



HAL
open science

Management projet au sein du groupe Oc Santé, état des lieux et pistes d'améliorations. Étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés

Quentin Gautier, Alix Eledjam

► To cite this version:

Quentin Gautier, Alix Eledjam. Management projet au sein du groupe Oc Santé, état des lieux et pistes d'améliorations. Étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03516371

HAL Id: dumas-03516371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03516371>

Submitted on 7 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

Master 2

Année : 2020/2021

Management stratégique des organisations de santé

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE

Option « sanitaire »

Management Projet au sein du Groupe Oc Santé, état des lieux et pistes d'améliorations
Etude Qualitative menée par entretiens semi –dirigés

Présenté par :

Quentin GAUTIER – Alix ELEDJAM

Jury :

Irène GEORGESCU – Directeur de Mémoire

Agnès TIQUET – Directrice Clinique Bourges

Année : 2021



« Il y a deux sortes de chefs d'orchestre. Ceux qui ont la partition dans la tête et ceux qui ont la tête dans la partition »

Arturo Toscanini

Remerciements aux membres du jury

A Irène GEORGSCU, nous vous remercions pour votre aide tout au long de cette année, vous nous avez poussés dans nos retranchements et nous avons progressé grâce à vous.

A Agnès TIQUET, nous te remercions pour ta présence afin de juger ce travail, tu es un modèle inspirant pour piloter ces organisations.

A Alexandre JULES CLEMENT nous te remercions pour ta présence afin de juger ce travail. Tu es un modèle pour moi, merci de ta bienveillance. Avoir partagé un stage avec toi fut un honneur.

Remerciements – Alix ELEDJAM

A Max PONSEILLE, je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée durant ces années, vous êtes pour moi un modèle de réussite qui a su garder son humanité et sa bienveillance.

A Guillaume PONSEILLE, je te remercie pour ton écoute, ta disponibilité et ta bienveillance à mon égard.

A Christelle BECHARD, tu es depuis le début de l'aventure celle qui accompagne mon évolution et mon parcours, merci pour ton soutien sans faille.

A mon équipe, vous avez dû supporter mes absences et vous avez brillamment continué à avancer pour répondre aux besoins, je suis fière de vous et de votre travail.

A Raphaëlle, merci pour tes conseils, ton aide précieuse et ta présence tout au long de cette année. Tu m'as appris que tout est possible si on s'en donne les moyens. Tu m'as rendu mes ailes et tu me pousses à me dépasser, à choisir mon propre chemin.

A mes filles Margot et Capucine, merci pour votre patience durant toutes ces années où ma carrière a pris forme. La vie est un défi, relevez-le, avancez. Faites des choix courageux, la vie n'en sera que plus belle...

A mes parents, merci pour votre soutien, et votre confiance qui me permettent de relever les défis quotidiens, vous m'avez donné toutes les clés pour réussir.

Remerciements – Quentin GAUTIER

A Alix ELEDJAM, je te remercie pour ton aide toute cette année. Lors de nos discussions, tu m'as permis de grandir et d'apprendre de ton expérience, tu m'as permis d'aller plus loin et de dépasser mes difficultés.

A Stéphanie PAU, une personne d'un parcours hors du commun qui a su enrichir le mien, merci de m'avoir aidé grandement dans mon travail.

A Mélanie, merci pour ta patience, ton soutien, tes attentions qui me permettent de ne pas sortir du chemin et pour cet amour que nous partageons ensemble.

A ma sœur Soleine, merci d'être toujours présente lorsque j'ai besoin de toi, et d'être un modèle d'excellence pour moi dans le travail.

A mes parents, qui sont toujours là pour me soutenir dans chaque projet et idée que je peux entreprendre. Merci de cet amour infini porté à chaque seconde et qui nous transporte toujours plus loin.

A mon frère Damien, loin de moi mais qui sait me soutenir au moment où j'en ai besoin.

A mes 2 belles filles Rachel et Charlotte, vous êtes merveilleuses, merci d'être dans ma vie, de m'avoir supporté dans cette période et permis de vous dire non quand je ne pouvais pas être disponible.

A l'ensemble des personnes interrogées, vous nous avez permis de mener à bien cette étude. Votre confiance et votre honnêteté, tout au long des entretiens, nous ont permis d'avoir une véritable vision des choses. Votre professionnalisme vous honore et votre volonté de bien faire est remarquable. Oc Santé a de la chance de vous avoir pour mener à bien les missions qui vous sont confiées...

Table des Matières

| | |
|--|-----------|
| I – Introduction..... | 7 |
| II. Revue de Littérature..... | 9 |
| 1. Les grands principes du management..... | 9 |
| 1.1 Histoire et évolution | 9 |
| 1.2 Vers un management différent dans les organisations | 17 |
| 1.3 Vers un management par projet..... | 20 |
| 2. Pourquoi évoluer vers le management par projet dans les établissements ? | 27 |
| 2.1 Mobiliser les hommes par le management par projet..... | 27 |
| 2.2 Répondre aux nouvelles orientations de l'Etat par le management par projet.... | 30 |
| 3. Quels outils pour aider à basculer vers un management par projet ? | 33 |
| 3.1 Conduire le changement..... | 33 |
| 3.2. La communication comme levier d'actions pour aider au changement..... | 35 |
| 3.3 Le leader pour appuyer le changement | 35 |
| III – La recherche : matériel et méthode | 39 |
| 1. La méthode..... | 39 |
| 2. Mode de recrutement..... | 40 |
| 3. Composition de l'échantillon | 40 |
| 4. Déroulement des entretiens..... | 41 |
| 5. Analyse..... | 41 |
| IV – Résultats | 42 |
| 1. Caractéristiques de l'échantillon | 42 |
| 2. Thèmes Dominants..... | 43 |
| 2.1 Elaboration de la stratégie | 43 |
| 2.2 La méthodologie de gestion de projet..... | 49 |
| 2.3 Choix des acteurs projets et adhésion de tous | 52 |
| 2.4 Le manque de temps consacré aux projets | 58 |
| 2.5 Les outils pour partager la vision | 60 |
| 2.6 La coordination entre les fonctions transversales et les établissements | 63 |
| 3. Cartographie des Thèmes | 68 |
| V. Discussions | 71 |
| 1. Discussion sur la méthodologie et la réalisation de l'étude..... | 71 |
| 1.1 Intérêt de l'étude | 71 |

| | |
|--|-----------|
| 1.2 La méthodologie | 71 |
| 1.3 Le guide d'entretien | 72 |
| 1.4 Choix et taille de l'échantillon..... | 72 |
| 1.5 Biais de l'enquêteur | 73 |
| 1.6 L'analyse thématique | 73 |
| 2. Discussion sur les résultats en fonction des données de la littérature..... | 73 |
| 2.1 Le modèle de management | 74 |
| 2.2 La communication..... | 75 |
| 2.3 Le rôle du leader..... | 75 |
| 3. Préconisations pour le Groupe Oc Santé | 76 |
| VI – Conclusion | 79 |
| VII – Annexes | 79 |

I – Introduction

Les sociétés modernes sont devenues des « sociétés à projets ». Les projets concernent autant les institutions (projet scolaire, projet d'établissement hospitalier, projet de loi, projet politique, projet de société...), que les individus, à tous les stades de leur vie (projet éducatif, projet de retraite, projets professionnels, familiaux, existentiels...). Cette omniprésence du mode projet dans tous les aspects de l'activité humaine renvoie à une vision idéalisée de ce mode d'action. Le projet devient un instrument qui donne l'espoir à l'homme de ne plus seulement subir les événements, mais de pouvoir maîtriser le cours de l'histoire et forger le futur à sa façon.

Le monde de la santé est, lui, en perpétuel mouvement. Les évolutions ont un impact sur les structures hospitalières et médico-sociales qui doivent en permanence s'adapter, innover, sans risque et à moindre coût. Les structures ont dû passer d'une organisation pyramidale hiérarchisée vers un mode d'organisation plus transversal et participatif. Les nouveaux modes de financement, les nouvelles règles de certifications et les nouvelles orientations en terme de qualité de vie au travail obligent les établissements à revoir leur mode de management. Certains y parviennent facilement et pour d'autres c'est un véritable défi tant le changement de culture est important. Le mot projet est donc aujourd'hui devenu très présent dans le domaine sanitaire et social. Il est positivement connoté et on le retrouve dans tous les textes : projets de service, projets d'établissements, projets de soins, projets thérapeutiques mais aussi projets individualisés.

Convaincus que le management par le projet mobilise les hommes et rend plus efficient le monde des établissements de santé, nous avons donc axé notre revue littérature sur ce type de management, son histoire, ses apports mais également ses limites dans ce milieu complexe. Nous avons tenté de trouver des leviers de mise en œuvre et des outils pour basculer vers ce mode de management.

Nous ne souhaitons pas nous arrêter à une étude théorique et nous voulions voir sur le terrain ce qu'il en était. Nous avons choisi le groupe dans lequel nous travaillions, pour la diversité de ses établissements et la richesse de son histoire.

A l'origine, le groupe Oc Santé est issu de la Polyclinique Saint-Roch de Montpellier, créée en 1947 par le Docteur Etienne Ponsellié. Sous sa direction, la polyclinique s'impose comme l'établissement de soins privés de référence de l'agglomération Montpellieraine. Soucieuse du suivi de la prise en charge des patients, la Polyclinique Saint-Roch fait l'acquisition du Centre Bourges à Lamalou-les-Bains, spécialisé en

rééducation fonctionnelle, puis crée en 1988 la Clinique Fontfroide, également spécialisée en rééducation fonctionnelle à Montpellier.

En 1989 est créée la SA Oc Santé, société de holding destinée à centraliser la gestion des établissements de soins. Sous la direction du Docteur Max Ponceillé et à présent de Guillaume Ponceillé, le développement de ce groupe familial se poursuit ainsi à un rythme constant et soutenu, dans une logique de croissance maîtrisée et de mise en place d'un réseau de soins important dans un environnement régional privilégiant la complémentarité des soins autour de grands pôles de spécificités médicales. Oc Santé regroupe 18 établissements (MCO, SSR, PSY, EHPAD, HAD).

Aujourd'hui le groupe évolue et se structure. Au sein des établissements, poussés par les certifications successives, les changements de mode de financement, le nouveau rapport au travail, les acteurs avancent ensemble et les directions tentent d'être de véritables chefs d'orchestre au profit de la prise en charge du patient, mais le défi est de taille. Au sein du groupe, la mutualisation des moyens se fait avec une volonté d'accompagner les établissements dans cette mutation, sans les contraindre et en tentant de se coordonner le mieux possible, mais avec des difficultés dues aux multitudes de demandes. Nous sommes donc aujourd'hui à la croisée des chemins nous entendons en effet le terme « management projet » en permanence. Mais avons-nous totalement basculé vers ce type de gouvernance ?

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux au sein des établissements et des fonctions transversales du groupe de la mise en œuvre et de la gouvernance projet, des difficultés rencontrées dans les différentes strates hiérarchiques. L'objectif secondaire était de faire, grâce aux entretiens et à la revue de littérature, des préconisations pour répondre à la question :

**Comment basculer totalement vers un management projet institutionnalisé
au sein du groupe Oc Santé ?**

II. Revue de Littérature

1. Les grands principes du management

Notre système de santé connaît aujourd'hui de multiples mutations, épidémiologique, vieillissement de la population, évolutions techniques, révolution numérique, mutations territoriales, exigence d'offre de soin de proximité... Les usagers sont de plus en plus acteurs de leur projet santé. Tout cela force les établissements à trouver des solutions face à ces défis.

Ils sont aidés par la politique publique et la stratégie nationale de santé qui cadre l'action de l'ensemble des acteurs. Elle permet en établissant des objectifs de répondre aux grands enjeux. Les managers de terrain (directeurs, médecins, cadres ou ingénieurs) jouent un rôle prépondérant pour accompagner les changements et adapter les organisations à ces nouveaux défis.

Le rôle du manager est de plus en plus stratégique et tourné vers l'extérieur. En parallèle de ses missions de gestion d'équipe, il doit assurer la coordination des processus internes dans l'organisation. Il s'agit donc pour les managers de se doter à la fois des compétences relatives aux nouvelles dimensions stratégiques mais aussi d'acquérir des fonctions d'expertises techniques en plus du savoir-faire en management.

Pour comprendre comment les établissements de santé misent sur le management de projet pour combler toutes leurs nouvelles contraintes, toujours plus nombreuses, nous présenterons différents modèles de management ainsi que leurs évolutions.

1.1 Histoire et évolution

Dans son livre sur L'évolution des Modèles de Management de Projet Gilles Garel (1) explique que « pendant longtemps les projets se pratiquent mais le management de projet s'ignore en tant que modèle de gestion. »

L'Histoire nous a montré qu'au fil du temps, l'homme a su développer des outils de gestion de projet. Ainsi sa pratique des projets a largement évolué pour arriver au management tel que l'on le connaît aujourd'hui.

Initialement la gestion de projet passe par l'artisanat. La création artisanale a longtemps confondu l'élaboration du projet et sa réalisation. C'est l'époque de

l'improvisation. « Il s'agissait d'un savant bricolage entre essais et erreurs ». Bien qu'elle ne soit pas facile à dater précisément, la gestion de projet a évolué lorsque les hommes ont su se doter d'outils leur permettant d'avoir une représentation intellectuelle de leur œuvre.

Le Professeur Boutinet (2) écrit dans son ouvrage *Psychologie des Conduites à Projet* « que c'est à la fin du Moyen Âge que le « bricolage » se révèle de plus en plus inefficace notamment en architecture, en raison d'une diversification des matériaux utilisés, du nombre croissant de corporations professionnelles et des nouveaux moyens de construction ». Il n'y a plus d'improvisation mais le travail de conception est préparé de façon rationnelle. « Le projet anticipe l'objet à venir », indique encore le Professeur Gilles Garel (1).

L'exemple du dôme de la cathédrale de Florence de Filippo Brunelleschi est un exemple très parlant d'évolution du raisonnement autour du projet. C'est à lui que l'on attribue l'invention de la perspective. Pour arriver à ce tel chef d'œuvre, d'une complexité technique évidente, la conception et l'exécution du projet ont dû être séparées dès le début de la réflexion autour de l'œuvre. On lui attribue également cette phrase qui représente bien sa façon de penser innovante pour l'époque « le projet est le premier acte de toute création architecturale. »

Avec la Renaissance, le développement des sciences permet la conception d'œuvres ou d'ouvrage beaucoup plus complexes et plus techniques à réaliser. Le Pr Gilles Garel (1) écrit ainsi que « dans la marine du XVIIème siècle, « une vision plus technique et fonctionnelle du vaisseau a tué les métaphores traditionnelles qui comparaient la coque au poisson. Le vaisseau devient une machine soumise aux lois de la physique. » Il est alors possible de penser, d'anticiper et de dépasser des contradictions de conception comme l'articulation entre le poids et la vitesse. Ici les dessins ou les croquis aident le concepteur à considérer plusieurs aspects à la fois et à les raisonner ensemble.

1.1.1 C'est alors que le projet s'institutionnalise

La pratique du projet s'institutionnalise à Partir du Moyen Age. C'est avec les projets de construction des grandes cathédrales que de nouveaux métiers font leur apparition. Il faut alors coordonner tout un ensemble de professionnels pour arriver au but fixé. Emerge alors le métier d'architecte (1) « L'architecte est un véritable concepteur et traduit en formes, en poids et en résistance les concepts proposés par le chapitre des

chanoines et de l'Evêque. » Dès lors l'architecte assure toute l'organisation du chantier et doit jongler aussi bien avec des notions d'économie que de maçonnerie.

Avec la Révolution, l'architecture et l'ingénierie prend un tel essor afin d'accélérer la refonte et la modernisation du pays qu'il est nécessaire d'avoir une méthodologie solide. Une approche très polytechnique de l'architecture voit alors le jour, avec des ingénieurs formés en architecture et en méthodologie dirigiste du projet. C'est ainsi qu'une méthode de gestion de projet voit le jour et s'institutionnalise.

1.1.2 C'est alors que le modèle de L'Entrepreneur apparaît

Avec la révolution industrielle et l'augmentation du nombre d'entreprises, naît un nouveau modèle de gestion. La responsabilité du projet, ses conséquences économiques et son exploitation repose maintenant sur une seule personne : l'entrepreneur. Le projet devient alors une propriété (1) « Le modèle de l'entrepreneur, formalisé par l'économiste Joseph Schumpeter, voit le jour au moment du développement industriel. Ce modèle est très proche du modèle de la start-up ».

C'est également la naissance des « brevets déposés » qui boostent l'économie de l'époque. Il s'agit là d'un parfait exemple de gestion de projet qui une fois abouti permet à l'homme qui a déposé le brevet de bénéficier du revenu gagné par la concrétisation de son idée.

Pour Lenfle et Midler (3), la réalisation d'un projet sous cette forme présente des limites. « Toutefois, si le modèle entrepreneurial présente l'avantage d'une mobilisation individuelle des acteurs, c'est parce qu'ils sont obligés de réussir, sous peine de risquer la faillite personnelle. »

D'autres problématiques à ce modèle existent, il s'agit premièrement de l'individualisme de ce système. En effet, l'entrepreneur agit seul et il n'existe pas encore de réel réseau. Hors pour se développer il est nécessaire d'utiliser un réseau afin de se faire connaître par le plus grand nombre. Deuxièmement, le succès est rarement reproductible, le poids du projet porté par un seul homme de A à Z est tellement lourd qu'il est rarement possible de porter plusieurs projets en même temps. Pérenniser l'organisation devient alors primordial.

1.1.3 Puis la gestion de projet se rationalise.

Christian Navarre en 1993, a divisé l'histoire du management de projet en deux : le « degré zéro » et le « degré un ». Le « degré zéro », allant des années 1930 à 1950 est

l'époque des projets individualistes menés par des hommes convaincus que leur réussite est unique (1) « Ce que Navarre identifie comme « degré zéro » du management de projet est, d'une part, les savoir-faire qui sont détenus seulement par quelques entreprises et qui n'ont été ni standardisés ni diffusés, et d'autre part, la spécificité du management de projet qui n'est pas encore affirmée puisque les entreprises n'ont pas dédié de système de gestion particulier aux projets. Elles réalisent des projets comme une opération classique. »

Ces hommes restent cependant isolés et ne forment pas de réseau ni d'alliance. Les projets publics menés à cette époque étaient fondés sur une obligation d'objectifs et non sur une pérennisation des projets.

A cette même époque, avec l'ouverture de la scène internationale et la multiplication des projets publics dans les territoires coloniaux, les entrepreneurs doivent se préoccuper de la dimension socio-culturelle du projet ainsi que de son intégration dans une économie locale. C'est une nouvelle gestion qui apparaît alors et qui nécessite des négociations de contrats à une échelle internationale ou au contraire parfois plus locale. « Le degré un » selon Navarre arrive à partir des années 1960, avec la rationalisation standardisée et l'entrée du projet au sein des institutions et la standardisation des outils.

1.1.4 L'arrivée du modèle standard

Le « modèle standard » est une modernisation du management de projet. D'après Navarre (1), la constitution du management tel que l'on entend aujourd'hui passe par l'avancée de quatre grands domaines nécessaires à sa réalisation :

« Les sciences de l'ingénieur

- La conduite des grands projets par les travaux publics
- Les opérations de développement socio-économique menées dans le tiers monde
- La gestion de l'innovation, qui devient progressivement un enjeu concurrentiel majeur pour les entreprises ».

En 1969, aux Etats-Unis, est fondé une nouvelle association regroupant les différents professionnels du projet, le P.M.I. (Project Management Institute). La France s'organise de la même façon et crée l'AFITEP (Association française des techniciens et ingénieurs en estimation et planification) qui deviendra plus tard l'Association francophone de management de projet

Côté international, l'International Project Management (IPMA) fédère une quinzaine d'associations européennes, dont l'AFITEP. La NASA, pour ne citer qu'elle, en fait partie. Ces associations ont une vision très technicienne de la gestion de projet. Elles permettent le développement et la mise en commun d'outils d'aide à la gestion qui vont pouvoir se démocratiser au sein de ces organisations. Par exemple, sont créés à cette époque des outils comme PERT qui permet la décomposition du projet par étape en potentiel-étapes. Cet outil devient un incontournable et un indispensable.

L'organisation en association internationale permet également un retour d'expérience efficace sur les projets qui ont marqué l'histoire (comme le projet Apollo de la NASA) et favorise la diffusion des outils qui ont fait leurs preuves.

Les professionnels qui ont appris à utiliser ces outils deviennent ensuite des consultants pour d'autres entreprises et ils participent aussi à la diffusion de ces outils. Le diagramme de Gantt, qui est un outil de planification en gestion de production fait son apparition dans les années 1920, il est utilisé par les ingénieurs et se voit également largement diffusé sur la scène internationale. Les grandes entreprises ou les pouvoirs publics obligent même leur sous-traitant à les utiliser s'ils veulent obtenir le marché.

A ce jour, tous les logiciels de gestion de projet intègrent ces techniques de planification. Le « modèle standard » s'uniformise et se formalise en intégrant trois concepts qui deviennent indissociable de ce modèle. Il s'agit de :

- L'élaboration d'un corpus des connaissances en management projet (le PMBOK : Project Management Body Of Knowledge).
- L'apparition de la certification projet. Le gestionnaire de projet doit respecter un code éthique et doit maîtriser un corps de connaissances standardisées via une formation et un examen qui sanctionnent sa pratique professionnelle.
- L'adoption d'une charte éthique et d'un serment.

Ces trois socles font du management projet un métier à part entière et un métier enfin reconnu en tant que tel par tout autre professionnel. C'est avec le choc pétrolier en 1980 que ce modèle est remis en cause. La performance économique devient alors un nouvel enjeu prioritaire.

