes	Ressources externes
<ul style="list-style-type: none"> - La présence de professionnels investis dans différents domaines (hygiène, sécurité, restauration, pharmacie...). - Le Bureau des Conditions de Travail HCL comprend 7 ergonomes sur le CHU. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les HCL disposent déjà de bonnes ressources en interne.

- **Entretien n°4 : Responsable restauration de gériatrie.**

Date d'arrivée sur le projet : octobre 2015.

Remarques :

- Le projet initial « bâtiment d'extension » comportait 120 lits et impliquait une délocalisation de la restauration. En effet, le projet était situé à la place du bâtiment comprenant la restauration, la lingerie et l'animation.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - La possibilité d'échanger assez facilement avec l'I-Vie. - La communication avec les autres professionnels est agréable. - Les différents groupes sont intéressants pour la démarche. - Les réunions plus ciblées permettent à chacun de s'exprimer. - L'outil Métaplan est intéressant. - Tous les agents de maîtrise sont allés voir les réponses à l'appel d'offres. - Le projet est innovant et met en lien deux unités de 30 lits. 	<ul style="list-style-type: none"> - La temporalité entre deux groupes de travail est parfois trop longue. - Les groupes de travail sont parfois trop importants. - Il y a différents niveaux d'informations avec les agents. - La technicité des fiches locales est parfois difficile. - Des zones restent encore floues notamment le positionnement des éléments dans les locaux. - Le projet architectural retenu n'était pas celui privilégié par la restauration.
Ressources internes	Ressources externes
<ul style="list-style-type: none"> - Les compétences internes sont aidantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'appui sur d'autres expertises pour modéliser les locaux. - Les salons professionnels dont le salon SIRHA.

- **Entretien n°5 : Praticien hospitalier – Référent médical du projet.**

Date d'arrivée sur le projet : au cours du premier trimestre 2017.

Remarques :

- Expériences antérieures sur la qualité et la transversalité en gériatrie (notamment à la Haute Autorité de Santé et à l'AP-HP).
- Acteur très sensibilisé au fait que « *l'environnement est un outil de travail* ».
- Les patients en longs séjours ne sont pas les mêmes que ceux de l'hôpital. Leur environnement est d'autant plus important qu'ils font face à un triple deuil : le deuil de la santé, le deuil du lieu de domicile et le deuil de la vie avec les proches.
- L'environnement des HCL est parfois complexe.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">- Les comptes rendus du projet.- Les soignants participent.- Véritable démarche qualité puisqu'on part des besoins et de la qualité de vie des résidents de SLD.- On pense le bâtiment comme un lieu de vie et de soins : réflexion sanitaire et médico-sociale.- Le projet permet d'associer les patients et leurs familles via les instances.- Le projet sert à valoriser les USLD.- L'I-Vie démontre de la maturité.- C'est une façon d'anticiper l'avenir et de prévenir au maximum toutes les difficultés d'un transfert.- Plus les personnes participent, plus elles pourront véhiculer une bonne image du projet auprès des familles.- Ce sera un projet que beaucoup de monde se sera approprié.- Chacun amène sa plus-value et sent la complexité du projet. Il y a une culture commune.- On a une collaboration de professionnels différents et de niveaux hiérarchiques et fonctionnels différents.	<ul style="list-style-type: none">- Il est parfois difficile de suivre tout le cheminement du projet car il y a de nombreux groupes de travail.- Démarche parfois chronophage notamment pour le pilote de projet.- Impression de répétition parfois, notamment parce que les décisions évoluent en fonction de contraintes et/ou d'opportunités nouvelles.

Ressources internes	Ressources externes
<ul style="list-style-type: none"> - Chambre témoin et salle de bain témoin. - Les expériences et le savoir-faire des professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - La visite au CHU de Saint-Étienne.

- **Entretien n°6 : Attaché d'administration hospitalière.**

Arrivée sur le projet : dès le début.

