

- IX^{IEME} CONFERENCE INTERNATIONALE DE MANAGEMENT STRATEGIQUE

-

" PERSPECTIVES EN MANAGEMENT STRATEGIQUE "

AIMS 2000

Montpellier

- 24-25-26 Mai 2000 -

**DEMARCHES DE PROJET ET APPRENTISSAGE DU CHANGEMENT
LE CAS D'UN HOPITAL PUBLIC**

Mots-clés : hôpital, projet, potentiel humain, apprentissage

Nathalie KRIEF

ATER

Université Lumière Lyon 2

ISEOR

15, chemin du Petit Bois

F-69130 Ecully

Tél. : 04 78 33 09 66

Fax. : 04 78 33 16 61

Depuis quelques années, la notion de **projet** a pris une importance considérable dans le fonctionnement des organisations hospitalières françaises. Les différentes lois portant réforme hospitalière se sont attachées à positionner les démarches de projet au cœur des préoccupations des hôpitaux : plans directeurs avec la loi du 31 décembre 1970 et programmes d'établissement avec le décret du 17 mai 1974 et la circulaire du 7 décembre 1987 dans les décennies 1970 et 1980 ; projet d'établissement avec la loi du 31 juillet 1991 et démarche d'accréditation avec les ordonnances du 24 avril 1996 dans la décennie 1990. L'ensemble de ces réformes place la notion de projet au cœur de la gestion et du management de ces établissements.

Le projet apparaît comme la volonté de responsabiliser les organisations hospitalières au niveau local et d'améliorer une situation remise en cause tant à l'extérieur par les usagers et les partenaires, qu'en interne par les personnels hospitaliers eux-mêmes. En effet, l'hôpital public connaît aujourd'hui une double crise externe et interne : l'une provenant de la remise en cause de la qualité de service par les usagers et se traduisant par une **crise de légitimité** (Laufer et Burlaud, 1980, 1997), l'autre provenant du malaise des acteurs hospitaliers et traduisant une **crise d'identité** (Laufer et Ramanantsoa, 1982 ; Ramanantsoa et Hoffstetter, 1981).

Dans ce contexte de crise, les démarches de projet apparaissent comme une des solutions à ce malaise interne et à cette remise en cause externe : il s'agit pour l'hôpital de définir et mettre en œuvre un **projet mobilisateur pertinent de l'organisation** lui permettant d'une part de développer ses performances économiques et sociales, d'autre part de réhabiliter son identité et de retrouver une part de sa légitimité. Ainsi, la valorisation du potentiel humain dans le cadre d'un projet de changement de l'organisation nous semble être une condition *sine qua none* de la réussite des projets hospitaliers.

Après avoir présenté le cadre méthodologique de la recherche, cette contribution se propose de réaliser dans un premier temps un « portrait » des démarches de projet à l'hôpital à partir d'un cas d'expérimentation. Ce diagnostic s'appuie aussi bien sur le contenu même des projets que sur le processus d'élaboration mis en œuvre. Cette première partie propose de montrer **comment la dimension humaine est prise en compte dans les démarches de projet à l'hôpital**. Dans un deuxième temps, notre communication apporte quelques recommandations pour valoriser le potentiel humain dans les démarches de projet, en insistant sur la prise en compte d'objectifs d'amélioration des conditions de vie au travail des personnels (contenu du projet) et sur la **valorisation du potentiel humain** dans la définition et la mise en œuvre du projet (processus). Elle aboutit sur une proposition d'**ingénierie stratégique du changement** propre à pérenniser les démarches d'amélioration permanente du fonctionnement de l'organisation et de ses performances.