1.1.5 Le modèle taylorien ou séquentiel

Ce modèle de gestion de projet est un modèle séquentiel, c'est-à-dire que le projet devient l'enjeu de tous à chaque niveau, il s'agit d'un travail d'équipe. L'image reprise par Takeuchi et Nonaka (4), l'illustre très bien, le projet devient « une course de relais ».

Le modèle taylorien repose sur trois principes d'après Midler (3)

- L'intégration de l'expertise projet au sein de l'entreprise, c'est-à-dire que les concepteurs du projet font partie intégrante de l'entreprise et à ce titre sont salariés.
- L'expertise devient un domaine à part, un métier à part entière.
- La création d'une coordination hiérarchique des expertises métiers qui réalisent le projet.

La performance de ce modèle se heurte principalement à deux difficultés principales :

- Premièrement, le modèle est contra-cyclique. C'est-à-dire qu'il y a une perte de continuité lorsque le modèle fait intervenir différentes unités extérieures de production avec des hiérarchies différentes. Il n'existe pas de transversalité.
- Deuxièmement, avec la perte de hiérarchie, il existe une perte de contrôle sur le projet lui-même.

Le modèle Taylorien montre ses limites lorsqu'il s'agit de concurrencer sur la vitesse un projet ou de renouveler un produit rapidement.

Les entreprises japonaises, elles, ont su avec un travail d'équipe contourner ces problèmes et adapter leur management. Pour reprendre l'image sportive de Takeuchi et Nonaka, (4) il s'agit d'un « match de rugby plus que d'une course de relais et chacun joue collectivement et progresse en même temps. »

1.1.6 Le modèle de l'Ingénierie Concourante (IC)

L'objectif de l'Ingénierie Concourante est d'intégrer au projet une notion de rapidité. Elle repose sur des principes simples et efficaces comme la priorisation des tâches à accomplir ou encore leurs anticipations.

La principale notion de ce modèle se base donc sur la réactivité et l'anticipation, c'est l'ère de la stratégie basée sur l'anticipation ou « Time Pacing Strategy » (4) .

L'exemple le plus abouti qui illustre la réussite de cette stratégie est l'entreprise Intel avec sa production de puce. Malgré la concurrence elle a su s'imposer comme le leader mondial de fabricant de micro-processeur grâce à cette stratégie. Son PDG Andy Grove déclare : « Nous construisons des usines deux ans avant d'en avoir besoin, avant d'avoir les produits à utiliser et avant de savoir que l'industrie va se

développer. » Ainsi, Intel empêche les nouveaux venus sur le marché de le concurrencer si jamais il n'arrivait pas à répondre à la demande.

Jusque-là, la plupart des entreprises se basaient sur un « rythme événementiel ». C'est-à-dire que la production d'une entreprise s'adaptait aux événements. Avec la « Time Pacing Strategy » ou stratégie au rythme temporel, les entreprises devancent les marchés et sont dans l'innovation, elles axent une partie de leur production sur ces innovations même si elles n'ont pas encore fait leurs preuves. Exemple de Sony qui s'oblige à consacrer 20% de sa production pour des nouveaux produits innovants. Nous rentrons alors dans une logique de stratégie « proactive »

« Comme un métronome, le Time Pacing crée un rythme prévisible de changement dans une entreprise. » (4)

L'avantage du Time Pacing est d'unir l'ensemble des acteurs autour du projet dans un objectif commun. On maîtrise le temps et le maître du temps est le manager, il crée un climat d'urgence permettant à chacun d'accroître ses performances. Pour reprendre une comparaison sportive, « « C'est comme courir un marathon en rafales de 100 mètres. Bien que le tempo puisse être rapide, il est prévisible et donne ainsi aux gens un sentiment de contrôle sur des marchés autrement chaotiques. Les gens deviennent concentrés, efficaces et confiants dans la tâche à accomplir » (4)

La transition devient alors un point clé du management. C'est au moment d'un tournant dans la production que le danger est le plus grand. Comme en Formule 1 où on l'on doit changer les pneus d'une voiture à cause du mauvais temps, la transition est le moment où le risque de retard ou d'échec dans la chaîne de production est le plus grand. A chaque changement, il existe un danger et il faut l'anticiper le plus possible pour réussir sa transition.

L'avantage de la stratégie de management avec « modèle standard » est que le produit final était à longue durée de vie. La demande est stable dans le temps, le temps de production est contrôlé même s'il est long, le résultat final est un produit sûr et de qualité. Avec l'arrivée de l'Ingénierie Concourante (IC) la qualité du produit n'est plus un point clé mais plutôt sa rapidité de fabrication pour répondre à une demande immédiate. C'est donc l'arrivée de l'obsolescence programmée.

Face à la réactivité, deux réponses stratégiques :

- Les stratégies de niche pour capter les demandes les plus exiguës,
- Les stratégies dites d'obsolescence.

On est passé d'une logique d'anticipation de la demande à une logique d'offre proactive. C'est donc l'ère du projet.

Les autres principes de l'IC c'est aussi la centralisation de la gestion projet. C'est la direction générale de l'entreprise qui donne la direction et le tempo du projet. Mais c'est aussi, l'auto-organisation du pôle projet. Il existe une autonomie complète face à la hiérarchie. La fameuse carte blanche pour arriver à l'objectif. C'est aussi deux façons possibles de gérer les phases d'un projet : le recouvrement où les phases se chevauchent entre elles ou le mode séquentiel où les phases s'enchainent les unes après les autres. Le schéma (1) suivant représente le temps nécessaire pour réaliser un projet avec ces deux modes. On peut voir que si on fait chevaucher toutes les étapes d'un projet ensemble comme le Type C, le délai de finalisation est bien plus court. Nous sommes dans l'efficacité au plus strict du terme.

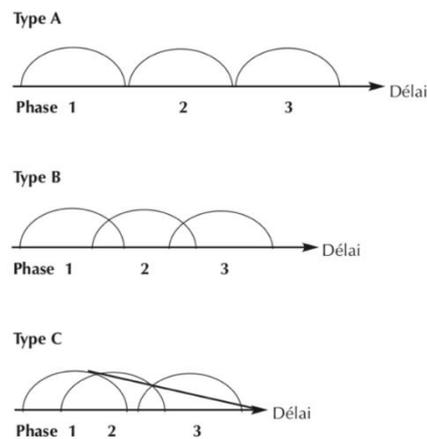


Figure 1 : Le type A est illustré par la course de relais. Dans le type B, il y a recouvrement entre les phases, mais seulement aux interfaces. Le type C étend le recouvrement à l'ensemble des phases.

Un autre principe de l'IC c'est le « control subtil » c'est-à-dire que le lieu de travail est un endroit « sain » où « si on se trompe, on apprend ». L'ambiance au sein de l'entreprise n'est donc pas délétère. Enfin le dernier rouage de l'IC est le transfert organisationnel de l'apprentissage. Les équipes projets communiquent avec le reste de l'entreprise et effectuent eux-mêmes le transfert de compétence au reste de l'organisation pour assurer leur propre autonomie.

Avec la modernisation de la stratégie de management, nous sommes passés d'une ère mono-projet à une ère multi-projets. Ce sont donc de nouveaux enjeux qui ont émergés. Pour répondre à ces problématiques, l'entreprise doit s'adapter. L'apprentissage tiré de la gestion d'un projet précédent est capital et permet de mieux gérer les nouveaux projets. L'émergence d'un réseau transversal au sein d'une

entreprise est indispensable aujourd'hui. Cette fonction transversale doit être autonome, avec une hiérarchie indépendante, elle doit assurer elle-même la formation aux organisations pour ainsi porter les valeurs de l'entreprises.

1.2 Vers un management différent dans les organisations

1.2.1 L'explosion des modèles de management

Tous les pays industrialisés connaissent, et ce depuis une cinquantaine d'années, une évolution très rapide du statut de l'individu dans la société. Alors que jusque-là l'individu était au second plan par rapport à l'organisation, il se donne aujourd'hui le droit de vivre pour lui-même et d'avoir ses propres valeurs.

La société de consommation et de communication accélère le mouvement. Madame Laure Jouanin (5) explique dans son cours de 2021, *Management d'équipe – Management des systèmes complexes*, donné au CESEGH que « cette individualisation se manifeste également dans l'intérêt porté à la psychologie, sa propre identité, le besoin de s'exprimer à la première personne, le culte du corps et le désir d'autonomie ». Il devient alors difficile de raisonner sur un modèle unique admis de tous. Elle met également en avant le fait que « les valeurs n'ont pas disparu, mais qu'elles sont portées par les individus de façon très diversifiée, fragmentée et évolutive ».

La question du travail est en débat dans tous les pays occidentaux, la durée, les rythmes, l'organisation mais également la notion de travail elle-même. Le postulat selon lequel le travail est le facteur essentiel d'insertion sociale et de développement des facultés humaines est aujourd'hui remis en cause.

Madame Laure Jouanin dans son cours Analyse Sociologique - Systémique & complexité (6) enseigne que « la norme à laquelle chacun se réfère n'est plus l'idée du travail, mais l'idée de l'autonomie et de la réalisation de soi par une activité librement choisie ».

Cette fragmentation conduit les managers à la recherche de nouvelles méthodes et à l'adaptation aux particularités de chacun. Les responsables ne peuvent plus espérer mobiliser les hommes autour de valeurs identiques ou communes. Ils doivent être à l'écoute des motivations des individus qu'ils dirigent et inventer de nouvelles formes

d'organisation du travail. La création de produits ou de services, les marges de profits, le bien être des salariés ne constituent plus un tout cohérent et les organisations s'interrogent sur leurs propres valeurs.

C'est alors la coexistence de deux logiques conflictuelles, économique et sociale qui pose d'importants problèmes.

Monsieur Gilles Garel (1) dans son ouvrage *L'évolution des modèles de Management de projet* nous apprend que les études comparatives ont montré « que la façon dont les hommes organisent leurs relations au sein de l'entreprise est davantage l'expression de leur manière de vivre en société que le produit de méthodes rationnelles de management ».

Les modèles classiques de management explosent. La complexité du management dans les organisations sanitaires implique avant tout de manager une communauté d'hommes et de femmes pour les faire coopérer à une œuvre commune, dans un champ de contraintes, internes et externes, très diverses. Il nous faut donc nous orienter vers une conception de l'organisation dite systémique.

1.2.2 Vers une conception systémique

Nous devons donc aller vers une nouvelle conception de l'organisation, fondée sur la pensée complexe, avec une vision de l'organisation au sens large.

Laure Jouanin (6) dans son cours *Analyse sociologique - Systémie & complexité* précise que « L'organisation n'est pas un état fini mais un processus de transformation permanente. L'organisation ne se pilote pas par ses structures mais par son projet. L'organisation prend en compte le particulier et le général et tisse ensemble des logiques différentes. L'organisation hiérarchise les fonctions et non les hommes. Elle apprend, elle mémorise et construit l'intelligence de son évolution. Elle est d'abord une logique d'invention, et non de conformité. Les choix d'organisation posent la question du sens »

En raison de la pensée complexe, de nouvelles méthodes dans les structures voient le jour. C'est un véritable mélange de différents managements dû aux multi-facettes d'une organisation de santé. Nous pouvons alors parler de management systémique en supposant de les considérer comme des systèmes. Autrement dit, de les

appréhender sous l'angle des interdépendances nombreuses et complexes entre leurs éléments constitutifs.

Laure Jouanin (6) met en évidence que les théories du management sont liées aux théories des organisations et orientent les organisations vers un management systémique.

Selon elle, le management systémique oblige à se poser de nombreuses questions au sein des 5 grands chapitres qui définissent la modélisation systémique :

- *L'intention et les finalités* : Nous devons nous questionner sur les finalités, les raisons d'être, de ce que l'on cherche à faire. Nous devons nous poser la question des intentions profondes et s'il n'en existe pas d'autres moins avouables. Nous nous interrogeons aussi sur les idées fixes, les certitudes, les conformismes, les paradigmes, qui modifient les finalités de nos réflexions. Ce questionnement doit être permanent, récurrent, sans cesse renouvelé. L'honnêteté intellectuelle exige de rester alerte et de savoir « construire le chemin en marchant ».

- *Le contexte, les enjeux, les parties prenantes* : Nous devons aussi nous demander qui est concerné et quelles sont les parties prenantes. Il faut éclaircir les enjeux et les impacts de nos intentions et de nos projets sur les parties prenantes et prendre en compte les liens avec l'environnement. Les choses ne prennent sens que si elles sont situées dans un contexte et dans leurs interactions avec les éléments de contexte.

- *La régulation, la gouvernance* : Il est important de comprendre quelles régulations, interactions, « autorégulations » sont nécessaires pour que ces fonctions travaillent ensemble aux finalités.

- *L'action, les activités* : Il faut définir les activités à conduire et les fonctions à remplir pour organiser l'action en lien avec les finalités et se questionner sur le pourquoi de l'action et son but.

- *L'évolution, « l'auto-éco-réorganisation* : Nous devons aussi nous poser la question du maintien du système au fil du temps en prenant en compte les évolutions du contexte. Un système qui ne se préoccupe pas en permanence de son évolution est voué à la dégradation ou à la déviance de ses buts initiaux.

L'organisation par projet est conçue de façon systémique. Nous faisons travailler ensemble, pour une durée limitée, des personnes réunissant des logiques, des expertises, des points de vue différents. Les grands travaux sont en général transversaux à l'organisation hiérarchique et à la structure fonctionnelle.

1.3 Vers un management par projet

Du point de vue étymologique, « projet » vient du latin « projicere » qui signifie « jeter au loin, en avant » et renvoie tout d'abord à l'idée d'intention.

Selon le dictionnaire Larousse (7) , le projet est « l'idée de quelque chose à faire, ce que l'on a l'intention de faire ». Le mot projet renvoie également à l'idée de travail préparatoire.

Deux définitions plus institutionnelles ont été élaborées en 1992 par l'AFNOR (association française de normalisation). : « Un projet est une démarche spécifique qui permet de structurer méthodologiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client et implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données ». (Norme AFNOR X50-105). Ces définitions mettent l'accent sur le projet en tant que processus « Un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans un but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques » (Norme AFNOR X50-115)

Dans *Performance et innovation dans les établissements de santé* (8) Daniel Jancourt et Michel Simart différencient « le projet » qui nécessite une gestion particulière, des moyens dédiés, un suivi et où il existe toujours une part d'incertitude, à une « opération ». Une « opération » intervient dans une organisation dite stable. C'est en fait la résolution d'une problématique simple et sans risque. C'est l'ensemble des tâches qui se répètent et qui produisent de la valeur. Il est important de définir ce qui caractérise le projet. Dans *Performance et innovation dans les établissements de santé* (8) Daniel Jancourt et Michel Simart citent 9 facteurs comme étant « discriminants :

1. La complexité : le projet à mener est techniquement et humainement complexe.
2. La compétence : elle est pluri-professionnelle. Le projet fait intervenir des personnes travaillant dans des secteurs différents et s'appuie sur un ou plusieurs acteurs possédant des compétences multiples.

3. L'ampleur : le projet suppose de mettre en place un pilotage et des ressources dédiées. La conduite du projet sera confiée à une direction de projet qui, elle-même, s'appuiera sur une équipe projet.
4. Le suivi de projet : la culture des résultats est forte. On veut s'assurer tout particulièrement de les atteindre et d'en contrôler la réalisation au fur et à mesure de l'avancement du projet.
5. La responsabilité : le projet suppose un responsable hiérarchique, donneur d'ordre et un interlocuteur, responsable unique, le « chef de projet ». En effet, si le mode projet permet de décloisonner les organisations et associe un grand nombre d'acteurs, son commandement doit être unifié.
6. Le volume des intervenants : il peut être élevé et les sous-traitants ou intervenants, nombreux.
7. Les risques : le projet comporte beaucoup de facteurs de risques et d'incertitudes.
8. L'ampleur : le projet s'insère dans la stratégie de l'établissement et peut entrer dans le cadre d'une série de projets plus vaste, un « programme ».
9. La durée : le projet s'étend au moins sur plusieurs mois, voire plusieurs années »

Le mode projet est donc un mode spécifique dans les organisations dans il faut détailler les approches et en comprendre les limites.

1.3.1 De la gestion de projet au management par projet

Il faut aujourd'hui différencier, la gestion de projet, la conduite de projet, le management de projet et le management par projets. Ces différentes notions qui tournent autour du projet, n'ont pas le même sens dans les organisations. Il est important de les définir pour une question de langage et pour éviter de confondre les différentes approches.

Dans *Performance et innovation dans les établissements de santé* (8) Daniel Jancourt et Michel Simart définissent la gestion de projet comme « une démarche organisationnelle, prévisionnelle qui intègre des dimensions techniques, économiques et contractuelles ».

La conduite de projet est définie par Yves Sotiaux dans *Management d'équipe projet, le chef de projet un manager* (9) comme « un ensemble de tâches d'organisation en vue de fabriquer le produit, objet du projet, regroupées autour d'une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à

venir, puis de contrôler que la fabrication du produit se déroule conformément à ce scénario et enfin de faire le bilan du projet »

Le management de projet, pour Daniel Jancourt et Michel Simart (8) « comprend la notion de conduite de projet telle que définie précédemment, et y ajoute la dimension du management, c'est-à-dire les dimensions stratégiques, politiques, de pilotage du projet, de conduite du changement, et notamment le management des ressources humaines. Sont sous-jacentes à ces notions, la nécessité d'entreprendre, la prise de risques, la définition et la mise en perspective des enjeux et la capacité de pilotage en fonction des évolutions externes »

Enfin le management par projet pour Daniel Jancourt et Michel Simart (8) est « avant tout une démarche organisationnelle de fonctionnement ». L'AFNOR précise que l'on parle de management par projets lorsque : « Des organismes structurent leur organisation et adaptent leurs règles de fonctionnement à partir et autour de projet à réaliser ». Toujours pour Daniel Jancourt et Michel Simart (8) « le mode projet devient alors le mode de fonctionnement normal de l'organisation et le management s'exerce par l'intermédiaire des projets. Il convient de parler de « management par projets » et non de « management de projet ».

La préposition « par » donne l'idée que le mode projet est le mode de fonctionnement normal ou classique de l'organisation. Aujourd'hui, rares sont les salariés ou les prestataires qui échappent au management par projets tant il est devenu le mode de gestion privilégié du changement dans des organisations qui évoluent en permanence.

Dans *Les figures du projet*, Gilles Garel (10) expose que le management par projet « se manifeste sous forme de cinq objets :

« **Les contraintes** : manager un projet, c'est atteindre des objectifs sous contraintes. La cohérence entre ces contraintes, dont le poids varie d'un type de projet à l'autre, est essentielle à la réussite du projet. L'absence de cohérence conduit parfois les acteurs qui réalisent le projet à sacrifier les objectifs qui, selon eux, les pénaliseront le moins dans l'évaluation qui sera faite de leur travail... **L'organisation** : le projet est souvent présenté comme une alternative à l'organisation en vigueur, ou comme un moyen de promotion de la transversalité avec de la réactivité dans l'organisation. Cependant, le mode projet ne constitue pas nécessairement une alternative à

l'organisation. Il s'y adapte souvent et s'en accommode parfois. **Les acteurs**, en fonction des relations choisies, de la taille du projet ou de son mode de pilotage, peuvent rester les mêmes ou non. **Les phases** : le projet est une activité par paliers... Le projet connaît alors une phase « amont » où sont fixées les grandes orientations et où sont déterminées les contraintes ainsi que les moyens, puis une phase de « gel » qui verrouille les options, souvent par un contrat, et enfin par une phase de « développement » qui se pilote. **Le pilotage ou les outils** : le pilotage du management de projet passe par la diffusion des outils. Elle constitue une voie de structuration des pratiques et de formation. Grâce au développement des logiciels de gestion de projet, les outils de pilotage sont de plus en plus faciles à diffuser ».

1.3.2 Les apports du management par projet

Le management par projet dans une organisation est donc une solution pour celle-ci de se pérenniser au travers de projets transversaux qui légitiment par la même occasion l'organisation elle-même. Les projets et l'organisation ne font qu'un : sans projet, pas d'organisation, et inversement.

Dans le secteur sanitaire la méthodologie de projet a, dès le départ, été considérée comme un levier de modernisation de l'action de l'Etat. Les méthodologies de projets accompagnent de profonds changements en matière : d'organisation des services, de management des équipes et de programmes d'actions.

Les modes de management par projet se sont imposés dans le champ des politiques sanitaires et sociales à travers la conception et la mise en œuvre de différents programmes et dispositifs qui obligent une action coordonnée et cohérente de nombreux acteurs.

Dans les établissements sanitaires le mode de management par projet accompagne les évolutions nécessaires en matière d'organisation institutionnelle et permet également le repositionnement des acteurs dans un contexte de réforme de l'état.

En définitive, on ne peut que résumer le management par projets comme étant un mode de gestion ou un outil qui permet de rendre plus efficaces les organisations de santé.

1.3.3 Les freins liés au management par projet

Après avoir collecté durant quinze ans des informations auprès de plus de 600 organisations, autant privées que publiques réparties à travers le monde, Shenhar et Dvir en 2007 (11), sont arrivés à la conclusion en 2007 que 85 % des projets n'atteignent pas leurs objectifs de coûts et de délais, avec un dépassement de 70 % en termes de durée et de 60 % en termes de budget.

Trois causes d'échec des projets sont recensées dans la littérature :

Les défaillances du management avec un manque de coordination ou des choix techniques inadaptés. Des spécifications qui sont confuses ou contradictoires, avec des variations d'objectifs. Des facteurs d'environnement externe qui viennent perturber l'organisation avec une réduction de l'allocation des ressources dédiées.

