

**Faculté de santé publique**

# **Comment accompagner pour réussir le changement ?**

Étude des impacts organisationnels dans le cadre du projet : Trajets de soins pour internés à la Clinique Sans-Souci.

Mémoire réalisé par  
**Pauline Ryckaert**

Promoteurs  
**Sidonie Laurent**  
**Valérie Albertyn**

Année académique 2022-2023  
**Master en Sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

## **Comment accompagner pour réussir le changement ?**

Étude des impacts organisationnels dans le cadre du projet : Trajets de soins pour internés à la Clinique Sans-Souci.

Mémoire réalisé par  
**Pauline Ryckaert**

Promoteurs  
**Sidonie Laurent**  
**Valérie Albertyn**

Année académique 2022-2023  
**Master en Sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma promotrice Madame Sidonie LAURENT, responsable du service formation et développement des compétences aux Cliniques universitaires Saint-Luc, pour son suivi, son écoute, son partage et pour tous les conseils qu'elle a pu me transmettre lors de la rédaction de ce travail.

Je remercie également Madame Valérie ALBERTYN, PMO à l'Institut de Pathologie et de Génétique, qui m'a suivie en tant que co-promotrice. Son expertise en conduite du changement a été précieuse pour l'élaboration de ce travail. Elle m'a donné l'envie d'en apprendre davantage.

Je remercie chaleureusement mes collègues des équipes de la Passerelle et des Maisons Hospitalières pour leur participation, leur motivation et leurs encouragements.

Je remercie la direction de la Clinique Sans-Souci, qui m'a fait confiance et m'a permis de réaliser ce travail dans un climat serein et bienveillant.

Je remercie mes collègues de master Elise PIENIEZNI et Valérian VAN ROY, qui m'ont accompagnée lors de ces trois années. Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre présence.

Je remercie toutes les personnes qui ont pris le temps de relire mon mémoire et ma famille, sans qui, ce travail n'aurait pas été possible.

Enfin, je remercie du fond du cœur Thibault DE SAEDELEER pour sa patience, son soutien sans faille, ses encouragements et ses sacrifices. Merci à nos deux enfants, Célestine et Basile qui m'ont permis de rester motivée dans ce long parcours d'études.

# LE PLAGIAT

*« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »*

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>I. PARTIE THÉORIQUE :.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Cadre contextuel .....</b>	<b>11</b>
1.1.1. Les réformes dans le paysage des soins de santé belge.....	12
a) Réformes de 2011 et 2015.....	12
b) Réforme du financement des hôpitaux.....	13
c) Réforme structurelle de la nomenclature.....	14
d) Proposition de réforme du ministre de la Santé actuel.....	14
1.1.2. Les réformes en santé mentale et psychiatrie.....	15
a) Les trajets de soins pour internés (TSI).....	16
1.1.3. Conclusion.....	17
<b>1.3. Cadre conceptuel.....</b>	<b>18</b>
1.3.1. Concept de changement.....	18
1.3.1.1. Le changement comme processus.....	18
1.3.2. Concept de projet et de gestion de projet.....	19
1.3.2.1. Le projet : éléments de définition.....	19
1.3.2.2. La gestion de projet : éléments de définition.....	20
1.3.2.3. Les méthodologies de gestion de projet.....	20
1.3.3. Le concept de conduite du changement.....	21
1.3.3.1. La méthodologie Prosci®.....	21
1.3.3.1.1. Le modèle ADKAR®.....	23
1.3.4. Les impacts du changement.....	27
<b>1.4. Conclusion de la partie théorique .....</b>	<b>29</b>
<b>II. PARTIE PRATIQUE .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1. La Clinique Sans-Souci : Présentation de l’Institution et du projet.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2. Description de la recherche .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3. Objectifs de la recherche .....</b>	<b>32</b>
<b>2.4. Matériel et méthode .....</b>	<b>32</b>
2.4.1. Échantillonnage.....	33
2.4.1.1. Critères d’inclusion et d’exclusion pour la participation aux entretiens.....	33
2.4.1.2. Critères d’inclusion et d’exclusion pour la participation aux ateliers.....	33
2.4.2. Collecte et analyse des données.....	34
2.4.2.1. Les entretiens.....	34
2.4.2.2. Les ateliers.....	36
2.4.3. Consentement des participants.....	37
<b>2.5. Résultats .....</b>	<b>37</b>
2.5.1. Résultats de l’échantillonnage des entretiens.....	37
2.5.2. Résultats de l’échantillonnage des ateliers.....	38
2.5.3. Résultats issus de l’analyse des entretiens.....	39
A. En amont du projet :.....	40
• Historique du projet :.....	40
• Les motivations :.....	42
• Les objectifs :.....	43
• La gestion de projet :.....	43
• Les changements sur le terrain :.....	45

B.	L'information :	47
C.	L'implication :	49
D.	La formation et l'application sur le terrain :	52
E.	L'évaluation :	53
F.	A retenir :	54
2.5.4.	Résultats issus des ateliers	55
A.	Atelier n°1 :	56
B.	Atelier n°2 :	59
C.	Atelier n°3 :	62
D.	A retenir :	64
<b>2.6.</b>	<b>Discussion</b>	<b>66</b>
<b>2.7.</b>	<b>Limites et biais de l'étude</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES</b>		<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>75</b>

## Table des figures

Figure 1 : Méthodologie Prosci® en 3 phases(Prosci, s. d.-j).....	22
Figure 2 : Les 5 étapes du modèle ADKAR® .....	24

## Table des tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation aux entretiens .....	33
Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation aux ateliers .....	33
Tableau 3 : Résultat de l'échantillonnage des entretiens .....	38
Tableau 4 : Résultats de l'échantillonnage des ateliers .....	39
Tableau 5 : Résultats issus de la grille d'impacts de l'atelier n°1 .....	56
Tableau 6 : Résultats issus de la grille d'impacts de l'atelier n°2 .....	59
Tableau 7 : Résultats issus de la grille d'impacts de l'atelier n°3 .....	62

## Liste des abréviations

ADKAR	Awareness, Desire, Knowlegde, Ability, Reinforcement
AFITEP	Association francophone de management de projet
AFNOR	Association française de normalisation
BMF	Budget des moyens financiers
CAT	Contrat d'activités thérapeutiques
CID	Coordination interdisciplinaire
DPI	Dossier patient informatisé
ETP	Équivalent temps-plein
FNIB	Fédération nationale des infirmières de Belgique
IHP	Initiative d'habitations protégées
INAMI	Institut national de l'assurance maladie invalidité
InterCID	Inter-Coordination interdisciplinaire
ISO	Organisation internationale de normalisation
KCE	Centre Fédéral d'expertise
Lits T	Lits psychiatriques de longue durée
MAHA	Model for Automatic Hospital Analysis
MSP	Maisons de soins psychiatriques
OMS	Organisation mondiale de la santé
TPR	Temps de protection et de réflexion
TSI	Trajets de soins internés
VUCA	Désigne des environnements volatiles, incertains, complexes et ambigus

## Introduction

Les soins de santé ainsi que le monde hospitalier sont soumis à de nombreux changements technologiques, environnementaux, législatifs, ou encore socio-économiques.

C'est un constat personnel, qui a amené à se questionner sur la manière dont fonctionnent les hôpitaux actuels. Ceux-ci semblent recourir de plus en plus à une méthodologie par projet pour s'adapter à ces environnements qui changent. La revue de la littérature scientifique met en évidence le recours à des méthodes de gestion de projet qui semble « *être un véritable outil de management de la performance économique et sociale de l'hôpital public.* »(Krief, s. d.) Elle nous apprend également, que nombreux sont ceux qui se sont inspirés d'entreprises d'autres secteurs que celui des soins de santé. En effet, beaucoup d'entreprises ont entamé les modifications de leur organisation interne depuis des dizaines d'années, avant que n'apparaisse cette évolution dans le secteur des soins de santé. Après analyse de ce qui a été fait dans ces autres entreprises, il ressort que des méthodes combinant « *l'organisation par processus, la conduite de projet et le management par projets* »(Jancourt D. et Simart M., s. d.), semblent utiles pour aborder les changements. On parle alors de changements au sens systémique signifiant qu'apparaissent des aménagements ou des mutations rendant le secteur hospitalier « viable » sous différents plans.

Pour réaliser des projets et amener du changement, l'aspect technique (temps, budget...) d'un projet est indispensable. Mais l'aspect humain est essentiel si l'on veut atteindre ses objectifs. En effet, pour mener des projets il faut un nombre considérable de personnes qui s'investissent à des fonctions et des niveaux divers. Les fonctionnements par projet peuvent avoir un véritable effet positif sur le personnel impliqué tels que la motivation, le bien-être au travail, l'épanouissement professionnel...<sup>1</sup> Une conduite inadéquate sur le plan humain peut favoriser l'émergence de risques et notamment de risques psychosociaux (Heck & Faulx, 2017). De plus, la Ressource Humaine dans les hôpitaux est relativement fragile et rare, il est donc primordial de la préserver (KCE, s. d.-a). Comme l'évoquent Jancourt et Simart, il s'agit d'une démarche organisationnelle de fonctionnement où les projets deviennent les outils et leviers du changement mais qui peut se révéler déstabilisante (Jancourt D. et Simart M., s. d.). Claude

---

<sup>1</sup> (Managers : ayez du leadership et instaurez le bien être dans votre équipe, s. d.)

Fortin (Direction CHU Sainte-Justine) évoque quant à lui, l'anxiété que peut générer les transitions (Céline Bareil, 2020).

Combiner l'aspect technique et l'aspect humain d'un projet permettrait d'atteindre les objectifs souhaités. C'est ce qu'a démontré Prosci® (leader mondial en conduite du changement) dans certaines de leurs études. Une gestion de projet accompagnée d'une excellente conduite du changement permet à près de 93% des organisations d'atteindre ou de dépasser leurs objectifs (Prosci, s. d.-h). Lorsqu'on conduit un changement, on peut être confronté à de la résistance aux différentes étapes de celui-ci. Il semble donc que cet aspect humain ne soit pas négligeable si les organisations souhaitent atteindre leurs objectifs.

Dans le cadre de ce mémoire, nous reviendrons sur les différentes raisons qui poussent les hôpitaux à revoir leur manière de fonctionner et d'utiliser des méthodologies par projet. Nous tenterons de définir les concepts de projet, de la gestion de projet ainsi que du changement et de la conduite du changement.

C'est dans le cadre d'un nouveau projet au sein de la Clinique Sans-Souci, dans laquelle la mémorante travaille comme infirmière, que nous avons choisi de réaliser la partie pratique de ce mémoire. Nous tenterons par la réalisation d'ateliers pluridisciplinaires de mettre en avant l'impact du changement sur le travail des soignants, afin de déterminer leurs besoins en matière de conduite du changement. De plus, nous rencontrerons la direction de la Clinique afin de comprendre la manière dont ils ont pensé conduire le changement dans l'institution.

La finalité de ce travail est de déterminer comment accompagner l'institution et les soignants pour réussir le changement. Pour cela nous essayerons de répondre aux questions suivantes :

- **Qu'a pensé mettre en place l'Institution, pour conduire le changement dans le cadre du projet de Trajet de soins pour internés (TSI) ?**
- **De quelle manière le changement lié au projet *Trajets de soins pour internés*, va impacter le travail des soignants ?**
- **Quel est l'écart entre ce que l'Institution a mis ou pensé mettre en place pour soutenir le changement individuel et ce dont les collaborateurs ont besoin pour s'ancrer dans le changement ?**

# I. Partie théorique :

## 1.1. Cadre contextuel

Les environnements ne cessent d'évoluer et de changer. L'acronyme VUCA, un concept initialement issu de l'armée américaine, désigne la volatilité (Volatility), le caractère incertain (Uncertainty), la complexité (Complexity) et l'ambiguïté (Ambiguity) des environnements qui nous entourent.<sup>2</sup> Ceux-ci sont de plus en plus imprévisibles, difficiles à prévenir et les interactions sont complexes et nombreuses.

Ces environnements impactent d'une part la stratégie, les prises de décisions mais également la manière de planifier et de gérer les projets efficacement pour les collaborateurs de l'Organisation.<sup>3</sup> Les environnements VUCA peuvent sembler très complexes à appréhender mais s'ils sont accompagnés, ils peuvent amener à davantage de collaboration et de co-développement.

Deux éléments participent entre autres à ces environnements VUCA dans le secteur de la santé.

Premièrement, une transition démographique due à une population mondiale vieillissante et dont l'espérance de vie augmente. Selon l'OMS : « *Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va augmenter de 34%.* » (OMS, s. d.) En Belgique, « *la part des 67 ans et plus grimpe de 16 % en 2018 à 23 % en 2070. Actuellement, la Belgique compte 1 personne de 67 ans et plus pour 3,8 personnes âgées entre 18 et 66 ans.* »<sup>4</sup>

Deuxièmement, les technologies et les innovations qui ne cessent de se développer dans le domaine des soins de santé. Durant les dernières années, des avancées en terme de prévention, de diagnostic et de traitement ont vu le jour. A titre d'exemples : la chirurgie réalisée à l'aide de robots, les impressions 3D, les plateformes e-health, les découvertes concernant les cancers... Tout dernièrement, la télémédecine s'est particulièrement développée dans un contexte inédit de pandémie.

---

<sup>2</sup> (*Qu'est-ce que VUCA?*, s. d.)

<sup>3</sup> (Humanperf, s. d.)

<sup>4</sup> (Bureau fédéral du Plan - Communiqué de presse - *Évolution de la population belge d'ici 2070*, s. d.)

Par conséquent, ces événements qui bouleversent le secteur des soins de santé, mènent l'hôpital à prendre en soin des personnes de plus en plus âgées dont les besoins évoluent avec le vieillissement. Et les innovations technologiques permettent d'aborder les soins et les patients d'une autre manière. Ces nouvelles approches donnent naissance à des hôpitaux qui se spécialisent et deviennent experts dans certains domaines.

Ces événements majeurs, nous amènent à nous questionner sur la manière donc le système de soins de santé belge et les hôpitaux s'adaptent.

### 1.1.1. Les réformes dans le paysage des soins de santé belge

Ainsi, nous venons de voir les éléments importants qui se jouent au niveau mondial et qui impactent le secteur de la santé de manière très générale. Pour faire face à ces défis, notre système de soins de santé cherche à s'adapter. Ces quinze dernières années, notre système de soins de santé a vu de nombreuses réformes et modifications dans son fonctionnement ainsi que dans son financement.

#### *a) Réformes de 2011 et 2015*

Tout d'abord, la 6<sup>e</sup> réforme de l'État en 2011, transférant certaines compétences de l'État fédéral vers les entités fédérées qui impliquent des modifications de financement pour le secteur des soins de santé et donc pour les hôpitaux.

Ensuite, une importante réforme stratégique a débuté en 2015. Cette réforme est inscrite dans l'accord de gouvernement du 11 octobre 2014 et doit amener davantage de qualité et d'efficacité des soins (Van de Voorde et al., 2014). « *Le point de départ est l'évolution des besoins du patient* », peut-on lire sur le site de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) (INAMI, s. d.-b). En effet, la population vieillissante et les progrès dans les technologies médicales donnent lieu à de nouveaux besoins et à de nouvelles prises en soins.

## *b) Réforme du financement des hôpitaux*

De fait, l'un des problèmes majeurs qui sous-tend cette réforme est le financement des hôpitaux. En 2002, dans l'optique de mieux maîtriser les dépenses des hôpitaux, le législateur adapte le mode de fixation et de liquidation du budget des moyens financiers (BMF). Il y a un sous-financement structurel du BMF, « *qui ne suffit plus à payer le personnel infirmier et autre (non médical) et les dépenses générales de leurs établissements.* » (Van de Voorde et al., 2014) C'est ce qu'il ressort de l'étude MAHA (Model for Automatic Hospital Analyses) menée par Belfius en 2012 et 2013. Il y a une augmentation des hôpitaux généraux qui clôturent leurs comptes en négatif.

En conséquence, ce sous-financement croissant pousserait à une augmentation des examens et des interventions pour couvrir les coûts hospitaliers, selon l'étude du Centre Fédéral d'Expertise (KCE) menée en 2014. (KCE, s. d.-b). Cette étude montre également que la plupart de nos hôpitaux se focalisent sur l'aspect des soins aigus, alors que nous l'avons évoqué plus haut, la population est vieillissante et donc la présence de problématiques chroniques de santé augmente. Le paysage hospitalier ne répond dès lors plus aux besoins des patients.

De plus, Maggie De Block, ancienne ministre de la Santé Publique, propose en 2015 un plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux afin que les soins de santé soient de qualité et accessibles ou abordables (Le guide social, s. d.). Pour ce faire, elle propose un modèle de fonctionnement en réseaux hospitaliers loco-régionaux qui sera validé en juin 2015 par l'ensemble des ministres de la Santé. Ce projet passe par une rationalisation du nombre de lits<sup>5</sup> ainsi qu'une attribution du matériel de pointe à un réseau et non plus à un hôpital.

En conclusion, pour revoir le financement de nos hôpitaux et mieux répondre aux besoins réels de la population, les experts du KCE ont émis des recommandations (KCE, s. d.-b) :

Premièrement, ils recommandent un remodelage du paysage hospitalier en régulant le nombre de lits aigus dans les hôpitaux par le développement de programmes et réseaux de soins pour des personnes aux besoins chroniques et/ou spécialisés. La régulation de ces lits se fait également par l'augmentation des hospitalisations de jour et une meilleure offre ambulatoire. C'est dans cette optique que débiteront les premiers projets pilotes. Les hôpitaux sont donc

---

<sup>5</sup> (Le Spécialiste, s. d.)

amenés à collaborer de manière plus efficace et fonctionnent sous forme de réseaux locorégionaux ou fusionnent.

Deuxièmement, les experts prônent une centralisation des soins complexes spécialisés. Cela permettrait une utilisation optimale des moyens. C'est dans ce contexte que l'on voit émerger les centres de référence pour certaines pathologies. En effet, des hôpitaux vont se spécialiser dans certains domaines et recruter du personnel ayant l'expertise et l'expérience recherchée.

### *c) Réforme structurelle de la nomenclature*

S'ajoute à tout cela, une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins qui s'inscrit dans l'accord du gouvernement 2014-2019. Cette réforme vise différents objectifs dont notamment celui de corriger les différences d'honoraires qui ne sont pas justifiées entre médecins, celui de mettre à jour et d'adapter cette nomenclature aux évolutions telles que la télémédecine par exemple ainsi que celui d'améliorer la transparence de la nomenclature (INAMI, s. d.-a, p.)

### *d) Proposition de réforme du ministre de la Santé actuel*

Toujours dans la continuité de la réforme du financement des hôpitaux, le ministre actuel de la Santé Publique, Frank Vandenbroucke rejoint par Johan Kips, propose une nouvelle réforme du financement et de l'organisation des hôpitaux. Ses objectifs sont : « *de décourager la surconsommation et se concentrer davantage à la santé ; moins de complexité et plus de transparence ; moins de concurrence et plus de coopération ; et moins de suppléments et plus de sécurité tarifaire.* »<sup>6</sup>

Notons que la pandémie que nous vivons depuis 2020, place l'hôpital dans une position précaire au niveau financier. Un manque accru de personnel entraîne une diminution importante des lits, obligeant ainsi certains hôpitaux à fermer des services. « *Une étude menée par la Fédération nationale des infirmières de Belgique (FNIB), en novembre 2021, estime à 30% le taux d'absentéisme dans les hôpitaux. Il s'agit d'une augmentation de 10 à 15% depuis l'année passée.* » (FNIB, s. d.)