Remarques :

- Ce professionnel a déjà participé à des projets de transferts d'activités notamment pour l'Hôtel dieu et à des relocalisations d'unités.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - Les futurs utilisateurs sont impliqués. - Le projet est un levier pour redynamiser. - Le projet conforte le site de Pierre Garraud dans la gériatrie aux HCL. - Le projet rend possible les échanges à tous les niveaux dans les réunions. - Le pluriprofessionnalisme. - Le pilotage précis par l'I-Vie. - Les échanges et l'ouverture. - La dynamique se maintient. - Conduite de projet remarquable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que le projet soit uniquement celui d'Antoine Charial. - La démarche est très chronophage. - Que les aspects moins indispensables puissent être mis de côté, exemple : les vestiaires.
Ressources internes	Ressources externes
<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels techniques, logistiques, administratifs et soignants. - Sur le plan technique de la conception du bâtiment jusqu'à son fonctionnement, on a la présence de différents professionnels au niveau local et central. 	/

- **Entretien n°7 : Cadre supérieur de santé.**

Arrivée sur le projet : dès le lancement du projet.

Remarques :

- Les lieux de vie (notamment la salle d'animation) ne sont pas assez spacieux.

- Il manque un liant technique (exemple : un interlocuteur d'Eiffage) pour aider la réflexion des groupes de travail sur la faisabilité ou non des différentes conceptions architecturales.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet permet d'envisager un bâtiment neuf. - Le projet permet de proposer aux résidents des espaces aménagés et confortables. - Les soignants auront du matériel neuf. - Les comptes rendus des réunions de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les équipes de Pierre Garraud sont informées mais pas encore suffisamment concernées par le projet. - Il faudra veiller à ne pas créer de clivages entre les futures équipes. - L'écoute des professionnels est indispensable pour la question du matériel, exemple : lave-vaisselle. - L'absentéisme est déjà fort sur le site de Pierre Garraud. - Veiller à ce que dans le projet on ait un cadre de proximité qui accompagne le changement et qui sera le cadre d'une USLD. - Les plateaux de 60 lits sont très conséquents.

- **Entretien n°8 : Référent des agents de logistique hôtelière (ALH) et GSF.**

Arrivée sur le projet : lors de la genèse du projet qui reposait sur 120 lits.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet est un plus pour le site de Pierre Garraud. - Les utilisateurs sont entendus. - Le pilotage par l'I-Vie est intéressant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet demande beaucoup d'investissement car il faut penser à tous les aspects. - Le rattachement du site au GHN et à l'I-Vie complexifierait les choses. - La communication pour l'établissement Pierre Garraud arrive assez tard pour les agents en place. - Il y a un déséquilibre dans la représentation des équipes de Pierre Garraud et d'Antoine Charial lors des groupes de travail.

	<ul style="list-style-type: none"> - Les équipes ne sont pas assez informées. - Les agents de Pierre Garraud se posent beaucoup de questions. - Il y a parfois trop de temps entre ce qui est proposé en groupe de travail et ce qui est finalement décidé.
<p align="center">Ressources internes</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'envergure des HCL permet d'apporter une expertise sur les différents sujets. 	<p align="center">Ressources externes</p>

2) HÔPITAL GÉRIATRIQUE ANTOINE CHARIAL :

- **Entretien n°9 : Adjointe de direction - Hôpital Antoine Charial.**

Date d'arrivée sur le projet : dès le lancement du projet.

Remarques :

- Ce professionnel a travaillé en tant que responsable RH sur l'hôpital Pierre Garraud.
- Professionnel clairement identifié par le GHS dans le cadre du désengagement du site d'Antoine Charial.
- L'information sur la fermeture du site d'Antoine Charial a davantage été communiquée par les médias locaux qu'au niveau interne des HCL.
- L'adjointe de direction fait partie des professionnels investis dans le travail de deuil et de mémoire du site d'Antoine Charial et dans la mise en œuvre « des petits-dèj' ».