Gilles Garel, dans *Limites et renouvellements du management de projet*, (10) explique aussi que « l'échec fait partie du management de certains projets. Échouer, c'est apprendre, surtout si l'entreprise sait capitaliser sur ses échecs ».

Dans *Performance et innovation dans les établissements de santé* (8) Daniel Jancourt et Michel Simart mettent en avant que « le dispositif de management par projet présente aussi des risques d'acceptation et d'adhésion par les acteurs concernés car il introduit une nouvelle approche de l'organisation du travail basée sur l'émergence d'une culture nouvelle ». Cette approche repose sur l'abandon de la forme uniquement hiérarchique et pyramidale du fonctionnement, et sur la double appartenance à une autorité hiérarchique verticale (de direction) et fonctionnelle horizontale (de projet), parfois paradoxale. Les équipes se font et se défont au gré des projets et l'organisation projet suppose l'acceptation d'une organisation de travail à durée de vie limitée et une remise en question permanente des approches, des méthodes et des pratiques.

Nous voyons apparaître aussi une culture de résultats notamment collectifs, conséquences de réalisations individuelles. Le management par projets est un mode de gestion exigeant pour lequel il faut être formé et qui doit être accompagné. Mettre en place une organisation et un management par projet s'évalue en permanence. La décision de recourir à ce type de management mérite d'être systématiquement discutée. Toujours selon Daniel Jancourt et Michel Simart (8), il faut se questionner en permanence : « S'agit-il d'un projet, d'une conduite de changement ou d'un accompagnement de la transformation méritant d'être porté en mode projet ou s'agit-il d'une opération ? Quel est le niveau d'innovation ? Comment maîtriser, par la

technique de la gestion de projet, le passage délicat de l'idée à la réalisation ? ». Toute la difficulté est que la réussite du projet n'est pas qu'une question de volonté, elle dépend de la bonne mobilisation des outils propres à la démarche, ainsi que du respect des processus et étapes indispensables. Le management par projet favorise l'efficacité collective, nécessite des ressources, des compétences et une reconnaissance des différents contributeurs. Il impacte la culture de l'organisation.

Il existe aussi une pression des exigences, qui accroît la charge de travail de ceux qui travaillent en projet. En projet, le jugement ou le reporting (l'obligation de rendre des comptes) est quasi permanent. Sous le regard des autres, chacun se sent jugé.

Hiroataka Takeuchi (11) et Ikujiro Nonaka (12) utilisent, à propos de la gestion d'un projet, l'image d'une équipe projet reléguée au sous-sol à qui la direction retire l'échelle et lui demande, sous contrainte de temps, de coût et de qualité, de se débrouiller seule pour remonter. L'urgence peut alors créer les conditions d'une convergence. Mais elle est aussi créatrice de tensions et de conflits. Selon Daniel Jancourt et Michel Simart (8), « les exigences de l'innovation peuvent éventuellement peser sur l'encadrement intermédiaire. Si ces personnes ne sont pas autorisées à recharger leurs batteries de temps à autre, la capacité de création de l'organisation s'affaiblira ».

Plus largement, la littérature montre que le management par projet est à l'origine de trois formes différentes de stress : le stress provoqué par les tensions et les questions d'appartenance liées au rattachement hiérarchique dans l'organisation, le stress lié à la résolution de problèmes sous contraintes, le stress provoqué par les variations de rythme du projet (montée au créneau, retour en arrière, temps de réflexion, passage à l'acte, bifurcation).

Les systèmes d'information accentuent aussi la pression sur les individus en exigeant par exemple une réponse immédiate, par retour de mail, en temps réel via l'outil collaboratif. La pression qu'induit souvent le mode projet ne convient pas à tous. Certains résistent, d'autres craquent, leur souffrance n'étant pas prise en charge. En outre, la solution qui consiste à se retirer du projet est difficilement envisageable.

Enfin, Gilles Garel (13) dans *Limites et renouvellements du management de projet* explique que « les projets peuvent acculer les individus et les plonger dans une souffrance psychoaffective. Dans un projet, l'individu est impliqué sur le plan

intellectuel (contribution directe de ses idées à la construction du projet), sur le plan social (appartenance à une équipe), mais également sur le plan émotionnel (l'énergie déployée construit un attachement naturel au projet et à l'équipe et l'individu est jugé par les autres pour le travail qu'il réalise, ou pas) ». Nous pourrions prendre l'exemple d'une infirmière qui travaille déjà dans un service de soins en 12h. Référente en douleur dans son service, elle participe tous les mois au groupe de travail du Comité de Lutte contre la Douleur. Ce comité décide de mettre en place un grand projet sur l'établissement sur la prise en charge de la douleur. L'infirmière référente n'aura donc pas d'autre choix que de participer à la conduite de ce dernier, sans avoir de temps dédié. De plus, étant référente et seule compétente dans le service, tout le monde se retournera vers elle si ce projet ne fonctionne pas. Comme elle n'aura pas de temps dédié ou une adaptation de son temps de travail, elle s'occupera en même temps de ses patients et de la conduite du projet dans son service, ce qui l'épuisera progressivement.

Pour conclure sur cette première partie nous pouvons dire qu'en étudiant l'histoire et l'évolution du management par projet, nous constatons qu'il a d'abord été mis en place dans les entreprises de construction puis dans l'industrie pour finalement intégrer les sociétés de service. Les sociétés de service sont les dernières à bénéficier de ce type de management, en raison d'une multiplication des parties prenantes. Le management dans les organisations a lui aussi évolué pour passer d'un management pyramidal à un management transversal. Ce changement est dû à l'individualité des acteurs qui travaillent dans les organisations. Ce changement nous oblige alors à considérer les organisations comme des systèmes et en faire leur analyse. Les notions liées aux projets sont nombreuses, gestion de projet, pilotage projet, management de projet ou management par projet tout est une question de définition. Aujourd'hui dans les organisations de santé nous sommes aux prémices du management par projet, les freins sont dus au changement de culture et à la pression des exigences qui doit être pris en compte pour évoluer vers ce type de management. La question intéressante à se poser c'est pourquoi évoluer vers ce type de management dans les organisations de santé ?

2. Pourquoi évoluer vers le management par projet dans les établissements ?

Le mode de management par projet accompagne les évolutions nécessaires en matière d'organisation institutionnelle mais aussi repositionne des acteurs dans les organisations. Des travaux se sont penchés sur l'articulation entre ce mode de management et la qualité de vie au travail. La promotion de la qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de santé devient progressivement un centre d'intérêt. La Haute Autorité de Santé a rajouté la Qualité de Vie au Travail dans les démarches de certification depuis la V2010. La revue de littérature *Qualité de Vie au travail* (14) datant de 2016, publiée sur le site de l'HAS, fait le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins, et conclue par « les recherches réalisées sur les conditions de travail et la qualité des soins montrent un lien entre les deux ». Nous allons donc, à travers la littérature, essayer de voir comment le management par projet mobilise les hommes et améliore la qualité de vie au travail.

2.1 Mobiliser les hommes par le management par projet

2.1.1 La qualité de vie au travail aide à la performance

Trouver une définition complète et stable de la QVT n'est pas chose facile. L'auteur du livre *Comment passer du discours à l'action* (15) fait état que « cette absence de définition peut-être liée à la pluralité des approches qui s'intéressent à la QVT. Médecin, psychologue, sociologue et autres, tout le monde s'accorde pour dire que le terme de QVT devient « polyphasique », c'est-à-dire qu'il est employé pour rendre compte des phénomènes divers et variés, dans des registres différents, il est difficile à définir et sa complexité rend difficile son « opérationnalisation ». L'auteur classe les définitions de la QVT en deux familles : « celles qui reposent sur une perspective environnementale et qui supposent que la QVT se trouve dans les conditions de travail (c'est l'organisation qui est la source de la QVT), et celles qui s'appuient sur une approche interactionniste, c'est-à-dire que la QVT dépend de la perception de l'individu de ses conditions de travail »

La définition la plus complète est celle de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail qui définit la qualité de vie au travail en six points :

« La qualité des relations sociales et du travail, qui correspond à la reconnaissance du travail, respect, relations interpersonnelles, etc.

La qualité du contenu du travail qui se traduit par l'autonomie, variété des tâches, degré de responsabilité, etc.

La qualité de l'environnement physique qui englobe la sécurité, l'ambiance physique, La qualité de l'organisation du travail représentée ici par l'anticipation de la charge de travail, la réduction de la pénibilité, la qualité de la prescription, etc.

Les possibilités de réalisation et de développement professionnel, identifiées dans la formation, le développement des compétences, etc.

La conciliation entre vie professionnelle et vie privée qui se trouve dans le rythme des horaires de travail, gardes d'enfants, travail à domicile, etc. »

L'hôpital, par son organisation et sa structure, fait coexister de nombreux métiers différents. Dans *Changements, incertitudes et qualité de vie au travail* Nathalie Commeiras, Ariel Eggrickx et Irène Georgescu (16) évoquent que l'hôpital est un univers où cohabitent des mondes différents. Ils expliquent aussi qu'il est constitué de services, de divers pôles, de directions différentes où la gestion de projet et la conduite de changement sont peu aisées et évoluent. Ces mêmes auteurs expliquent qu'à « l'instar du management par projet, la conduite du changement est, elle aussi, généralement associée à l'incertitude et dans un environnement différent composé de professionnels avec des compétences très différentes ». Dans le livre *Comment passer du discours à l'action* (15) les auteurs indiquent que « le changement et l'incertitude entraînent des conséquences sur la santé au travail, de l'anxiété, de l'inconfort, des peurs et résistances, des risques de repli identitaire et plus globalement dégradent la qualité de vie au travail ».

Le changement suppose alors pour Nathalie Commeiras, Ariel Eggrickx et Irène Georgescu (16), « une prise de conscience de la nécessité de changer et un processus de construction de sens, plus ou moins facilités par les managers ».

L'idée est de construire de nouvelles relations de travail et de dépasser la problématique des risques psychosociaux pour permettre d'aller vers un management qui utilise à la fois le bien-être au travail et la performance.

Dans une étude de 2017, sur plus de 20 000 employés Emine Sarigöllü, Myriam Ertz, et Dominique Rouziès (17) exposent les résultats faisant le lien entre bien-être au

travail et rentabilité. Ils précisent tout d'abord « qu'il s'agisse de femmes ou d'hommes, le constat est le même : le bien-être est associé à une meilleure rentabilité ». L'article donne les chiffres suivant « l'amélioration moyenne de la rentabilité s'élève à 11 %, et est comprise entre 7% et 20%. L'étude met en lumière « le rôle que joue le bien-être des salariés dans la détermination de la rentabilité des actifs. Plus les salariés perçoivent que leur employeur instille équité, crédibilité, respect, camaraderie et, dans une moindre mesure, fierté de l'entreprise, meilleure est sa rentabilité ». Il est précisé cependant que le bien être varie selon le statut dans l'entreprise « ...en général, le bien-être des ouvriers et des employés de même que celui des techniciens et des agents de maîtrise semble plus influent que celui des cadres. Le bien-être des ouvriers et des employés augmente la rentabilité de 10%, et cette proportion grimpe à 24% pour les techniciens et les agents de maîtrise ».

2.1.2 Travailler ensemble, être proactif et gagner en performance

Dans le management par projet, la multiplicité des points de vue est nécessaire et permet d'aborder correctement les questions qui se posent. La solution convenable exposée par Jean-Jacques Néré (18) est de résoudre les problèmes de façon « transversale » c'est-à-dire que ces spécialistes vont devoir « travailler ensemble, écouter, et prendre en compte tous les points de vue de chacun, pour intégrer les différentes façons d'analyse pour parvenir à la solution retenue ».

Il est difficile de concevoir cette façon de fonctionner tant notre société est cloisonnée entre spécialité, où les spécialistes s'ignorent les uns les autres. Les différences vont permettre d'enrichir les débats et de proposer des solutions originales, pertinentes, et surtout complémentaires. De plus tout projet qui concerne l'avenir amène chacun des intervenants à se projeter dans le futur, et oblige à développer cette vision proactive, du début à la fin du projet. Jean-Jacques Néré (18) nous dit que « le fait d'imaginer une démarche qui permette d'atteindre les objectifs en respectant les contraintes, est déjà une première démarche proactive ». L'analyse des risques est elle aussi faite de manière prospective. Jean-Jacques Néré (18) l'évoque clairement « De façon plus générale, la participation à un projet amène les membres de l'équipe projet à communiquer, à échanger des points de vue, à construire ensemble en respectant les divers points de vue. Le management de projet induit, lorsqu'il est correctement mené, une solidarité au sein de l'équipe, dont les membres apprennent à se connaître et à partager plus qu'au travers de toute autre activité professionnelle ». C'est ici un facteur

d'évolution des méthodes de travail et de pratique managériales que le projet implique à travers le travail coopératif. Et ce sont des habitudes de penser et de travail particulier que la pratique du management par projet génère auprès des personnes impliquées. Le management par projet met donc en avant et développe ce type de compétences. Ce sont ces phénomènes de transversalité prospectiviste ou encore d'intégration des équipes, qui favorisent une vision globale du projet et des actions qui l'entourent, tout en favorisant un esprit de partage et de travaux communs, voire de recherche de solutions plus efficaces qui rendent le management de projet plus efficace et efficient au sein de l'établissement.

2.2 Répondre aux nouvelles orientations de l'Etat par le management par projet

Lorsque nous étudions les grand projets de l'Etat basés sur la responsabilité sociétale des entreprise/organisation (RSE/O), qui met en avant le bien-être au travail, la Haute Autorité de Santé qui développe des nouveaux outils dans la dernière certification, et l'ANAP qui met à disposition des outils de pilotage projet pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, nous sommes en droit de nous poser la question suivante :

« Ce grand projet RSE/O n'est-il pas une façon de nous orienter vers « un grand projet de management par projet » sur le thème du développement durable et de la qualité de vie au travail ? »

Olivier Toma (19) dans son cours donné au CESEGH en 2021 définit la QVT au travers de la RSE/RSO, comme étant « le bien-être et le travail représentent l'un des principaux mobiles de l'application d'une démarche RSE/O dans une organisation. L'adhésion et la motivation des employés passent nécessairement par l'amélioration du bien-être au travail. La démarche de RSE/O implique des changements structurels de l'organisation, en prenant notamment en compte l'envie, mais aussi les attentes et les besoins des collaborateurs. Les résultats escomptés sont une baisse des arrêts et accidents du travail ainsi qu'un accroissement de l'investissement personnel des salariés ». Si nous reprenons la définition de la QVT dans la RSE/O, en la mettant en lien avec le management par projet, nous dirions que l'organisation qui travaille dans le sens de la qualité de vie au travail apporte de la transversalité, et donc de l'efficacité. Tout cela permet de la réactivité, de la cohésion, et de l'adaptation à un environnement complexe. Nous voyons donc que l'Etat engendre à travers l'ensemble

de ses actions un grand projet général RSE/O, dans lequel la QVT est un sous chapitre du projet. L'état demande de travailler sous forme de management par projet au sein des établissements de santé en fournissant les outils et souvent les financements pour y parvenir. Le management de projet ici est détourné de ses fins premières pour être utilisé essentiellement comme facteur de changement dans les organisations de santé. Un directeur, un directeur des soins, un cadre de service peut manager sous forme d'un projet un ensemble d'activités dont le résultat sera un soin ou un service spécifique fourni à un patient, dans un délai donné et à un coût ou tarif, fixé à l'avance. Daniel Jancourt et Michel Simart (8) expliquent alors que « dans cette configuration de fonctionnement, les projets deviennent les outils et leviers du changement, non seulement de l'organisation, mais également du management des hommes et de la structure. Chaque projet est limité dans le temps et dans l'espace et fait appel à des spécialistes ou experts venant d'horizons divers, internes ou externes, amenés à travailler ensemble ».

Les pouvoirs publics orientent de plus en plus les établissements de santé vers cette pratique de management par projet. Les programmes de l'état obligent une transformation profonde de notre système et poussent les établissements à se réorganiser. Ces programmes prônent le travail collaboratif, faisant intervenir de nombreux acteurs tous très différents. L'objectif de l'état est d'essayer de faire avancer le collectif dans le même sens. Le projet de loi « Ma Santé 2022 » (20) initié depuis 2018, en est l'exemple même. « Ma santé 2022 propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français.... Ma santé 2022 va favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Ma santé 2022 permettra de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires ». L'état fixe donc 5 grands axes de travail qui tournent autour de la coopération et du travail collectif. Le programme l'évoque même de façon claire dans l'axe du numérique, à travers une de ses mesures clés : « S'appuyer sur le numérique pour améliorer les organisations ». Le programme précise alors que « le numérique en santé doit être collé à la réalité du terrain, au plus proche des utilisateurs, des métiers ». Le système d'information deviendra alors la clé des transformations des organisations. Il permettra un partage d'informations entre l'ensemble des

professionnels. La mise en place de toutes ces actions nécessitera alors de travailler en mode projet dans les organisations de santé et poussera les dirigeants à changer la culture pour passer du management de projet à du management par projet.

Le « Rapport Aubert » (21) qui s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation des systèmes de santé, oriente les établissements à s'organiser autrement. Ce rapport préconise un changement de mode de régulation et de financement, avec comme objectifs principaux, la coopération et la pertinence des soins. L'idée est alors de faire travailler ensemble tous les professionnels de santé, que ce soit à l'hôpital ou en ville, de créer un grand projet collectif. L'objectif est de décloisonner la prise en charge et orienter les professionnels autour d'un même objectif « le patient ». Ces grandes orientations vont alors pousser les organisations à évoluer, à modifier leur comportement et à travailler en mode projet pour répondre aux attentes.

Enfin les différentes démarches de certification depuis 20 ans, pilotées par la Haute Autorité de Santé s'appuient, elles, sur la mise à plat des processus et de l'organisation. Elles permettent un questionnement des professionnels sur leur pratique actuelle, pour changer les choses et s'améliorer toujours autour d'un même objectif le « Patient ». Cela permet de mobiliser l'ensemble des professionnels vers une démarche structurante, uniforme dans les établissements, avec pour objectif unique la pertinence des soins. Les démarches de certification obligent à travailler en mode projet pour embarquer l'ensemble des acteurs dans une démarche vertueuse, collective où chacun doit trouver sa place. Le champ des processus investigués est large (gouvernance, qualité de vie au travail, dossier patient, hygiène, urgence, bloc opératoire). Les certifications font donc le tour de l'établissement et de son organisation. L'exigence augmente de versions en versions et les méthodes d'audits évoluent. Le temps où les experts visiteurs venaient vérifier le formalisme est terminé. Patients traceurs, parcours traceurs, traceur ciblé, les experts rencontrent les équipes, les interrogent et évoluent selon les retours terrain. La préparation des certifications doit se faire obligatoirement en mode projet pour embarquer l'ensemble des acteurs de l'établissements. L'enjeu serait de faire du management par projet une réponse organisationnelle qui permettrait aux structures de s'adapter aux aléas de l'environnement et de se doter d'une vision et d'une visibilité nécessaires à leur survie.

Pour conclure nous pouvons dire que de nos jours, les organisations de santé, sont de plus en plus contraintes à de multiples injonctions paradoxales, répondre aux attentes des patients, aux attentes des représentants des patients, des familles, des individus qui travaillent, de l'état, des collectivités locales, aux attentes des fournisseurs, des prestataires de service etc. Les établissements doivent aussi répondre aux enjeux majeurs des politiques de développement durable et aux contraintes de l'environnement. La multiplication des sources de communications, réseaux sociaux ou autres les obligent à travailler aussi leur e-réputation. Pour répondre à l'ensemble des contraintes exposées, le management par projet semble alors le plus adapté, permettant d'amener tout le monde à l'objectif via une gouvernance plus lisible obligée de fédérer l'ensemble des acteurs de santé.

3. Quels outils pour aider à basculer vers un management par projet ?

3.1 Conduire le changement

Dans son cours « Manager les équipes dans le changement 2021 », Laure Jouanin (22) explique que les organisations vivent de nombreux changements. Les changements font partis intégrantes de la vie de l'entreprise. Petits, grands, immédiats ou différés. Ces changements apparaissent comme « d'une part des ruptures plus ou moins fortes, des remises en question, des façons d'agir et de penser jugées insatisfaisantes et d'autre part comme le développement de compétences conduisant l'organisation à une situation perçue comme plus satisfaisante ».

David Autissier et Jean-Michel Moutot (23) définissent le changement organisationnel sous « 4 formes :

- Le changement prescrit : progressif et imposé, il est introduit par les dirigeants sous la pression de facteurs externes, ce type de changement est appliqué de manière graduelle. (Mise en place des 35h, arrivée de l'Euro)
- Le changement de crise : radical, imposé et brutal, ce type de changement répond à une situation de crise pouvant mettre en péril la santé ou la réputation de l'entreprise (multiplication des plaintes, accidents, dysfonctionnements importants, grève d'une partie du personnel...).
- Le changement construit : progressif et volontaire, les idées émises par les subordonnés sont prises en considération par la hiérarchie, ce qui implique une

évolution de l'image véhiculée par l'entreprise. La mise en place d'une démarche qualité illustre parfaitement cette logique de changement construit.

- Le changement adaptatif : radical et volontaire, pour s'adapter à la situation, l'entreprise doit engager un effort de communication très important pour convaincre les collaborateurs de s'engager dans la transformation de l'organisation ».

La revue de littérature est riche sur la conduite de changement et les méthodes sont nombreuses. Volontairement nous n'avons pas abordé en totalité les approches de conduite du changement. Ce sujet mérite à lui seul une revue complète de littérature. Nous avons cependant souhaité citer un exemple d'approche tiré de l'article *Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?* (24) l'approche normative qui permet de découper le changement en plusieurs étapes qui vont de la réflexion à la consolidation. Cette approche pourrait être utilisée dans un changement de culture que nous évoquons depuis le début de notre mémoire.