---

<sup>6</sup> (Frank Vandenbroucke dévoile sa réforme du financement hospitalier - Entreprises - Trends-Tendances, s. d.)

### 1.1.2. Les réformes en santé mentale et psychiatrie

Les quarante dernières années ont été marquées par des évolutions importantes dans les soins de santé mentale ainsi qu'en psychiatrie. En 1980, un moratoire rationalise le nombre de lits hospitaliers psychiatriques. Le caractère communautaire des soins, n'a cessé de se développer depuis, avec le développement des Initiatives d'habitations protégées (IHP) ainsi que les Maisons de soins psychiatriques (MSP) issues de la reconversion des lits T<sup>7</sup>.

Le rapport de l'OMS en 2001 met en évidence le besoin urgent de voir l'offre de soins s'agrandir et mieux s'organiser. En 2002, c'est la Belgique qui proposera de transformer cette constatation en résolution : « *Mental Health : Responding to the call for action* », avec une offre de soins orientée vers la demande. Cela permettra, lors de la conférence d'Helsinki en 2006, d'aboutir à des accords politiques ainsi qu'à la proposition d'un plan d'actions (Jacob et al., 2016):

- Développer la proximité, la mobilité et la disponibilité permanente des services de soins de santé mentale,
- Intégrer les services de soins de santé mentale au niveau des soins primaires,
- Valoriser les liaisons intersectorielles (santé, logement, justice, éducation, culture...),
- Lutter contre l'exclusion,
- Mobiliser les collectivités au-delà des professionnels.

En 2010, le gouvernement belge a présenté son programme politique de la réforme au travers d'un guide qui s'inscrit dans un changement de paradigme. En effet, ce guide se détache d'un modèle paternaliste et passe à un modèle basé sur le rétablissement en collaboration avec l'utilisateur dans son milieu de vie. Il s'intitule : « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. »<sup>8</sup> Il a pour point de départ des projets pilotes et notamment le projet 107 qui fait référence à l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux. Il s'agit d'une réallocation d'une partie des moyens financiers, humains... existants dans les hôpitaux pour permettre une autre forme de prise en charge plus axée sur le travail en réseau, dans le milieu de vie de l'utilisateur avec les acteurs concernés.

---

<sup>7</sup> Les lits T, sont des lits psychiatriques de traitement, autrement dit, au long cours. ({{ field\_institution\_category }}), s. d.)

<sup>8</sup> (Bruxelles.pdf, s. d.)

Le modèle *management public* en Belgique repose sur 5 fonctions (Guide 2010) :

- Prévention, promotion, détection, diagnostic ;
- Équipes ambulatoires (crise et longue durée) ;
- Réhabilitation, réinsertion, inclusion socio-professionnelle ;
- Traitement résidentiel intensif aigu et chronique ;
- Formules résidentielles spécifiques permettant une offre de soins adéquate.

*a) Les trajets de soins pour internés (TSI)*

Dans le cadre de cette réforme, sont développées des prises en charge ciblées en fonction de la pathologie du patient. Et ce, tout en tenant compte de son environnement. Les circuits et les réseaux ont été élaborés dans ce sens. Un des publics cibles en psychiatrie, est représenté par les personnes dites « internées »<sup>9</sup>.

« Depuis Octobre 2002, le SPF Santé Publique favorise et finance des dispositifs de soins spécifiques aux patients internés » (Réseau partenaires 107, s. d.). Ces dispositifs ont pour mission de favoriser la coopération entre les acteurs de soins et les acteurs judiciaires et ils sont inscrits au sein de réseaux de soins élaborés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale. Il s'agit d'intégrer le public des internés au départ des 5 fonctions de la réforme des soins en santé mentale.

Organisés au sein de chaque Cour d'Appel, les TSI ont pour but de :

- « Favoriser la sortie des lieux de placement sécurisés et de construire des projets de réinsertion sociale.
- Apporter une réponse médico-psycho-sociale adaptée aux situations vécues par les personnes internées.
- Répondre à une pluralité de profils, d'états cliniques ou de projets de réinscription sociale qui sont à chaque fois individualisés, diversité des offres thérapeutiques.
- Développer une pratique de réseau avec les intervenants des réseaux de soins en santé mentale, les acteurs du réseau Justice et la maison de justice». (Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale, s. d.)

---

<sup>9</sup> § 1er. Le condamné qui fait l'objet d'au moins une condamnation pour un crime ou un délit visé à l'article 9, § 1er, 1°, chez qui le psychiatre de la prison constate, au cours de la détention, un trouble mental ayant un caractère durable qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et qui risque de commettre de nouvelles infractions, telles que visées à l'article 9, § 1er, 1°, en raison de son trouble mental, peut être interné, sur demande du directeur, par la chambre de protection sociale compétente.

§ 2. Si un état visé au paragraphe 1er est constaté chez cette personne, le directeur rédige un avis d'internement.

Donc concrètement, toute personne qui relève du statut de la défense sociale et qui est domiciliée sur le territoire de la Cour d'Appel correspondante, peut faire appel à une équipe TSI. Cette équipe est alors responsable dans un premier temps de coordonner des rencontres entre le milieu d'incarcération de la personne et les services sociaux et de soins. Et dans un second temps, elle est responsable de mettre en place des projets de libération à l'essai et de coordonner des rencontres avec les différents acteurs et le milieu de vie de la personne.

### 1.1.3. Conclusion

Les divers points présentés dans cette partie contextuelle, permettent de mieux comprendre quels sont les événements à la base des décisions politiques amenant tant de changements dans le paysage des soins de santé de notre pays. Les modifications structurelles et organisationnelles dans les établissements de soins de santé sont donc nécessaires afin de mieux répondre aux besoins de la population mais également aux nouvelles exigences économiques et politiques.

Les changements visés et envisagés sont pensés dans le but d'offrir des prises en charge les plus adaptées aux besoins des patients. Notamment dans le secteur des soins de santé mentale, ces évolutions ont amené de nouvelles manières de fonctionner et d'aborder les soins.

Les réseaux et les circuits de soins se sont développés et n'échappent pas au secteur de la santé mentale. Celle-ci a de nombreux dispositifs permettant des trajets de soins adaptés à des publics cibles. Comme c'est le cas pour le trajet de soins des patients sous statut d'internement.

Le projet de trajets de soins pour internés découle de décisions politiques et va avoir des conséquences au sein des établissements qui tentent de les intégrer à leurs pratiques. **L'objectif de ce mémoire est de comprendre de quelle manière ce processus de changement va impacter le travail des équipes de soins. Mais également de comprendre quelle est la manière dont il faudrait accompagner les équipes et le projet afin que celui-ci puisse perdurer dans le temps.**

Pour effectuer ces modifications et donc entreprendre ces processus de changement, les hôpitaux recourent de plus en plus à des méthodologies par projet pour atteindre leurs objectifs.

Comme le démontre Prosci® par des statistiques, les changements ont plus de chances d’aboutir et de perdurer dans le temps si ceux-ci sont accompagnés d’une certaine méthodologie de conduite du changement. Nous allons tenter de mettre en avant les différents éléments d’une conduite du changement pour guider ces projets dans le prochain chapitre.

## 1.3. Cadre conceptuel

Ce chapitre est consacré à définir les différents éléments conceptuels autour du changement, d’un projet, de la gestion projet et de la conduite du changement.

### 1.3.1. Concept de changement

Selon les auteurs, les définitions du changement diffèrent et varient en fonction de l’approche que l’on en fait. Nous retiendrons notamment la définition suivante :

*« Un changement organisationnel est un processus de transformation qui amène une organisation d’un état actuel vers un état futur souhaitable. L’établissement de ce qu’il faut changer dans l’organisation actuelle pour atteindre cet état futur souhaité, est, ce que l’on appelle la définition du changement organisationnel. » (Nurcan et al., 2002).*

Certains auteurs (*Johnson & Autissier, 2020*) proposent de s’intéresser davantage au processus du changement. Les premières ébauches remontent aux années 1950 avec les travaux de Kurt Lewin qui concevait le changement organisationnel comme un projet dont la réalisation doit respecter des étapes bien distinctes.

#### *1.3.1.1. Le changement comme processus*

D’après la norme ISO 9000 (2015)<sup>10</sup>, un processus est un « *ensemble d’activités corrélées ou en interaction qui utilise des éléments d’entrée pour produire un résultat.* » (ISO, s. d.)

---

<sup>10</sup> ISO : Normes issues de l’organisation internationale de normalisation.

Lewin a présenté son modèle de gestion du changement, en 3 étapes symbolisées par la métaphore suivante (*Gestion des changements - Un modèle de base pour décrire le changement, celui de K. Lewin, s. d.*) :

- **Defreezing - décrystallisation** : « *cette étape correspond à l'abandon des comportements et des attitudes habituelles. Elle s'accompagne d'une motivation à changer.* » Cette phase est indispensable, elle correspond à la préparation au changement et s'accompagne d'une prise de conscience des collaborateurs qu'un changement est nécessaire.
- **Moving - Déplacement** : Cette phase s'accompagne de nouveaux modes de fonctionnement, de nouvelles pratiques émergentes. C'est la phase à proprement parler du changement.
- **Refreezing – Recristallisation** : Cette phase est destinée à consolider, à ancrer les nouveaux changements et les stabiliser dans l'Organisation. Les nouvelles procédures doivent être adoptées par l'ensemble des collaborateurs de l'Organisation. Il est relativement important que cette phase soit suivie, car dans le cas contraire, on pourrait revoir apparaître la situation initiale.

La première phase est une phase décisive dans la réussite des projets de changement ou de transformation. Dans l'ensemble, le modèle proposé par Lewin pose les bases d'une stratégie de gestion du changement.

### 1.3.2. Concept de projet et de gestion de projet

#### 1.3.2.1. *Le projet : éléments de définition*

Selon la norme ISO 10006 (version 2003), elle définit ainsi le projet :

« *Le projet est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources.* » (ISO, s. d.)

L'Association francophone de management de projet (AFITEP) propose la définition suivante :

« *Le projet est un ensemble d'actions à réaliser, pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début mais aussi une fin.* » (Jancourt D. et Simart M., s. d.).

### 1.3.2.2. *La gestion de projet : éléments de définition*

L'Association française de normalisation (AFNOR) définit la gestion de projet comme suit : « *La gestion de projet couvre l'ensemble des outils, techniques et méthodes qui permettent au chef de projet et à l'équipe plus ou moins nombreuse, qui lui est directement associée, de conduire, coordonner et harmoniser les diverses tâches exécutées dans le cadre du projet, afin qu'il satisfasse aux besoins explicites et implicites pour lesquels il a été entrepris.* » (Jancourt D. et Simart M., s. d.).

Jancourt et Simart mettent l'accent sur le fait que l'intérêt dans la gestion de projet est porté sur deux choses :

- « *la structuration de la démarche, des outils et des méthodes d'un projet global, souvent subdivisés en sous-projets lorsque sa taille le justifie.*
- *La planification des tâches, l'anticipation et le contrôle des ressources, des coûts et des délais.* » (Jancourt D. et Simart M., s. d.).

Ces différentes sources mettent l'accent sur l'aspect technique d'un projet. La gestion de projet permet donc de coordonner et d'organiser les différents éléments techniques d'un projet. Pour cela, il existe différentes méthodologies de gestion de projet. Elles répondent à des objectifs particuliers et sont utilisées à des fins parfois fort différentes.

### 1.3.2.3. *Les méthodologies de gestion de projet*

« *Une méthodologie de gestion de projet est un ensemble de principes, d'outils et de techniques qui sont utilisés pour planifier, exécuter et gérer des projets.* »<sup>11</sup> La liste des méthodes de gestion de projet est longue et ne cesse de croître : PMBOK, méthodologie Kanban, Six Sigma, méthodologie Scrum, lean management, méthode Prince 2...

Cependant, pour qu'un projet réussisse, il ne suffit pas de s'intéresser et de développer l'aspect purement technique, il faut également gérer le changement humain et l'accompagner (Prosci, s. d.-e). Nous l'avons vu, un nombre conséquent de personnes est nécessaire à la réalisation d'un projet, il est donc important de définir les rôles et de tenir compte des personnes qui vont permettre l'implémentation d'un projet.

---

<sup>11</sup> (Top 10 des méthodologies de gestion de projet les plus populaires, s. d., p. 10)

### 1.3.3. Le concept de conduite du changement

Le processus de changement présenté par Lewin décrit plusieurs étapes où des aspects importants se jouent tant pour les individus que pour l'organisation dans sa structure.

#### **Mais qu'est-ce que la conduite du changement ?**

« *La gestion du changement comme l'application d'un processus structuré et d'un ensemble d'outils pour diriger le côté humain du changement afin d'atteindre le résultat souhaité.* » (Prosci, s. d.-f).

Prosci® a démontré dans le cadre d'une étude réalisée récemment qu'il serait judicieux d'accompagner les projets et plus particulièrement tous les événements pour passer de l'état actuel à l'état souhaité. Cette recherche étudie la corrélation entre la gestion du changement et la réussite du projet. « *Parmi les participants qui avaient mis en place d'excellents programmes de gestion du changement, 93 % ont atteint ou dépassé les objectifs. Parmi ceux qui ont de bons programmes de gestion du changement, 77 % ont atteint ou dépassé les objectifs, tandis que 43 % avec des programmes de gestion du changement acceptables ont atteint ou dépassé les objectifs. Seuls 15 % (soit environ 1 sur 6) de ceux dont les programmes de gestion du changement sont médiocres ont atteint ou dépassé les objectifs. Cela signifie qu'avec une excellente gestion du changement, votre projet a six fois plus de chances d'atteindre ses objectifs qu'avec une mauvaise gestion du changement.* » (Prosci, s. d.-h).

Par conséquent, il semble donc qu'avoir une conduite du changement facilite grandement l'atteinte des objectifs visés par le projet et donc la réussite de celui-ci.

#### *1.3.3.1. La méthodologie Prosci ®*

La méthodologie Prosci® est une méthodologie venant des USA, elle se base sur 5 principes fondamentaux (Prosci, s. d.-a) :

1. Nous changeons pour une raison.
2. Le changement organisationnel nécessite le changement individuel.
3. Les résultats organisationnels sont le résultat collectif des changements individuels.
4. La gestion du changement établit un cadre pour gérer le volet humain du changement.
5. Nous appliquons la gestion du changement pour obtenir les bénéfices et les résultats souhaités du changement.

Cette méthode s'organise en 3 phases :

1. La phase de préparation de l'approche
2. La phase de gestion du changement
3. La phase de maintien des résultats

Elle fournit un cadre pour la réussite d'un changement organisationnel. Chaque phase du modèle est elle-même divisée en 3 étapes (Prosci, s. d.-j).

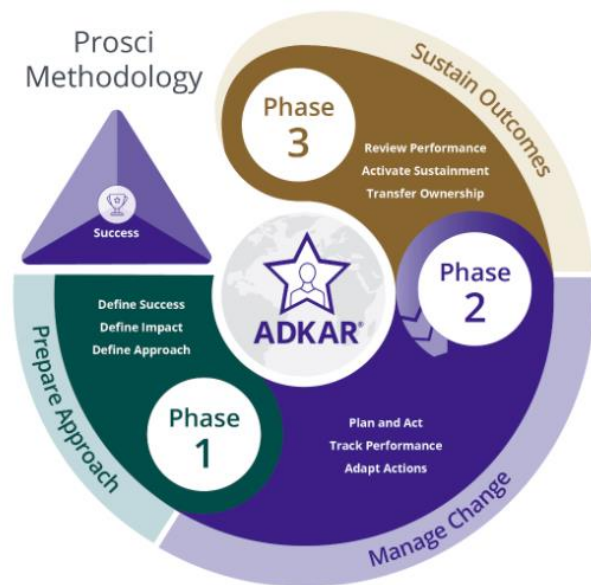


Figure 1 : Méthodologie Prosci® en 3 phases (Prosci, s. d.-j)

a) Phase 1 : Préparer l'approche

Cette phase permet de définir la stratégie de gestion du changement. On s'oriente sur l'approche des résultats souhaités.

- **Étape 1 : Définir le succès** : Cette étape est destinée à définir ce à quoi correspond la réussite du projet.
- **Étape 2 : Définir l'impact** : Cette étape permet de cibler quels sont les individus qui vont être impactés par le changement et la manière dont ils le seront.
- **Étape 3 : Définir l'approche** : Cette étape décide quelles seront les différents stades par lesquels il faudra passer pour réussir le projet. Par exemple, en s'engageant dans des activités telles que l'évaluation des risques, l'identification de la résistance, etc.

b) Phase 2 : Gérer le changement

Cette phase permet d'établir le plan directeur de gestion du changement. Ce qui va permettre de consolider les démarches individuelles.

- **Étape 1 : Planifier et agir :** Cette étape est destinée à définir la meilleure façon de préparer, de fournir les outils et de soutenir les personnes qui vont être impactées par le changement. Notamment, on y utilise l’outil ADKAR®, un plan de parrainage et de communication.
- **Étape 2 : Suivi des performances :** Lors de cette étape, on se focalise sur la manière de suivre les progrès dans les efforts de gestion du changement. On utilise un calendrier de suivi, on identifie les forces et les opportunités de performance.
- **Étape 3 : Adapter les actions :** C’est à cette étape que l’on réajuste la stratégie de gestion du changement, en fonction du suivi des performances, etc.

c) Phase 3 : Maintenir les résultats

Cette phase permet de clôturer le projet en s’assurant que le changement est adopté et que l’on s’engage à le pérenniser.

- **Étape 1 : Examiner les performances :** Lors de cette étape, on considère les performances pour confirmer ou non les résultats qui étaient souhaités au départ. Notamment, on peut faire l’évaluation des résultats ADKAR®.
- **Étape 2 : Activer la pérennité :** C’est à cette étape qu’il est décidé des actions à mettre en place pour pérenniser les résultats du changement.
- **Étape 3 : Transférer la propriété :** On définit à cette étape, comment poursuivre les efforts pour maintenir le changement. On peut notamment réfléchir au transfert des connaissances mais c’est également important de célébrer le succès et féliciter les personnes impliquées.

#### 1.3.3.1.1. *Le modèle ADKAR®*

La méthodologie Prosci® en 3 étapes décrit principalement ce qu’il se passe au niveau organisationnel. Mais un changement organisationnel ne se fait que si les individus changent leur manière de fonctionner dans leur travail (Prosci, s. d.-i) : « *Les résultats et effets des changements sur le lieu de travail sont intrinsèquement liés au fait que les collaborateurs individuels font leur travail différemment.* » (Nexum, s. d.).