<p align="center">Points forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet est moderne. - Les professionnels adhèrent au projet. - Le cahier des charges a permis d'affiner des points précis. - Les professionnels savent pourquoi certains points ont été arbitrés dans un sens ou non. - La liberté d'expression de chacun dans les groupes de travail. 	<p align="center">Points de vigilance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Associer davantage des professionnels avant même la conception du cahier des charges. - Avoir des projets architecturaux plus adaptés en amont des propositions. - Développer la communication pour les résidents et leurs familles notamment de l'EHPAD.
<p align="center">Ressources internes</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'I-Vie : véritable vecteur de communication entre la Direction 	<p align="center">Ressources externes</p>

Générale et les préoccupations de la gériatrie.	
---	--

• **Entretien n°10 : 1^{ère} cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.**

Date d'arrivée sur le projet : fin 2016.

Remarques :

- Cette cadre a déjà une expérience dans la conduite d'un projet architectural.
- Le projet est une véritable opportunité mais il persiste des craintes à ce que le projet ressemble à un hôpital et non un lieu de vie.

<p style="text-align: center;">Points forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet permet d'envisager des nouvelles conditions de travail et du nouveau matériel. - L'I-Vie vient sur le terrain au plus proche des professionnels et entend les problématiques. - L'I-Vie reprend les choses dites par les agents et l'entend. - Les cadres sont entendues. - Les équipes se sentent entendues et soutenues. - Les réunions d'information dans les services faites par la directrice administrative de l'I-Vie. - La proximité des deux sites. - L'hôpital Antoine Charial est vieillissant donc le projet est extrêmement important pour les équipes. 	<p style="text-align: center;">Points de vigilance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents soignants se sentent parfois « illégitimes » pour participer au projet. - La participation au projet est parfois chronophage au regard de la charge de travail quotidienne. - Tiraillement entre la participation au projet et le travail quotidien. - S'appuyer davantage sur des ressources externes pour se rendre compte des nouvelles organisations de travail. - Le projet architectural retenu a créé de la frustration et des déceptions chez les soignants. - Sentiment d'éloignement parfois avec la direction. - Il faut un temps de réflexion suffisamment important après les groupes de travail. - Envisager l'avenir est parfois difficile.
<p style="text-align: center;">Ressources internes</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'appui des directions supports est intéressant. 	<p style="text-align: center;">Ressources externes</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer davantage sur des ressources externes pour aider à la modélisation des nouvelles unités de 30 lits. - Bibliographie notamment sur la prise en charge de la démence dans les USLD.

- **Entretien n°11 : 2nd cadre de santé USLD de l'hôpital Antoine Charial.**

Date d'arrivée sur le projet : en 2016.

Remarque : dans le classement des 5 projets remontés suite à l'appel d'offres, c'est le choix n°3 des équipes qui a été retenu.

<p style="text-align: center;">Points forts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet est toujours dynamisant. - C'est une opportunité pour restructurer des choses qui ne fonctionnent pas. - Le projet permet de rencontrer d'autres professionnels et de changer du quotidien. - Le projet est une opportunité pour travailler dans des nouveaux bâtiments. - Le projet permet de se remotiver et de requestionner les pratiques d'accompagnement. - Les groupes de travail permettent d'ouvrir une réflexion pluridisciplinaire. 	<p style="text-align: center;">Points de vigilance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel paramédical est inquiet par rapport aux potentielles baisses d'effectifs ou à la charge de travail plus importante. - Le personnel paramédical est davantage préoccupé par les conditions de travail que par le projet architectural. - Les équipes ont des craintes sur l'éclatement des agents et la mutualisation des unités. - La participation des soignants dans les groupes de travail est difficile au regard des horaires. - La parole est limitée par certains jeux de pouvoir. - Le contexte économique limite les propositions et rend opaque les marges de manœuvre. - Le projet est très anticipé ce qui peut être usant.
<p style="text-align: center;">Ressources internes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les échanges pluridisciplinaires. 	<p style="text-align: center;">Ressources externes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il faudrait envisager d'ouvrir les groupes à des organisations similaires pour voir leur organisation.