Le tableau ci-dessous expose les étapes de cette approche :

Tableau 2 : LES ÉTAPES DU CHANGEMENT DÉFINIES PAR BULLOCK ET BATTEN'S (1985)

| | Objectif | Prescriptions |
|------------------------|--|---|
| Phase Exploratoire | Décider de la pertinence du changement | Dans l'affirmative, mobiliser les ressources pour planifier le changement Montrer la nécessité du changement Chercher des facilitateurs externes Définir les responsabilités des différents acteurs impliqués |
| Phase de planification | Programmer les différentes étapes | Etablir un diagnostic Définir les objectifs du changement et les actions appropriées pour atteindre ces objectifs Convaincre les acteurs clés d'approuver et de soutenir le projet de changement |
| Phase de mise en œuvre | Faire passer l'organisation du stade initial au stade désiré | Définir et mettre en actions les dispositions concrètes Mobiliser les supports pour les actions Evaluer les activités de mise en œuvre Evaluer les résultats pour des actions correctrices éventuelles |
| Phase d'intégration | Consolider et institutionnaliser les nouvelles routines organisationnelles | Encourager les nouveaux comportements par l'évaluation et des systèmes d'incitation Communiquer et informer sur les résultats positifs du changement Former les managers et les opérationnels à la maintenance des nouvelles routines |

Il faudra adapter les outils de conduite de changement au type de changement à mener. Sur un changement de type de management, comme le passage à un management par projet, la clé de la réussite reste pour nous la communication qui aidera à l'adhésion de tous.

3.2. La communication comme levier d'actions pour aider au changement

La communication organisationnelle joue un rôle prédominant dans la préparation au changement. Le but de cette communication est d'informer les employés sur leurs tâches, leurs modalités de travail ou encore les nouvelles règles ou procédures susceptibles d'impacter leur travail. Irène Georgescu précise dans son cours donné au CESEGH (25) que « lorsque la communication est floue, les individus tentent de cristalliser leurs croyances et leurs peurs, et se recentrent sur leurs propres intérêts au détriment de ceux de leur organisation ». La conduite du changement peut être plus ou moins participative en fonction du type de changement et de la population concernée. Le mode collaboration/participation est surtout employé pour des projets de changement organisationnel. Les acteurs doivent prendre conscience de l'intérêt de changer. C'est finalement cette prise de conscience qui lancera le changement. Irène Georgescu (25) explique que : « très chronophage, ce mode consiste à aller à la rencontre des utilisateurs finaux ou des relais et de leur expliquer les objectifs et les modalités du changement par des ateliers participatifs. Ce mode est très utilisé dans le management au quotidien où il faut savoir prendre du temps pour échanger avec ses collaborateurs sur des transformations et adaptations ».

3.3 Le leader pour appuyer le changement

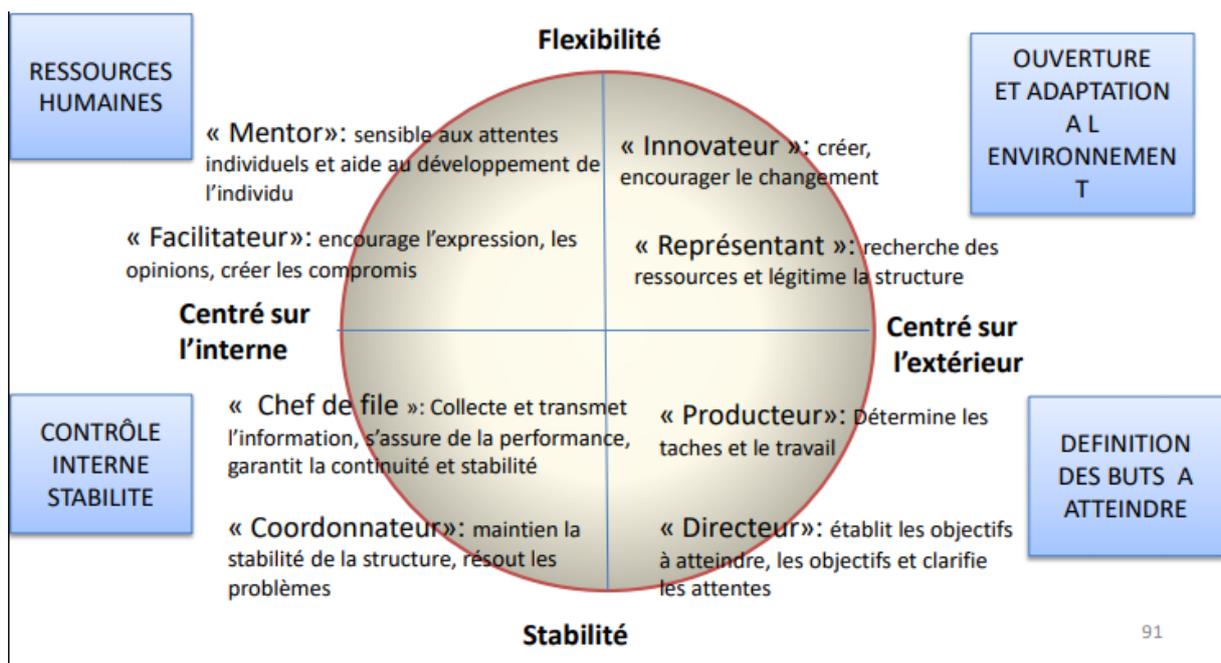
En anglais, le mot « leath » est la racine du mot leadership. Il prend un double sens : disperser, et développer ou étendre. Korbi Masmoudi (26) écrit que : « le leader est acteur de transformation. Il insiste sur le fait que le leader naît « des croyances du groupe qui lui en attribue le statut ». Il obtient sa légitimité par le groupe et non par son positionnement dans la hiérarchie. Il doit être capable de prendre du recul, d'identifier les challenges et les changements futurs et d'instaurer un climat sans stress. Il encourage les résolutions de problèmes en collaboration, tout comme la prise de risque dans l'innovation, et pour finir il est attentif au contre-pouvoir. Le leadership pour Korbi Masmoudi (26) est une compétence, ou plus exactement un ensemble de

compétences, que tout un chacun peut acquérir. Il existe de nombreuses définitions du leadership pour Korbi Masmoudi (26), mais dans toutes ces définitions, il y a un élément récurrent qui est l'influence d'une personne sur une autre dans le but soit de guider, soit de structurer ou de faciliter les relations ou les actions d'un groupe ou d'une organisation.

La différence entre management et leadership est très bien expliquée par John Mackey, Rajendra Sisodia et Bill George dans l'article de Korbi Masmoudi (26) « le management concerne l'efficacité et la performance, les managers s'assurent que le système fonctionne bien et apporte des actions correctives quand ce n'est pas le cas. Le leadership lui concerne le changement et la transformation, le leader est l'architecte rénovateur du système. Les leaders possèdent une sensibilité systémique leur permettant de comprendre comment un groupe de personnes se comporte en tant que système, et comment il peut changer ce système pour modifier son comportement. »

Il ajoute dans le même ouvrage que « les managers ..., obtiennent des autres personnes à faire quelque chose, mais les leaders obtiennent des autres gens à vouloir faire quelque chose ».

Le schéma ci-dessous tiré du cours d'Irène Georgescu (25) est une représentation schématisée à 360° des différents rôles que doit combiner un bon leader :



Un leader est innovateur, il va créer, donner des opportunités et encourager le changement. Il est un représentant puisqu'il représente une structure et légitime celle-ci. Il définit alors dans l'organisation les buts à atteindre, définit les tâches de chacun, et donne à chacun les bons objectifs à atteindre, tout en assurant une certaine flexibilité pour garder la stabilité de l'établissement. En interne, le leader coordonne, stabilise, résout des problèmes et transmet une information claire à chacun. Le leader est un facilitateur, il ne doit pas avoir peur de l'émergence des conflits. Il encourage l'expression et il permet la création de compromis. Le leader doit être sensible aux attentes individuelles, aux compétences individuelles et permet à l'individu de se développer et d'évoluer dans son environnement. C'est un mentor.

Un chef pour Korbi Masmoudi (26) est capable de se constituer une vision d'une situation possible et souhaitable pour la structure. Ce peut être aussi vague qu'un rêve, ou aussi précis qu'un énoncé de mission. La vision de l'établissement transmise par ce chef devient alors « un énoncé général de l'orientation que cette structure envisage et auquel ses membres réagissent de façon émotive ». Une vue de l'avenir réaliste, crédible et attrayante pour l'organisation. Le leader va en fait, via ses capacités, être capable d'amener à l'établissement le besoin en changement, à travers sa créativité c'est-à-dire la capacité de proposer des solutions inédites dans la prise de décisions, ou dans l'élaboration de nouvelles possibilités ou de résolution de problème.

Le leader modifie alors la résistance au changement. Les individus qui résistent au changement ont souvent un manque d'estime de soi les empêchant d'affronter ce changement. Ils craignent l'inconnu, surtout si leur sécurité économique est menacée. Les causes des résistances au changement restent multiples et multidimensionnelles, et par conséquent difficilement contrôlables. Le leader doit alors, pour Korbi Masmoudi (26), créer et maintenir la culture de l'entreprise, par l'information, la communication, la participation et l'engagement, la facilitation et le soutien, la négociation et l'entraide, la cooptation et la coercition. Le leader/manager crée un système socialement admis par les employés afin de favoriser une dynamique de leur implication aux stratégies. Il facilite le changement, individuel comme organisationnel. Il repère les attentes individuelles et les facilite.

Pour conclure cette partie nous pouvons dire que la place du leader dans le management par projet est essentielle. Il faut trouver dans les structures des leaders

naturels, nommés par leurs « pairs ». Le leader naturel peut se trouver dans toutes les strates hiérarchiques. Il doit être inspirant et porteur de sens. Le manager pour réussir le changement doit donc devenir un leader inspirant.

L'ensemble de nos recherches dans cette revue de littérature nous a montré que le management projet semble être aujourd'hui le plus adapté aux organisations de santé. Il s'inscrit d'abord dans une logique incontournable de l'évolution des modèles de management adaptés aux organisations complexes et systémiques. L'environnement complexe, la multi-compétence au sein des établissements, les réformes et bien d'autres contraintes peuvent être managés par le projet, pour accompagner l'incertitude grandissante des différentes crises de l'environnement externe.

L'Etat prône ce mode de gouvernance et incite grâce aux outils proposés à favoriser ce management. Notre revue de littérature met en évidence que seul le management par projet est capable d'accomplir et d'accompagner ces grands changements puisque notre secteur évolue dans un environnement incertain, mettant en commun un grand nombre d'acteurs, les fédérant sur des projets et des valeurs partagées de tous, tout en essayant d'améliorer la performance et la qualité des soins. C'est un véritable levier de performance qui favorise une transversalité plus prospective, permettant d'instaurer de nombreux projets comme la qualité de vie au travail ou le Développement Durable. Il permet aussi de mettre en place les nouveaux modes de financements qui nécessitent une coordination de tous les acteurs. Ce management par projet recentre les organisations sur une vision plus moderne, plus partagée et plus globale, entraînant une gouvernance plus transparente qui partage les orientations. Ce mode de management pousse à une communication plus adaptée rassurante à tous les niveaux de la structure.

Le groupe Oc Santé est un terrain d'études intéressant. La diversité de ses prises en charge et son histoire font que ce n'est pas un groupe classique. Son côté familial est particulier et les moyens d'actions sont plus accessibles que dans un groupe national où la majorité des actions est protocolisée. Chez Oc Santé, l'autonomie des établissements est importante, les initiatives individuelles sont valorisées et prises en comptes. Même si le groupe change de paradigme petit à petit, grâce aux acteurs qui évoluent au sein des organisations, il doit tout de même évoluer pour répondre aux différents enjeux, réglementation, certifications, financements. Mais en réalité, où en sommes-nous du management par projet dans le groupe Oc-Santé ?

III – La recherche : matériel et méthode

1. La méthode

Ce travail avait pour objectif principal de faire un état des lieux par une étude terrain du management projet au sein des établissements du Groupe Oc Santé et de sa mise en œuvre. L'objectif secondaire était de trouver avec les acteurs de terrain, des pistes d'améliorations pour pousser le management par le projet dans les établissements et dans le groupe.

Nous avons choisi de faire une étude qualitative pour décrire une certaine réalité à travers des entretiens en face à face, durant lesquels les sujets interrogés ont pu librement et sous couvert d'anonymat exprimer leur manière de faire du projet au sein des établissements et du groupe. Nous avons dû rentrer dans le détail des projets menés et nous avons souhaité faire des entretiens semi-dirigés pour guider le sujet et permettre de répondre au mieux à notre problématique. Nous avons dans un premier temps présenté le cadre de l'étude, la confidentialité des échanges et expliqué le déroulé de l'entretien.

Le guide d'entretien a été composé de 9 questions ouvertes qui ont permis aux sujets de l'étude de s'exprimer librement. Nous sommes restés tout au long des entretiens neutres et bienveillants. Nous avons mis un point de vigilance à rester à distance tout au long de l'échange ce qui n'a pas été facile au vu de la proximité professionnelle que nous avons avec les personnes interrogées.

Nous avons fait preuve d'empathie pour leur permettre d'exprimer les difficultés rencontrées au sein des organisations et essayer de leur faire prendre du recul sur leur organisation. Nous avons prévu des questions de relance pour permettre de reformuler ou de réorienter l'échange dans certains cas. Nous avons jonglé durant l'entretien entre le management projet au sein de l'établissement et la coordination dans les différents projets co-pilotes avec les fonctions transversales.

La première question a eu pour objectif de rentrer directement dans le vif du sujet en demandant des exemples précis de projets menés au sein des unités (établissements, services...). Cette première question nous a permis de recentrer l'échange en revenant en permanence sur les projets phares et en les obligeant à rester sur des actions de terrain afin de sortir de la théorie du « ce qu'il faut faire ». Les questions

suivantes ont permis de faire un état des lieux de l'utilisation de ce mode de management à travers des questions sur la mise en œuvre, la mobilisation des équipes, les facteurs clés de réussite des projets. Enfin les dernières questions ont permis d'évoquer les difficultés et les améliorations possibles. Elles ont eu pour but de les amener à analyser leur méthodologie, les réussites, les écarts entre les attendus et la réalité. Elles ont permis aussi d'analyser les relations entre les différents acteurs au sein du groupe. Ces dernières questions ont été une véritable source d'informations nous permettant de faire par la suite des préconisations propres au groupe pour le futur. Les entretiens ont duré en moyenne entre 40 et 50mn et nous avons interrogé 20 professionnels au total.

Vous trouverez en **Annexe 2** le guide d'entretiens.

2. Mode de recrutement

Le mode s'est fait tout naturellement en choisissant des acteurs de terrain des établissements et des fonctions transversales. Nous avons fait parvenir un mail à chacun, leur exposant le cadre de l'étude, la confidentialité de l'échange, le temps de l'échange et la volonté d'enregistrement pour aider à l'analyse. Le recrutement s'est fait de façon très simple et nous n'avons eu que des retours positifs à nos demandes d'entretiens.

Vous trouverez en **Annexe 3** un exemple de mail pour la demande d'entretien.

3. Composition de l'échantillon

Pour nous permettre d'avoir de la matière et de faire une étude terrain pertinente notre échantillon devait être large. Nous avons dû choisir, différents professionnels dans toutes les typologies d'établissements MCO, SSR, PSY. Nous avons aussi choisi d'interroger plusieurs strates hiérarchiques, directions d'établissements, cadres opérationnels et agents de maîtrise. Notre choix a porté sur des acteurs qui ont mené des projets ces dernières années et qui sont les personnes clés des organisations.

4. Déroulement des entretiens

Les rendez-vous ont été fixés à la convenance de nos participants. Ils se sont déroulés sur leur lieu de travail, un endroit connu et au cœur de leur service.

L'objectif a été dès le départ de les mettre en confiance.

Il n'a pas été nécessaire de nous présenter, nous avons interrogé des personnes avec lesquelles nous travaillons quotidiennement ce qui a, dès le départ, mis en place un climat de confiance. Nous leur avons demandé l'autorisation d'enregistrer l'entretien afin de permettre une retranscription fidèle et faciliter l'analyse. L'ensemble des interrogés s'est prêté aux jeux. Nous avons par la suite déroulé les différentes questions en essayant de rester en permanence sur des exemples de projets de terrain pour rendre plus concrètes nos demandes. Nous avons pris peu de notes pour rester concentrés sur l'entretien et réorienter si nécessaire.

5. Analyse

L'analyse a été faite sous forme thématique.

La première étape a consisté à retranscrire mot à mot l'ensemble des entretiens sur le logiciel Word. Nous nous sommes attachés à les retranscrire en conservant au mieux les émotions et les ressentis au moment de l'entretien.

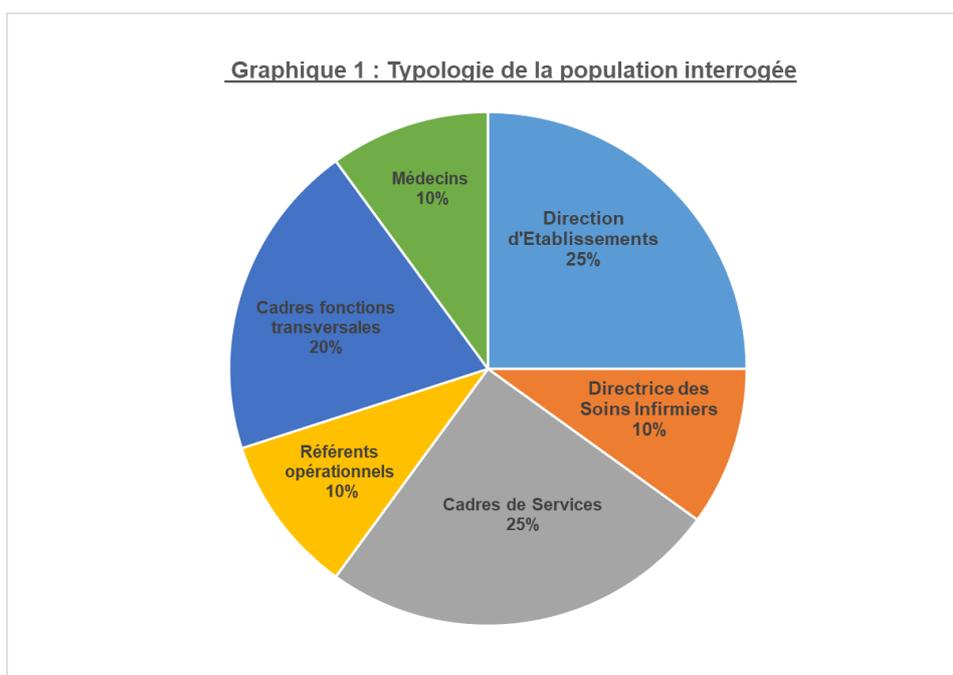
La seconde étape a consisté à fonctionner en code couleur pour mettre en avant les points qui revenaient systématiquement. Nous avons par la suite élaboré une grille thématique. Nous avons enfin consolidé l'étude en faisant 2 cartographies, l'une sur l'état des lieux du mode projet au sein du groupe et l'autre sur les améliorations proposées par les personnes interrogées.

Les entretiens étant confidentiels, nous ne citerons pas de nom dans nos analyses et nous ne diffuserons pas les enregistrements qui seront stockés sur une clé dédiée.

IV – Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total 20 personnes ont été interrogées. Le **Graphique 1** présente ci-dessous la répartition par typologie de métiers des personnes interrogées :

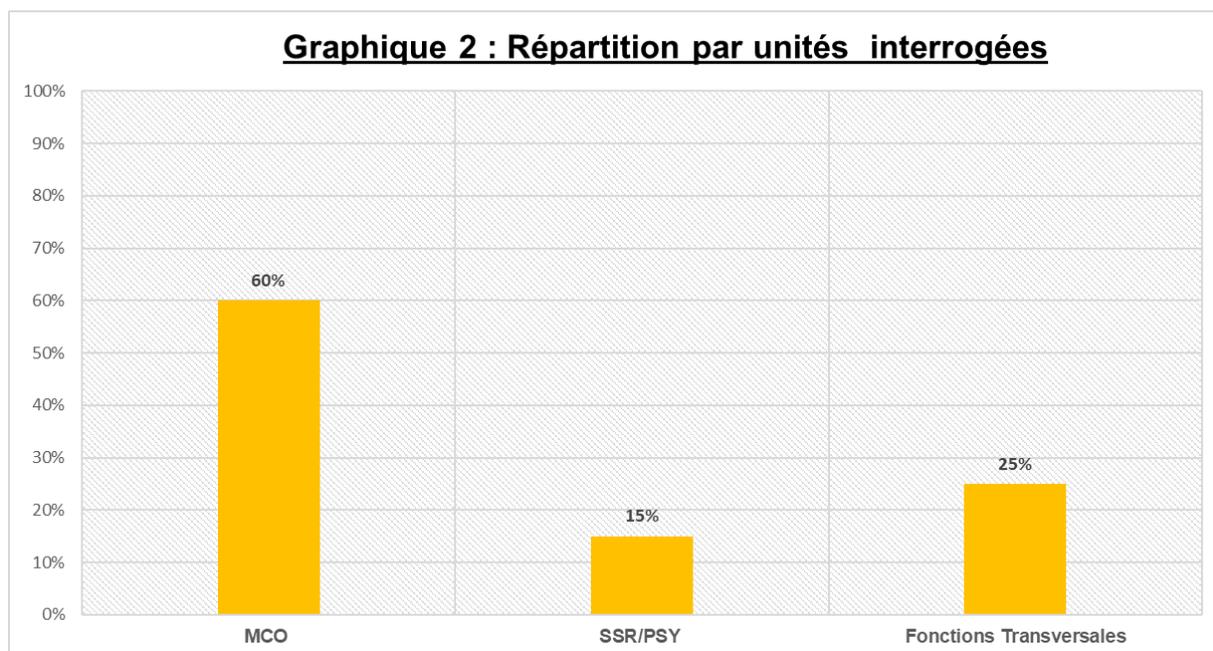


Nous avons souhaité être large dans notre étude et interroger l'ensemble des strates hiérarchiques pour avoir une vision globale et une remontée de l'ensemble des acteurs terrains.