Prosci® a alors mis en place un modèle décrivant les différentes étapes par lesquelles doit passer un individu pour que le changement puisse s’ancrer dans son travail. Le modèle ADKAR® est l’acronyme d’une succession de 5 étapes individuelles soutenues par des

dispositifs mis en place par l'organisation (Prosci, s. d.-i). Ces étapes sont la sensibilisation, le désir, la connaissance, les capacités et le renforcement. L'Organisation vient quant à elle, soutenir la démarche individuelle qui s'opère en communiquant, en proposant un plan de formations, du coaching et une feuille de route du sponsor aux différentes étapes.

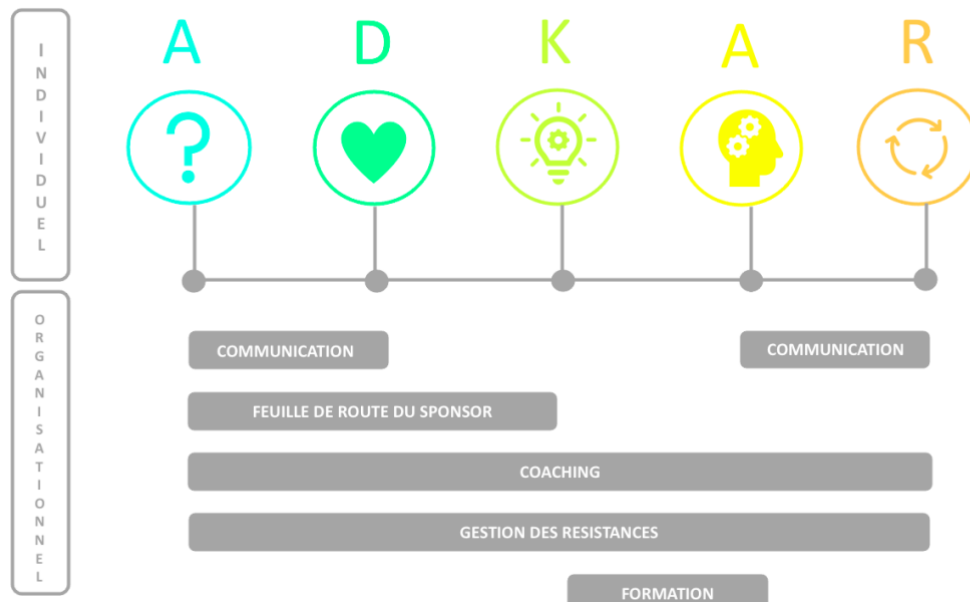


Figure 2 : Les 5 étapes du modèle ADKAR®

a) Étape 1 : AWARENESS (Sensibilisation)

**Démarche individuelle :** La prise de conscience de la nécessité de changer. A cette étape, diverses sources de résistance individuelle sont possibles telles que le fait d'être à l'aise avec le statu quo, la crédibilité de la source ou de l'expéditeur du message, le déni que les raisons du changement sont réelles, le débat sur les raisons du changement, les rumeurs ou désinformations (Prosci, s. d.-i).

**Démarche organisationnelle :** Lors de cette étape, l'organisation a pour rôle de communiquer le plan stratégique, la nécessité de changement ainsi que de tenir compte de la résistance qui peut émerger. Un message des sponsors peut également jouer un rôle important dans la prise de conscience des employés (Prosci, s. d.-i). Pour gérer la résistance des individus, l'organisation peut sensibiliser le personnel à la nécessité de changer, faire prendre conscience de la nécessité de changement, communiquer sur la nécessité de quitter la situation actuelle,

faire passer les messages par la direction de l'Organisation par exemple et mettre un terme rapide aux rumeurs et mauvaises informations.

b) Étape 2 : DESIRE (Choix)

**Démarche individuelle :** Le désir des employés et des cadres de participer au changement ainsi que de le soutenir. A cette étape, les formes de résistance que l'on peut rencontrer sont liées au confort ou la sécurité avec la situation actuelle, à la peur de l'inconnu, au fait que le changement ne soit pas aligné sur l'intérêt personnel ou les valeurs d'une personne, qu'il n'y ait pas de réponse à « Qu'est-ce qu'il y a dedans pour moi ? », aux antécédents négatifs avec le changement au niveau personnel (faible confiance en la réussite), à la situation personnelle d'un individu (financière, professionnelle, familiale, santé) et aux antécédents d'une Organisation en matière de changement (Prosci, s. d.-g).

**Démarche organisationnelle :** À cette étape, l'Organisation a un rôle crucial puisqu'il n'est pas toujours aisé de passer de la prise de conscience au désir pour les employés. L'Organisation doit être proactive dans la gestion de la résistance au changement et un engagement personnel des coaches, un sponsor actif et visible sont des pistes pour susciter le désir des employés de s'impliquer dans ce changement (Prosci, s. d.-g). Pour cela, elle peut mettre en place une équipe de personnes porteuses du projet qui véhicule les objectifs et les ambitions stratégiques, créer un sentiment d'appartenance, fournir une référence à laquelle les gens peuvent s'identifier et mettre en avant l'intérêt du changement pour l'individu/la profession.

c) Étape 3 : KNOWLEDGE (Connaissances)

**Démarche individuelle :** Avoir des connaissances sur la manière de changer. Les résistances individuelles qui peuvent apparaître à cette étape sont dues à l'écart entre les niveaux de connaissances actuels et les niveaux souhaités, le temps insuffisant (demandes contradictoires), l'insuffisance des ressources disponibles pour la formation, le manque d'accès aux informations nécessaires et la capacité d'apprendre (Prosci, s. d.-e).

**Démarche organisationnelle :** À cette étape, deux types de connaissances sont importantes, d'une part, les connaissances sur la manière de changer, et d'autre part, les connaissances des compétences et des comportements permettant de soutenir le changement dans le futur. L'Organisation a un grand rôle à jouer dans l'acquisition de ces deux types de compétences, elle peut notamment le faire via un plan de formation réfléchi, des aides au travail et du coaching, tout en tenant compte des situations réelles du terrain de chaque profession. (Prosci, s. d.-e)

d) Étape 4 : ABILITY (Capacités)

**Démarche individuelle :** Développer les capacités (Ability) du personnel à mettre en œuvre le changement avec les compétences et les comportements requis. Une fois les connaissances acquises, il faut que cela se traduise en capacités en terme de performance. Les résistances peuvent provenir de l'insuffisance de temps disponible pour développer les compétences, du manque de soutien, d'habitudes contraires au comportement souhaité, de blocages psychologiques ainsi que de limitations des capacités physiques et individuelles (limitations ou barrières personnelles) (Prosci, s. d.-c).

**Démarche organisationnelle :** L'Organisation peut soutenir cette étape de la démarche personnelle de l'employé en proposant des formations pratiques ainsi que du coaching et ce, en tenant compte des caractéristiques relatives aux capacités individuelles (Prosci, s. d.-c).

e) Étape 5 : REINFORCEMENT (Renforcement)

**Démarche individuelle :** Elle concerne le type d'activités de renforcement pour soutenir le changement sur du long terme. La résistance à ce stade est issue de récompenses non significatives ou non associées à la réussite, d'absence de renfort pour les réalisations, de conséquences négatives y compris la pression des pairs pour le comportement souhaité, et d'incitations qui s'opposent directement au changement (Prosci, s. d.-k).

**Démarche organisationnelle :** Cette étape n'est pas sans risques, puisqu'il faut veiller à ne pas revenir à ce qui se faisait avant le changement. Dans le cadre de cette démarche, l'Organisation peut faire des retours d'informations, mettre en place des mesures correctives, communiquer autour de mesures de performances visibles mais également communiquer

directement avec les employés ainsi que les remercier des changements effectués (Prosci, s. d.-k).

Le modèle ADKAR semble être intéressant pour les soins de santé, puisque les changements organisationnels dans les hôpitaux nécessitent l'implication d'un nombre conséquent d'individus et qu'il accompagne ces individus dans ces changements. De plus, il permet une adaptation à différentes situations organisationnelles.

Des étapes insuffisamment conduites, mèneraient à des risques pour l'Organisation, les équipes ainsi que les individus. En effet, pour l'Organisation, l'un des plus gros risques est de voir le projet être stoppé avant la fin. Si l'Organisation n'intervient pas pour gérer cette résistance, elle risque de perdre sa ressource la plus importante : sa Ressource Humaine.

Le modèle ADKAR® désigne et décrit les différentes étapes par lesquelles doit passer l'individu mais ce modèle montre également les résistances que peut émettre l'individu à chacune des étapes. Les résistances émergent car il y a un impact du changement sur la façon de faire leur travail.

En conclusion, il est important de prévenir ces risques. D'une part, pour garantir la réussite du changement en permettant l'adhésion des gens à ce changement. D'autre part, parce qu'un changement réussi apporte des effets positifs importants tels que le bien-être, la motivation et la satisfaction des collaborateurs et donc de la performance pour l'Institution. Il semble donc opportun et nécessaire de prendre le temps d'analyser l'impact du changement sur le travail des collaborateurs.

#### 1.3.4. Les impacts du changement

Entamer des changements au sein d'une institution de soins, c'est passer d'un état initial à un état souhaité en passant par des modifications, des aménagements ou des mutations. Cette démarche aura inmanquablement un impact tant sur le plan organisationnel que sur le plan individuel. Les individus vont devoir faire leur travail différemment.

Par conséquent, s'intéresser aux impacts du changement sur le plan individuel, c'est aussi s'intéresser à l'impact sur le travail d'une personne. Faire cette démarche permettrait, selon Prosci®, de mettre en évidence les éventuelles résistances au changement sur le plan individuel. Tenir compte des résistances au changement, donne la possibilité aux leaders d'agir pour atteindre les objectifs visés par le changement.

C'est pourquoi, Prosci® présente 10 aspects du travail d'une personne pouvant être impactés par le changement (Prosci, s. d.-d):

- **La localisation :** « *un emplacement géographique physique qui fournit les équipements nécessaires à une fin précise* ».
- **La rémunération :** « *quantité de paiement monétaire et non monétaire accordée pour le travail effectué* ».
- **L'évaluation de performance :** « *le processus et les indicateurs définissant comment la performance est mesurée et évaluée en fonction des objectifs* ».
- **La structure hiérarchique :** « *les relations d'autorité dans une entreprise ou une organisation; qui rapporte à qui* ».
- **L'état d'esprit/attitudes/croyances :** « *orientation mentale, disposition ou structure d'esprit qui se reflètent dans les comportements* ».
- **Les processus :** « *les actions ou étapes à suivre pour obtenir un résultat ou effet défini* ».
- **Les systèmes :** « *une combinaison de personnes et applications automatisées, organisée pour atteindre un ensemble d'objectifs* ».
- **Les outils :** « *un élément utilisé dans un but spécifique; cela peut être un objet physique tel qu'un outil mécanique ou un objet technique tel qu'un outil de création web* ».
- **Les rôles :** « *une description de ce qu'une personne fait, incluant les compétences essentielles pour être performant dans cette fonction* ».
- **Les comportements critiques :** « *réponse essentielle ou cruciale d'un individu ou groupe à une action, un environnement ou une stimulation* ».

## 1.4. Conclusion de la partie théorique

Le contexte mondial et, en particulier celui des soins de santé, contraint les hôpitaux et l'ensemble de ce secteur, à se repenser et à réorienter leurs offres de soins afin de mieux répondre aux besoins de la population. Le secteur des soins de santé mentale et de la psychiatrie n'échappe pas à cette nécessité de s'adapter continuellement aux besoins des usagers.

Pour s'adapter et modifier les prises en soins et l'offre de soins, les hôpitaux font appel à des méthodologies par projet, inspirées d'autres secteurs. Ces projets, d'après la littérature scientifique, nécessitent d'être conduits pour aboutir aux objectifs poursuivis. Il est donc question de faire de la gestion de projet mais également de la conduite du changement. L'un mettant l'accent sur le volet technique, l'autre sur le volet humain. Un changement organisationnel ne peut se faire sans le changement individuel. Ils sont donc intrinsèquement liés.

Après avoir déterminé les différents éléments de définition, nous avons pu voir le modèle en 3 phases de conduite de changement de Prosci® et le modèle ADKAR®. Ces modèles font le lien entre les différentes étapes organisationnelles et individuelles par lesquelles il faut passer pour réussir le changement. A chacune de ces étapes, des résistances sont possibles et empêchent de passer à l'étape suivante si elles ne sont pas gérées. La mise en évidence des impacts du changement sur le travail des collaborateurs est indispensable dans la mesure où elle permet d'adapter le soutien que l'Organisation peut fournir pour réduire les résistances et poursuivre les différentes étapes du projet.

L'intérêt de la partie pratique de ce mémoire consiste, d'une part, à interviewer les directions de la Clinique Sans-Souci afin de mieux comprendre le choix des éléments qu'ils ont pensé mettre en place pour conduire le changement. Et d'autre part, à mettre en évidence l'impact que le changement va avoir sur le travail des collaborateurs. L'analyse des impacts permettra à l'Institution d'adapter ses interventions pour soutenir le changement individuel.

## II. Partie pratique

### 2.1. La Clinique Sans-Souci : Présentation de l'Institution et du projet

La Clinique Sans-Souci est une clinique psychiatrique située à Jette. Elle accueille 150 lits, un hôpital de jour, un centre d'activités ainsi qu'un centre pour injections. Elle est composée de 5 unités, réparties en 3 pôles : l'unité d'admission, le Pôle Psychose (L'Escale et le Cap) et le Pôle Dépendance (La Passerelle et les Maisons Hospitalières).

Il s'agit d'une clinique psychiatrique « ouverte », ce qui signifie que les résidents peuvent sortir librement de l'Institution et ne sont pas hospitalisés contre leur gré. De plus, il est important de mentionner que la mémorante travaille dans l'unité de La Passerelle en tant qu'infirmière psychiatrique depuis 5 ans.

Il y a quelques années, les unités n'étaient pas regroupées en pôles. Chaque unité fonctionnait individuellement avec ses spécificités et son public cible. Un projet de travailler sous forme de pôle a été élaboré en 2017, pour effectuer une nouvelle prise en soins des patients et pour ne plus proposer de longues hospitalisations rendant parfois les personnes dépendantes à la structure de soins.

Pendant 5 ans, la Clinique a repensé les procédures, le travail en collaboration, le parcours de soins des patients, etc. Aujourd'hui, le projet fonctionne et semble avoir atteint ses objectifs dans les grandes lignes. Pourtant, celui-ci n'a jamais été accompagné d'une méthodologie de gestion de projet ou de conduite du changement.

Cinq ans plus tard, l'Institution se lance dans un nouveau projet. Celui-ci répond à un appel à projets lancé en février 2022, par le SPF Santé Public. Ce projet s'inscrit, comme nous l'avons vu, dans le cadre de la réforme de la santé mentale. Concrètement, il s'agit d'intégrer des patients sous statut d'internement dans le cadre de la prise en charge classique et d'ouvrir 5 lits dans l'ensemble de la Clinique pour ces patients au statut particulier.

Ces patients sous statut d'internement sortent de prison sur base de projet de sortie à l'essai. Ceux-ci sont encadrés par des équipes mobiles du trajet de soins pour patient sous statut d'internement.

Le cadre de soin au Pôle Dépendance, propose une prise en charge qui peut s'étaler sur 5 ans avec des hospitalisations possibles tous les 3 mois. Ces hospitalisations sont espacées par des retours à domicile ou dans une structure d'accueil.

Le traitement des hospitalisations est de 4 mois, suivi d'un mois à l'extérieur de l'Institution (domicile, habitation protégée, hébergement de nuit...) pour tester ce que les patients ont appris et ont pu mettre en place au cours de l'hospitalisation. Ils ont ensuite, la possibilité d'être ré-hospitalisé pour une durée de 1 à 2 mois afin de réajuster et de corriger ce qui ne s'est pas bien passé à l'extérieur.

Concrètement, le Pôle Psychose avait déjà pour habitude d'hospitaliser des personnes sous statut d'internement, le projet de TSI représente pour eux, une manière d'officialiser la prise en charge de ces hospitalisations. Par contre, pour le Pôle Dépendance, il s'agit d'un nouveau public cible. Ils n'ont pas pour habitude d'hospitaliser des personnes sous statut d'internement et donc de collaborer avec le réseau et les équipes mobiles responsables. De plus, il est question de maîtriser les aspects médico-légaux et judiciaires que le suivi de ces personnes nécessite. C'est pourquoi l'enjeu semble d'autant plus important pour ce pôle.

L'ouverture de ces lits TSI est effective depuis juillet 2022. L'Institution a perçu des subsides qui ont permis d'engager du personnel soignant (3,3 ETP), notamment une référente hospitalière TSI et des ergothérapeutes. La référente est assistante sociale et criminologue. Elle a été engagée pour ses compétences et ses connaissances dans le système médico-légal et judiciaire. Depuis juillet, les premiers lits sont déjà occupés par des patients sous ce statut. Les engagements de personnel ont commencé en septembre 2022.

## 2.2. Description de la recherche

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur une approche qualitative de recherche-intervention. Cette méthode se base sur l'idée, qu'il n'est possible de réellement appréhender le fonctionnement d'une organisation, « *qu'en y pénétrant, en y intervenant et donc en la modifiant* » (Kohn & Christiaens, s. d.) La recherche-intervention a pour autre caractéristique que : « *les connaissances sont conçues simultanément pour et par l'organisation et les chercheurs, dans une logique transformative* ». (Krief & Zardet, s. d.)

De plus, cette méthode s’oppose aux recherches contemplatives. « *Elle vise à donner du sens en allant au-delà de la description, par l’explication et la théorisation* ». (Kohn & Christiaens, s. d.) Dans ce type d’étude, le chercheur poursuit deux objectifs : « *accompagner l’entreprise dans une action délibérée de changement et produire de la connaissance à partir de l’observation des transformations réalisées* ». (Krief & Zardet, s. d.)

### 2.3. Objectifs de la recherche

La partie pratique qui va suivre comporte deux objectifs principaux :

- Comprendre ce que l’institution a mis ou anticipé pour conduire le changement dans le cadre du projet de Trajet de soins pour internés (TSI) : **Objectif n°1.**
- Comprendre l’impact du changement sur le travail des collaborateurs : **Objectif n°2.**

Répondre à ces deux objectifs nous permettrait d’identifier un troisième objectif complémentaire :

- Identifier l’écart qu’il y a entre ce que l’Institution a mis ou pensé mettre en place pour soutenir le changement individuel et ce dont les collaborateurs ont besoin pour s’ancrer dans le changement : **Objectif n°3.**

Nous pensons qu’identifier l’écart nous permettrait de cibler ce qu’il est nécessaire d’accompagner pour réussir le changement et donc de proposer des pistes de réflexion pour l’avenir.

### 2.4. Matériel et méthode

Dans le cadre de cette recherche, deux méthodologies ont été utilisées. En regard de chaque objectif, un public cible et un outil de recueil de données spécifique a été déterminé. Le recueil de données auprès de la direction se fera par le biais d’entretiens semi-dirigés et le recueil de données auprès du personnel soignant se fera par le biais d’ateliers.

Présentons en détail les critères d’inclusion et d’exclusion des deux groupes.