- **Entretien n°12 : Animatrice.**

<p style="text-align: center;">Points forts du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tout le monde a pu apporter un regard sur les lieux de vie. - Le cadre supérieur de santé et le directeur administratif de l'I-Vie portaient sa voix dans les groupes de parole. 	<p style="text-align: center;">Points de vigilance du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plans réactualisés arrivaient tardivement. - La taille de la salle d'animation. - L'intégration des animateurs est arrivée plus tard dans la réflexion.
--	---

- Le regard de différents professionnels.	
Ressources internes du projet - Le journal de l'animation afin de transmettre de l'information.	Ressources externes du projet

- **Entretien n°13 : Assistante Médico-Administrative.**

Date d'arrivée sur le projet : automne 2017.

Points forts du projet - Les plans présentés aux équipes soignantes. - Le projet prend forme. - Les professionnels sont impliqués. - Les groupes de travail et les différents intervenants.	Points de vigilance du projet - Faire du projet un lieu de vie et non pas un hôpital. - Les surfaces des futurs locaux sont plus restreintes. - L'implication des équipes fragilisées par le turnover actuel.
Ressources internes du projet - Des binômes sur les 2 sites. - Les 2 cadres supérieurs. - Les 2 directeurs de site. - Les HCL ont déjà cette pratique du transfert et du déménagement.	Ressources externes du projet

- **Entretien n°14 : Directeur référent de l'hôpital Antoine Charial.**

Date d'arrivée sur le projet : en novembre 2016.

Points forts du projet - Le projet est une opportunité pour les patients : amélioration de la qualité hôtelière et accès rapide aux plateaux techniques et offres de soins présentes au sein du centre hospitalier. - Les Directions transversales des HCL sont des partenaires incontournables au sein des groupes constitués pour ce projet. - Le travail de mémoire va permettre de clore l'histoire du site de Charial, et	Points de vigilance du projet - Le site de Charial présente des difficultés d'attractivité médicale et paramédicale. - Nécessité de travailler à la bonne insertion des deux services de médecine gériatrique au cœur du groupement hospitalier/versus départ d'un petit établissement.
--	--

parallèlement de se projeter vers un autre site des HCL. - La DPAS est le moteur de l'accompagnement social des agents.	
--	--

• **Entretien n°15 : Psychologue - Hôpital Antoine Charial - GHS**

Date d'arrivée sur le projet : 2016

Remarques :

- Arrivée à Antoine Charial en août 2013.
- Première participation à un projet de déménagement.
- Le projet est perçu comme très positif par ce professionnel.
- Ce professionnel a participé de manière très active à la rédaction du projet de vie institutionnel 2014-2017 de l'établissement Antoine Charial.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - La démarche est active et collective. - Le projet est guidé par un principe de réalité. - Le bâtiment sera pensé avec les besoins des personnes âgées. - L'organisation des groupes de travail est efficace (ex : utilisation de Doodle). - La recherche de symétrie entre tous les interlocuteurs : « la parole de tous, a la même valeur ». - La communication active de l'I-Vie dans les unités pour présenter sur le terrain la démarche. - Les rencontres avec les architectes du nouveau pavillon. - Le rassemblement des équipes de Pierre Garraud et d'Antoine Charial. - Les différents groupes de travail permettent de participer à des thématiques différentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a eu des petits écueils sur la participation de certains professionnels, exemple : les rééducateurs. - Les difficultés parfois à se projeter dans de nouveaux locaux. - Les groupes de travail sont parfois trop nombreux, ce qui pouvait être « pesant ». - La remise en question de certains axes de travail validés par un groupe suite à des professionnels qui n'étaient pas présents lors de la séance précédente : « interférences et parasitages ». - Le décalage entre la réflexion des groupes et la mise à jour des plans par les architectes. - Le besoin de développer davantage la communication pour les familles. - S'appuyer sur davantage de ressources externes notamment pour déterminer les couleurs des principaux lieux de vie ou l'aménagement des grands espaces.