Notre choix a porté sur des acteurs clés côté directions d'Établissements, directeur, directeur adjoint ou attaché de direction. Concernant les Cadres de Services ou les Référents Opérationnels, notre choix a porté sur ce que nous pourrions appeler des « chaînes d'acteurs » pour permettre d'avoir des exemples identiques et faire une analyse croisée lors des différents entretiens. Nous n'avons choisi que des acteurs qui portent des projets dans les établissements.

Enfin côté Fonctions Transversales nous avons souhaité interroger les personnes qui ont des fonctions d'encadrements au sein de leur unité et qui sont en lien opérationnel dans la mise en œuvre des projets avec les établissements (direction générale, direction informatique, direction de l'information médicale, direction des ressources humaines et direction technique).

Le **Graphique 2** présente la répartition par unités :



Nous avons choisi d'interroger les acteurs dans différents types d'établissements du groupe, MCO, SSR, PSY pour avoir une vision différente selon le type de prise en charge ou le nombre de salariés travaillant dans ces structures.

La durée des entretiens a varié de 25 à 60 mn avec une durée moyenne de 40 mn.

2. Thèmes Dominants

Grace aux entretiens et aux exemples de projets évoqués avec les professionnels nous avons pu dégager 6 thèmes principaux tournant autour de la stratégie, la méthodologie, l'adhésion, les outils et la coordination entre les fonctions transversales et les établissements. Nous avons essayé d'analyser l'ensemble de ces thèmes en sortant les points intéressants et commun qui ressortaient des échanges, les améliorations souhaitées par les personnes interrogées mais aussi les points de difficultés évoqués directement ou décodés à travers les entretiens.

2.1 Elaboration de la stratégie

La première question posée nous a permis de citer les projets des personnes interrogées. Il est intéressant de constater que ces derniers tournent la plupart du temps autour du développement d'activités déjà existantes et des parcours :

P5 : « On est en train d'accompagner le développement du J0 et de la RAQ sur l'ensemble des spécialités »

P3 : « ...et également ce qu'on n'avait pas trop venu venir mais qui devient évident pour tout le monde c'est le développement de l'endoscopie en ambulatoire qu'on fait déjà et de la cardiologie interventionnelle »

P6 : « Sur l'oncologie le projet c'est rendre compatible l'explosion de l'activité avec la capacité que ce soit en être humain en locaux et en machine »

P8 : « En projet il y a un gros chantier avec l'extension de (service cité) »

P13 : « vient ensuite tous les grands projets parcours de soins, en ne partant pas de la vision médicale mais en centrant sur le patient et en le mettant acteur de sa prise en charge comme par exemple le patient debout, en implication avec l'ensemble des parties prenantes »

P17 : « Nous travaillons sur de nouvelles activités avec par exemple le développement (d'une nouvelle activité) »

Mais aussi des projets liés à l'organisation pour accompagner le développement d'activité et les parcours :

P1 : « ... nous avons aussi le projet d'accompagnement du personnel de l'unité de soins continus pour lequel nous allons nous faire accompagner... »

P7 : « ...nous avons la réorganisation du service de médecine sur la répartition des infirmières et des secteurs... »

P19 : « Il y a... la restructuration du service RH et comment on retravaille le positionnement de chacun »

Le thème des obligations réglementaires revient aussi dans les échanges, pour citer des projets liés soit au financement, soit à la qualité :

P4 : « Nous, sur les urgences on est sur un service réglementé on se met à la page de cette nouvelle réglementation »

P16 : « Ça vient (les idées) de la gestion a priori et à postériori donc la photographie des risques, des orientation réglementaire... »

P18 : « On a une veille réglementaire à suivre, donc effectivement elles (les idées) viennent par la veille réglementaire... là il y a les urgences qui arrivent, les projets surviennent en fonction des nouveautés réglementaires ».

P19 : « Les projets il y en a de multiples et variés, il y a les projets institutionnels, validés par nos tutelles, financés ou inscrits dans nos CPOM ... on a tous les projets autour de la qualité qui ne sont pas aboutis et où il faut reprendre la démarche qualité, les projets de développement durable... »

P20 : « Le projet radio des IDE, on s'est investi pour former les IDE... mais ce n'était pas un projet descendant mais une adaptation à la réglementation. C'était imposé »

Lorsque nous avons interrogé les différents directeurs des établissements sur la venue des idées d'un nouveau projet, ils ont, dans la majorité des cas, évoqué le projet d'établissement comme base pour fixer les orientations :

P5 : « Je déroule, le projet établissement il est assis sur le projet médical, à partir du projet médical on déroule le projet de soins »

P6 : « Je suis repartie des orientations du projet d'établissement...et je m'inscris dans la continuité »

P8 : « Les nouveaux projets, le socle c'est le projet d'établissement »

P13 : « Les grands enjeux au sein de l'établissement sont bien sûr déclinés de la gouvernance de l'établissement et du projet d'établissement »

Il est intéressant de remarquer que les réponses peuvent être, identiques lorsqu'on redescend dans la hiérarchie ou parfois en décalage :

P1 : « Les idées viennent spontanément où guidées par les orientations stratégiques et les projets médicaux présentés par la direction »

P2 : « Ils émanent des projets d'établissement ou j'essaie d'y insérer des projets d'informatisation comme par exemple les JO ou on essaie de revoir les parcours et les traçabilités, quitte à faire un changement, tant qu'à faire, faisons un changement global »

P14 : « Ils arrivent par feeling, l'intérêt, le coup de cœur. Les choses qui devraient avancer et qui n'avancent pas. Je marche au coup de cœur, je suis restée sur l'ancienne époque où le directeur rentrait dans mon bureau et me disait : on le fait, on ne le fait pas »

Nous constatons aussi que les projets peuvent remonter du terrain à travers des échanges formels ou informels avec les équipes :

P7 : L'idée vient d'un médecin, d'une infirmière, d'une sage-femme d'une aide-soignante, de la DG du groupe, de ce qui est fait ailleurs, ça peut venir de plein de choses »

P4 : « Une fois par an je mets un affichage à la base, on a 2 réunions de service par an plus la commission des urgences où il y a un élément de chaque métier représenté et ça c'est 4 fois par an. Les idées elles émergent de ces réunions-là, soit ça vient des problématiques soit de la réglementation soit une envie de faire autre chose »

P17 : « Lors d'une discussion avec les gens de terrain qui font remonter des problématiques »

P9 : « Moi, sur mon poste, ça vient d'un besoin et ce n'est pas quelque chose imposé par la Direction. Le besoin vient de la base. En 2021 on a modifié le Bloc Obstétrical c'était un besoin des utilisateurs, plus de personnes donc un besoin des personnes qui travaillent... »

Une personne évoque avec nous la facilité de mise en œuvre quand les projets remontent du terrain :

P20 : « Les projets qui remontent comme (projets spécifiques) c'est plus simple car le projet vient de l'exécutant. Faire remonter un projet c'est plus simple. Il suffit d'avoir le feu vert de la direction »

Côté direction établissement quelle que soit la taille de l'établissement nous pouvons noter que la réflexion et la décision sur les orientations stratégiques et les nouveaux projets se font en collaboration avec les médecins et les encadrants :

P5 : « Donc on doit voir les médecins, on a démarré l'année sur ça, j'avais fait un support, je leur ai présenté les projets institutionnels de la Clinique, et on leur a demandé à eux, cabinet par cabinet, la présentation de leurs projets médicaux, les orientations, ce qu'ils souhaitent améliorer, ceux sur quoi on doit travailler parce que ça ne marche pas bien et j'en ai sorti un projet médical par filière de soins qui est venu alimenter le projet d'établissement »

P13 : « Au départ Brainstorming des équipes on sort 30 projets, puis on fait un effort de hiérarchisation des projets, on garde 7 à 8 projets... Dans les brainstormings j'embarque l'ensemble de la direction et on présente les projets à la CME en Décembre, pour qu'ils commentent ou s'impliquent dans les projets et tout au long de l'année on se force à suivre la ligne fixée »

P8 : « Les nouveaux projets, le socle c'est le projet d'établissement qu'on construit de façon collégiale, je mets les premières pierres et tout le monde complète »

P16 : « ça passe toujours en instance où on a des personnes qui sont décisionnaires, la directrice, les référents qui sont là et on valide ensemble, ensuite il y a certains projets qui passent en CSE et sinon en réunion d'encadrement »

P19 : « Ici il y a un travail qui a été fait avec une grille d'analyse SWOT qui est faite chaque année qui est présentée à l'équipe d'encadrement en CME et au CSE qui permet de savoir où on va et de communiquer à différent niveau et à partir de là on a un COPIL Management Projet qui se réunit régulièrement qui permet de piloter et d'avancer »

P6 : « L'idée c'est l'analyse de l'existant qui permet d'aboutir à l'élaboration des objectifs et ça se décline après en projet concret par la discussion, la rencontre avec les acteurs concernés, les staffs et en mettant des mots sur les objectifs globaux on conceptualise les projets »

P20 : « On voit la Direction une fois par an. On a fait un bilan rétrospectif sur ce qu'on avait fait les années précédentes et ça nous a permis de présenter le passage à 3 à la direction »

Même si les projets sont pensés et formalisés à travers le projet d'établissement ou les orientations stratégiques, certaines personnes interrogées nous font l'état de la non exhaustivité de l'ensemble des projets qu'ils gèrent :

P19 : La limite de ça c'est qu'il y a 10 projets et autour de ça il y a plein de projets satellites qui sont arrivés en cours de chemin et devenus prioritaire qu'on met pas dans ça mais qui font le quotidien de l'établissement »

P7 : « Globalement le projet d'établissement est très généraliste, et ça copie colle pas à nos projets il y en a plus que ce qui est mis sur le papier »

Enfin, à plusieurs reprises nous avons évoqué le manque d'informations au niveau des équipes terrain, ce qui est pour certains une piste d'améliorations à explorer :

P1 : « Les équipes ne sont pas prêtes et la culture doit descendre jusqu'aux équipes »

P2 : « ...une meilleure communication est nécessaire auprès des personnels sur le terrain pour qu'ils s'impliquent dans le projet et ne le subissent pas... »

P15 : « le projet je le mets à la qualité c'est de la rigueur du suivi de la pédagogie et ce côté projet il ne va pas jusqu'aux équipes... Un projet ne doit pas rester au sein de

la Direction il doit aller jusqu'aux équipes. Indirectement le projet il est moyennement mené même si j'ai une dynamique de la Direction particulièrement bien menée, on a le projet, on s'est forcé à faire des étapes, un échéancier, c'est chouette mais je trouve qu'ils ne sont pas tous bien menés, ils ne vont pas jusqu'aux équipes. »

P5 : « *Par contre ce qu'on ne fait pas et je trouve que c'est vraiment dommage, on ne le présente pas au personnel, je pense que l'an prochain, on fera des présentations du projet d'établissement, des assemblées générales ou on proposera en plusieurs fois jour, nuit, les orientations stratégiques »*

P16 : « *il faut que ça aille jusqu'aux équipes et pour ça on les accompagne dès le début en annonçant, il faudrait peut-être annoncer le projet, présenter le projet, et faire les points d'étape avec eux aussi... Je pense que sur (Etablissement d'appartenance) on a la directrice qui a une vraie conduite de projet, qui a une façon d'apporter un projet avec un calendrier en informant bien les équipes en déroulant bien les choses, en demandant l'avis aux différents acteurs du moment. Et je dirais qu'il y a une faille d'arriver jusqu'aux équipes, c'est ça, c'est la dernière étape de communication aux équipes qui est référent dépendant.»*

P20 : « *Personne ne nous a interrogés, personne n'est venu nous voir nous les médecins qui travaillons dessus et c'est dommage car on aurait pu anticiper les problèmes et en discuter parce qu'on est sur le terrain et nous sommes les plus à même de corriger ces problèmes et malheureusement on n'était pas informés et c'est nous qui subissons les problèmes générés »*

Du côté des fonctions transversales la stratégie se construit

soit à travers le besoin des établissements :

P9 : « *L'idée du nouveau projet vient des établissements »*

P10 : « *Un besoin qui remonte des établissements... Non nous n'avons pas de stratégie définie...ça vient souvent d'un besoin »*

P12 : « *...vient de deux sources possibles des idées que nous avons ou des besoins d'établissements ».*

P18 : « *...et puis les demandes des directions, on est aussi quand même support des directions »*

P11 : « *Le projet arrive avec les besoins des établissements qui arrivent et surtout les évolutions technologiques »*

soit de façon logique par la nature de leurs fonctions :

P9 : « Les projets, au quotidien je gère le plan de renouvellement des dispositifs sur les Etablissements l'idée c'est de renouveler les dispositifs obsolètes »

P10 : « Après il y a tout ce que prévoit la loi ou toutes les directives qui nous sont données ... qui font qu'aussi on va impulser des projets et qu'on suit »

P11 : « ...sur la sécurité c'est l'origine de notre travail »

P18 : « nous avons en premier les projets liés à la production car c'est quand même notre mission principale d'assurer de l'exhaustivité et la qualité des données... »

Les besoins établissements remontent aux fonctions transversales de façon très différentes :

P9 : « Généralement durant les staffs avec les Directions les idées émergent et les besoins aussi... Il y a des COPIL qui s'organisent mais pas assez régulièrement à mon goût, ça permet de faire un point sur les projets ou les problématiques et leur montrer des tableaux de bord, ce sont des points intéressants mais pas assez importants pas assez soutenus »

P11 : « Ça vient souvent sur le fait du jour au lendemain, sans prévenir, ça peut venir de n'importe où de prestataires extérieurs à la Clinique, par exemple des prestataires de téléphonie, de contrôle d'accès ou de gestionnaires d'alarme qui ont besoin d'informatique pour établir leur devis et leur suivi de travaux »

P12 : « Nous avons aussi monté une cellule au niveau du groupe, composée de professionnels des établissements, on se réunit 2 à 3 fois par an pour essayer de discuter des stratégies »

2.2 La méthodologie de gestion de projet

Nous avons, lors des entretiens, pu évoquer la méthodologie engagée pour mener à bien les projets et les difficultés rencontrées,

Pour les équipes dirigeantes la méthodologie est claire, ils fixent la ligne de conduite et après les actions sont menées :

P5 : « En premier on a ciblé le besoin et le périmètre, c'est la première chose à faire, de quoi on parle et avec qui. Si tu as 2 médecins ou 10 tu ne mets pas les mêmes

moyens, sur la gestion de projet, sur le suivi, sur les indicateurs sur la fréquence des réunions... elles déroulent et on valide ensemble, toutes les semaines, les grands axes... »

P13 : « On norme et on définit de façon stricte ce qui est le livrable, on crée la Task Force on écrit le calendrier avec l'équipe pour challenger l'équipe, on prend le pari et on évalue sur le délai et le coût et demain je serai évaluée sur ça. Je ne vais pas être évalué sur moins vite ou plus vite mais sur ce que j'aurai défini en amont »

P6 : « La méthodologie je suis une fille assez terrain et pragmatique, elle consiste à poser avec les acteurs concernés les grandes lignes, pourquoi on le fait et qu'est ce qu'on va faire et ensuite avoir une petite équipe qui déroule »

Les personnes dans les établissements qui mènent les projets, évoquent, elles un manque de méthodologie et le font de façon logique ou intuitive :

P1 : « J'ai aujourd'hui un peu plus de méthodologie mais au départ pas beaucoup. Je mets en premier l'objectif final et après j'énumère tout ce qu'il faut faire et à qui je m'adresse pour n'oublier personne, c'est frustrant pour les acteurs si on les oublie dans le projet et ça remet en cause l'ensemble des choses. Donc objectifs, moyens classement, je ne touche pas à l'informatique. Je mets des ordres de priorités, et fait appel aux gens les plus concernés »

P3 : « ... je n'ai pas de méthode sur ça et j'ai laissé démarrer la directrice qui a plus d'expérience que moi et moi je pense que je solliciterai les gens en temps et en heure parce qu'il y a des parties qu'on n'a pas encore sollicitées... La méthodologie théorique me manque et peut être un peu d'accompagnement après c'est par phase »

P4 : « Je mène des projets sans vraiment savoir ce qu'est la gestion de projets, je fonctionne par logique, je pense que les gestionnaires de projets rigolent, ça fonctionne mais ça manque de méthodologie, de formation, d'accompagnement »

P14 : « Je n'ai jamais eu de méthodologie, comment on peut arriver à faire quelque chose... j'ai un but pour y arriver et après on travaille pour chercher un financement mais je suis plus sur l'ancien temps et je préfère faire tout seul »

P19 : « je n'ai pas de méthodologie tracée même si j'ai été formé à tout ça mais je pense que de manière intuitive je le suis... J'ai vraiment, dès que je suis arrivée, analysé le circuit... en me notant ce qui allait et allait pas pour faire une cartographie... Je les ai réunis et je leur ai demandé de me schématiser dans leur journée type ce qu'ils faisaient et à terme à l'horizon 6 mois comment ils voyaient leurs missions et

comment ils voyaient leur poste... on se voit 1 fois par semaine, moi ce que m'a appris la directrice c'est tout ce qui est repère managérial, on a des rendez-vous et des repères qui sont clairs... Entre chaque truc on avance sur un sujet et je leur demande d'avancer sur un sujet la fois suivante... on a fixé le cap on s'est donné 6 mois et pour l'instant on avance petit à petit »

Des exemples précis où on en déduit une problématique de méthodologie sont aussi évoqués :

P1 : « (Projet 1) *Le projet est planté, la répartition des tâches n'étaient pas efficiente et les 2 personnes qui pilotaient ne se sont pas coordonnées, et n'ont pas fait de points réguliers pour se dire par où commencer et comment elles le font. Il y pas eu de cohésion d'équipe, et malheureusement on a eu des mauvais retours de la direction et du corps médical »*

(Projet 2) *Mais les soignants n'ont pas la fibre il n'y a pas été mis au départ des critères pour évaluer les choses faites et du coup l'évaluation a été mauvaise et malheureusement ça ne permettait pas d'avoir des bons résultats sur ce projet stratégique »*

P3 : « *La phase 1 n'a pas marché, parce que pour moi les 2 personnes qui travaillaient sur ce projet n'étaient pas coordonnées et elles n'avaient pas défini qui avait la main mise, il y en a forcément une. Il n'y avait pas de support de suivi et chacune pensait que ça marchait et ça ne marchait pas et les médecins n'étaient pas dans le coup ça a mis une ambiance bof, tout le monde prend quand les médecins sont pas contents et ça donne un esprit décousu ce qui était le cas et ça a créé des animosités et le projet au bout du bout est celui qu'on attendait mais c'était pas serein »*

Certaines directions ou cadres dirigeants l'évoquent avec nous et en ont pris conscience :

P9 : « « *A nos postes à nous de directeurs, et ça fait 20 ans que je fais ça, aucun de mes employeurs ne m'a proposé de me former à la gestion de projet, alors qu'on fait ça toute la journée, partout. Mener une discussion difficile avec un médecin c'est un projet, on nous a formé à la négociation mais la gestion de projet la méthodologie, on ne nous forme pas à ça et on se forme sur le tas et, en fonction de la personnalité que l'on a, on est plus ou moins paramétré pour faire de la gestion de projet avec de la*

méthodologie qui s'impose ou pas...Aujourd'hui elles (les personnes qui mènent des projets) apprennent à mettre en place toutes cette méthodologie comme moi je l'ai appris au fur et à mesure que j'en ai mis en œuvre... Je pense que certains ont le fond mais ils ne savent pas par quel bout le prendre et donc ça part dans tous les sens et tout le monde s'épuise, ils auraient eu la forme et la méthode, ça se serait mieux passé »

P13 : « *Ce n'est pas encore culturel au sein de l'établissement, ce n'est pas encore tout à fait on prend plaisir à faire. Au sein de la direction ça marche, la culture est bien là, au sein des chefs de pôle ce n'est pas encore culturel...On est dans une bascule qu'on estime à 2 à 3 ans »*

Pour les personnes interrogées il est nécessaire de s'améliorer dans la méthodologie et donc dans la gestion de projet, la formation est un levier évoqué :

P9 : « *...former les personnes ressources à la gestion de projet, plus il y aura des gens qui auront la méthodologie, plus ce sera facile que chacun ait les automatismes au moins sur la méthode. Il faut que les gens montent en compétence sur la gestion de projet, parce que tout peut être un projet »*

P1 : « *...les pistes d'amélioration passent par l'accompagnement, la formation... la solution c'est d'avoir quelque chose de pratique, individualisé, un accompagnement des responsables, méthodologie et compréhension, du coaching soignant »*

P2 : « *Une formation gestion de projet de l'ensemble des acteurs de l'établissement quel que soit son niveau hiérarchique serait nécessaire... »*

P7 : « *Les filles que je n'ai pas choisies et qui n'ont pas ce type de management (projet) sont en difficultés, la formation peut les aider à progresser et avancer ».*

P12 : « *S'améliorer dans la méthodologie de gestion de projet et dans la gestion de projet de façon générale »*

P3 : « *...il faut que je m'améliore et puis je manque de méthode je le fais comme je le sens mais je n'ai pas forcément le coup d'après, après c'est une manière d'apprendre mais quand tu as un bagage ça doit aider »*