## 2.4.1. Échantillonnage

### 2.4.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation aux entretiens

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation aux entretiens

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Avoir une fonction au sein du Comité de direction et avoir 6 mois d'ancienneté dans cette fonction	Ne pas avoir de fonction au sein du Comité de direction
Avoir des responsabilités spécifiques dans l'implémentation du projet TSI	Ne pas avoir de responsabilités spécifiques dans l'implémentation du projet TSI

Il s'agit d'avoir une fonction au sein du Comité de direction **et** 6 mois d'ancienneté dans cette fonction **ou** des responsabilités spécifiques dans l'implémentation du projet TSI.

### 2.4.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation aux ateliers

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour la participation aux ateliers

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Faire partie d'au moins une des équipes du Pôle Dépendance.	Ne pas faire partie d'au moins une équipe du Pôle Dépendance.
Avoir plus de 6 mois d'ancienneté dans l'Institution	Ne pas avoir plus de 6 mois d'ancienneté dans l'Institution
Ne pas avoir une fonction au sein du Comité de direction	Avoir une fonction au sein du Comité de direction
Ne pas avoir de responsabilités spécifiques dans l'implémentation du projet TSI	Avoir des responsabilités spécifiques dans l'implémentation du projet TSI

Nous avons imposé comme critère d'inclusion d'avoir au moins 6 mois d'ancienneté dans le but d'avoir des participants étant capables de pouvoir juger de l'impact après le changement. Cela suppose qu'ils sont présents avant le changement.

Le public cible est donc constitué des collaborateurs du Pôle Dépendance de la Clinique Sans-Souci hors membres du Comité de direction et responsable de l'implémentation du projet TSI.

## 2.4.2. Collecte et analyse des données

Cette étude utilise deux méthodes de recueil des données : les entretiens semi-dirigés et les ateliers. Chaque méthode choisie a été pensée le plus adéquatement possible afin d'obtenir des résultats exploitables correspondants aux objectifs poursuivis.

Pour répondre au premier objectif : *Comprendre ce que l'Institution a pensé mettre en place pour conduire le changement dans le cadre du projet de Trajet de soins pour internés (TSI)*, il s'agit de rencontrer la direction de la Clinique Sans-Souci lors d'entretiens semi-dirigés ainsi que le responsable du projet.

Pour répondre au deuxième objectif : *Comprendre l'impact du changement sur le travail des collaborateurs*, il s'agit de réfléchir au cours d'ateliers avec les différentes professions qui composent les équipes soignantes du Pôle Dépendance.

Pour répondre au troisième objectif : *Comprendre l'écart qu'il y a entre ce que l'Institution a mis ou pensé mettre en place pour soutenir le changement individuel et ce dont les collaborateurs ont besoin pour s'ancrer dans le changement*. Nous discuterons des résultats qui répondent aux deux premiers objectifs, dans la partie discussion de ce travail.

La période d'enquête s'est déroulée du 20/10/2022 au 04/11/2022.

### 2.4.2.1. Les entretiens

Les entretiens ont donc pour objectif de poser des questions afin de mieux comprendre ce que l'Institution a mis en place pour conduire le changement dans le cadre du projet de Trajet de soins pour internés (TSI). Le guide d'entretien est disponible en **annexe 1**.

Ce guide a été construit sur base du modèle théorique ADKAR® développé par Prosci®. Les concepts théoriques issus de ce modèle ont été traduits en une application pratique. Il s'organise en 6 parties, correspondant respectivement à une partie plus générale d'introduction, et ensuite 5 parties correspondant à une traduction des 5 étapes du modèle ADKAR®.

La première partie aborde des questions plus générales, telles :

- l'origine du projet,
- les motivations,
- les objectifs,
- les changements que vont amener le projet sur le terrain.

La suite du guide d'entretien concerne des questions relatives au modèle. Il s'agit d'une traduction des 5 étapes du modèle en 5 applications pratiques. Ainsi, des questions relatives à :

- l'information,
- l'implication des collaborateurs,
- la formation et l'application sur le terrain et
- l'évaluation,

ont été posées pour s'intéresser respectivement aux phases de :

- sensibilisation,
- de choix,
- de connaissances,
- de compétences et
- de renforcement.

Les entretiens se sont déroulés entre le 21 octobre 2022 et le 4 novembre 2022. Ils se sont déroulés au sein de la Clinique Sans-souci en présentiel.

Un seul participant a demandé à avoir connaissance du guide d'entretien avant la rencontre afin de pouvoir préparer les questions à aborder.

La durée des entretiens a varié de 17 minutes à 66 minutes avec une moyenne de 35 minutes par entretien.

L'analyse des données issues des entretiens, s'est faite sur base d'une démarche inductive de thématisation continue.

*« En fait, toute analyse qualitative passe par une certaine forme de thématisation : c'est le cas de la « dénomination des thèmes » dans l'analyse phénoménologique » (Paillé P., Mucchielli A. ;2003).* Le corpus des entretiens a fait l'objet d'un découpage en unités d'analyse issues, d'une part de rubriques identifiées à partir du modèle théorique ADKAR® et d'autre part, de thèmes émergents au sein des rubriques. L'arbre thématique est disponible en **annexe**

**2.** « Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). » (Paillé P., Mucchielli A. ; 2003).

#### 2.4.2.2. Les ateliers

Les ateliers ont pour objectif de comprendre la manière dont le changement va impacter le travail des équipes soignantes du Pôle Dépendance de la Clinique Sans-Souci, dans le cadre du projet TSI.

Ces ateliers ont été organisés en 3 parties :

Tout d'abord, une explication plus théorique diffusée sous forme de Power point reprenant les notions de projets, de changement, de gestion de projet et de conduite du changement. Cela faisant référence au cadre théorique développé dans la partie conceptuelle. Nous avons abordé les bénéfices de mener des projets en gestion de projet et en gestion du changement. Ensuite, nous avons présenté l'outil développé par Prosci® et défini l'ensemble des natures d'impacts. La présentation Power point est disponible en **annexe 3**.

Ensuite, pour répondre à la question : « *quels sont les impacts du changement sur le travail des soignants ?* », nous avons utilisé l'outil développé par Prosci®. Cet outil est une grille qui utilise 10 natures d'impacts. Il permet d'identifier la situation avant le changement et la situation une fois le changement pensé et/ou mis en place, tout en attribuant un degré d'impact de 0 à 5. 0 étant sans impact et 5 représentant un impact important sur le travail des soignants. La grille d'impacts ainsi que leurs définitions se retrouvent en **annexe 4**.

Il a été demandé aux participants de réfléchir en binôme à la manière dont ces natures d'impacts allaient être modifiées par le changement et d'y attribuer un note de 0 à 5, représentant le degré d'impact. A la suite de cet exercice, nous avons extrait directement avec le groupe, les natures d'impacts dont le degré était supérieur à 3. C'est la valeur fixée avec les groupes pour estimer qu'une action rapide de la part de la direction était nécessaire.

Enfin, en lien avec ces natures d'impacts identifiées, il a été demandé aux participants de formuler 2 à 3 besoins par personne. Une fois les différents besoins mis en évidence, nous avons réfléchi à ce que l'institution pourrait mettre en place pour répondre à ces besoins.

Pour analyser les résultats, un tableau récapitulatif a été dressé, par atelier. Ce tableau reprenait le contenu des natures d'impact ainsi que le degré attribué issu du modèle développé par Prosci®. Ce tableau a été fait directement pendant l'atelier, en co-construction avec les participants. De plus, nous avons établi une moyenne ( $\mu$ ) des binômes pour les degrés de changement identifiés pour chaque nature d'impact.

Les ateliers se sont déroulés entre le 20 octobre 2022 et le 27 octobre 2022. Ils se sont déroulés au sein de la Clinique Sans-Souci et en présentiel.

Toutes les professions étaient représentées lors des ateliers. Les 3 ateliers ont été organisés avec respectivement 5 personnes lors de l'atelier 1 et 6 personnes lors des ateliers 2 et 3. Ils ont duré 2 heures.

### 2.4.3. Consentement des participants

Un document reprenant les différentes informations relatives aux ateliers et aux entretiens a été distribué à l'ensemble des participants, permettant à ceux-ci de donner leur consentement de manière éclairée pour leur participation. L'ensemble des participants a signé ce document, leur garantissant également l'anonymat. Ce document est disponible en **annexe 5**.

## 2.5. Résultats

### 2.5.1. Résultats de l'échantillonnage des entretiens

Les 5 personnes rencontrées respectent les critères d'inclusion, qui étaient d'avoir une fonction au sein du Comité de direction **et** 6 mois d'ancienneté dans sa fonction **ou** d'avoir une fonction spécifique dans le projet TSI. Les 5 personnes rencontrées représentent l'ensemble de la population répondant aux critères d'inclusion.

Les personnes vues en entretien sont le directeur médical, la directrice gestionnaire, le directeur paramédical, le directeur des soins infirmiers et le médecin responsable du projet TSI.

Dans la retranscription des entretiens et dans la partie des résultats, ces personnes seront identifiées comme suit :

*Tableau 3 : Résultat de l'échantillonnage des entretiens*

<b>Personnes</b>	<b>Identification</b>	<b>Fonction</b>
<b>Personne 1</b>	Interlocuteur 1 = I1	Membre du Comité de direction ou ayant une fonction dans le projet
<b>Personne 2</b>	Interlocuteur 2 = I2	Membre du Comité de direction ou ayant une fonction dans le projet
<b>Personne 3</b>	Interlocuteur 3 = I3	Membre du Comité de direction ou ayant une fonction dans le projet
<b>Personne 4</b>	Interlocuteur 4 = I4	Membre du Comité de direction ou ayant une fonction dans le projet
<b>Personne 5</b>	Interlocuteur 5 = I5	Membre du Comité de direction ou ayant une fonction dans le projet

Pour respecter l'anonymat des personnes ayant répondu lors des entretiens, il a été décidé que leur fonction ne serait pas reconnaissable. La Clinique étant de relative petite taille, il semblait aisé de reconnaître les propos des intervenants.

### 2.5.2. Résultats de l'échantillonnage des ateliers

Toutes les fonctions soignantes du pôle ont été représentées lors des ateliers et respectent les critères d'inclusion.

Tableau 4 : Résultats de l'échantillonnage des ateliers

Fonctions	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3
<b>Infirmier</b>	2	3	2
<b>Infirmier-chef</b>			1
<b>Ergothérapeute</b>	1	1	
<b>Psychologue</b>	2		
<b>Psychiatre</b>			1
<b>Kiné</b>		1	
<b>Assistant social</b>			2
<b>Pair-aidant</b>		1	

6 participants étaient conviés par atelier, toutes professions confondues avec, toutefois, une possibilité d'élargir l'atelier à 8 participants. Avant les ateliers, 6 participants se sont inscrits par atelier. Cependant, l'atelier 1 pour lequel 6 participants avaient été prévus, a connu une annulation et s'est donc déroulé avec 5 personnes. 7 personnes étaient attendues pour le deuxième atelier et une annulation s'est faite juste avant le début de celui-ci. Le dernier atelier s'est déroulé avec les 6 personnes initialement inscrites.

Nous avons exclu une seule personne, qui ne répondait pas aux critères d'inclusion. De plus, l'échantillon sélectionné s'est constitué sur base volontaire des participants mais ne représente pas toute la population des soignants qui composent le pôle de soins.

### 2.5.3. Résultats issus de l'analyse des entretiens

Les résultats sont présentés en suivant la logique des questions posées. Nous allons donc présenter les résultats qui concernent ce qui a été discuté avant l'implémentation du projet et qui est donc relatif :

- À l'historique du projet,
- Aux motivations,
- Aux objectifs,
- À la gestion du projet,
- Aux changements que cela va impliquer sur le terrain.

Ensuite, nous présenterons ce que l'Institution a mis en place en ce qui concerne l'information, l'implication et la formation de son personnel soignant, ainsi que l'évaluation du changement.

Certains propos directement issus des entretiens, viendront illustrer la description des résultats et prendront la forme de verbatim en caractère italique.

#### *A. En amont du projet :*

Lors des entretiens, il a semblé intéressant de se demander ce qui avait amené l'Institution à vouloir prendre part de manière officielle à ce projet. Des questions ont été posées en lien avec l'historique du projet, les motivations, les objectifs, la manière de gérer le projet ainsi que les changements que le projet allait amener sur le terrain.

- **Historique du projet :**

Pour essayer de comprendre comment est venue cette réflexion, nous avons questionné les différentes personnes sur l'historique du projet.

L'historique de ce projet comporte deux parties, l'une qui appartient plutôt à l'État Belge et l'autre qui appartient à la Clinique Sans-Souci.

*« le point de base de ce projet, c'est qu'en fait la Belgique a été condamnée par la législation européenne parce qu'on a trop de personnes dans les annexes des prisons et qu'il faut absolument diminuer ça. Donc l'État belge cherche depuis plusieurs mois, ou même deux ou trois ans (je ne connais plus exactement le délai). L'état belge cherche des solutions pour sortir ces patients. » (Entretien 4)*

En réalité, l'accueil de ces patients se fait déjà dans l'Institution et plus précisément dans un des pôles de la Clinique : le Pôle Psychose.

*« historiquement, on a toujours accueilli des personnes internées. » (Entretien 3)*

*« En fait, c'est un projet qui était établi de façon implicite, de façon non formulée, de façon non symbolisée (comme on dirait, puisqu'on est en psychiatrie), qui existait déjà, puisque dans la clinique ici, nous avons déjà petit à petit, au fur et à mesure des admissions, intégré dans les unités de soins, des patients qui étaient sous statut d'internement. » (Entretien 2)*

*« L'idée d'accueillir des personnes en libération à l'essai, des internés, on en avait quand même régulièrement. » (Entretien 3)*

Selon les personnes interrogées, le projet est donc arrivé par deux voies différentes mais qui s'entrecroisent.

Tout d'abord, c'est un des médecins de la Clinique, travaillant dans une autre institution, qui a interpellé les membres du Comité de direction évoquant la possibilité de valoriser ces lits auprès du ministère. Valorisant ainsi le travail qui se faisait en partie de manière non officielle dans l'Institution.

*« à Titeca, ils ont valorisé ces lits-là, car il y a moyen d'avoir plus de personnel et comme ces patients sont quand même là, est-ce que cela ne serait pas une bonne idée pour ici ? » (Entretien 1)*

*« Pour moi, c'est Dr X., à un moment donné, qui est venu avec l'info qu'il y avait une possibilité d'obtenir des agréments pour des places de TSI complémentaires en Belgique, à Bruxelles. Cela représente certains avantages budgétaires au niveau des possibilités d'engagement de personnel. » (Entretien 5)*

*« À un moment donné, il y a eu deux enjeux, c'était de pouvoir accéder à des budgets qui valorisaient le travail qu'on faisait(...) » (Entretien 3)*

Suite à ces interpellations, le Comité de direction s'est donc intéressé à ce qu'il se passait du côté du ministère de la justice pour ces patients.

*« La clinique était plutôt attentive à tout ce qui relève de la santé publique, puisqu'on est un hôpital à priori et donc à un moment donné, nos médecins directeurs et notre directrice générale gestionnaire se sont aperçus que dans le ministère voisin, c'est à dire le ministère de la Justice, il y avait aussi des choses qui étaient pensées pour le trajet de soins des personnes internées et qu'un financement était possible pour renforcer nos équipes de soins. » (Entretien 2)*

Pour mieux comprendre de quoi il s'agissait, l'un des membres du Comité de direction s'est rendu aux différentes réunions.

*« Donc moi, j'ai été à ce moment-là à des réunions TSI, rencontrer les gens du SPF Santé. On a présenté une première fois le projet. Ils ont dit qu'ils écoutaient et que c'était intéressant. » (Entretien 1)*

C'est donc manifestement suite à la présentation du projet de l'Institution, que le ministère de la Santé Publique a recontacté la Clinique.

« On sait qu'à Sans-Souci, vous prenez ce type de patients, pourquoi vous n'introduisez pas un dossier pour structurer et faire connaître votre offre et avoir un peu plus de moyens, sur finalement quelque chose que vous faisiez ? » (Entretien 4)

« Ils ont dit qu'ils libéreraient des budgets pour l'intégration des patients TSI dans des circuits de soins plus classiques et que notre projet correspondait bien à la volonté du SPF Santé publique et qu'on pouvait rentrer un dossier plus complet. Donc, il y a un dossier plus complet qui était rentré et là, la procédure se met en route et on a été agréé. » (Entretien 1)

- Les motivations :

En abordant l'historique du projet, nous avons également évoqué les motivations de l'Institution à vouloir se lancer dans un projet TSI comme celui-ci.

Les différentes personnes interrogées ont mis en avant, l'envie de faire valoriser un travail qui se faisait déjà dans une partie de la Clinique et le sens des lits T.

« L'objectif premier au départ, c'était de se dire on fait ce boulot-là et on n'est pas reconnu pour. On a des lits T qui sont super mal encadrés. » (Entretien 1)

« Et donc, au départ, c'était de valoriser le travail qui était fait avec les lits T. » (Entretien 1)

« Donc, c'était surtout de valoriser ce qui avait déjà été fait. » (Entretien 1)

« Alors la motivation pour participer à ce projet, je pense que d'une part, c'est toujours faire une mission de santé publique et j'ai senti ça comme légitimer quelque chose qu'on faisait déjà, mais qui n'était pas structuré, pour lequel finalement, on ne se faisait pas connaître dans le réseau non plus, parce qu'il y a toute la filière officielle et c'est assez complexe. » (Entretien 4)

En effet, il y a une pression relativement importante depuis la dernière réforme en psychiatrie avec le projet 107, qui visent à diminuer voire faire disparaître ces lits T.

« Pour moi, une motivation importante, c'est qu'on a toujours un agrément de 45 lits A et 80 lits T complets, 10 T de jour, et 10 T de nuit. En travaillant avec autant de places T, on a un financement peu intéressant en termes d'effectifs temps plein personnel et qu'en même temps on fait beaucoup plus avec nos patients que ce qui était initialement demandé avec les normes T. » (Entretien 5)

« Il y a une pression avec le projet 107 depuis tout un temps, il y a une pression politique pour que ces lits soient...réduits tout à fait et que la durée de séjour doive s'écourter. Les lit T, c'est plus la mode, on va dire. » (Entretien 2)

« Donc ajouter ce projet TSI sur les 80 lits T, c'est une façon aussi de dire que ces lits ont un sens. »(Entretien 5)

- Les objectifs :

Après avoir évoqué les motivations à vouloir se lancer dans ce projet TSI, nous avons évoqué les objectifs que poursuivaient la Clinique Sans-Souci.

D'une part, il y avait l'envie de se dire que cela pourrait être plus facile de prendre en charge des patients qui ont un passé carcéral mais qui bénéficient d'un encadrement judiciaire clair.

*« Par rapport au Pôle Dépendance, ce que je me suis dit c'est qu'on n'a pas mal de patients qui ont des problèmes de justice. Est-ce qu'on ne peut pas prendre des patients qui ont des problèmes de justice mais qui ont un encadrement ? Finalement, ce sera peut-être plus facile avec un encadrement comme les gens qui sortent de prison classique. » (Entretien 1)*

D'autre part, la dé-stigmatisation est un des éléments qui fut l'unanimité.