Ressources internes	Ressources externes
<ul style="list-style-type: none"> - L'I-Vie. - La présence de différentes directions de supports et leurs interlocuteurs pour soutenir le projet : direction financière, direction des travaux etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Visite du CHU de Saint-Étienne.

3) INSTITUT DU VIEILLISSEMENT

- **Entretien n°16 : Directeur administratif de l'I-Vie.**

Date d'arrivée sur le projet : en avril 2016.

Remarques :

- Recrutement en avril 2016 avec une fiche de poste qui intégrait le pilotage du projet.
- Ses évaluations reposent notamment sur la bonne conduite du projet.
- L'orientation de la Direction Générale des HCL a été de ne pas confier le pilotage du projet à un DGH, afin de garantir la neutralité et la transversalité de la démarche, et de permettre la mise en œuvre du projet de vie institutionnel des USLD de l'I-Vie.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - Le premier directeur des soins de l'I-Vie avait pris le soin initialement d'associer tout le monde. - Le projet est co-construit avec les équipes. - Le projet apporte de la polyvalence sur le poste de directeur administratif de l'I-Vie. - Le côté pragmatique et concret du projet. - La communication transverse via les instances du projet et les instances de l'I-Vie. - Le projet de mémoire du site de Charial pourrait servir d'interface pour l'arrivée sur le site de Pierre Garraud. - Opportunité du projet pour impulser des réflexions collectives, des échanges et une harmonisation des pratiques et des organisations en USLD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet est très chronophage même si c'est un aspect du métier de D3S qui est apprécié. - L'impact au niveau des flux du projet du nouveau pavillon sur le site de Pierre Garraud. - L'articulation avec les référents logistiques du fait de l'hyper spécialisation des agents. - Ne pas oublier des professionnels. - L'association de Pierre Garraud est un point d'attention constant pour ne pas oublier ces agents et éviter une scission future au sein du même site. - L'absence de requestionnement sur les pratiques actuelles. - L'association des équipes de nuit.

Ressources internes du projet	Ressources externes du projet
<ul style="list-style-type: none"> - Le comité des engagements. - L'ingénieur travaux référent du projet, sa rigueur et sa mobilisation. - Les directeurs de site, le directeur des soins de l'I-Vie, les DGH. - Les directions transversales et leurs interlocuteurs. - La Direction Générale. - L'implication des professionnels dans les groupes de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le CHU de Saint-Étienne. - Les autres établissements du GHT Rhône-Centre.

4) DIRECTION DES ACHATS

- **Entretien n°17 : Cadre supérieur de santé IADE - Prescripteur des dispositifs médicaux.**

Arrivée sur le projet : dès le départ par l'intermédiaire du directeur administratif de l'I-Vie.

Points forts	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> - La participation des cadres. - La liberté de parole. - La liberté d'imaginer. - La présence en systématique du directeur administratif de l'I-Vie dans toutes les réunions. - La rapidité des comptes rendus. - La durée des réunions et le fait que le temps soit respecté. - Le Méta-plan. - Le regard des soignants. - Le directeur administratif est un meneur qui dispose d'un charisme pour conduire les projets. - Les médecins sont très facilitateurs. - Le projet permet de mettre en œuvre de la qualité de vie pour le soigné et le soignant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le manque de temps pour participer à tous les projets. - Le calendrier n'est pas suffisamment anticipé. - La difficulté à lire les plans : il faut être virtuel et imaginaire. - Le projet est très anticipé.

Ressources internes	Ressources externes
- La démarche LEAN déployée au sein des HCL.	- Trouver un moyen pédagogique pour permettre de se projeter dans les nouveaux locaux.