2.3 Choix des acteurs projets et adhésion de tous

Comme pour la définition des orientations stratégiques, le projet se mène à plusieurs et le choix des acteurs est fait :

soit parce qu'ils sont concernés directement dans le projet par leur place dans la hiérarchie ou l'organisation :

P1 : « *Le choix des acteurs est toujours en lien avec les problématiques, j'oublie de temps en temps les gens terrain* »

P3 : « *...les gens concernés et de leur service sont mis d'office dans le projet, et tous ceux qui voulaient y participer y participent...parce qu'il y a des parties qu'on n'a pas encore sollicitées comme l'informatique ou le biomédical qu'on a pas encore sollicité après est ce qu'il est utile de les solliciter depuis le début du projet je ne suis pas certaine les têtes pensantes elles y sont déjà, c'est les gens qui sont les premiers touchés* »

P4 : « *Pour le choix c'est l'avantage d'être cadre opérationnelle on connaît bien nos équipes, les plus ou moins-value de chacun et les éléments moteurs sur tel ou tel sujet enfin leur domaine de prédilection. L'idée c'est de prendre des personnes complémentaires qui verront le côté positif mais aussi le côté négatif pour éviter les écueils, des personnes constructives et un peu moins constructives* »

P8 : « *Sur ce projet, ce sera le docteur, avec notre médecin chef c'est la partie médicale qui va compter le plus et il y aura également des kinés qu'on spécialisera là-dessus. On les choisira sur motivation, la cadre interrogera ses équipes et demandera qui sera le plus intéressé sur ce sujet* »

P16 : « *Ce sont des organisations déjà mises en place dans l'établissement, des groupes qui étaient présents déjà, dans l'établissement, notre cellule de qualité était notre cellule de pilotage, et après dans les instances je mobilisais les pilotes et copilotes* »

soit les acteurs sont choisis pour avoir une transversalité dans le projet :

P2 : « *Dans mon équipe projet j'essaie de prendre un représentant de chaque corps de métier qui rentre dans ce projet-là* »

P5 : « *Binôme administratif, soignant, je travaille comme ça depuis toujours parce que dans une clinique il faut toujours avoir la dualité pour ne pas rater quelque chose* »

P19 : « *J'ai commencé à intégrer la directrice des soins...,et l'attaché de direction, le responsable du service, les acteurs de terrain c'est le meilleur moyen d'avancer dans le projet ce que j'avais moins tendance à faire sur mes précédentes expériences et là*

par exemple sur patient debout j'ai mis la directrice des soins, la personne qui s'occupe du matériel, le brancardier, un infirmier de bloc pour essayer d'avoir au maximum la chaîne totale car ce n'est pas fluide la communication entre les personnes, c'est pas naturel de travailler en mode projet »

soit sur des critères plutôt personnels, de préférence, ou de volontariat :

P17 : « *Des personnes déjà connues pour leur investissement, la rigueur dont ils font preuve pour mener un projet, respect de certaines échéances, éléments moteurs. Les médecins au volontariat. Des personnes ayant une dynamique et avec qui nous allons pouvoir échanger facilement et qu'ils soient convaincus de ce projet »*

P6 : « *Il faut pour choisir les acteurs que ce soit quelqu'un qui soit partie prenante et qui soit en capacité de connaître la déclinaison pratique et comprendre les grands objectifs et qui soit capable d'en parler et d'en débattre avec tout le monde »*

P7 : « *Choix des acteurs forcément ce sont des gens, dynamiques, pas compliqués, efficaces essentiellement ça, des gens avec qui on peut discuter qui vont être force de proposition. J'aime aller vite et quand ça ne va pas vite ça va pas »*

P14 : « *Pour l'équipe, c'est une affaire de feeling, donc je prends ceux avec qui j'aime bien travailler »*

Deux personnes évoquent la mise en place d'une équipe projet et citent les fonctions transversales dans le choix de l'équipe :

P6 : « *Comme je parle d'architecture c'est un binôme c'est nous l'équipe opérationnelle et le service technique de PRESTAM »*

P13 : « *Pour le choix de l'équipe projet, brainstorming aussi par la grande équipe, qui choisit dans l'établissement qui est le plus à même de gérer le projet, il y a aussi les experts du siège avec lesquels on doit trouver un moyen d'articuler les projets »*

L'adhésion se fait en faisant participer les acteurs et/ou en trouvant une plus-value dans le quotidien des utilisateurs finaux :

P1 : « *C'est (adhésion des équipes) une histoire d'envie de compréhension de ce qu'on veut, il faut une part de participatif et c'est souvent mon défaut, je n'attends pas de savoir si elles sont ok, j'y vais et elles subissent la plupart du temps »*

P2 : « *Je les fais adhérer en les faisant participer. Pour le projet des diététicienne les médecins sont intégrés au moment le plus opportun, en leur expliquant qu'un nouveau*

besoin est apparu et en essayant de leur faire comprendre que sur leur partie ça peut leur servir dans la prise en charge des patients... Les projets et la gestion du changement sont mieux acceptés quand on les implique plutôt que de le faire dans son coin. Du coup les gens vont se dire qu'ils n'ont jamais été sollicités que s'ils avaient été sollicités ils auraient eu besoin de ça, ça et ça et du coup je trouve que l'application du projet et du changement passe beaucoup mieux pour les équipes »

P4 : « *Quand c'est le leur c'est beaucoup plus simple, et quand c'est imposé il faut toujours trouver une plus-value ou en tout cas, une sécurisation de leur condition de travail ou dans le quotidien*

P11 : *Donc là clairement il y a une démarche avec un petit brainstorming pour savoir quels bénéfices ils vont en tirer, surtout sur un projet il faut trouver le bénéfice, s'il ne croit pas au projet, il faut qu'il sente qu'il y a un bénéfice dans son quotidien »*

P19 : « *Comment je les fais adhérer, avec le cap la stratégie savoir où on va et c'est vrai j'essaye de mettre un peu d'aspect ludique dans ce qu'on fait, les projets si c'est pénible les gens ils vont pas y venir et puis en valorisant les gens, en leur montrant ce qu'ils vont y gagner »*

P6 : « *On fait adhérer par de l'explication, de la communication et par l'intervention de gens plus neutres que nous par exemple pour la banque d'accueil on a fait intervenir l'ergonome de l'AMETRA pour qu'elle fasse une étude sur l'ergonomie des postes pour les sages-femmes mais aussi pour l'accueil des patientes, est ce que c'est agréable. On les a faits participer à des réunions pour qu'elles puissent s'exprimer »*

Trois personnes interrogées évoquent la communication comme facteur de mobilisation :

P3 : « *Je mise sur le dialogue pour mobiliser les équipes sur la phase 2, je préfère être transparente en leur disant que je n'ai jamais fait d'ambulatoire et que j'ai besoin que ce soit fait main dans la main et qu'on travaille ensemble du début à la fin »*

P6 : *Communiquer tout au long des étapes, associer les acteurs évidemment, associer aussi les différents corps de métiers dans l'ordre de logique, les Médecins, les Gynécologues, les Anesthésistes... respecter l'ordre des choses. Bien associer, bien expliquer, bien communiquer, l'écrit indispensable mais la rencontre physique aussi.*

P10 : « *Les clés de réussite c'est l'adhésion de tous avant de commencer le projet, communication et les explications »*

Des exemples précis de projets ont été donnés et font l'état d'un manque de participation ou adhésion au départ et donc des difficultés rencontrées :

P2 : « Il arrive qu'on doive deviner qu'il faut les mettre dans le projet. Les projets sont imposés par moment et il n'y a du coup pas d'adhésion par les acteurs et une vraie opposition se fait. Tu vois par exemple le formulaire IDE groupe qui est un séisme au sein du Millénaire et pour lequel nous n'avons pas embarqué les équipes IDE ou AS pour mener ce projet »

P3 : « On devra bosser à mon sens avec un anesthésiste parce que les chirurgiens ils sont beaucoup, penser qu'il y aura un référent ça n'existe pas, les anesthésistes c'est le levier pour le coup, la cadre de service qui est toujours sur le terrain les sollicite mais il faudra oui organiser des réunions pour les impliquer parce que ça n'a pas été fait sur la première phase et du coup c'était très compliqué »

P4 : « C'est un projet qui s'est monté rapidement, il y a eu le COVID au milieu et les équipes étant très occupées sur d'autres projets on n'a pas pu faire participer les acteurs du terrain de façon formelle. De façon informelle on avait discuté des attentes de chacun et une fois le projet lancé mis en place les actions correctives »

P7 : « Sur ce projet les médecins ont trouvé qu'on ne les avait pas associés, hors on les avait plus qu'associés sauf qu'ils ont proposé des projets qui n'étaient pas faisables parce que la structure ne le permettait pas et financièrement hors budget. Des gens qui n'arrivent pas à communiquer, à qui tu ne peux pas expliquer et qui ne se mettent pas en position de comprendre tes choix, ne te permettent pas d'avancer. Ça peut être bloquant pour un projet, du coup tu avances avec d'autres »

P20 : « Les projets descendants, de la direction vers l'exécutant, sont difficiles à porter car on oublie des acteurs, on n'interroge pas tout le monde. Même pour une consultation et nous demander notre avis, on devrait venir nous voir mais ce n'est pas fait et on ne nous implique pas dans le projet mais par contre on nous demande de l'appliquer et de gérer les conséquences du projet. C'est difficile et dommage, la borne typiquement »

Le manque de communication a aussi été évoqué comme un frein à l'adhésion de tous :

P7 : « projet COVID c'était très lourd, c'était dans la douleur, au début on communiquait pas assez on savait pas où on allait, on nous disait blanc un jour, noir le lendemain on n'avait pas le temps de communiquer, on aurait dû avec du recul plus

communiquer, avec, aujourd'hui on en est là et demain on en sera peut-être autre part, le manque de communication t'est reproché, c'est le truc sur lequel j'aurais fait différemment parce que finalement personne a compris pourquoi les soignants étaient à domicile car on avait pas d'activité qu'on les sollicite pas »

P15 : *« Les pistes d'améliorations c'est la communication, pour moi c'est ça et toute une façon de penser projet et la qualité qui doit être revue. Tout est pensé dans les bureaux mais les personnes de la qualité ne sont pas assez dans les services pour expliquer, on a ça, vous en pensez quoi. Les personnes de la qualité sont absentes du terrain et ça se ressent dans les projets »*

P20 : *« On est entre les deux, des efforts sont faits, il y a une très bonne volonté mais il n'y a pas d'outil et pas de communication. Ce n'est pas normal d'avoir le sentiment qu'on nous impose un projet »*

Il a été évoqué trois fois au cours des entretiens que même si les personnes interrogées tentent de faire adhérer il n'y a pas non plus forcément de retour ou d'implication des personnes du terrain :

P8 : *« On essaye (les salariés) de les faire participer, ce projet d'établissement il y a une trame qui a été construite il est diffusé à tous les salariés, sur le (Logiciel Interne de Gestion de la Qualité) on demande aux gens de nous faire un retour de leurs commentaires, de leurs suggestions, ça marche plus ou moins, en général à part quelques membres de l'encadrement, de l'équipe médicale ou des représentants du personnel, on a des retours plus ou moins mais bon, on les intègre, après, quand on est en pré certif on les bassine pour qu'ils les connaissent »*

P20 : *« La CME emploie une secrétaire qui retrace ce qui s'est dit en CME et l'envoie à chaque médecin travaillant dans l'établissement par mail. Chaque médecin a un compte rendu sur sa boîte mail mais personne ne lit ce mail. Pour le plan Blanc au début on utilisait cette même voie de communication, la boîte mail de la CME mais personne ne lit. Ça doit arriver dans les SPAM chez certains médecins visiblement... Les mails de la CME typiquement ont montré leur limite, les médecins ne les lisent pas. Les médecins ne savent jamais où trouver l'information »*

P17 : *« Nous avons essayé de garder les acteurs de la dernière certification mais c'est plutôt difficile de faire adhérer les soignants de terrain, dont le rôle est de soigner, à de la qualité pure et dure. Souvent ils nous font remonter que ce n'est pas*

leur travail, qu'ils ne se sentent pas concernés...C'est à nous alors d'expliquer que sans qualité, leur boulot ne fonctionne pas, c'est notre rôle »

2.4 Le manque de temps consacré aux projets

Le manque de temps consacré aux projets ressort lors des entretiens :
soit du côté des directions vis-à-vis des personnes qu'elles chapotent

P1 : « *elles sont débordées par le quotidien et donc ne prennent pas le temps de faire du projet. C'est confortable d'être le pompier pour les responsables... La problématique pour les cadres de services c'est de jongler entre le quotidien et les projets »*

P5 : « *Si on ne met pas les moyens en adéquation avec les ambitions qu'on a le projet il est mort dans l'œuf...On a défini un chef de projet qui est un binôme qui a un métier par ailleurs et ce qu'on n'a pas assez fait c'est définir dès le départ le temps que ça allait leur prendre pour prendre la liste de ce qu'elles font et la répartir sur d'autres. Pour se donner les moyens que ce projet avance dans les meilleures conditions »*

soit par les personnes interrogées directement qui gèrent des projets :

P3 : « *Clairement j'ai moins de temps et ce projet c'est venu à la place de rien et là je me suis fait une raison sur ce que je voulais et ce que je tolère qu'il soit fait. Le plus dur c'est faire le deuil de ses exigences tout en restant dans le raisonnable parce qu'il y a des patients... Ce qui me frustre énormément c'est que je n'ai pas le temps de m'y plonger il y a beaucoup de quotidien, je n'ai pas du tout le temps, je connais pas ce genre de poste je peux pas comparer j'ai beaucoup de missions, je commence à déléguer depuis quelques mois et en quantité ça fait beaucoup et ça j'aimerais y travailler, le projet RAQ c'est un projet cadeau et je voudrais avoir le temps et j'ai pas encore démarré »*

P6 : « *Il manque du temps, en tant que Directrice portant les projets il me manque du temps pour m'asseoir dans le fauteuil et être plus légitime à porter les projets »*

P9 : « *La difficulté principale c'est le manque de temps, la gestion du quotidien du Biomédical prend la majorité de mon temps (Budget, Affectation budgétaire...) ... Je sacrifie une partie de mes tâches du quotidien pour assurer le suivi du projet. Côté projet je vais aller un peu vite en besogne sur certaines choses et je vais faire certaine étude en côte mal taillée et je vais rajouter par la suite des budgets supplémentaires,*

je n'ai pas eu beaucoup de dépassements mais ça arrive...il faudrait...qu'on ait une équipe projet dédiée, quand on fait du projet on ne peut pas faire autre choses. Nous on travaille sur de nombreux projets en même temps et ça dilue »

P19 : *Les pistes d'améliorations, pour moi c'est la formalisation par manque de temps... Là on se fait tout en direct, je manque un peu de ressource, sans qualicienne. Ça manque d'équipe de relais, je n'ai pas tous les relais pour avancer vite, il y avait une équipe derrière avant dans mon ancien établissement et ça avançait. Là c'est vrai qu'on avance un peu seul »*

P16 : *je n'arrive pas, la gestion du temps en fait il y a toujours des imprévus, toujours des choses qui font que ça ne fonctionne pas comme il faut et que j'ai toujours tendance à être un peu ambitieuse »*

P17 : *« Souvent c'est le quotidien où je dois régler des problèmes de personnel par exemple avant de m'occuper du projet. Sans personnel en service, pas de projet »*

Il est même évoqué que ça peut décourager des personnes qui souhaitent s'impliquer dans les projets :

P20 : *« Au début du projet on veut avancer vite, il faudrait pouvoir surfer sur cette vague pour avancer mais on doit attendre que tous les monde se libère c'est épuisant. Et il y a les gens qui veulent s'impliquer mais qui n'ont pas le temps et qu'on attend pour rien. Comme dans une association, où tout le monde veut être président sans se rendre compte du temps que ça prend. Un projet c'est long. Il faut être conscient du temps que ça prend, il faut le dire si on ne peut pas, si on a pas le temps, il faut le dire tout de suite et pas laisser les gens attendre pour rien. Il n'y a rien de pire que d'attendre une personne, attendre les uns les autres, c'est horrible de devoir faire un projet en 6 mois alors qu'avec les bonnes personnes ça aurait pris 2 jours »*

Deux personnes évoquent des solutions pour répondre à ces problèmes de temps :

P5 : *« Tu as 2 solutions soit tu prends quelqu'un en plus dont c'est le métier qui rentre dans le moule, une ressource externe qui a les compétences et sur 3 ou 6 mois vient nous aider à avancer, et qui fait que ça. Soit c'est les personnes en poste mais on les soulage sur ce qui peut être délégué à d'autre sur des choses pour que le projet il sorte »*

P20 : « (Les pistes d'améliorations) ...la pédagogie et la mise en place d'un pôle projet serait utile ça permettrait d'aider les cadres qui sont débordés par le quotidien à mener les projets.

2.5 Les outils pour partager la vision

Les supports utilisés pour piloter, suivre et communiquer sont divers. Les personnes interrogées côté établissement évoquent

soit des outils qui mettent en avant les grands axes et qui sont partagés de tous :

P5 : ...et après on a un tableau de pilotage général, lisible au CODIR, aux gens qui sont les acteurs. On ne le détaille pas mais c'est les grands axes et après elles ont chacune leurs outils internes mais ça j'ai pas considéré qu'ils soient formalisés de la même façon dans la mesure où il y a un bilan et un projet qui est présenté sous le même format »

P15 : « On a un tableur Excel avec un onglet par projet, qui présente le projet, qui est sur la base partagée c'est là où tout le monde a accès au projet de tout le monde et qui voit où on en est au niveau du projet et de l'échéancier ».

soit les outils qualité, utilisés pour piloter les actions et partagés de tous :

P8 : « Le départ c'est le projet d'établissement qui est formalisé et qu'on est censé réévaluer régulièrement nous avons des réunions d'encadrement toutes les semaines et dans ces réunions tous les médecins, les responsables de services et là-dessus tout ce qui est en projet ou réévalué on le fait ensemble... Après on a les supports qualité avec les suivis et les actions qu'on clôture quand elles sont finies qu'on relance si besoin »

P16 : « J'ai mon plan d'action sur (Le logiciel Qualité), donc du coup j'ai mes orientations avec des dates prévisionnelles ce qui me permet de donner des échéances mes buts réels, mon échéance prévisionnelle, comme ça sur mon plan d'action je peux avoir mes projets qui sont étalés sur l'année, et tout le détail de ces projets vont être retrouvés dans le compte-rendu des instances. Ils sont diffusés sur (Le logiciel Qualité) et accessibles aux professionnels et on fait des rappels en flash info qualité »

P17 : « Oui tableau de pilotage et suivi au travers du PACS, point avec la qualitiennne tous les mois, tous les trimestres aussi, rapport de l'avancée des

actions (finalisés, en cours et à développer). Ce qui permet d'avoir un visuel sur l'année... Il est visible de tous »

soit des outils qu'ils se construisent eux même mais qui ne sont pas partagés :

P3 : *Moi j'ai mes propres suivis pour les sujets dont je m'occupe comme les travaux, pour la RAQ on a les comptes rendus de réunions on en est vraiment au tout démarrage, on a juste fait un brainstorming, c'est la première fois que je fais ça je vais voir comment je vais m'organiser, moi je fais beaucoup de tableau avec les avancées, les objectifs, les périodes à quel moment on les fait pour pouvoir suivre les étapes. Pas de tableau commun sur les projets dans l'établissement »*

P4 : *« J'ai un tableau Excel pour formaliser mes projets, il est pour moi et on fait un retour à la DSI une fois par an et on a une réunion millénaire avec la direction générale où on présente une fois par an nos projets. Le tableau Excel j'ai en fait ce que j'ai fait par année, le contrôle continu comme pour les délais d'attente et après c'est un suivi. Je fais un retour aux équipes mais je ne le diffuse pas c'est mon cadencier à moi. Il n'y a pas de tableau commun pour l'établissement entre tous les services »*

soit les mails, les réunions et les comptes rendus comme outils de suivis :

P6 : *« En fait ce qui sert de trace c'est les échanges en cas de réunion, ça va nous servir de trame ou de trace, on a aussi les présentations qu'on peut faire power point... je n'utilise pas d'outil et je pense que ce serait bien qu'à moment donné il faudra que je me penche sur un outil sur une thématique donnée si je pouvais rassembler mes éléments se serait pas mal »*

P2 : *« La directrice des soins est très papier et je ne vais pas forcément lui faire des tableaux, on y vient avec elle chaque fin de semaine je lui envoie la liste de là où on en est et ce qui est en cours elle vient à penser que ça peut lui servir mais le papier et le crayon reste son outil principal »*

P7 : *« En terme d'outil, on communique par mail essentiellement... Il y a aussi une réunion tous les mercredis ou le compte rendu est envoyé à tout le monde, on a les réunions d'encadrement et les réunions de direction du jeudi qui permettent de redescendre les informations »*

Du côté des fonctions transversales les outils sont « unités dépendantes » et le partage avec les établissements se fait par mail ou lors des réunions :

P9 : « Les outils utilisés sont Publisher, extrait les plans et monte les plans de phasage c'est pas l'outil le plus adapté mais utilisé depuis plusieurs années. Pour le phasage utilisation d'un logiciel pour monter les phases et les tâches à faire. Tu ne peux pas avoir le phasage de tous les projets sur le même tableau sur l'ensemble des établissements tu as une vue par projet. La communication se fait par mail, avec les prestataires et les donneurs d'ordre. Je fais des points hebdomadaires, sur les phases, les problèmes, les évolutions à prendre en compte »

P11 : « Aujourd'hui on est en cours de recherche pour des outils propres au projet on est en cours de recherche avec l'éditeur, il n'y a rien de clair là-dessus et pas de support bien précis. C'est souvent des rapports que je fais... mais on n'a pas de tableau de pilotage... »

P12 : « Pour l'outil on a un peu tâtonné dessus, on a d'abord été sur Excel, puis sur One Note pour un fichier de suivi mais on n'a pas aujourd'hui un véritable outil de gestion de projet. Pour communiquer avec les établissements on le fait par mail ou par le biais de réunion »

P18 : « On a essayé de travailler avec des supports... régulièrement on fait un document intérieur... on a un document qu'on essaye de mettre à jour, où sont réparties les différentes missions après j'ai essayé de nouveaux moyens, par exemple on a essayé un logiciel, pour essayer d'avoir un suivi des missions... on est au départ passer par un classeur Excel, on n'a pas de tableau de pilotage partagé avec les établissements »

Le besoin d'outils ressort dans les pistes d'améliorations pour les personnes interrogées dans les établissements et dans les fonctions transversales :

P1 : « Il faut qu'on maîtrise les outils informatiques, on ne partage pas l'information et on a pas de vision partagée. Pour faire circuler l'information et partager »

P6 : « Dans l'avenir il faudrait que je m'outille un peu plus, le pragmatisme c'est bien et j'oublie des trucs, l'effet taille est important »

P13 : « On a besoin des outils (Excel, Power Point...) et elles sont pas tout à fait formées et il faut que les attachés de direction, les apprentis les aident à conceptualiser les choses et il faut dédramatiser ce n'est pas parce qu'elles n'ont pas l'outil qu'elles ne vont pas se mettre en mode projet... il faudrait instaurer sur le réseau un endroit où on met nos grand projets nos calendriers sur l'année, qu'on puisse montrer l'avancement »

P9 : « Mettre les outils adéquats aux personnes qui font du projet, pas de logiciel spécifiques pour la gestion de projet on se débrouille. Il faudrait des outils logiciels développés pour nous, pour la gestion de projet en milieux médicaux, la création de liste de diffusion »

P11 : « Il faudrait que sur la direction générale on puisse s'équiper d'un logiciel de suivi de projet sur l'ensemble des établissements et qu'on puisse avoir un visu sur les besoins de nos « clients », ça montrerait que tout le monde marche dans le même sens, aujourd'hui tout le monde marche de son côté, chacun fait son truc »

P12 : « ...outil de gestion de projet à mettre en place surtout pour les gros projets »

2.6 La coordination entre les fonctions transversales et les établissements

Il est intéressant d'évoquer la coordination entre les établissements et les fonctions transversales et d'avoir des points de vue croisés et la vision de chacun.