*« On n'avait pas du tout l'envie de créer une unité « TSI » avec des prises en charge particulières. » (Entretien 1)*

*« L'idée c'est que ces patients soient pris en charge comme tous les autres. C'est à dire que, sauf si eux en parlent, et à part l'équipe, personne ne sait spécialement qu'ils sont dans un trajet de soins internés. » (Entretien 1)*

Cette dé-stigmatisation est également l'une des valeurs de la Clinique Sans-Souci. Il semble évident pour les personnes interrogées que ce projet devait s'inscrire dans le respect des valeurs de l'Institution.

*« Ce qui nous semblait important, c'est d'inscrire l'accompagnement de ce type de patients dans les valeurs thérapeutiques de l'institution. Et donc de dire : « on a toujours intégré ce genre de patients dans la clinique comme tout autre patient, comme tout venant. » Peut-être parfois avec certaines précautions parce que de leur trajet ou du référent de leur trajet, il était demandé certaines choses, mais on ne leur donne pas de service attitré. Il n'y a pas de mesures particulières pour ces patients et donc on les considère... comme on veut un maximum les dé-stigmatiser et les prendre en charge, les soigner comme on fait avec les autres. Ça, je pense que c'est une valeur importante. » (Entretien 5)*

- La gestion de projet :

Ce sont également les valeurs qui ont guidé la manière dont le Comité de direction souhaitait gérer le projet.

Pour dé-stigmatiser, la direction de l'Institution a clairement exprimé son souhait de ne pas stigmatiser ces personnes internées dans des unités créées selon leur statut. Pour mener à bien

ce projet, ils étaient conscients de la nécessité d'engager du personnel avec l'idée initiale, d'engager du personnel pour renforcer les équipes en soirée. Cependant pour des raisons budgétaires et parce que le projet est financé par une enveloppe et non par ETP, ils ont dû modifier les procédures d'engagements.

*« Notre première idée, c'était de renforcer les équipes en soirée. On s'est toujours dit on veut que ces patients restent comme jusqu'ici, c'est à dire dans des circuits de soins normaux. On n'avait pas du tout l'envie de créer une unité « TSI » avec des prises en charge particulières. On voulait continuer à prendre ces patients-là de la même manière, de ne rien changer à notre façon de faire à ce niveau-là. » (Entretien 1)*

*« On a donc opté plutôt, d'augmenter le personnel au niveau du centre d'activités, avec du personnel qui allait s'occuper de ces patients-là, mais aussi d'autres patients. Dans le Pôle Psychose, ils étaient plus demandeurs d'ergothérapeutes et au Pôle Dépendance, plutôt de préparation à la sortie. » (Entretien 1)*

Au niveau organisationnel, il semblait peut être plus simple de créer une unité entière dédiée à ces personnes sous statut d'internement. Mais la direction ne retrouvait pas les valeurs de la Clinique dans cette manière de gérer le projet donc elle a choisi la répartition des lits sur plusieurs unités.

*« Et ça, je trouvais que ça n'allait vraiment pas avec la philosophie de Sans souci, qui a toujours été un peu précurseur avec des unités ouvertes où l'on mange à l'extérieur, avoir un restaurant. Et donc ça, c'était vraiment pas notre volonté. » (Entretien 1)*

*« Alors d'une manière un peu particulière, mais ça a tout de suite été accepté aussi par le ministère, on a décidé de ne pas, contrairement à ce qui a été fait d'ailleurs à La forêt de Soignes, cantonner ces cinq lits/cinq places dans une unité. » (Entretien 4)*

*« Donc l'idée, c'est d'avoir une diffusion et donc c'est ça qui était compliqué. » (Entretien 1)*

Les personnes interrogées ont mis en avant l'importance du respect des valeurs de la Clinique, mais l'une d'entre elles, a également évoqué l'importance de proposer un projet innovant et ne ressemblant pas à ce qui existe dans le paysage hospitalier actuel.

*« Alors pour moi, il y avait une réflexion qui était double. C'était de mener un projet un peu sérieux et surtout qu'on respecte les valeurs de la Clinique et tout ce qu'on offre avec tous nos dispositifs de soins, c'est à dire de prendre en considération qu'on est une clinique dite ouverte, foncièrement ouverte avec ses valeurs de libre circulation, et qu'on ne devait pas offrir la même chose que d'autres. » (entretien 3)*

*« C'était quand même l'idée d'avoir quelque chose d'un peu différent, bien pensé et cohérent par rapport aux réformes de loi et aux soins qu'on doit apporter à une personne. Donc je pense qu'il y a quand même au moins un engagement et une profession de foi de le dire ouvertement. C'était une première question pour préparer les choses. » (entretien 3)*

*« Donc l'idée, c'est de prendre une place différente dans ce qui est développé pour l'instant sur Bruxelles, même ailleurs, parce que finalement, ce n'est jamais traité de cette façon-là. L'idée, c'est aussi d'avoir quand même un angle original et innovant... » (entretien 3)*

- **Les changements sur le terrain :**

Après avoir abordé la manière de gérer le projet, il nous semblait important de comprendre quels allaient être les changements engendrés par le projet.

C'est pourquoi, lors des entretiens, nous avons questionné les participants sur les changements qu'ils avaient pu identifier. Ceux-ci ont eu des difficultés à identifier ce que cela allait changer sur le terrain.

*« Si j'étais purement cohérent, j'aimerais dire aucun, parce que c'est tout l'enjeu de ce type de soins. » (Entretien 3)*

*« Les changements sur le terrain, j'ai encore un peu du mal à les envisager. » (Entretien 4)*

*« Mais en soi, personnellement, je ne voyais pas beaucoup en quoi ça allait changer sur le terrain. Parce que ces patients, on les a déjà. » (Entretien 5)*

Nous avons alors, posé la question différemment et nous leur avons demandé de réfléchir à ce qui allait changer dans la manière de travailler et pour qui cela allait changer.

Les participants ont alors mis en avant la collaboration avec la coordinatrice/référente hospitalière pour le TSI. Une personne a été engagée pour remplir différentes missions au sein de la Clinique dans le cadre de ce projet.

*« Et c'est pour ça qu'il y avait, dans les 3.3. ETP, la volonté quand même d'engager quelqu'un qui connaissait ça très bien et donc on a engagé (Au départ, on voulait un trois quart temps, mais ce n'était pas possible pour elle) un mi-temps d'une coordinatrice, une criminologue qui travaille depuis des années dans la défense sociale. » (Entretien 1)*

*« Là, où le changement s'opère sans doute, c'est que nous avons pu engager une coordinatrice du trajet de soins pour les personnes internées qui, elle, a l'expertise du réseau spécifique qui existe déjà de par les projets qui existent auparavant et qui sont beaucoup plus élargis dans d'autres hôpitaux. » (Entretien 2)*

*« Il y a une coordinatrice, donc ça au moins ça donne une structure. C'est quelqu'un qui va porter le projet et le faire comprendre aux équipes. » (Entretien 4)*

Les personnes interrogées ont également évoqué la question du lien. Le lien d'une part avec le réseau, d'autre part entre les professionnels entre eux, et enfin, le lien avec la

coordinatrice. Ces liens-là vont évoluer et changer par rapport aux pratiques habituelles selon elles.

*« Ça c'est important parce que du coup, ça va nous ancrer sur un nouveau réseau et elle connaît surtout toutes les procédures, toutes les étapes nécessaires à ce que le trajet de soins du patient puisse administrativement, en fonction du soin et en fonction de son trajet de justice, être établi correctement. Et là, c'est un travail, un soin formellement social ou psychosocial, ou peut-être même administratif ou juridico-médico-psycho-social. Voilà, ça on avait besoin de l'expertise de quelqu'un parce que c'est quelque chose qu'on s'approprie de façon nouvelle. » (Entretien 2)*

*« Mais je pense qu'il y a inmanquablement des liens qui vont un peu changer entre les travailleurs où à travers d'une unité. Ils ont un lien hiérarchique comme une infirmière avec son infirmière chef... Et d'un autre côté, cette coordinatrice va avoir des liens un peu plus fonctionnels avec le personnel. » (Entretien 4)*

*« Cela veut dire aussi qu'on va aussi être attentifs à être en lien (Ça, c'est le travail de la coordinatrice) avec des institutions qui sont dans la ville, dans la cité, dans l'ambulatoire ou dans le résidentiel, mais de façon plus large que l'hospitalier. » (Entretien 2)*

De l'analyse des entretiens, ressort le regard que les professionnels posent sur les personnes au statut d'internement et sur les fantasmes ainsi que les craintes qu'il peut y avoir à l'égard de ce statut. L'une des personnes interrogées évoque le changement de regard comme étant le changement principal à faire plutôt que de modifier les pratiques de soins.

*« Il faut d'abord s'approprier le projet, il faut se retirer les craintes, tous les fantasmes qu'on peut avoir autour de ces patients-là. » (Entretien 1)*

*« Alors pour moi, s'il y avait des changements, ce n'est pas tellement dans les pratiques, mais plutôt dans le regard qu'on pose sur ces personnes. » (Entretien 3)*

Cependant, deux des entretiens mettent en évidence une possibilité de changement dans nos pratiques de soins et mettent l'accent sur des processus tels que la gestion des conflits, les admissions... Ces deux personnes restent néanmoins prudentes en rappelant qu'il s'agit de changements possibles et non certains.

*« Au pôle dépendance, j'imagine que ce sera en lien avec les produits et la dépendance aux produits qu'on pourrait... peut-être que ce sont des patients qui sont arrivés dans un statut d'internement à cause de certains abus ou à cause de comportements antisociaux liés à un abus de substances. (...) Donc peut-être qu'on va avoir plus des patients qui, quand ils ont consommé, ils perdent le sens des limites, ils perdent le contrôle... ça, ça peut être un changement non ? »*

## *B. L'information :*

Après avoir questionné l'historique du projet, les objectifs de celui-ci et les changements que cela pouvait engendrer sur le terrain, nous voulions comprendre comment avaient été communiquées les ambitions du projet ainsi que la nature du changement.

L'analyse des entretiens montrent que les personnes interrogées sont toutes d'accord pour dire que la communication n'a pas été bien faite. Il s'agit là, d'un constat unanime.

*« Alors ça, ça a été un peu le cafouillage. » (Entretien 1)*

*« En ce qui me concerne dans ma tête, c'est un des moments où il n'y a pas eu de communication avec la direction, c'était un peu disjoint. » (Entretien 3)*

*« Mais il m'est revenu, et nous, on en a rediscuté au niveau du comité de direction et je sais que c'était discuté au niveau des CID, des équipes... c'est que visiblement on n'a pas bien communiqué... » (Entretien 4)*

*« Je pense que ça n'a pas été bien communiqué. » (Entretien 5)*

Nous avons alors interrogé les raisons de cette mauvaise communication au sein de l'Institution. A nouveau, les personnes interrogées semblent avoir identifié des raisons similaires telles que la vitesse à laquelle, l'agrément a été reçu. Elles expliquent avoir mal anticipé cette vitesse à laquelle ils ont obtenu l'agrément et donc le budget pour les engagements. Une fois, l'agrément et les budgets reçus, il y avait une urgence de pouvoir justifier deux choses : l'occupation des lits par des personnes sous statut d'internement et l'engagement de personnel supplémentaire.

*« Là, on s'est dit, il faut qu'on engage, sinon c'est du budget perdu. Et puis à partir du 1<sup>er</sup> juillet, on est agréé, donc il nous faut les 85 % de taux d'occupation rapidement donc il nous faut des gens rapidement. » (Entretien 1)*

*« Pour moi pas, quand on a eu l'info, je pense que c'était fin juin, qu'on a eu l'info qui disait : « on vous donne un agrément pour cinq places et on vous donne un financement d'autant. » Ça voulait dire que, à partir du 1<sup>er</sup> juillet, il compte l'occupation des 5 places. » (Entretien 5)*

L'analyse des entretiens montrent également que le timing ne semblait pas propice aux engagements. En effet, l'agrément a été donné début juillet alors que les profils à engager n'avaient pas encore été déterminés totalement, qu'il y avait le souhait d'engager d'abord la référente/coordinatrice avant d'engager d'autres membres du personnel.

*« Parce que du coup, on s'est retrouvé aussi dans une situation où les choix se sont posés sur les fonctions à engager et quelles missions demander à ces personnes. » (Entretien 5)*

*« Mais évidemment, à un moment, ce qu'on a voulu aussi, c'est d'avoir la coordinatrice avant d'engager les gens. Mais ça ne s'est pas tout à fait mis dans le même délai. Donc, je pense qu'il y a eu un petit peu de cafouillis. » (Entretien 4)*

*« Pas si simple pour moi d'aller faire un profil de fonction d'une fonction nouvelle que je ne connaissais pas. » (Entretien 2)*

Les équipes ne semblent pas tellement avoir été sensibilisées à cette urgence de devoir changer. Urgence, qui comme on vient de le montrer, s'explique par la vitesse à laquelle l'agrément a été donné et à laquelle les budgets pour les engagements, ont été octroyés. Il a alors été demandé aux personnes interrogées, de réfléchir à ce qu'elles feraient différemment si elles en avaient la possibilité. Elles ont mis en avant le fait de réfléchir davantage au timing et à la manière de communiquer les informations mais également au contenu de l'information à communiquer.

Tout d'abord, le timing n'était pas le bon selon les personnes interrogées et il aurait été préférable d'attendre le mois de septembre, après les congés de tous et que la communication ait pu se faire dans l'ensemble de équipes.

*« À refaire, je le ferais en septembre, à la rentrée, où tout le monde est là, avec une meilleure communication. » (Entretien 1)*

Ensuite, l'idée de communiquer aux équipes par le biais de la référente/coordinatrice, semble être le moyen identifié comme étant le plus adéquat par plusieurs des personnes interrogées. Notamment, une présentation avec les explications nécessaires sur le projet et le changement. Réaliser une note écrite et accessible à l'ensemble des équipes ainsi que prévoir un moment de rencontre entre la direction et les équipes auraient constitué, toujours d'après ces personnes interrogées, une démarche plus appropriée. Par rapport à la manière de communiquer, certaines personnes ont évoqués les différents organes adéquats qui auraient dû être utilisés davantage et peut-être plus tôt dans la réflexion du projet. L'interCID, les CID et le Conseil Médical ont été identifiés comme étant les organes adéquats pour faire passer la communication. Selon l'une des personnes interrogées, les discussions seraient restées trop longtemps dans le cercle fermé de la direction et du responsable du projet.

« Donc in fine, je pense qu'on aurait dû, et je sais que ça va se faire maintenant, même avec un peu de retard (avant, pendant, rien n'est mal fait). On va organiser le fait que la coordinatrice va faire une présentation pour l'ensemble de la clinique pour essayer d'un peu expliquer le projet et voir comment ça va se mettre en place. Je pense qu'on aurait dû faire une note écrite peut être un peu plus claire et la communiquer à toutes les équipes soit dans les équipes, soit en global et provoquer un moment de communication et de questions-réponses. » (Entretien 4)

« Après coup, je dirais qu'on aurait dû, les six premiers mois de l'année, profiter de cette période-là pour par exemple déjà plus en parler en InterCID et voir par la suite comment les différentes CID pouvaient mettre cela en lien avec l'équipe. (...) Si on avait commencé plus tôt à en parler avec les InterCID, on aurait eu plus de chances, plus d'opportunités à échanger sur qu'est ce qui serait intéressant. » (Entretien 5)

« La discussion, pour moi, elle est restée trop longtemps dans le cercle réduit du comité de direction et A. »(Entretien 5)

Et enfin, le contenu des informations semblent primordial. En effet, l'une des personnes interrogées met l'accent sur le fait que le rôle, les fonctions et les engagements n'ont pas été expliqués de la bonne manière.

« Si je reviens là-dessus, c'est que par exemple, un des trucs où ça a cafouillé ou que ça a été mal expliqué dans le projet que j'ai donné, c'est que l'engagement ça reste sur un budget TSI, mais l'engagement a été fait, dans un premier temps, et publié sur l'idée que c'est pour s'occuper des gens internés. Pour moi, ça, ça donne une différence fondamentale qui crée déjà l'idée ou la mission en s'occupant de gens internés c'est qu'ils ont besoin de soins plus spécifiques. » (Entretien 3)

### C. L'implication :

Afin de comprendre comment l'Institution peut accompagner les soignants dans ce changement, il nous semblait intéressant de comprendre quels allaient être les impacts sur leur travail. Pour cela, nous avons demandé aux personnes interrogées, d'imaginer quels soignants seraient impactés et comment ils allaient l'être.

Après analyse des entretiens, il ressort que les professions qui vont majoritairement être impactées sont l'infirmier référent, le médecin psychiatre et l'assistant social.

« Et cela va changer quelque chose, je pense peut-être plus au niveau du travail social parce qu'il y a des données sociales qui seront sans doute différentes. Peut-être aussi pour les infirmiers référents un moment qui auront à comprendre ce que c'est qu'un trajet de soins. » (Entretien 2)

« Mais sur le plan infirmier, il va y avoir, au pôle dépendance, des patients qui sont dans un dans un TSI et donc le référent va devoir en tenir compte. » (Entretien 5)

Il y a plusieurs impacts à différents niveaux qui ont été identifiés. Notamment au niveau de certains processus, comme le processus d'admission, la préparation à la sortie et la question des passages à l'acte. Ces processus soulèvent en effet, la question de la responsabilité et du lien avec les instances judiciaires.

*« Je pense que le plus gros impact, ça va être la préparation, la sortie. Avec ces patients-là, on ne pourra pas se permettre de se dire bon, il fait ou il ne fait pas quoi. Puisqu'on a quand même une part de responsabilité là-dedans. » ... « Il faudra quand ils sortent, prévenir les instances... Ce sont des patients qui ont quand même une surveillance judiciaire et donc le plus gros impact ça va être ça, c'est comment ne pas perdre, ne pas devenir un organe sécuritaire, mais en même temps on ne peut pas nier le fait qu'il n'y a rien à faire, puisqu'il y a un côté sécuritaire dans notre projet de soins pour internés et donc c'est vraiment vers la sortie et du côté du passage à l'acte que ça va être le plus compliqué. » (Entretien 1)*

*« Je pense que ça va sans doute changer quelque chose pour le lien avec la cellule d'admission. » (Entretien 2)*

Cependant, les personnes interrogées ne sont pas tout à fait d'accord sur ce qui va changer et pour qui. Certaines affirment que le travail des assistants sociaux sera totalement à l'identique puisque ceux-ci seront dégagés de toutes les tâches spécifiques liées au TSI, grâce à la présence de la coordinatrice. D'autres estiment qu'au contraire, ces personnes seront intégrés au réseau TSI des patients et devront donc collaborer davantage avec l'extérieur et le réseau en question ainsi qu'avec la nouvelle fonction de la référente/coordinatrice.

*« (...)mais c'est avant tout l'idée d'avoir une référente, qui peut aussi par rapport aux personnes qu'on accueille (les patients) être une référente par rapport à certaines questions particulières de loi et qui, du coup, devrait désengager l'assistante sociale qui aurait à continuer de faire un travail totalement à l'identique. » (Entretien 3)*

*« C'est sûr que les assistants sociaux, la coordinatrice, le médecin responsable vont...on commence à être intégrés au réseau TSI, donc ça va impliquer probablement plus des contacts à l'extérieur, des visites, une ouverture. » (Entretien 4)*

De plus, les infirmiers référents seront également amenés à devoir tenir compte du trajet de soins du patient puisqu'il fait partie de sa réhabilitation psychosociale. De ce fait, les infirmiers référents seront également amenés à collaborer avec les équipes TSI et donc le réseau de soins.