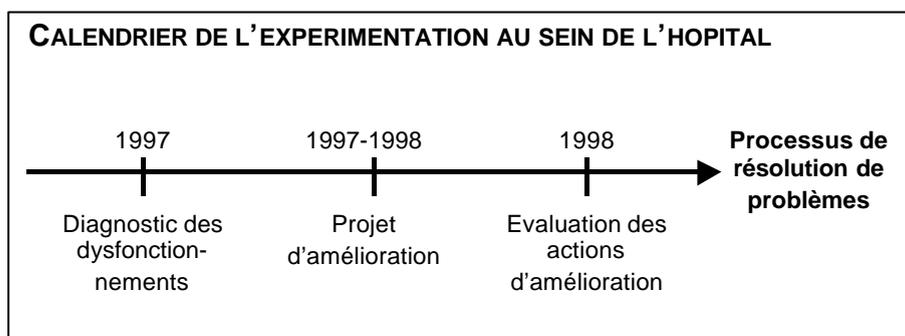
1. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cette communication s'appuie sur une **recherche-expérimentation** menée au sein d'un hôpital public français, dans le cadre de la préparation de notre thèse de doctorat récemment soutenue. La démarche de recherche-expérimentation ou recherche-intervention que nous adoptons est une démarche **transformative**, par opposition aux démarches dites « contemplatives » (Avenier, 1989). La fécondité de ce type de démarche vient du fait que son intention est de réussir un projet de changement délibéré et faire ainsi avancer les connaissances fondamentales dans les sciences de l'homme (Lewin, 1947) et qu'elle favorise inexorablement l'appropriation et l'utilisation des connaissances qu'elle génère par les praticiens. La finalité de la gestion est d'apporter une connaissance supplémentaire sur le fonctionnement des entreprises et des organisations. Ce fonctionnement doit s'enrichir, mais une seule « connaissance livresque » sur la gestion ne permet pas d'améliorer la connaissance sur les entreprises et prépare mal à jouer un rôle dans l'entreprise (Riveline, 1995). Le **terrain** et la présence régulière du chercheur sur le terrain sont fondamentaux pour enrichir cette connaissance. Le terrain représente donc un véritable creuset pour l'élaboration de la connaissance, qui s'appuie donc sur une recherche ancrée au terrain (Savall, 1987).

L'**hôpital public** qui a fait l'objet de notre expérimentation appartient à un centre hospitalier universitaire (CHU). La recherche-expérimentation s'est déroulée sur une période de près de deux ans, de 1997 à 1998. Cet hôpital comprend 650 lits répartis en plusieurs unités de soins relevant de la médecine interne, de la cardiologie, de la pneumologie, de la chirurgie, de la gynécologie obstétrique... et compte approximativement 1500 agents. Cet établissement est appelé à un développement important puisqu'il a vocation à accueillir, à terme, de nouvelles disciplines permettant une structuration de l'offre de soins et une reconversion d'autres sites. Il s'agit de constituer le troisième pôle du CHU sur le site de cet hôpital. A l'horizon 2004, qui marque la fin de la première phase de redéploiement interne de l'hôpital, il comptera 850 lits, plus de 2000 agents et verra sa superficie actuelle doubler, passant de 50 000 m² à 110 000 m². Ce défi concerne tout autant les services de soins et de médecine, qui seront amenés à accueillir plus de patients en raison de l'accroissement de l'activité, que les services administratifs et techniques, pour lesquels il faudra entretenir et prendre soins de structures plus importantes.

Nous avons réalisé une recherche-expérimentation sur le site de cet hôpital afin de répondre à cette problématique de redéploiement : un processus de résolution de problèmes (Savall et Zardet, 1995) a été mis en place dans ce sens : un **diagnostic**, un **projet** suivi de sa mise en œuvre et une **évaluation** des actions entreprises ont été réalisés. Ce processus vise à lui permettre d'absorber efficacement l'accroissement des demandes de prestations médicales et techniques dans le cadre du doublement de sa surface bâtie et de son activité. La principale préoccupation de l'hôpital est l'exigence d'adaptabilité du service technique. L'objectif de l'expérimentation menée au sein de cet hôpital est de réorganiser le service afin de réduire les dysfonctionnements à l'origine du manque de performance, d'anticiper certaines opérations lourdes de restructuration et d'extension, de compenser l'absence d'indicateurs de productivité et de pallier une insuffisance de maintenance préventive.

La première étape du diagnostic (premier semestre 1997) a permis de mettre en évidence les principaux dysfonctionnements internes et externes de l'hôpital, notamment par rapport à sa fonction technique. A l'issue du diagnostic, des groupes de projets transversaux ont été constitués afin de répondre aux principales problématiques de changement. Le projet a été mis en œuvre au fur et à mesure et une évaluation de la démarche entreprise a été réalisée à la fin du premier semestre 1998.