5) DIRECTION DES AFFAIRES TECHNIQUES

- **Entretien n°18 : Ingénieur conducteur d'opérations – Ingénieur HCL référent du projet.**

→Date d'arrivée sur le projet : septembre 2017.

→Type de marché : marché global de performance qui porte sur la phase construction et les 4 premières années d'exploitation du bâtiment. C'est la première fois que les HCL font ce type de marché.

→Remarques :

- Initialement, le projet avait été envisagé pour une capacité de 120 lits.
- L'ingénieur a l'habitude de piloter des projets de tailles différentes.
- Certaines questions sur le nouveau pavillon sont posées directement au chef de projet.
- La principale difficulté concerne l'incertitude sur le permis de construire et la question de la plateforme des déchets, mais cela ne concerne pas les utilisateurs directement.
- Les utilisateurs ont été associés dès qu'il y a eu un planning de constitué.
- Au sein du projet, on trouve assez rapidement des consensus sur l'organisation. L'équipe projet est assez présente ce qui est très agréable et motivant.
- DAT : cette Direction des HCL dispose d'une méthodologie de conduite de projets habituelle, ce qui permet un bon cadrage technique des projets.

Points forts	Points de vigilance
- Démarche bien cadrée, il n'y a pas de remise en question systématique des décisions.	- À part le permis de construire, il n'y a pas de grosses difficultés. - L'inconnu concerne le fonctionnement de 2 unités de 30 lits avec un PC de soins commun. - Les aléas de chantier.
Ressources internes	Ressources externes
- La DAT et les équipes de la DAT sur site. - Dans les autres directions : achats,	- Le prestataire du marché global de performance.

Direction de l'ingénierie biomédicale et de l'équipement (DIBE), ingénieur sécurité du GHN et les équipes du GHN de manière générale (logistique, hygiène...).	<ul style="list-style-type: none">- L'ATMO.- Un contrôleur technique.- Un coordinateur santé prévention sécurité.
--	---

ANNEXE N°4 : Synthèse des points forts et des points de vigilance relevés dans l'analyse du management participatif.

Éléments favorables au management participatif	
Prérequis	<ul style="list-style-type: none"> - Les groupes d'échange collectifs : « les petits dèj' ». - La participation à la rédaction du cahier des charges. - L'exposition des réponses à l'appel d'offres.
Facteurs intrinsèques	<ul style="list-style-type: none"> - La perception générale du projet. - La sincérité du pilote de projet. - Les échanges ouverts dans les groupes de travail. - Le leadership du pilote de projet. - L'articulation entre les 4 directeurs. - L'efficacité et la réactivité des groupes de travail. - La collaboration de professionnels d'horizons différents. - La temporalité entre les réunions. - Les outils d'animation : le Métaplan. - La communication entre les groupes de travail.

Points de vigilance du management participatif	
Zones d'incertitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Le choix du projet architectural retenu. - Le fonctionnement mutualisé en 2 unités de 30 lits. - Le caractère abstrait du projet.
Facteurs intrinsèques	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de participants dans les groupes de travail. - La remise en question des orientations validées par les groupes de travail. - L'intégration tardive de certains professionnels. - La tension temporelle entre le projet et les autres activités professionnelles. - Le positionnement géographique des groupes de travail.
Facteurs contextuels	<ul style="list-style-type: none"> - L'aspect concurrentiel intergroupements. - Le devenir incertain de l'activité d'EHPAD. - La stagnation du travail de deuil et de mémoire du site d'Antoine Charial.