Encore une fois, cet avis n'est pas unanime. Une personne expliquait lors de son entretien, que pour elle, les contacts par rapport aux soins seront identiques. Une autre personne expliquait qu'il s'agissait de patients normaux qui avaient juste un statut différent.

*« C'est a priori exactement les mêmes types de contacts par rapport aux soins. » (Entretien 3)*

*« Mais j'avoue que je n'arrive pas à y voir très clair parce que pour l'expérience que j'en ai de l'autre côté, en fait, ces patients, c'est des patients normaux. Ils ont un statut administratif, social différent. » (Entretien 4)*

Nous avons alors demandé aux personnes interrogées s'ils avaient pu communiquer sur les impacts ou sur le fait qu'il n'y aurait pas d'impact au contraire. Après analyse, il semblerait que la communication ait été assez limitée au sujet des impacts.

*« Je pense pas qu'on ait communiqué. On en a un peu parlé, mais pas assez sans doute. » (Entretien 1)*

*« Je pense qu'on ne l'a pas fait vraiment longtemps avant. On comptait sur la coordinatrice pour prendre le projet en charge. » (Entretien 4)*

*« Mais on s'est limité à l'impact du travail de réseau avec H. et Dr A. » (Entretien 5)*

Cependant, quand on questionne davantage, il semblerait que des liens ont été établis rapidement justement pour expliquer certains impacts. Il y a eu une rencontre entre la référente/coordinatrice et une rencontre avec la cellule d'admission.

*« Oui alors la référente des assistants sociaux et la coordinatrice ont été en lien très vite dès qu'elle est arrivée. Je pense que le contact avec la cellule d'admission a été établi très vite aussi avec Dr A. » (Entretien 2)*

Des lieux pour communiquer ces impacts ont été abordés lors des entretiens. Il est notamment ressorti que la question des impacts avait pu être abordée lors des réunions InterCID<sup>12</sup> et des réunions infirmiers-chefs.

*« Oui, cela a été communiqué en InterCID et pour moi, ça a été communiqué aussi dans une réunion infirmiers-chefs. » (Entretien 5)*

Nous avons, ensuite, demandé aux personnes interrogées comment elles avaient pensé l'implication des soignants dans ce changement. Nous pensions qu'il était intéressant de comprendre ce qu'elles connaissaient de la motivation des soignants à prendre part à ce changement et ce que l'institution pourrait mettre en place pour les accompagner dans ce changement. La question de la motivation ne semble pas vraiment avoir été posée.

---

<sup>12</sup> Organe composé des directions médicale, infirmière et paramédicale de chaque unité ainsi que du comité de direction de la Clinique Sans-Souci.

« On est en plein dedans donc c'est compliqué quand même ta question puisque c'est maintenant que ça commence. Nous, on a eu peu des patients avant, le changement n'est pas vraiment lancé et donc je pense que c'est maintenant que ça va démarrer.

Et c'est vrai, que tes questions soulèvent effectivement l'idée que peut être on n'en parle pas assez et qu'on aurait peut-être plus dû réfléchir à ça. Moi, c'est vrai que j'attends que la coordinatrice (Je sais pas si elle a déjà pris contact avec S. pour cette première réunion) pour qu'elle puisse venir nous expliquer un peu tout ça. Et donc à ce moment-là, qu'on puisse vraiment mesurer ce que l'on est prêt à faire et ce que l'on n'est pas prêts à faire. Je pense que c'est en réunion d'équipe que ça doit se faire. » (Entretien 1)

« On a bien cité le paradoxe au début, en soi, c'est un changement qui ne va pas trop changer. » (Entretien 2)

« Je ne pense pas qu'on a... Pour moi, en tant que comité de direction, on n'a pas vraiment été évaluer ça. On s'est basé, je dirais d'une part sur l'expérience de B., qui lui à coté de directeur médical est aussi psychiatre dans l'unité qui en a parlé quand même dans l'équipe, je pense dans des réunions avec l'équipe ou avec la CID. Et puis, je suis pour ma part aussi fort parti sur l'idée que c'est une façon de renforcer le sens de nos de nos lits hospitaliers dans le paysage. Donc qui pourrait s'y opposer? Qui pourrait ne pas comprendre ça? On a, je pense bien, peut-être géré ce truc un peu trop en bon père de famille qui croit savoir ce qui est bon pour ses enfants. Et ça montre qu'on a vraiment un problème de communication. De la direction avec les équipes, je pense. » (Entretien 5)

Par contre, plusieurs des personnes interrogées ont évoqué la nécessité de rassurer les soignants sur les nouvelles pratiques de soins qui n'allaient en réalité pas changer de manière significative.

*« Donc le but c'était de dire on a un peu plus d'effectifs, on va faire un travail avec eux, on va se former et on va essayer de maintenir le cap et vous verrez, ça ne sera pas tellement différent et qu'il ne faut pas trop s'effrayer. » (Entretien 1)*

#### D. La formation et l'application sur le terrain :

Après avoir discuté des impacts du changement nous avons demandé aux personnes interrogées si elles pensaient qu'il serait judicieux de faire une analyse des besoins sur le terrain. Nous avons également demandé ce que l'Institution pourrait mettre en place pour que les soignants puissent faire le changement en ayant toutes les compétences et les capacités nécessaires.

Il est apparu évident, après analyse des entretiens, que la personne la plus compétente pour faire cette analyse serait la référente/coordinatrice. Et qu'elle pourrait lors de rencontres officielles avec les équipes, entendre les besoins soumis par les équipes et voir avec la direction ce qui est possible de mettre en place pour y répondre.

De plus, l'Institution avec la référente/coordinatrice, a déjà pensé à certains outils à mettre en place, notamment : une formation concernant la loi et le trajet de soins internés et la responsabilité, la rédaction d'un power-point accessible à tous, une invitation de personnes externes qui ont cette expérience de TSI, la distribution d'un dépliant éventuellement, des supervisions également...

*« C'est un peu un hasard, mais on a un superviseur qui s'y connaît bien. J'avoue que moi, je n'ai pas été stratégique en me disant on va retrouver un superviseur que cela n'effraye pas trop et qui connaît bien le domaine. Mais il se fait qu'on a un, donc c'est vrai que ça c'est plutôt chouette. Je trouve déjà qu'à la dernière supervision quand elle parle de la responsabilité, sur ce que nous portons et ce qui appartient au patient. Je pense que vraiment ça, c'est une bonne chose. » (Entretien 1)*

*« Je ne sais pas si c'est la voie qu'elle va prendre, mais on a parlé d'inviter des personnes pour une conférence du jeudi, des personnes externes. Cela est un élément. On a parlé d'un PowerPoint qu'elle pourrait faire de façon à ce que quand elle rencontre les équipes, l'équipe des sociaux, avec des slides qui puissent plus expliquer de quoi il s'agit, qu'elle mette des outils en place. » (Entretien 2)*

*« Donc on n'a pas déterminé comment ça devait se passer. Mais bon, un support réécrit éventuellement sous forme de dépliant. Et il y aura une communication aussi qu'on pourrait mettre sur le site internet, ce qu'il n'y a pas encore du tout non plus. Mais ça, c'est d'elle que ça doit venir. » (Entretien 4)*

Si les rencontres avec la référente/coordinatrice semblaient évidentes pour l'ensemble des personnes interrogées, elles ont également souligné qu'ils existent toujours les différents organes tels que l'interCID, les CID, le Conseil Médical et les réunions infirmiers-chefs, pour exprimer des craintes, des besoins...

*« Mais il est prévu, je crois, que H. et Dr A. rencontrent les différentes équipes. Je ne sais plus si c'était prévu que ce soit équipe par équipe ou est-ce que c'était prévu? (...) D'accord, cela c'est quand même un premier pas pour clarifier quelles sont les attentes de la part des autorités et du réseau internement. Quelles sont les choses que H. doit faire et comment elle peut, elle les réaliser? Cette rencontre vous a permis aussi, en tant qu'équipe, de peut-être exprimer des craintes, exprimer des besoins, de comprendre les lacunes. » (Entretien 5)*

#### E. L'évaluation :

Comme pour tout projet et tout changement, il y a une phase d'évaluation. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes demandés quelles étaient les étapes du changement et comment la direction avait prévu d'évaluer le changement.

Les réponses obtenues ont fait référence à des indicateurs développés lors d'un rapport annuel rédigé par la référente/coordinatrice à destination des autorités. L'espoir de pouvoir

rendre ce rapport public et que l'ensemble des personnes concernées par le changement puisse le consulter, a été mis en mis avant par plusieurs des personnes interrogées. Les organes identifiés pour communiquer, sont toujours les mêmes : InterCID, CID, Conseil Médical, réunions infirmiers chefs.

*« Alors ce qui est prévu, c'est que le premier rapport d'activité c'est au niveau du mois de mars que le rapport d'activité est principalement rédigé par la référente avec moi qui co-signe. Celui-ci qui est présenté à la direction. On ne le fait pas parce que ce n'est qu'un truc pour l'argent mais parce que c'est un truc intéressant avec la direction, pour l'état des personnes qu'on accueille, les personnes qu'on a acceptées et leur trajet, leurs sorties vers où ils sont sortis et quel profil ils ont, les personnes qu'on a refusé pourquoi on les a refusées... Voir s'il y a eu des incidents particuliers. Que l'on fasse un feedback de ces statistiques-là au niveau de la direction, et qu'avec la direction, on voit ce que l'on en fait au niveau l'institution. Donc ça va être avec un recul de six mois. C'est ce qui me paraît être un truc qui marche. »(Entretien 3)*

*« J'ose espérer que ce rapport, ça va être quelque chose de public. En principe, il n'y a pas de secret là-dedans pour nos équipes et c'est important. Je crois qu'elle doit produire un rapport d'activités annuel. Donc c'est logique que ce rapport soit communiqué aussi à l'ensemble des personnes qui sont concernées. (...) Ce rapport est aussi l'occasion déjà d'un moment d'évaluation et c'est aussi l'occasion de faire entendre éventuellement ou de faire écho par rapport à comment les choses se déroulent dans le quotidien des différentes équipes. Et peut-être que ce quotidien, il est très différent aussi d'une unité à l'autre, en fonction du type de patient, en fonction. » (Entretien 5)*

Mais en terme de gestion du changement, l'évaluation ne semble pas avoir été une étape préparée.

*« Écoute, honnêtement, ça n'a pas été pensé. Je crois qu'on n'a pas été très prospectif et je pense qu'on a beaucoup à apprendre en matière de gestion du changement. » (Entretien 4)*

Le guide d'entretien prévoyait une question sur la manière dont la direction comptait remercier le personnel soignant pour avoir pris part au changement mais cette question n'a pas été posée. En effet, lors de l'inauguration des nouveaux bâtiments de la Clinique en octobre 2022, la direction a choisi ce moment-là pour remercier le personnel soignant.

#### F. A retenir :

Une dernière question a été posée à l'ensemble des personnes rencontrées. Il semblait intéressant de s'arrêter sur ce qu'ils avaient retenu des changements précédemment faits dans la Clinique. Après analyse, deux idées ressortent principalement : la communication et le lien avec le réseau. La communication nécessiterait d'être améliorée au sein de la Clinique et davantage s'insérer dans le réseau semble être important à développer. La dimension individuelle du changement n'est pas apparue comme étant une évidence.

*« Une meilleure communication. Ça clairement, on l'a entendu, de moins se précipiter aussi et de plus réfléchir les choses avant de les implanter. Et alors savoir comment on va s'insérer dans le réseau. » (entretien 1)*

*« Je pense qu'on a des difficultés à conceptualiser ce qu'on fait, à l'écrire, à le dire, à en parler (...) Donc le changement, c'est aussi un changement sans doute individuel, propre à chacun. » (Entretien 2)*

*« Parce que je trouve, que comme toutes les institutions psychiatriques, la Clinique Sans-Souci a quand même souvent été très fermée sur elle-même et pas ouverte du tout à ce qu'est le réseau extérieur. Moi je trouve vraiment que le positionnement à ce niveau-là, au niveau du réseau c'était vraiment des changements où tout finalement n'a pas été que... » (Entretien 3)*

*« Qu'il faut beaucoup plus et mieux communiquer avec les équipes, avec des travailleurs de terrain et profiter de cette communication aussi pour donner une assise plus stable à ce changement. » (Entretien 5)*

#### 2.5.4. Résultats issus des ateliers

Les résultats issus des trois ateliers, sont présentés sous forme de tableaux. Ces tableaux ont été construits à partir du modèle théorique développé par Prosci ®, qui a été présenté dans la partie théorique de ce mémoire.

A la suite de ces tableaux, seront mis en avant les natures d'impact ayant un degré supérieur à trois, identifiées comme nécessitant une intervention de la direction. Enfin, nous présenterons les besoins liés à ces natures d'impact ainsi que les interventions que pourrait proposer la direction.

A. Atelier n°1 :

Tableau 5 : Résultats issus de la grille d'impacts de l'atelier n°1

Natures d'impact	Avant le changement	Après le changement	Degré 0-5
<b>Processus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidatures : Elles se font par téléphone et en présentiel (sur base d'un rapport médical et d'une réflexion par rapport à la demande du patient)</li> <li>- Sortie : Nécessite une préparation mais le patient est libre de l'organiser comme il le souhaite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidatures : Elles se feront uniquement en présentiel et en collaboration avec le réseau dans un contexte de contrainte médico-légale récent. Le rapport médical et la réflexion font toujours partie du processus.</li> <li>- Sortie : Obligation de collaborer avec le réseau, le patient n'a plus la liberté de sortir sans structure de soins définie.</li> </ul>	$\mu = 2,5$
<b>Systèmes</b>	Travail pluridisciplinaire en équipe sans obligation de collaboration avec le réseau.	Travail pluridisciplinaire, travail avec le réseau (assistant de justice, équipes TSI) et travail avec la coordinatrice.	$\mu = 4$
<b>Outils</b>	Contrat d'activité thérapeutique, le cadre, le lien et l'architecture.	Les outils sont toujours identiques mais le cadre change (cf la loi, il est plus figé qu'avant) et entretiens avec le réseau. Les soignants se posent la question du secret médical dans l'outil informatique (les informations médicales sont-elles consultables par plusieurs personnes ?)	$\mu = 2,5$
<b>Rôles</b>	Fonctionnement par entretiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeutes : le rôle est encore en définition.</li> <li>- Coordinatrice : Elle pourrait faire tiers avec l'équipe (apport médico-légal)</li> <li>- Infirmier : ils se sentent moins coincés avec des aspects non maîtrisés grâce à la présence de la coordinatrice</li> </ul>	$\mu = 2,5$

<b>Comportements critiques</b>	Time Out, rupture de contrat, TPR <sup>13</sup> , règlement déterminé	Le patient retournerait dans la structure qui l'envoie s'il y a un non-respect des règles. L'application des règles semblent plus compliquée car les conséquences ne sont pas les mêmes pour le patient. Il y a une nécessité de trianguler avec la coordinatrice.	$\mu = 3$
<b>État d'esprit/attitudes/croyances</b>	Les soignants faisaient leur prise en soins dans un climat d'empathie et de bienveillance principalement.	Après le changement, apparaisse des appréhensions, de l'inquiétude, de l'insécurité, l'inconnu, de la peur par rapport aux actes, des questions par rapport à la responsabilité de soignant. La projection et la trajectoire de soins semblent plus compliquées. Il y a un sentiment d'être piégé dans un certain cadre par le lien avec la justice.	$\mu = 4$
<b>Structure hiérarchique</b>	Collaboration d'équipes, les CID <sup>14</sup>	La structure hiérarchique reste la même mais la fonction de la coordinatrice est nouvelle.	$\mu = 2$
<b>Évaluation performance</b>	Entretiens, staff pluridisciplinaire, référence infirmière, les bilans d'objectifs.	L'évaluation des performances est toujours identique mais il y a désormais des entretiens plus soutenus avec le réseau (médico-légal) pour évaluer l'état d'avancement du projet.	$\mu = 2$
<b>Rémunération</b>	/	/	0
<b>Localisation</b>	La clinique et le réseau « habituel »	La localisation reste la même mais entre en jeu le réseau judiciaire.	$\mu = 3,5$

<sup>13</sup> TPR : Temps de Protection et de Réflexion : Consiste en une période de 7 jours qui suit une re-consommation, où la personne n'a pas la possibilité de sortir de l'unité afin de se protéger de l'extérieur et de réfléchir à ce qui s'est passé.

<sup>14</sup> CID : Concertation InterDisciplinaire

Les natures d'impact ayant un degré supérieur à trois et ayant été identifiées comme nécessitant une intervention de la direction sont les suivantes :

- 1) Systèmes,
- 2) Comportements critiques,
- 3) États d'esprit/attitudes/croyances,
- 4) Localisation.

Les besoins mis en avant par rapport à ces 4 natures sont les suivants :

- Le besoin de connaissances sur le réseau, la loi, le statut d'interné et le rôle propre infirmier
- Le besoin d'évaluation et notamment d'évaluer les performances
- Le besoin de comprendre l'urgence de ce changement
- Le besoin de communication
- Le besoin de temps
- Le besoin de comprendre la manière dont fonctionnent les autres institutions inscrites dans ce projet.
- Le besoin de réassurance

En lien avec ces besoins, les participants ont émis des pistes qui pourraient être mises en place pour répondre à ces besoins :

- Formation ou des conférences en lien avec l'aspect législatif
- Déterminer des moments d'évaluation
- Supervisions d'équipe
- Rencontrer le réseau et les équipes TSI
- Constellations<sup>15</sup> avec les équipes
- Rencontrer un spécialiste sur la question de l'internement
- Communiquer de manière transparente via la plateforme interne de l'institution

---

<sup>15</sup> Ce sont des réunions qui concernent une situation bien précise et qui réunissent les personnes ayant vécu la situation, afin de faire un débriefing de ce qui s'est passé.