Certains établissements ont évoqué des orientations différentes qui par moment se télescopent :

P13 : « C'est par moment la feuille projet du siège qui s'écrit et qui vient se coller aux projets de l'établissement. Aujourd'hui c'est un peu compliqué on y arrive en interne sans qu'on se marche sur les pieds c'est pas un long fleuve tranquille il faut écrire la symphonie que les gens se fassent plaisir mais la difficulté c'est par moment le côté pyramidal des fonctions transversales, mais c'est normal c'est une culture très française qui est beaucoup dans les groupes...ce qu'il faut c'est qu'il y ait, l'association des parties prenantes et que la feuille de route elle se bâtit collégalement. On prend le sport par exemple, il faut s'entraîner se dire les choses mais quand le match se joue il se joue ensemble. C'est cette culture de sport collectif qu'il va falloir impulser »

P5 : « On a tous envie d'y aller dans le management projet et par la force des choses on le fait mais on n'est pas en management projet, tout le Process que je t'ai donné on le fait, on est calé mais d'un coup on apprend que la priorité par exemple de la direction des système d'information c'est autre choses. C'est l'orientation de base qui n'était pas raccord. Alors j'ai présenté cette année les orientations stratégiques du groupe en staff de direction générale pour dire les orientations stratégiques »

Certaines personnes interrogées ont par moment le sentiment qu'elles n'ont pas toujours le choix dans les projets :

P8 : « côté groupe il y a toujours une raison, soit un choix stratégique de la direction générale, soit une obligation règlementaire, on a une information, parfois une réunion d'information, parfois des groupes de travail mais on n'a pas toujours le choix de ce qui se passe, mais en même temps on est dans un groupe, pas des indépendants »

P16 : « Sur ce projet-là moi je l'ai senti comme le groupe décide et on applique... voilà il y a des situations, des dysfonctionnements où en fait si on avait été sollicité en amont on aurait peut-être pu d'avantage anticiper les choses à mettre en œuvre »

P7 : « Ce projet il émanait du groupe mais on pouvait dire non mais tous les MCO y participaient »

Ils ne se sentent pas toujours écoutés dans leurs besoins :

P14 : « Les difficultés c'est l'effet groupe où tout le monde doit savoir... il n'y a plus la latitude de projet établissement et plus grande possibilité à s'exprimer...peut-être qu'on avançait plus vite, mais on avançait et c'était le fait d'avancer et de faire avancer les autres qui nous intéressait. Tout ce qu'on pouvait faire d'un côté on pouvait l'apporter aux autres. Je ne remets pas ça en cause mais il faut passer par 2 ou 3 intermédiaires pour faire un truc »

P19 : « Il y a des trucs sur lesquels on ne comprend pas l'histoire... c'est juste indispensable pour nous, ça coûte rien et vus nos résultats, ça s'y prête et aujourd'hui on est en difficulté avec nos médecins...on patauge, on patine et on met des rustines avec des gens qui coûtent cher. Il existe des outils qu'on pourrait tester et qui ne marcheraient pas peut être mais là-dessus on ne nous écoute pas. »

P16 : MCO, SSR, PSY on a chacun nos contraintes et ce n'est pas forcément pris en compte. Donc ça au niveau du Groupe, l'implication des personnes terrain dans des instances opérationnelles ou au moins un moment d'échange et de... ou on peut participer voire donner notre avis, d'explication d'orientation qu'on ne nous pas balance un document comme ça »

Une des personnes interrogées évoque un manque d'information descendante :

P17 : « Au niveau opérationnel il y a plutôt un bon fonctionnement mais au niveau stratégique, c'est un peu plus compliqué, c'est-à-dire que les projets qui viennent d'en haut manquent d'informations ».

Côté fonctions transversales les problématiques évoquées sont diverses, la définition des rôles et du projet, le suivi, le manque d'échanges qualitatifs, le manque de temps :

P9 : « Définir clairement avec les directions une équipe projet en amont, c'est des échanges mais ce n'est pas défini avec des rôles bien définis et une chronologie bien définie. Ça ne se fait pas parce qu'on n'a pas le temps et qu'on a des réunions dans tous les sens et que ça fait faire des réunions supplémentaires. On utilise les mails pour validation, mais plus efficient si on le faisait différemment, très souvent on refait le match avec les directions et on perd du temps, ce n'est pas bon ça lasse les gens »

P11 : « Le plus pénible c'est de s'apercevoir aux dernier moment d'un nouveau service que l'établissement demande depuis un moment et d'un coup il va arriver sans qu'on puisse même définir correctement ce qu'il faut et agir dans l'urgence sur le projet alors que l'urgence on la gère déjà dans le quotidien... D'un projet qui pourrait être géré comme il faut ça devient une demande urgente qu'on traite comme du dépannage et ça recule d'autres projets même des trucs qu'on ne doit pas déplacer... Il y a des COPIL qui s'organisent mais pas assez régulièrement à mon goût ça permet de faire un point sur les projets ou les problématiques et leur montrer des tableaux de bord mais ce sont des points intéressants mais pas assez importants pas assez soutenus. Il faudrait le faire avec tous les établissements régulièrement à minimas 2 ou 3 fois pour avoir ce suivi ne le faire peut-être pas par établissement mais par fonction. Après là c'est le suivi avec les directions que s'est compliqué »

P19 : « Les projets je pense sont mal définis, donc encore une fois ils sont mal définis, donc les difficultés...on est plusieurs sur un projet, ... le temps que chacun y met, il faut définir le temps que l'on peut y mettre, et voilà la difficulté c'est le temps, le bousculement de projet qui arrive qui parasite et on n'arrive pas à aller jusqu'au bout d'un projet...Parce que, nous en tant que structure transversale, on est quand même au service des établissements, et il est difficile des fois de dire non là je peux pas m'occuper de ça parce que j'ai un projet en cours, on a cette problématique enfin une des problématiques, et que des fois la priorité des projets, on n'en est pas toujours maître »

Quand nous évoquons avec eux les pistes d'améliorations que ce soit côté établissements ou côté fonctions transversales, les chemins se rejoignent.

Ils évoquent que l'évolution du management impulsé par la direction générale améliorera la coordination :

P13 : Au niveau du groupe il faudrait que la direction générale réunisse toutes les parties prenantes, brainstorme sur c'est quoi la vision de l'entreprise ?, où on veut aller à 5 ans, vers où on veut aller pour développer nos projets médicaux ? et ensuite brainstormer sur de plus grands projets qui nous permettraient d'atteindre la formalisation de cet objectif. Ensuite il faudrait brainstormer sans se censurer et on en garder que 8 et comment après ils sont pilotés par des experts en fonction de l'expertise nécessaire. C'est écrit dans plein de secteur, en industrie par exemple, il faut laisser du temps comme la tisane qui s'infuse c'est multi factoriel. Si la mutation vient de la direction générale et que la formation est là ça va prendre 3 ans et ça passe par le lâcher prise et la sportivité « le jeu collectif »

P10 : « ...ce qu'il faudrait faire c'est changer la politique, c'est toujours le chef qui donne le ton si le chef dit on passe sur la proactivité on envoie des projets on impulse et ça suivrait... »

P11 : « Le monde idéal ce serait que les directions puissent établir les projets sur l'année et voir un peu plus loin qu'il y ait vraiment une politique générale qui soit faite là-dessus...Les projets définis et validés par la direction générale pour qu'on ait vraiment un planning à mettre en place »

P18 : « Tout le monde veut tout faire et on n'y arrive pas. Donc il faudrait une réflexion sur le management au niveau du groupe pour savoir comment on peut travailler ensemble, travailler sans conflit et se satisfaire de la réussite Une réussite collective »

P5 : « On ne travaille pas assez ensemble, mais pour travailler ensemble il faut qu'il y ait l'envie de le faire, et la même mouvance et la même culture qui doit venir de la Direction Générale »

Pour certains, il faut inverser la tendance et redéfinir les rôles de chacun :

P14 : « Pour que ça marche mieux il faut que ça parte de l'établissement et que ça remonte au groupe et pas l'inverse. On part des besoins et ça part au groupe pour l'aide aux managements projets. Aujourd'hui c'est l'inverse avec les délais imposés par le groupe. La meilleure organisation serait dans l'autre sens. »

P19 : « Je pense qu'il faudrait qu'on ait une disponibilité et une réactivité plus en adéquation avec notre calendrier à nous. Il faut qu'on s'y tienne sinon on ne prend pas l'engagement de le faire... Laisser aux établissements de l'autonomie, avoir des

projets structurants pilotés par le groupe oui, mais laisser aux établissements ce côté expérimentateurs. En plus c'est la politique d'Oc Santé ... c'est la vraie force d'Oc Santé...il faudrait redéfinir le niveau de délégation ou le niveau d'autonomie de chacun. Il faudrait être beaucoup plus ferme sur les comités de pilotage, les plans d'actions, il faudrait qu'on soit tous beaucoup plus sérieux sur le calendrier et le planning »

P5 : *Alors après des fois ça vient du terrain, les projets, ce projet là on l'a fait à l'envers, on a eu l'idée et on l'a fait remonter aux ressources humaines groupe. Souvent pour monter un truc on fait tout seul enfin, j'exagère, on a quelques ressources mais ça reste à petite échelle si c'était remonté au niveau du groupe ce serait plus efficient »*

Enfin pour d'autres il serait souhaitable de mutualiser les projets, pour échanger et partager les ressources :

P5 : *« Sur la gestion de projet de MCO il faudrait qu'on travaille ensemble ce sera que du plus. L'avantage c'est qu'on est physiquement tous très proches. On ne travaille pas assez ensemble, mais pour travailler ensemble il faut qu'il y ait l'envie de le faire, et la même mouvance et la même culture qui doit venir de la Direction Générale »*

P17 : *« Je pense qu'au niveau du groupe, il n'y a pas encore assez de mutualisation inter établissement ou au moins par spécialité. C'est-à-dire que je trouve dommage de mener chacun notre projet de notre côté alors qu'on voit que mener un projet en groupe est intéressant et nous fait gagner du temps et ça nous fait avancer. Donc je pense que mutualiser un projet, pour le groupe serait un gain de temps, ça évite de dispatcher x4 le projet et au final on partage nos difficultés »*

Enfin une des personnes interrogées évoque la création d'une cellule projet pour une meilleure coordination :

P9 : *« La direction présente un projet et ne met pas tout le monde dans la boucle, on a les informations par le bouche à oreille et pas de façon structurée. Il faudrait mettre en place une coordination entre fonction transversale. Il devrait y avoir au sein d'Oc Santé une Cellule Projet avec l'ensemble des intervenants mais pour l'instant la structure des fonctions transversales est différente, mais ça permettrait de mettre de la coordination dans les choses »*

3. Cartographie des Thèmes

Pour mieux appréhender l'ensemble des thèmes évoqués lors de nos entretiens, il nous a semblé nécessaire de les cartographier. Cette vision nous permet alors d'avoir sous forme de schémas, le constat, les difficultés évoquées et les pistes d'améliorations souhaitées par les personnes interrogées. L'objectif de cette cartographie est d'avoir en une page l'ensemble des analyses des entretiens.

Vous trouverez ci-dessous le Schéma de la cartographie.

Schéma : Cartographie des Thèmes

LES IDEES, LA STRATEGIE

Le constat sur la conception de la ligne projet ?

1. Les orientations stratégiques sont le socle pour construire la ligne projet
2. Les remontées terrains peuvent venir alimenter la ligne projet

Le constat sur la réflexion ?

En collaboration avec les acteurs terrain (direction, médecins, soignants)

Les difficultés évoquées ?

1. L'information sur les projets ne descend pas jusqu'aux équipes
2. Les projets qui se rajoutent en plus au fil de l'eau dans l'année

LA METHODOLOGIE

Le constat côté direction ?

La méthodologie est claire, ils fixent la ligne de conduite et après les acteurs terrain mènent les actions.

Le constat côté acteurs terrain ?

Ils évoquent un manque de méthodologie, et les actions menées se font en fonction de façon logique ou intuitive

La piste d'amélioration évoquée ?

La formation a été évoquée comme une des clés de réussite.

LE CHOIX DES ACTEURS, L'ADHESION

Le constat côté choix ?

1. Le projet se pilote à plusieurs avec des équipes pluri – professionnelles
2. Le choix des acteurs se fait de manières très différentes

Le constat côté adhésion ?

1. L'adhésion se fait par la participation et la plus-value projet
2. L'adhésion se fait par la communication

Les difficultés évoquées ?

1. Le manque de communication et d'adhésion
2. Le manque d'implication des acteurs terrain même quand ils la communication est faite

LES OUTILS

Le constat ?

1. Au niveau des directions des tableaux de pilotage permettent de partager les grands axes.
2. Les plans d'actions qualité sont souvent utilisés pour partager la vision et suivre les actions projets
3. Les acteurs qui pilotent eux ont leur propre tableau et ne les partagent pas.

La piste d'amélioration évoquée ?

Il faudrait s'équiper d'outils pour partager la vision et communiquer sur les projets

LE TEMPS

Le constat ?

La gestion du quotidien est prioritaire et c'est souvent la gestion de projet qui est sacrifiée.

Les pistes d'améliorations évoquées ?

1. La gestion de projet pourrait être déléguée à une ressource externe à l'établissement
2. En interne il faudrait donner du temps au projet en libérant du temps sur les tâches du quotidien.

LA COORDINATION

Le constat côté établissements ?

Les orientations stratégiques se télescopent. Les établissements n'ont pas toujours le choix et ne sont pas toujours écoutés.

Le constat fonctions transversales ?

Ils évoquent une mauvaise définition du projet, un manque de temps et une impression d'être toujours dans l'urgence.

Les pistes d'améliorations évoquées ?

Il faudrait engager, un changement de culture, une inversion de tendance et une mutualisation des projets

L'objectif principal de cette étude qualitative était de faire un état des lieux du management projet au sein du groupe Oc Santé.

A travers les entretiens semi dirigés nous avons pu constater que le projet et sa gouvernance sont au cœur des préoccupations des établissements et des fonctions transversales. Les échanges ont pu mettre en évidence 6 thèmes :

Thème 1 : Les orientations stratégiques sont fixées de façon collégiale mais pas toujours connues de tous.

Thème 2 : La méthodologie projet se fait de façon logique et intuitive mais le manque de formation pénalise le projet et rend l'objectif par moment difficile à atteindre

Thème 3 : Les projets sont coordonnés à plusieurs, et l'adhésion se fait avec des manques en terme de communication ou d'implication.

Thème 4 : Les acteurs du projet n'ont pas toujours de temps à consacrer et doivent en priorité assurer les missions du quotidien

Thème 5 : Les outils utilisés pour communiquer sont divers et en dehors de ceux qui pilotent la certification pas toujours partagée de tous.

Thème 6 : La coordination fonctions transversales / établissement n'est pas encore fluide et pénalise les avancées des projets.

Grâce aux entretiens nous avons pu constater que les établissements et les fonctions transversales tentent de travailler en mode projet et changent petit à petit leur mode de management. Certains établissements ont initié la démarche et se sont lancé le défi d'avancer dans ce changement de culture, d'autres le font par obligation sans se poser la question et sans l'institutionnaliser. Côté fonctions transversales le constat est le même, la démarche est initiée dans certaines unités, mais ils cherchent encore leurs repères et la meilleure façon de parvenir à coordonner l'ensemble des actions. Les difficultés de coordination entre établissements et fonction transversales viennent aujourd'hui de ce changement de paradigme dû aux mutations des organisations.

L'objectif secondaire était de répondre à la question : Comment basculer totalement vers un management projet institutionnalisé au sein du groupe Oc Santé ?

Nous allons mettre en lien la revue de littérature et l'état des lieux et tenter de faire des préconisations pour répondre à la question.

V. Discussions

1. Discussion sur la méthodologie et la réalisation de l'étude

1.1 Intérêt de l'étude

Le management projet est un sujet d'actualité quel que soit le domaine d'activités dans lequel nous nous trouvons. Il semble, en théorie, totalement acquis ou maîtrisé dans le monde des établissements de santé, or nous sommes encore très loin de l'utiliser comme un mode de management efficient. La littérature est riche sur l'histoire, la mise en œuvre et l'objectif, mais pauvre sur les exemples d'établissements privés ou publics qui utilisent ce management comme levier de performance. Il est rare aussi de trouver des articles, avec des exemples précis de mise en œuvre dans des structures ou des groupes de santé qui mettent en avant la valorisation de ce dernier comme un outil de qualité de vie au travail. Les mentalités changent et le mot projet est dans toutes les bouches mais est-il vraiment mis en place dans les établissements ou les groupes, est-ce un problème générationnel, de culture, de méthodologie, de formation, sommes-nous à la croisée des chemins ? L'intérêt premier de cette étude était de faire un état des lieux des avancées dans ce domaine dans un grand groupe de santé régional.

1.2 La méthodologie

L'étude qualitative s'est imposée, le but n'était pas de quantifier un phénomène mais bien de décrire le phénomène, la réalité. Le choix des entretiens en face à face ont permis une liberté de parole sans jugement et un échange constructif. Nous avons pu voir, tout au long des entretiens, les professionnels évoluer dans leur manière de voir les choses, trouver eux même des solutions à des points bloquants. Ils ont pris du recul sur leur gestion actuelle et ont trouvé facilement les leviers d'actions à mettre en place pour améliorer leurs pratiques. Le choix des entretiens semi-dirigés était judicieux, le sujet était vaste et le risque était de faire beaucoup de « hors sujet ». Nous avons pu rester dans un cadre précis, sans trop déborder tout en gardant de la souplesse dans l'échange.

Au vu des entretiens, il aurait été intéressant pour compléter l'étude et croiser les visions, d'utiliser après les entretiens la méthode du focus group, en organisant des groupes de discussions autour de grands projets pluridisciplinaires menés. Nous aurions pu évoquer les difficultés, les réussites collectives, les améliorations. Chaque acteur aurait pu toucher du doigt sa place dans l'organisation. Nous aurions pu par établissement organiser ce type d'échange et brainstormer à l'aide d'exemple précis sur le management projet au sein de l'établissement en lien bien sûr avec les fonctions transversales. Nous n'aurions pas pu utiliser cette méthodologie seule. Elle aurait limité l'expression de certaines personnes interrogées au vu des liens hiérarchiques. Enfin nous avons choisi d'enregistrer les entretiens afin d'éviter les biais de mémorisations qui auraient été majorés si nous avions pris des notes.

1.3 Le guide d'entretien

Nous n'avons pas ressenti le besoin de le faire évoluer, suite aux premiers entretiens. Il nous a permis de rester concentré sur l'objectif de l'étude et par la suite d'analyser les réponses plus facilement. Nous avons pu cependant constater que selon les personnes interrogées, nous avons dû préciser des termes de langage propre aux projets pas toujours maîtrisés selon la catégorie professionnelle. Il a fallu nous adapter en permanence à nos interlocuteurs en précisant nos demandes. Pour exemple la première question qui demande de lister les projets a dû être de nombreuses fois reformulée pour obtenir des listes exhaustives des projets. Nous n'étions pas en difficulté grâce à notre connaissance des actions menées par les différentes personnes interrogées.