ANNEXE N°6 : Procédure d'accompagnement social HCL



Procédure Accompagnement Social

- Passage du projet en CTCL ou CTCE
- Passage du projet en CHSCT de site (avec nouvelle organisation de travail)
- Détermination des règles de l'AS (conjoint DPAS-DP)
- Rédaction d'un dispositif d'appui et diaporama de présentation (conjoint DPAS-DP)
- Présentation aux CCT et CFC concernés
- Passage en CCAS ad'hoc (convocation OS et transmission dispositif d'appui)
- Présentation aux agents accompagnés en réunion plénière
- Distribution des fiches de mobilité à remplir par les agents
- Entretiens CCT
- Réunions GOP pour suivi et propositions de postes
- Affectations au fil de l'eau
- Versement des indemnités FIR au fil de l'eau
- CCAS de clôture après restructuration ou déménagement

NB : prévoir 1 an si possible entre la réunion de la CCAS et le déménagement effectif

ANNEXE N°7 : Synthèse du plan d'actions

	Préconisations du terrain d'investigation	Préconisations de portée générale
COURT TERME	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une alternance des réunions de travail entre le site de Pierre Garraud et celui d'Antoine Charial. - Cibler et préciser le thème abordé lors des groupes de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter le local de la réunion de travail en fonction du nombre de participants. - Limiter le nombre de protagonistes à 10 maximum.
	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un diagramme de GANTT. - Mettre en lien les groupes de travail avec l'équipe projet du CHU de Saint-Étienne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soigner la qualité des supports de présentation de la réunion pour favoriser l'interactivité. - S'appuyer sur des ressources externes pour rendre plus concret un projet architectural. - Assurer la réalisation de locaux témoins en amont des travaux du projet.
	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre effectif le projet de deuil et de mémoire « il était une fois Charial ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les professionnels dans leur travail de deuil et de mémoire lié à la fermeture d'un établissement.
MOYEN TERME	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer le rattachement de l'hôpital Antoine Charial au GHN. - Anticiper la réflexion sur les organisations de travail pour déterminer les fiches de poste. - Déterminer le périmètre de la procédure d'accompagnement social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiper la démarche d'accompagnement social. - Élaborer un plan de communication pour les professionnels et les familles.
LONG TERME	<ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur les commissions locales pour suivre les indicateurs de qualité de vie au travail. - Écrire un nouveau projet de vie institutionnel pour Pierre Garraud après l'ouverture du pavillon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiper une démarche de projet d'accompagnement au changement. - Constituer des moments d'échanges collectifs et fédérateurs pour la cohésion des équipes.

ODADJIAN	Marion	Décembre 2018
DESSMS Promotion 2017-2018		
LE PILOTAGE D'UN PROJET SELON UNE DYNAMIQUE MANAGÉRIALE PARTICIPATIVE : L'EXEMPLE DU NOUVEAU PAVILLON D'USLD DES HOSPICES CIVILS DE LYON		
EHESP		
<p>Résumé :</p> <p>Le management participatif vise, dans un environnement où les organisations ont profondément changé, à adapter les établissements de santé aux évolutions et aspirations des résidents et des professionnels. L'immersion pendant huit mois au sein de l'Institut du Vieillissement des Hospices Civils de Lyon a été l'occasion de prendre part à un projet inscrit dans cette démarche. Aussi, il s'intéresse plus particulièrement au transfert des USLD de l'hôpital gériatrique Antoine Charial au site de Pierre Garraud. De fait, ce mémoire a pour objectif d'élaborer une analyse concrète relative au déploiement du management participatif au sein d'une démarche de projet. Par ailleurs, il permet d'apporter un regard à posteriori sur ce projet afin d'émettre des pistes de réflexion sur lesquelles l'I-Vie pourra s'appuyer pour orienter sa dynamique.</p>		
<p>Mots clés : MANAGEMENT PARTICIPATIF, PROJET ARCHITECTURAL, PERSONNES ÂGÉES, GROUPE DE TRAVAIL, DÉMARCHE DE PROJET, USLD, TRANSFERT D'ACTIVITÉS, HÔPITAL GÉRIATRIQUE, FERMETURE D'ÉTABLISSEMENT, CHU.</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études 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>		