B. Atelier n°2 :

Tableau 6 : Résultats issus de la grille d'impacts de l'atelier n°2

Natures d'impact	Avant le changement	Après le changement	Degré 0-5
<b>Processus</b>	- Candidatures : Elles se font par présentiel et par téléphone	- Candidatures : Elles se feront uniquement en présentiel et une importance sera portée au statut interne du patient.	$\mu = 1,5$
<b>Systèmes</b>	Collaboration équipe/pôle pluridisciplinaire, peu de liens avec le réseau	La collaboration ne s'arrête pas à l'équipe ou au pôle mais il faut collaborer avec la coordinatrice, le réseau et les équipes TSI.	$\mu = 3$
<b>Outils</b>	Rapport médical, DPI(dossier patient informatisé), supervisions, staffs hebdomadaires et organisationnels	Des adaptations seront nécessaires dans les outils (DPI, supervisions), staff avec la coordinatrice, entretiens équipe TSI, personnel engagé	$\mu = 3$
<b>Rôles</b>	Entretiens, référence, pair-aidance	Présence infirmière renforcée lors des entretiens avec l'assistant social, avec les équipes mobiles, Pair-aidant : vécu différent	$\mu = 2,75$
<b>Comportements critiques</b>	Pour répondre aux comportements critiques, il y a le TPR(Temps de protection et de réflexion), Time Out, recadrage par rapport au règlement	Questionnement quant aux procédures légales plus strictes, à l'adaptation du règlement et la marge de manœuvre qui appartient encore aux soignants. Car si l'on respecte les règles, la personne retourne en prison.	$\mu = 3$

<b>État d'esprit/attitudes /croyances</b>	Travail de relation d'aide	Pour certains il y a davantage d'insécurité, et pour d'autres, davantage d'empathie car les problèmes sont plus sociaux que psychiatriques. Certains se sentent mitigés, impuissants, ont des préjugés, ont peur et sont vigilants.	$\mu = 3$
<b>Structure hiérarchique</b>	La collaboration d'équipe	On doit rendre des « comptes » à la coordinatrice et aux équipes TSI	$\mu = 3,5$
<b>Évaluation performance</b>	L'évaluation se faisait sur base de la qualité de la réintégration, les entretiens, les bilans et le staff	L'évaluation se fera sur la qualité de la réintégration sociale, le non-retour en prison, via les entretiens, les bilans et le staff	$\mu = 3$
<b>Rémunération</b>	/	/	0
<b>Localisation</b>	Toutes les unités de la Clinique.	La Clinique sauf la rotonde car les patients ne seront jamais hospitalisés dans cette unité.	0

Les natures d'impact ayant le degré le plus élevé sont les suivantes :

- 1) Systèmes
- 2) Outils
- 3) Comportements critiques
- 4) Attitudes/croyances et état d'esprit
- 5) Structure hiérarchique
- 6) Évaluation de la performance

Les besoins mis en avant par rapport à ces 4 natures sont les suivants :

- Le besoin de connaissances sur le réseau et la loi
- Le besoin d'évaluation
- Le besoin de comprendre l'urgence de ce changement
- Le besoin de comprendre les trajets de soins
- Le besoin de communication

En lien avec ces besoins, les participants ont émis des pistes qui pourraient être mises en place pour répondre à ces besoins :

- Formation ou des conférences en lien avec l'aspect législatif
- Déterminer des moments d'évaluation
- Intervisions d'équipe
- Avoir davantage de pair-aidant avec un vécu carcéral
- Rencontrer d'autres institutions

### C. Atelier n°3 :

Tableau 7 : Résultats issus de la grille d'impacts de l'atelier n°3

Natures d'impact	Avant le changement	Après le changement	Degré 0-5
<b>Processus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidatures : Elles se font par l'infirmier ou un paramédical (en présentiel et par téléphone)</li> <li>- Interruption d'hospitalisation : Elle relève d'une décision médicale.</li> <li>- Sortie : Elle est préparée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidatures : Elles sont validées par l'avis du psychiatre, organisées par la coordinatrice, il y a un rapport de justice, elles se déroulent uniquement en présentiel, la demande de prise en charge arrive chez la coordinatrice et le Dr A., il y a des candidatures en prison faites par la coordinatrice.</li> <li>- Interruption d'hospitalisation : C'est plus long pour être concrétisé (cela doit passer par la coordinatrice)</li> <li>- Sortie : Les possibilités sont plus restreintes.</li> </ul>	$\mu = 4$
<b>Systèmes</b>	Travail en équipe pluridisciplinaire et avec le réseau	Travail en équipe pluridisciplinaire, collaboration avec la coordinatrice et le réseau judiciaire	$\mu = 4$
<b>Outils</b>	DPI, entretiens, CAT(contrat d'activités thérapeutiques), programme d'activités, référence, module d'hospitalisation, TPR	Ce sont les mêmes outils mais il y a la création d'un onglet DPI spécifique à la coordinatrice, des entretiens avec la coordinatrice, une concertation avec le réseau. Des questions demeurent sur le module d'hospitalisation qu'il faudrait adapter en fonction de l'endroit où iront ces patients et sur qui contacter et comment communiquer avec la justice le week-end.	$\mu = 3$
<b>Rôles</b>	Personnes de référence, suivi infirmier	Quelle est la place de la coordinatrice dans certaines décisions par rapport au projet ? Il faut un apprentissage de la problématique, une nouvelle relation thérapeutique, un nouveau	$\mu = 3$

		rôle, un suivi plus strict avec les intervenants, présence infirmière plus assidue avec les AS et la coordinatrice.	
<b>Comportements critiques</b>	La réponse aux comportements critiques relève d'une gestion en interne, les exclusions se font sur décision médicale après concertation en équipe. Des Time Out sont possibles.	Il y aura plus de contacts judiciaires, il faudra réévaluer le règlement selon les conditions, il y aura davantage de contacts avec les équipes TSI et le réseau judiciaire. La durée est allongée entre les décisions et le résultat.	$\mu = 4$
<b>État d'esprit/attitudes/croyances</b>	Certains ont relevé les préjugés déjà présents quant à un parcours carcéral, de la méfiance, de la peur. Cependant d'autres disent être plus à l'aise.	Il y a une augmentation des préjugés quant aux actes délictueux mais qui peuvent être atténués avec les candidatures et la présence de la coordinatrice. Un sentiment de sécurité est mis en avant et réassurance par un cadre officiel. D'autres citent tout de même de la peur, le peu de connaissances, l'inconnu et la méfiance.	$\mu = 4$
<b>Structure hiérarchique</b>	Pouvoir de l'équipe pluridisciplinaire, pas d'organisation spécifique, infirmiers et paramédicaux plus autonomes	Introduction du pouvoir de la justice, mais quel sera-t-il ? Création d'un poste de coordinatrice, plus de collaboration avec le psychiatre et les autres intervenants	$\mu = 4$
<b>Évaluation performance</b>	L'évaluation se fait par les bilans, mais il n'y a pas de spécificités particulières.	Le bilan se fera avec le réseau, il y aura une organisation plus méthodologique avec la coordinatrice et le médecin responsable.	$\mu = 3$
<b>Rémunération</b>	Financement classique des hôpitaux	Pour l'institution : projet pilote avec subsides pour ouvrir des postes avec occupation des lits à 90%, pas de changement au niveau individuel.	$\mu = 0$
<b>Localisation</b>	Uniquement au pôle psychose de la Clinique	La Clinique sauf l'unité de la Rotonde.	$\mu = 1$

Les natures d'impact ayant le degré le plus élevé sont les suivantes :

- 1) Processus
- 2) Systèmes
- 3) Comportements critiques,
- 4) Structure hiérarchique

Les besoins mis en avant par rapport à ces 4 natures sont les suivants :

- Le besoin de connaissances sur le réseau, la loi et les termes spécifiques y étant associés
- Le besoin de comprendre l'urgence de ce changement
- Le besoin d'avoir des contacts avec la coordinatrice
- Le besoin de connaître les personnes de contact
- Le besoin de connaître les réponses à apporter en cas de comportements critiques
- Le besoin de recentrer les informations

En lien avec ces besoins, les participants ont émis des pistes qui pourraient être mises en place pour répondre à ces besoins :

- Formation ou des conférences en lien avec l'aspect législatif
- Avoir un outil informatique performant
- Créer un annuaire des personnes à contacter au niveau de la justice le week-end
- Rencontrer régulièrement la coordinatrice
- Rédiger des procédures claires

#### D. A retenir :

Lorsque l'on compare les trois tableaux de résultats issus des ateliers, on constate que le changement engendré par ce projet TSI, impacte plus particulièrement les processus, les systèmes, les comportements critiques et la structure hiérarchique.

En effet, les processus de candidatures, d'interruption d'hospitalisation et de préparation à la sortie vont subir des modifications. Tout d'abord, il y a des modifications organisationnelles pour les candidatures, par exemple. Elles ne peuvent plus se faire par téléphone mais uniquement en présentielle, elles sont systématiquement faites avec comme support le rapport médical. Le regard des professionnels sera également orienté sur le statut et les conditions mises

par la justice, ce qui n'était pas la priorité avant le changement. De plus, la présence de la coordinatrice lors des candidatures est un nouveau fonctionnement pour les équipes.

Ensuite, pour les interruptions d'hospitalisation, deux questions se posent. D'une part, celle de la responsabilité portée par l'équipe et le médecin responsable, ces personnes peuvent retourner en prison si l'on décide de mettre fin à l'hospitalisation. D'autre part, la question de la liberté de décision de l'équipe, il faut que les décisions passent par la Chambre de Protection Sociale, alors qu'auparavant la simple décision de l'équipe suffisait.

Enfin, les préparations à la sortie relevait uniquement de la simple responsabilité du patient et ne tenait qu'à lui, désormais les sorties doivent être préparées et les patients faisant partie d'un TSI doivent avoir l'accord de la Chambre de Protection Sociale.

Le fait de devoir attendre l'accord de la Chambre implique un délai de réponse plus tardif. Cela explique notamment pourquoi les participants ont également mis en avant l'impact sur la réponse apportée dans des comportements critiques. Les décisions prises en cas de reconsommation, de dépassement des règles et pour non-respect du cadre n'impliquent pas les mêmes conséquences qu'auparavant. En effet, les patients TSI sont susceptibles de retourner en prison et donc cela n'implique pas simplement une mise à la porte de l'institution. De plus, auparavant la seule réponse aux comportements critiques dépendait des infirmiers de garde, du psychiatre de garde et de l'équipe en général. Désormais, il faut collaborer avec les services judiciaires et les informer des comportements des patients.

Les participants ont également mis en avant l'impact du changement sur la structure hiérarchique et sur les systèmes. La structure hiérarchique identifiée par les participants de l'atelier n°2 met en avant qu'ils « doivent rendre des comptes » à la coordinatrice et aux équipes TSI ; cela n'est pas identifié de la même manière par les participants des deux autres ateliers. Cela nécessiterait d'être comparé à ce que la direction a pu identifier à ce niveau-là.

L'impact sur les systèmes est dû à la nouvelle fonction de la coordinatrice qu'il faut intégrer au système de collaboration. De plus, il est nécessaire de collaborer avec le réseau du patient qui comprend les équipes TSI, les assistants de justice, la Chambre de Protection Sociale ainsi que l'hôpital de référence ou le médecin de tutelle. Les personnes impliquées pour l'atteinte des objectifs du patient est donc plus important depuis le projet TSI.

## 2.6. Discussion

Conduire le changement fait appel à diverses notions telles que la communication, l'implication des collaborateurs, la formation et l'évaluation.

Un historique clair et des motivations franches ressortent des entretiens menés. C'est important car c'est un des messages qui sera véhiculé aux équipes. L'historique de ce projet et les justifications de ce changement, sont d'une part interne à la Clinique mais d'autre part, elles sont en grande partie, externes à l'Institution. Les personnes interrogées évoquaient la pression émise par les autorités fédérales quant au souhait de faire disparaître les lits T avec les réformes de la santé mentale. Certains auteurs estiment, que « *lorsque la justification du changement est externe, il peut paraître plus facile de l'expliquer, de la légitimer* » (Autissier & Moutot, 2016a).

Il nous a semblé intéressant de faire le lien avec le modèle ADKAR® développé par Prosci® dans la partie théorique de ce travail. En effet, la première étape de ce modèle, suggère qu'il est indispensable que l'individu qui souhaite s'ancrer dans le changement, en comprenne la nécessité. Avoir un historique de projet, des ambitions et des motivations clairs, peuvent être des facteurs favorisant pour comprendre la nécessité du changement, au niveau individuel. Encore faut-il, que ces informations soient communiquées de manière adéquate.

De plus, « *justifier une ambition peut cependant représenter un formidable moteur de changement pour lequel nombre d'individus sauront alors se mobiliser fortement pour l'atteindre* » (Autissier & Moutot, 2016a). Ces auteurs viennent appuyer le fait qu'en plus de favoriser la compréhension et donc certainement diminuer les résistances à ce niveau-là, communiquer sur les ambitions constituerait un moteur pour le changement prévu.

Ensuite, les objectifs et la gestion du projet mettent au centre la question des valeurs de l'Institution. En effet, les objectifs poursuivis par ce projet se veulent respectueux du système des valeurs de l'Institution, qui est connu des collaborateurs depuis un certain nombre d'années. Selon la littérature scientifique consultée, il semblerait que cela permette de réduire la résistance au changement : « *La résistance au changement est donc issue du déplaisir ressenti par tout un chacun devant le risque de devoir renoncer à un système de valeurs construit de longue date.* » (Feertchak, 1988)

Cependant, la question sur la gestion du projet a mis en avant quelques idées semblant être importantes et réfléchies par la direction de la Clinique mais si l'on reprend la définition de la gestion de projet évoquée dans la partie théorique, il semblerait que les éléments soient assez décousus. Les résultats des entretiens ne nous permettent pas de comprendre clairement la manière dont le projet va être géré.

Nous relevons qu'une des personnes interrogées évoque la gestion du projet « en bon père de famille ». Il semblerait que ce soit la manière habituelle de mener les projets, car il s'agit d'une petite institution dont le caractère familial est encore fort présent. Mais est-ce encore applicable dans la société dans laquelle il y a tant de changements ?

Tout projet motivé par des raisons souvent diverses, tantôt internes tantôt externes, va susciter des changements. Les changements identifiés par les personnes interrogées, ont été très variés. Il est donc nécessaire de faire le point sur les comportements et les attitudes que l'on décide d'abandonner. C'est la phase de dé cristallisation décrite par Lewin dans son modèle de changement.

Pour cela, il aurait été intéressant d'interroger les participants sur leur définition du changement. « *Cette question est d'autant plus importante que la répartition des ressources nécessaires à l'accompagnement d'un changement est loin d'être linéaire* » (Autissier & Moutot, 2016a). Les deux auteurs mettent en avant l'intérêt de questionner deux dimensions du changement : la largeur et la profondeur du changement. Ces dimensions font référence, d'une part au nombre de personnes, de fonctions et de sites qui sont impliqués dans le changement et d'autre part, à l'importance du changement pour les différentes cibles identifiées.

Si l'on observe la situation sous le prisme de la profondeur du changement, il nous semble que les différentes personnes interrogées ne soient pas d'accord. Cela peut s'expliquer par le fait que deux des personnes interrogées ont une fonction soignante dans deux des unités de la Clinique. L'une des unités étant habituée à travailler avec des patients ayant ce statut, l'autre l'étant beaucoup moins, voire pas du tout. Cela constitue peut-être l'explication quant au fait que pour l'une des personnes interrogées, il n'y a pratiquement pas de changement et pour les autres, il y en a davantage.

En nous intéressant à la manière dont ces éléments ont été communiqués à l'ensemble des travailleurs, un résultat unanime ressort : la communication ne s'est pas bien faite. Et manifestement, c'est un élément qui revient dans les réponses à la question : « Que retenez-vous des changements précédents ? » Il semble opportun de se demander ce qui n'a pas fonctionné et ce qu'il serait possible de faire différemment. Les questions qui nous viennent alors, sont les suivantes : Qui communique et à qui ? Qu'est-ce qui est communiqué ? Comment est-ce communiqué ?

Nous pensons que communiquer les raisons ainsi que les ambitions du changement, ont une valeur plus importante si elles sont communiquées par le sponsor du projet. En effet, l'enjeu ici semble être de savoir : Qui va communiquer quoi ? Autissier et Moutot expliquent que « *Dans le schéma global de la conduite du changement, la communication est considérée comme un levier qui intervient après la phase de diagnostic et le travail d'analyse en termes d'impacts. En fonction des projets, la communication sera plus ou moins importante et pourra prendre des formes institutionnelles ou bien d'information/formation.* » (Autissier & Moutot, 2016c). La direction devrait donc probablement avoir une communication plutôt « institutionnelle » et la coordinatrice aurait une mission de communication plus à titre « d'information/formation ». Cela nécessite une analyse en amont pour pouvoir transmettre des informations claires et avoir une communication transparente.

Autissier et Moutot suggère que « *Dans les projets de changement, la communication ne peut être traitée comme un simple dispositif de transmission d'une information mais une relation au cours de laquelle les personnes se construisent une représentation du changement et de l'intérêt que celui-ci peut présenter. Cette construction d'une représentation du changement se fait au moyen de signaux forts et faibles envoyés (volontairement ou non) par les porteurs du projet qui en sont les représentants.* » (Autissier & Moutot, 2016c) Un des signaux forts à investiguer peut être notamment l'urgence de faire ce projet.

Nous comprenons que l'urgence de prendre part au projet est relative, puisqu'il s'agit d'un problème qui, d'une part, n'est pas nouveau et, d'autre part, qui relève de la Santé Publique de manière générale et ne concerne pas toutes les institutions psychiatriques. La seule urgence identifiée fut celle de se lancer rapidement après l'octroi de l'agrément. Cette urgence a entraîné une précipitation d'action. La responsabilité est probablement partagée, d'une part, il y a eu une mauvaise anticipation de la part de la Clinique Sans-Souci, et d'autre part, il semblerait que la

manière dont les informations ont été communiquées de la part des autorités n'a peut-être pas été adéquate. Mais c'est une dimension subjective qui nécessiterait une analyse plus approfondie.

La précipitation et la mauvaise anticipation de la rapidité à laquelle le projet a démarré, n'ont pas favorisé la réflexion sur les impacts du changement par rapport au travail des soignants. On comprend que cette étude d'impacts n'a pas réellement été envisagée par la direction mais qu'elle pouvait l'être par la référente/coordinatrice.

Hors, certains auteurs considèrent que : « *L'étude d'impacts correspond à une étape essentielle d'un projet de conduite du changement. Réaliser l'étude d'impacts d'un projet de changement représente l'étape pivot de l'action de conduite du changement : elle fait le lien entre les phases d'analyse et les phases d'action qui vont consister à déployer les leviers du changement.* » (Autissier & Moutot, 2016b). En effet, réaliser cet exercice permet d'identifier les différents impacts et de proposer des actions en conséquences.

D'autres auteurs, estiment qu'il n'est pas toujours nécessaire de réaliser cette étude d'impacts en consultant le terrain. « *Un moyen simple pour mesurer la nécessité de mener une analyse d'impacts consiste à se demander si, lors d'une réunion de 3 heures, les principaux spécialistes du projet sont ou non capables de définir 80 % des impacts du projet pour toutes les cibles du changement. Si la réponse est positive, alors cette simple réunion peut suffire à lister les impacts et mettre en œuvre les actions d'accompagnement nécessaires.* » (Massin, 2014) Cependant, différents éléments suggèrent qu'une analyse d'impacts aurait été nécessaire. La conception du changement qui est différente parmi les membres du Comité de direction et la fonction soignante de certaines de ces personnes dans des unités de soins, peuvent constituer un biais potentiel sur le regard porté aux impacts du changement sur le travail des soignants. De plus, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une analyse d'impacts aurait permis de se précipiter avec moins d'inconnues, suite à l'octroi de l'agrément et donc mieux préparer les soignants au changement.

Nous nous sommes prêtés à cet exercice avec les différents soignants du pôle, il en est ressorti des éléments similaires dans les impacts identifiés. Dans les trois ateliers réalisés, les systèmes et les comportements critiques ont été identifiés comme étant les plus impactés par le changement. Les impacts identifiés sont relativement similaires dans les trois groupes, cependant, il y a une différence importante dans l'impact sur l'état d'esprit/croyances/attitudes.