1.4 Choix et taille de l'échantillon

Pour rappel nous avons interrogé 20 personnes dans l'ensemble du groupe. A la fin des entretiens nous pouvons nous interroger sur la taille de notre échantillon. Nous pouvons nous poser la question : pourquoi ne pas mener l'étude dans chaque établissement en interrogeant directeur, directeur des soins, cadre opérationnel, et salarié soignant ou non soignant, soit environ 90 personnes ? Nous avons repris l'objectif et ce que nous cherchions c'était une tendance, et très vite les constats côté

établissements et fonctions transversales, ont été les mêmes. Effectivement pour faire un état des lieux exhaustif de la maturité de chacun des établissements ou service sur le management projet, dans une démarche de conduite du changement, nous aurions dû augmenter notre échantillon mais nous étions arrivés à ce qu'on appelle la saturation des données, aucune idée nouvelle n'émergeait sur les pistes d'améliorations.

1.5 Biais de l'enquêteur

Nous avons été particulièrement vigilant durant nos investigations pour éviter de biaiser l'étude. Travaillant dans les établissements et connaissant bien les acteurs nous aurions pu avoir un biais d'investigation. Notre neutralité et l'élaboration d'un questionnaire au préalable ont mis en confiance les acteurs de terrain tout en permettant une meilleure compréhension des sujets évoqués.

1.6 L'analyse thématique

L'analyse des retranscriptions est toujours délicate. Faire des entretiens semi – directifs avaient pour objectif de rester dans un cadre bien précis, en donnant des exemples de projets pour évaluer la manière de faire au sein des établissements ou des services. Il a fallu décortiquer l'ensemble des entretiens, sortir de l'exemple précis pour arriver à regrouper les idées et former des axes à analyser.

2. Discussion sur les résultats en fonction des données de la littérature

La littérature définit le management par projet comme « avant tout une démarche organisationnelle de fonctionnement ». Notre étude nous montre, au sein du Groupe Oc Santé, une volonté de tous les acteurs d'aller vers ce type de management. Il y a cependant de nombreuses étapes à passer avant de le mettre en œuvre dans l'ensemble du groupe. Nous avons souhaité orienter nos discussions sur 3 grands thèmes, le modèle de management, la communication et le rôle du leader, nous rapprocherons nos résultats d'étude à notre revue de littérature.

2.1 Le modèle de management

Nous avons constaté lors de notre étude que dans l'ensemble des établissements du groupe les orientations étaient fixées, en collaboration avec les acteurs clés. Les projets sont par la suite donnés à des acteurs de terrain qui ont déjà des missions dans l'établissement et qui tentent de trouver du temps pour pouvoir mener le mieux possible les projets. Les meneurs de projets peuvent être des directeurs, des directeurs des soins, des cadres de services. Si nous rapprochons cela de notre littérature et du chapitre sur l'évolution des modèles, nous pourrions dire que nous sommes aujourd'hui dans les établissements sur ce qu'on appelle « un modèle taylorien ». Les projets se mènent, aboutissent avec des difficultés d'adhésion, de communication et d'insatisfaction. Nous nous confrontons même aux deux problématiques de ce modèle qui sont le manque de transversalité et la perte de contrôle sur le projet lui-même. Les acteurs subissent et ne prennent pas toujours plaisir à travailler ensemble en mode projet. Nous sommes dans du réactif et non du proactif. La littérature évoque le modèle de l'ingénierie concourante comme un modèle proactif où les acteurs travaillent en transversalité autour d'un même objectif. Ce modèle pose la question de la centralisation de la gestion de projet à travers la direction générale pour une meilleure efficacité. Lors de nos entretiens, les pistes d'améliorations citées par les différentes personnes interrogées vont plutôt dans le sens de l'ingénierie concourante comme modèle adapté dans nos organisations.

Aujourd'hui nos entretiens montrent que nous faisons au sein du Groupe Oc Santé du management de projet. Chacun prend son projet, sa méthodologie, ses outils et part en campagne pour convaincre le plus grand nombre. La littérature nous montre qu'il y a une différence entre le management « de » projet et le management « par » projet. Le management par projet part du haut et c'est l'ensemble de l'organisation qui est mobilisée en mode projet ce qui simplifie les échanges, la légitimité des acteurs, la communication finale. L'ensemble de l'organisation se centre sur un même objectif. A travers les entretiens nous voyons que la démarche est initiée dans certains établissements du groupe, et que les acteurs terrains avancent dans ce sens, il manque cependant une démarche institutionnalisée au sein du groupe comme le montre les entretiens avec les fonctions transversales.

2.2 La communication

La revue de littérature montre que la communication est un facteur essentiel dans la conduite du changement. Le manque de communication ressort dans nos entretiens comme le frein principal dans les projets. Il est évoqué, à plusieurs reprises, que ce manque de communication crée des tensions et empêche d'avancer. L'ensemble des changements dans les établissements de santé sont des changements adaptatifs. On demande donc, aux différents acteurs de l'organisation, de s'adapter en permanence. Nouvelles réglementations, nouveaux modes de financements, nouvelles certifications, les établissements sont en mouvement permanent et la littérature nous montre que l'ensemble des choses mises en place par l'Etat poussent les acteurs de terrain à s'adapter. Lors des entretiens, des sujets réglementaires obligatoires ont été cités à plusieurs reprises de même que des problèmes de communication, ou de sens donnés aux choses. La littérature nous dit que le changement adaptatif doit se faire avec beaucoup de communication. Elle nous dit aussi que ce type de conduite de changement est chronophage mais porteur de sens pour une collectivité.

2.3 Le rôle du leader

Nous avons interrogé 20 personnes qui sont managers dans les organisations. Ils avaient tous des niveaux hiérarchiques différents. Quand nous les avons interrogés sur leur méthodologie, nous avons constaté qu'ils n'avaient pas de méthodologie écrite ou dictée, pas de cadres précis, pas toujours les outils adaptés. Ils rencontraient des problématiques d'adhésion, d'implication de communication. Les problématiques rencontrées étaient classiques et identiques et nous sommes vite arrivés à faire le tour de la question. Quand nous avons fait notre revue de littérature nous avons souhaité faire des recherches sur le leadership. La comparaison entre le Manager et le Leader de Korbi Masmoudi est claire. Le manager demande et obtient, le leader obtient des autres la volonté de faire. Nous avons aussi étudié la qualité de vie au travail et la place des individus dans les organisations. L'individualisme et la place du travail dans l'esprit humain sont en pleine mutation. Pour les motiver il faut trouver d'autres manières de manager. Si nous portons un regard à distance sur nos entretiens et que nous regardons les problématiques, ne pouvons-nous pas en déduire que ce n'est pas

un problème de management d'individus ou de travail, mais plutôt un problème de leadership. Si nous passons du rôle de manager au rôle de leader n'obtiendrions nous pas de meilleurs résultats auprès des équipes, une adhésion totale et une mise en œuvre des projets facilitée ?

3. Préconisations pour le Groupe Oc Santé

A travers deux schémas nous avons tout d'abord souhaité présenter la vision actuelle de l'organisation telle que nous l'avons comprise à travers les entretiens (schéma 1). Par la suite le schéma 2 présente une forme d'organisation permettant de tendre vers un modèle de type ingénierie concourante qui semble être le plus efficient dans les organisations de santé.

Schéma 1 : L'organisation actuelle

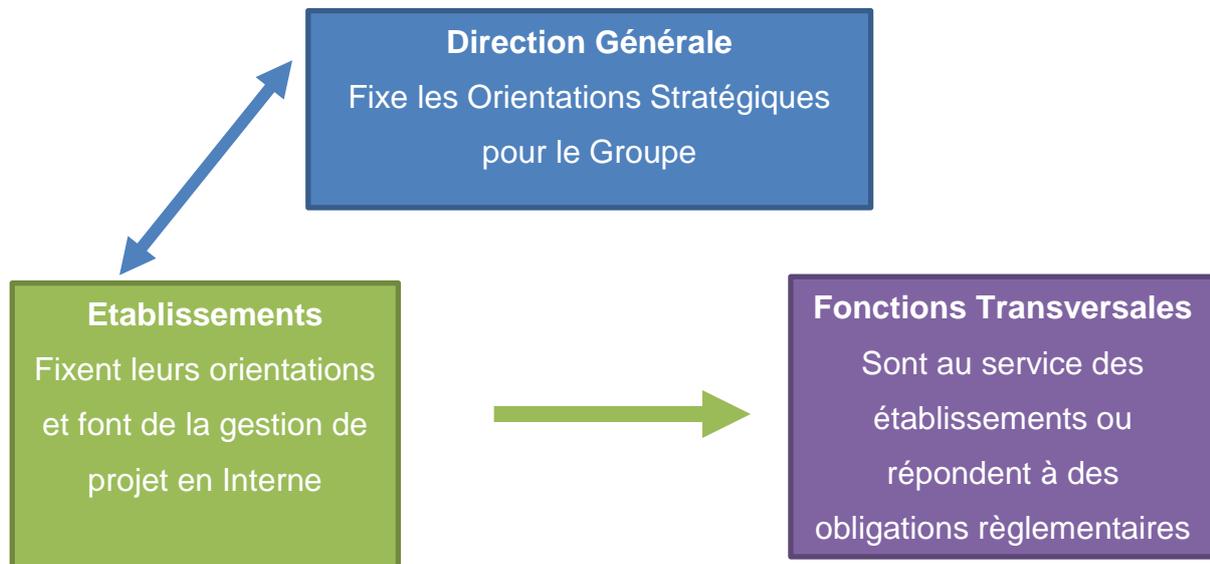
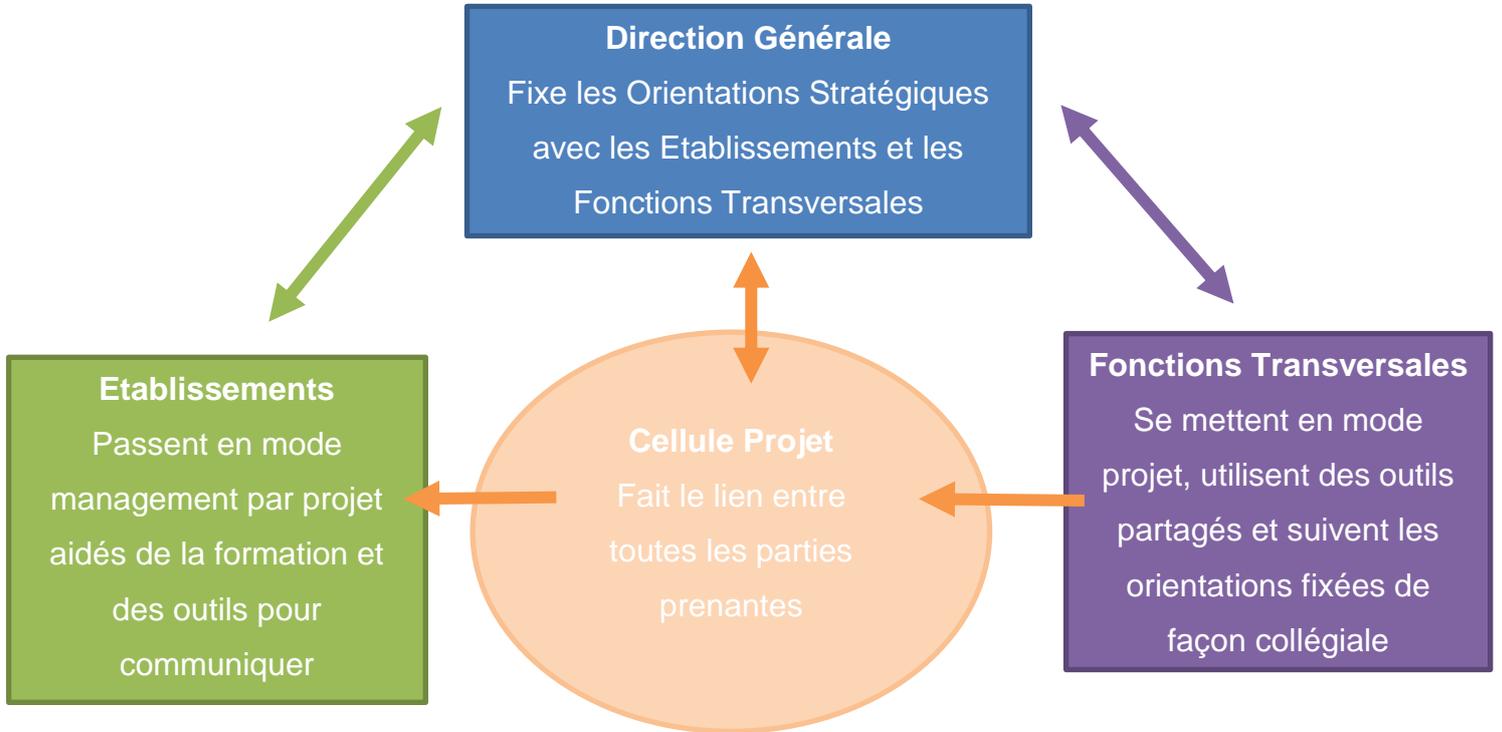


Schéma 2 : L'organisation préconisée



VI – Conclusion

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux, au sein des établissements et des fonctions transversales du groupe Oc Santé, de la mise en œuvre et de la gouvernance projet dans les différentes strates hiérarchiques. L'objectif secondaire était, de répondre à la question : Comment basculer totalement vers un management projet institutionnalisé au sein du groupe Oc Santé ? Tout d'abord notre revue de littérature nous a montré que le management par projet semble être aujourd'hui le plus adapté aux organisations de santé. Il s'inscrit dans une logique incontournable de l'évolution des modèles de management, pour aller vers un modèle proactif nécessaire afin de s'adapter aux contraintes réglementaires, aux demandes des patients, et aux individus qui travaillent dans les organisations. Ce management par projet recentre sur une vision plus moderne, plus partagée et plus globale, entraînant une gouvernance plus transparente qui partage les orientations. Ce mode de management pousse à une communication plus adaptée, rassurante à tous les niveaux de la structure.

Notre étude terrain, elle, nous a montré que les établissements et les fonctions transversales tentent de travailler en mode projet, et de se coordonner pour répondre à un objectif commun qui est de prendre en charge le patient dans les meilleures conditions possibles. Les difficultés sont présentes, comme le manque d'outils, le manque de communication, et le manque de coordination. Cependant la volonté au sein de l'ensemble des personnes interrogées, est de travailler ensemble, sans tension et de façon qualitative. Dans les directions, les services, les unités des fonctions transversales l'envie est présente, il manque juste le lien nécessaire pour basculer vers ce type de management. La place du leader est centrale dans cette étude et c'est lui qui fera basculer la tendance et rendra plus efficiente l'organisation.

Nos préconisations n'ont pas pour but de donner un conseil au Groupe Oc Santé. Ce Groupe est riche des personnes qui y travaillent, des compétences multiples que nous rencontrons, des stratégies pertinentes qui collent aux orientations de l'Etat. Nos préconisations ont juste pour objectif de se questionner sur ce qui pourrait être fait pour réussir ce virage tant attendu par l'ensemble des acteurs.

VII – Annexes

Annexe 1 : Bibliographie

1. Garel G. II/ L'évolution des modèles de management de projet. Reperes. 2011;2e éd.:29-47.
2. Boutinet J-P. Éléments méthodologiques d'élaboration et de réalisation des projets. Que Sais-Je. 2004;4e éd.(2770):81-97.
3. Lenfle S, Midler C. Gestion de projet et innovation. In: L'encyclopédie de l'innovation [Internet]. Economica; 2003 [cité 14 août 2021]. p. 49-69. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00263271>
4. Eisenhardt KM, Brown SL. Time Pacing: Competing in Markets that Won't Stand Still. Harvard Business Review [Internet]. 1 mars 1998 [cité 23 août 2021]; Disponible sur: <https://hbr.org/1998/03/time-pacing-competing-in-markets-that-wont-stand-still>
5. JOUANIN L. . Management d'équipe – Management des systèmes complexes. 2021.
6. JOUANIN L. Analyse sociologique - Systémie & complexité. 2021.
7. Larousse É. Définitions : projet - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/projet/64232>
8. Jancourt D, Simart M. Performance et innovation dans les Etablissements de Santé - Chapitre 8 Le Management par Projet [Internet]. Dunod; 2015 [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-167.htm>
9. Sotiaux Y. Management d'équipe projet : Le chef de projet, un manager Ed. 4 [Internet]. Gereso; 2014 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ezpum.biu-montpellier.fr/book/88818763>
10. Garel G. I/ Les figures du projet. Reperes. 2011;2e éd.:11-28.
11. Hirotaka Takeuchi. In: Wikipedia [Internet]. 2021 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Hirotaka_Takeuchi&oldid=1035199641
12. Ikujiro Nonaka. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ikujiro_Nonaka&oldid=177617728
13. Garel G. VI/ Limites et renouvellements du management de projet. Reperes. 2011;2e éd.:96-114.
14. Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.has->

15. Autissier D, Moutot J-M. Comment passer du discours à l'action. :22.
16. Commeiras N, Eggrickx A, Georgescu I. Changements, incertitudes et qualité de vie au travail : Le cas d'un regroupement de laboratoires de biologie médicale. @GRH. 20 déc 2019;n° 31(2):35-63.
17. ERTZ M. comment le bien-etre des salariés génère de la rentabilité. 2017. 2017;
18. Néré J-J. Chapitre II. Les conditions de fonctionnement : le management de projet. Que Sais-Je. 2015;4e éd.:35-61.
19. TOMA O. RSE/RSO. 2021.
20. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
21. Rapport Aubert_financement_et_regulation.pdf [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf
22. JOUANIN L. Management d'équipe - Management des équipes dans le changement. 2021.
23. Autissier D, Moutot J-M. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance Ed. 4 - ScholarVox Université [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ezpum.biu-montpellier.fr/reader/docid/88836236/page/1>
24. Merdinger-Rumpler C, Nobre T. Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? Gest 2000. 2011;Volume 28(3):51-66.
25. Georgescu I. Analyse organisationnelle. 2021.
26. Masmoudi KK. La conduite du changement stratégique : Rôle du leadership. Rech En Sci Gest. 28 juill 2020;N° 136(1):97-134.

Annexe 2 : Guide d'entretien

1 – Pourriez-vous m'expliquer quels sont vos projets ?

(Relance si besoin : Pourriez-vous m'en dire plus sur les changements à venir ?

Quelles seront vos stratégies futures ?)

2 – Comment vous vient l'idée d'un nouveau projet ?

(Relance si besoin : D'où viennent vos idées ?)

3 – Quel outil utilisez-vous pour rédiger et communiquer vos projets ?

(Relance si besoin : Construisez-vous des tableaux de pilotage si oui de quel type ?)

4 – Quelle est votre méthodologie ?

(Relance si besoin : Comment vous vous y prenez pour mener à bien le projet ?

Quelles sont vos grandes étapes ?)

5 – Comment choisissez-vous les acteurs de vos différents projets ?

(Relance si besoin : Sur quels critères s'orientent vos choix ? Vers qui vous êtes-vous tournés ?)

6 – Quels moyens utilisez-vous pour faire adhérer vos équipes ?

(Relance si besoin : Quel est votre style de management pour aider au changement ?)

7 – Quelles sont, pour vous, les clés du succès pour réussir un projet ?

(Relance si besoin : Dans les projets que vous avez menés quelles ont été les choses qui ont participé à leur réussite ?)

8 – Pourriez-vous évoquer avec moi les difficultés rencontrées ?

(Relance si besoin : Qu'est-ce qui a été le plus pénible ?)

9 – Quelles sont pour vous les pistes d'améliorations possibles dans l'avenir ?

(Relance si besoin : Que feriez-vous différemment si c'était à refaire ?)

Annexe 3 : Exemple de mail pour demande d'entretien

Bonjour X,

Dans le cadre du CESEGH, nous avons dû choisir un sujet de mémoire. Mon choix a porté sur le Management Projet au sein du Groupe Oc Santé. L'objectif est d'étudier la mise en œuvre des projets au sein d'un établissement ou d'un service. Il ne sera porté aucun jugement et l'entretien restera complètement anonyme. L'entretien durera 1h et sera enregistré si tu n'y vois pas d'inconvénient.

Je te propose quelques dates la semaine prochaine :

07/06/2021 entre 12h et 13h

08/06/2021 entre 08h et 9h ou entre 12h et 13h

09/06/2021 entre 08h et 9h ou entre 12h et 13h

Merci X pour ton aide précieuse.

Bonne Journée

Alix ELEDJAM - SIRVEN

[Données anonymisées pour mise en ligne]

Titre : Management Projet au sein du Groupe Oc Santé, état des lieux et pistes d'améliorations, étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés

Résumé :

Le monde de la santé est en perpétuel mouvement. Aujourd'hui le groupe Oc Santé évolue et se structure. La revue de littérature nous montre qu'il faut tendre vers un modèle d'ingénierie concourante. Le management par projet est une des clés pour aller vers ce modèle. La communication pour conduire le changement et la place du leader sont eux aussi des leviers d'actions incontournables. L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux, au sein du groupe Oc Santé, de la mise en œuvre et de la gouvernance projet. L'objectif secondaire était de trouver des axes permettant d'accélérer ce changement. L'étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés, nous montre que les différents acteurs tentent de travailler en mode projet mais rencontrent des difficultés, de méthodologie, d'outil, de communication et de coordination. Fixer les orientations stratégiques en lien avec les besoins des établissements, aider avec des outils et de la formation les établissements à manager par projet, mettre en mode projet les fonctions transversales à travers les orientations stratégiques et enfin mettre une cellule projet comme lien entre toutes les parties prenantes seraient les pistes à explorer. L'ensemble de ces actions permettrait alors de basculer vers un modèle d'ingénierie concourante.

Mots Clés : Management Oc Santé, projet, ingénierie concourante, communication projet, leader manager, enquête qualitative