Dans deux des groupes, le changement était identifié comme source d'inquiétude, d'insécurité, de peur alors que dans un des groupes, au contraire, le changement est identifié comme apportant plus de sécurité en lien avec un cadre légal strict et donc se veut davantage rassurant. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes qui ont fourni ces réponses sont des personnes ayant des fonctions leur donnant accès aux différentes réunions où les informations ont été communiquées avant le changement. On peut donc penser que leur niveau d'information n'est pas le même que les autres personnes présentes.

De plus, les degrés d'impact attribués à chaque nature sont subjectifs d'une personne à l'autre mais également d'une profession à l'autre. On peut se poser la question de la pertinence de réaliser une analyse plus approfondie pour certaines professions qui semblent plus impactées que d'autres (infirmiers, assistants sociaux...).

Nous avons, ensuite, demandé aux participants de formuler des besoins en lien avec les natures d'impacts ayant le plus grand degré. Les besoins mis en avant par les trois groupes sont des besoins très similaires. Ils évoquent les besoins de formation, de connaissance et de communication. Ces besoins avaient été, en partie, anticipés au niveau de la direction et des actions avaient été réfléchies et seront probablement organisées par la référente/coordinatrice. *« L'étude permet également d'identifier les besoins induits par le changement, besoins auxquels il convient de répondre si l'on veut réduire les tensions et faire en sorte que le changement se passe le mieux possible. »* (Massin, 2014)

Nous avons donc demandé aux participants de réfléchir à ce que la direction pourrait mettre en place pour répondre à leurs besoins et les résultats ont été nombreux. Lorsque l'on compare les éléments donnés par les soignants et les idées de la direction, nous constatons une réelle richesse apportée par les ateliers réalisés. Le décalage est donc important mais nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'une analyse d'impacts permet d'impliquer les acteurs de terrain ainsi que de co-construire avec eux, les stratégies et les solutions pour que le changement soit un succès.

Pour faire un autre lien avec le modèle ADKAR®, les étapes individuelles d'acquiescer les compétences et d'avoir les capacités pour faire le changement ne peuvent se faire que si l'Organisation répond aux besoins mis en évidence. Le fait que la direction ait pensé à mettre des actions en place pour permettre aux gens de faire le changement est intéressant mais ne

semble pas suffisant pour répondre à tous les besoins formulés lors des ateliers, d'où l'intérêt de l'analyse d'impacts dans le cadre de ce changement.

Enfin, nous avons questionné les personnes concernant l'évaluation du changement. Les réponses que nous avons recueillies correspondent davantage à ce que l'on pourrait identifier comme faisant partie d'une évaluation en gestion de projet et non en conduite du changement. Les indicateurs relevés sont des indicateurs de procédures et de résultats en fonction du projet. Il n'y a qu'une seule personne qui a évoqué la possibilité de réévaluer les besoins des soignants après une certaine période de temps. Il aurait été intéressant d'évaluer le changement auprès des soignants, en s'interrogeant sur leur ressenti dans le changement. D'autant plus, qu'il s'agit d'un besoin évoqué lors de 2 ateliers. Les soignants ont mis en évidence le manque de perspectives relevant de l'évaluation du changement dans le temps.

De plus, la communication autour de l'évaluation ne semble pas avoir été envisagée en terme de conduite du changement mais plutôt pour avoir une vue sur les résultats pratiques du projet. Alors que cela permet de montrer aux personnes impliquées, les résultats obtenus par les efforts de chacun.

La phase d'évaluation est une phase importante qui consiste également à remercier le personnel d'avoir pris part au changement. Dans ce cas-ci, de manière informelle, nous savons que les remerciements ont été faits lors d'un événement de la Clinique parmi d'autres remerciements. Hors on pourrait se poser la question de la pertinence d'avoir choisi ce moment-là. A nouveau, on constate un écart entre ce que les soignants peuvent espérer en terme d'évaluation et ce qui a été pensé jusqu'à présent.

## 2.7. Limites et biais de l'étude

Il existe des biais et des limites à cette recherche, qui sont liés à la chercheuse, au contexte, au déroulement des entretiens et des ateliers.

Tout d'abord, la chercheuse est une des infirmières de la Clinique Sans-Souci et, plus particulièrement, d'une des unités qui a fait l'objet de l'étude. Elle est en contact direct au quotidien avec des membres de la Direction. Cela peut avoir une influence sur les questions posées lors des entretiens, car certaines réponses pouvaient être déduites au préalable et n'ont dès lors, pas été posées.

De plus, de par sa fonction, la chercheuse a pu influencer certaines réponses de la part de la Direction. Il faut donc avoir en tête ce biais, lors de la lecture des entretiens.

Ensuite, la partie pratique de cette étude a été réalisée avec un des pôles de la Clinique et les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des unités de soins. En effet, l'expérience des deux pôles n'est pas la même et les résultats de l'analyse d'impacts ainsi que des besoins ne seraient probablement pas les mêmes d'un pôle à l'autre.

Enfin, la chercheuse n'a pas pour habitude de mener des entretiens semi-dirigés. Ce manque d'expertise a pu se remarquer lors de certains entretiens, où les relances étaient moins présentes. Lors des ateliers réalisés, la chercheuse a exclu volontairement une des personnes de l'équipe soignante ayant une fonction au sein du Comité de direction. Néanmoins, la fonction soignante de cette personne a tout de même pu être représentée dans les ateliers par son homologue au sein du pôle.

## Conclusion et perspectives

Les environnements nous poussent à devoir adapter nos pratiques de soins, nos fonctionnements, nos outils et tant d'autres choses. À la Clinique Sans-Souci, depuis quelques années, les projets se multiplient pour amener du changement et répondre aux exigences politiques, socio-économiques, environnementales...

Le projet de Trajets de Soins pour internés a vu le jour suite à des réformes et des exigences politiques principalement. Dans le cadre de ce projet à la Clinique Sans-Souci, nous nous sommes posé deux questions :

- Qu'a mis en place l'Institution pour conduire le changement dans le cadre du projet de Trajet de soins pour internés (TSI) ?
- Quel est l'impact du changement sur le travail des collaborateurs ?

Les méthodes utilisées pour répondre à nos questions de recherche ont permis de mettre en avant, les éléments mis en place par la Direction de la Clinique tels que les sujets de formation, l'évaluation, la qualité des informations à communiquer, l'engagement d'une coordinatrice et les missions qui lui sont attribuées. De plus, cela nous a permis de ressortir les éléments manquants pour accompagner le changement de manière à atteindre le succès souhaité. En théorie, l'accompagnement au changement nécessite plusieurs concepts théoriques avec des mises en pratique réparties en différentes phases comme nous l'avons vu avec le modèle ADKAR® par exemple.

Tout d'abord, les impacts organisationnels principalement identifiés sont relatifs aux systèmes et aux comportements critiques. Les impacts liés aux systèmes sont principalement générés par le fait que l'organigramme se redessine et qu'il y apparaît une nouvelle fonction, qui est celle de la référente/coordinatrice qui fait le lien entre l'équipe soignante et le réseau. Ce réseau s'inscrit dans un contexte judiciaire-médico-légal qui n'est pas maîtrisé par l'ensemble du pôle de soins.

L'impact sur les comportements critiques soulève quant à lui, la question de la responsabilité ainsi que de la liberté de nos décisions qui sont tenues à respecter un cadre judiciaire déterminé par la Loi.

De plus, nous avons relevé plusieurs écarts entre ce que la Direction a mis en place et ce qu'attendaient les soignants ou ce qui est recommandé par la littérature scientifique. Ces écarts se situent notamment au niveau de la communication, de l'implication des soignants et de l'évaluation. Certains éléments ont été mis en place ou pensés mais pas toujours d'une manière recommandée ou attendue sur le terrain. Notons également l'écart entre la définition donnée par la Direction et les équipes de soins, à propos du changement et de ses impacts sur le travail des soignants.

C'est pourquoi, pour réduire ces écarts, il semble judicieux de mettre en place une méthodologie de gestion de projet permettant ainsi de mieux gérer les aspects techniques du projet. Divers éléments tels que l'urgence de l'agrément, la mauvaise anticipation ou le manque de planification dans les étapes et l'évaluation, laissent penser qu'un outil pouvant mieux encadrer ces points, pourrait être bénéfique pour l'Institution et donc les soignants.

De même qu'une méthode de conduite du changement semble être adéquate pour réduire ces écarts et accompagner les soignants dans le changement. Cela permettrait de réduire les résistances, et de favoriser un contexte serein pour effectuer le changement en tenant compte des besoins des équipes de soins. En effet, nous l'avons abordé dans la partie théorique de ce travail, conduire le changement signifie accompagner les collaborateurs au niveau individuel pour pouvoir voir le changement au niveau de l'Organisation. Et c'est donc en se posant la question de ce que le changement va engendrer pour les individus et en proposant des actions concrètes pour l'accompagner que le changement organisationnel pourra être un succès grâce aux différents changements individuels.

C'est en ces méthodologies que nous voyons une façon d'accompagner pour réussir le changement. Interpeller la Direction sur les bénéfices de ce genre de nouveau fonctionnement tant pour l'Institution que pour les soignants qui y travaillent, semble être un objectif intéressant. Cela permettrait de mettre toutes les chances de leur côté pour effectuer un changement réussi tout en préservant et en accompagnant le personnel soignant.

Nous clôturons avec cette réflexion : comment intégrer ces nouvelles pratiques dans une Clinique au caractère familial et qui a pour habitude de gérer le changement « en bon père de famille » ? Comment envisager un changement des mentalités dans les pratiques de cette Institution ? Quelle place est laissée à cette possibilité ?

## Bibliographie

{{ field\_institution\_category }}. (s. d.). Commission communautaire commune. Consulté 26 novembre 2022, à l'adresse <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/institutions/hopitaux-aigus-hopitaux-generaux>

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016a). Chapitre 3. Le diagnostic du changement. In *Méthode de conduite du changement: Vol. 4e éd.* (p. 51-77). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100754014-p-51.htm>

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016b). Chapitre 5. Les études d'impacts et l'accompagnement. In *Méthode de conduite du changement: Vol. 4e éd.* (p. 99-131). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100754014-p-99.htm>

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2016c). Chapitre 6. Réaliser un plan de communication. In *Méthode de conduite du changement: Vol. 4e éd.* (p. 133-163). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100754014-p-133.htm>

*Bruxelles.pdf.* (s. d.). Consulté 10 août 2022, à l'adresse <http://www.psy107.be/files/Bruxelles.pdf>

*Bureau fédéral du Plan - Communiqué de presse - Évolution de la population belge d'ici 2070 : Éclairage sur la panne de fécondité à moyen terme et confirmation du vieillissement de la population à long terme.* (s. d.). Consulté 9 février 2022, à l'adresse <https://www.plan.be/press/communiqu-1857-fr-evolution-de-la-population-belge-d-ici-2070-eclairage-sur-la-panne-de-fecondite-a-moyen-terme-et-confirmation-du-vieillissement>

Céline Bareil. (2020). *Accompagner pour changer : Le succès d'une transformation.* 44(4), 55-59.

Feertchak, H. (1988). Les valeurs dans l'œuvre de Jean Stoetzel. *Bulletin de psychologie*, 41(387), 737-740.

FNIB. (s. d.). *L'Europe se prépare à un autre hiver lié au coronavirus avec le personnel des soins intensifs à la limite—FNIB : Fédération National des Infirmières de Belgique.* Consulté 2 mars 2022, à l'adresse <https://fnib.be/leurope-se-prepare-a-un-autre-hiver-lie-au-coronavirus-avec-le-personnel-des-soins-intensifs-a-la-limite/>

*Frank Vandebroucke dévoile sa réforme du financement hospitalier—Entreprises—Trends-Tendances.* (s. d.). Consulté 23 mars 2022, à l'adresse <https://trends.levif.be/economie/entreprises/frank-vandebroucke-devoile-sa-reforme-du-financement-hospitalier/article-normal-1519051.html>

*Gestion des changements—Un modèle de base pour décrire le changement, celui de K. Lewin.* (s. d.). Consulté 9 décembre 2021, à l'adresse [https://modules-iae.univ-lille.fr/M14/cours/co/chap2\\_01.html](https://modules-iae.univ-lille.fr/M14/cours/co/chap2_01.html)

Heck, M., & Faulx, D. (2017). Le travail par projets : Quels risques psychosociaux ? Contraintes, ressources, stratégies. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 116(4), 407-423. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cips.116.0407>

Humanperf. (s. d.). *Lexique : L'acronyme VUCA peut-il aider à mieux gérer l'incertitude ?* | Humanperf. Consulté 29 mars 2022, à l'adresse <https://www.humanperf.com/fr/blog/lexique-plusclair/articles/vuca>

INAMI. (s. d.-a). *Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins—INAMI*. Consulté 23 mars 2022, à l'adresse <https://www.riziv.fgov.be/fr/nomenclature/reforme-nomenclature/Pages/default.aspx>

INAMI. (s. d.-b). *Réorganiser le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux—INAMI*. Consulté 10 février 2022, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx>

ISO. (s. d.). *ISO 9000:2015(fr), Systèmes de management de la qualité—Principes essentiels et vocabulaire*. Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr>

Jacob, B., Macquet, D., & Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : Exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, 92(9), 731-745. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1550>

Jancourt D. et Simart M. (s. d.). *Le management par projets* | Cairn.info. Consulté 6 octobre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-167.htm>

Johnson, K. J., & Autissier, D. (2020). *Dossier : Saturés de changement ? - Faut-il avoir peur du changement organisationnel ?* <https://www.revuegestion.ca/dossier-satures-de-changement-faut-il-avoir-peur-du-changement-organisationnel>

KCE. (s. d.-a). *Année internationale des infirmiers : Il en faut davantage ! - KCE*. Consulté 3 avril 2022, à l'adresse <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>

KCE. (s. d.-b). *Réforme nécessaire et urgente du financement des hôpitaux—Le KCE propose un cadre conceptuel global—KCE*. Consulté 1 mars 2022, à l'adresse <https://kce.fgov.be/fr/press-release/r%C3%A9forme-n%C3%A9cessaire-et-urgente-du-financement-des-h%C3%B4pitaux-le-kce-propose-un-cadre-conc>

Kohn, L., & Christiaens, W. (s. d.). *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances* | Cairn.info. Consulté 24 octobre 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>

Krief, N. (s. d.). *Démarches de projet et apprentissage du changement. Le cas d'un hôpital public*. 15.

Krief, N., & Zardet. (s. d.). *Analyse de données qualitatives et recherche-intervention* | Cairn.info. Consulté 24 octobre 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-2-page-211.htm?ref=doi&contenu=article>

Le guide social. (s. d.). *Maggie De Block : “Des économies et des réformes au scalpel fin”*. Consulté 25 mars 2022, à l'adresse <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/maggie-de-block-des-economies-et-des-reformes-au-scalpel-fin>

Le Spécialiste. (s. d.). *Nouveau le 1er janvier—Les hôpitaux wallons désormais organisés en réseaux, la Flandre et Bruxelles à la traîne—Le Spécialiste*. Consulté 25 mars 2022, à l'adresse <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/nouveau-le-1er-janvier-les-hopitaux-wallons-desormais-organises-en-reseaux-la-flandre-et-bruxelles-a-la-traine.html>

*Managers : Ayez du leadership et instaurez le bien être dans votre équipe*. (s. d.). Consulté 3 avril 2022, à l'adresse <https://www.matthieu-tranvan.fr/management/eloges-du-bien-etre-au-travail.html>

Massin, B. (2014). *ÉTUDE D'IMPACT DU CHANGEMENT -(CHANGE IMPACT ANALYSIS)*.

Nexum. (s. d.). *Qu'est-ce que la Conduite du Changement ? | People solutions for business challenges*. Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://www.nexum.eu/fr-be/quest-ce-que-le-change-management>

Nurcan, S., Barrios, J., & Rolland, C. (2002). Une méthode pour la définition de l'impact organisationnel du changement. *Ingénierie des systèmes d'information*, 7(4), 107-139. <https://doi.org/10.3166/isi.7.4.107-139>

OMS. (s. d.). *Viellissement et santé*. Consulté 9 février 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale. (s. d.). *COSTRA-TIS - Comité Stratégique Trajet de Soins Internés*. Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale. Consulté 10 août 2022, à l'adresse <https://platformbxl.brussels/fr/nos-activites/groupes-de-travail-sante-mentale/costra-tis-comite-strategique-trajet-de-soins>

Prosci. (s. d.-a). *5 principes de la gestion du changement*. Consulté 19 octobre 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/5-tenets-of-change-management>

Prosci. (s. d.-b). *Best Practices in Change Management*. Consulté 11 novembre 2021, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/change-management-best-practices>

Prosci. (s. d.-c). *Capacité—Le modèle Prosci ADKAR*. Consulté 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/adkar-model-ability>

Prosci. (s. d.-d). *Comment évaluer et traiter rapidement les impacts du changement*. Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://blog.prosci.com/how-to-assess-and-address-change-impacts-quickly>

Prosci. (s. d.-e). *Connaissance—Le modèle Prosci ADKAR*. Consulté 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/adkar-model-knowledge>

Prosci. (s. d.-f). *Définition de la gestion du changement*. Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/definition-of-change-management>

Prosci. (s. d.-g). *Désir—Le modèle Prosci ADKAR*. Consulté 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/adkar-model-desire>

Prosci. (s. d.-h). *La corrélation entre la gestion du changement et la réussite du projet*. Consulté 6 mars 2022, à l'adresse <https://blog.prosci.com/the-correlation-between-change-management-and-project-success>

Prosci. (s. d.-i). *Le modèle Prosci ADKAR® | Prosci*. Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/methodology/adkar>

Prosci. (s. d.-j). *Prosci 3-Phase Process*. Consulté 7 octobre 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/methodology/3-phase-process>

Prosci. (s. d.-k). *Renforcement—Le modèle Prosci ADKAR*. Consulté 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/adkar-model-reinforcement>

Prosci. (s. d.-l). *Sensibilisation—Le modèle Prosci ADKAR*. Consulté 27 mars 2022, à l'adresse <https://www.prosci.com/resources/articles/adkar-model-awareness?hsLang=en-us>

*Qu'est-ce que VUCA?* (s. d.). Consulté 3 avril 2022, à l'adresse <http://christian.hohmann.free.fr/index.php/prospective/a-propos-de-prospective/587-quest-ce-que-vuca>

Réseau partenaires 107. (s. d.). *Dispositifs—Réseau partenaires 107*. Consulté 6 octobre 2022, à l'adresse <http://www.reseaupartenaires107.be/index.php/home/reseau/dispositifs/>

*Top 10 des méthodologies de gestion de projet les plus populaires*. (s. d.). Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://www.projectmanager.com/blog/project-management-methodology>

Van de Voorde, C., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2014). *KCE report 229Bs ; Synthèse : Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux*. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_229B\\_reforme\\_financement\\_hopitaux\\_Synthese.pdf#page18](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf#page18)

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR  
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | [www.uclouvain.be/fsp](http://www.uclouvain.be/fsp)