Ce processus de changement s'est accompagné de l'implantation d'**outils de management** permettant notamment d'aider les acteurs à piloter et mettre en œuvre les actions déclinées des objectifs du projet.

2. LES DEMARCHES DE PROJET A L'HOPITAL

Le concept de projet a fait l'objet d'une abondante littérature notamment dans la décennie 1980. Au-delà de l'effet de mode qu'il a connu dans tous types d'entreprises, il paraît être un véritable **outil de management de la performance économique et sociale** de l'hôpital public. Selon Le Bœuf et Mucchielli (1989), « le projet d'entreprise a pour fonction de revivifier les **principes vitaux** de l'entreprise pour contribuer à son développement économique, et il le fait en adoptant une **vision humaniste** de l'entreprise ». Rejoignant cette conception du projet, Boyer (1992) insiste sur le potentiel humain nécessaire à toute démarche de projet, le rôle du projet d'entreprise étant, pour lui, « d'apporter la **valorisation de la ressource humaine** et la **motivation** par la prise de conscience de la contribution de chacun ». Selon Besseyre des Horts (1988), la mise en œuvre du projet d'une organisation passe obligatoirement par le recours à la fonction Personnel pour mettre en œuvre les actions qui ont été décidées et planifiées. Thiétart (1984) parle à cet égard d'une nécessaire « animation des hommes » dans la mise en œuvre d'un projet, car ce sont eux qui vont mettre en œuvre les actions et faire fonctionner l'organisation.

Dans cette contribution, nous positionnons la démarche de projet à l'interface entre l'acception de la gestion des ressources humaines et celle de la gestion de production : le projet est considéré à la fois comme un outil stratégique au service de l'organisation dans son ensemble et comme une démarche d'équipe projet. Ainsi, le projet peut concerner un service en particulier, mais vise à améliorer l'ensemble de l'organisation. C'est en ce sens également que nous le situons entre un projet-produit, privilégiant le contenu du projet, et un projet-démarche accordant une place prépondérante au processus.

2.1. Les fondements de la crise de management

Ainsi, au-delà même du cadre hospitalier, projet et potentiel humain semblent indéniablement liés. Qu'en est-il vraiment à l'hôpital ? Plusieurs caractéristiques de l'hôpital public nous incitent à penser que celui-ci connaît une **crise de management et de mobilisation du potentiel humain**. Selon Saulquin (1997), « la crise qui touche les établissements de soins est avant tout une crise du management des ressources humaines ». Nous avons identifié quatre caractéristiques pouvant expliquer cette crise du management : les rapports de pouvoir, la technicité des métiers, la diversité des logiques d'acteurs et les carences managériales.

Concernant les **rapports de pouvoir**, deux niveaux d'analyse sont à prendre en compte : celui de l'organisation hospitalière avec sa tutelle et celui des acteurs au sein de l'organisation. Nous proposons d'analyser surtout les rapports de pouvoir entre acteurs au sein de l'hôpital. L'hôpital accorde une place prépondérante au corps médical dans le système de pouvoir, au détriment, semble-t-il, de la direction administrative. Dans ce contexte, les objectifs de l'institution pâtissent de stratégies individuelles médicales. La répartition conflictuelle des pouvoirs ne favorise pas l'émergence de règles claires, et chacun a intérêt à laisser perdurer ce flou pour pouvoir user de manœuvres permettant d'influencer les décisions. Cette relation de pouvoir se traduit pas une **faiblesse du management** qui ne peut s'exercer de manière optimale et efficace. Les rapports de pouvoir à l'hôpital constituent donc un frein à l'émergence de comportements managériaux et une difficulté majeure dans les démarches de projet. Or, « l'optimisation des ressources disponibles sur le plan humain et matériel n'est possible, la maximisation du service rendu ne peut être atteinte, sans que les partenaires de l'hôpital ne s'entendent concrètement sur des objectifs globaux qui dépassent les préoccupations parcellaires de chaque service ou de chaque acteur individuel. » (Guyot, 1982).

Le diagnostic que nous avons réalisé au sein de l'hôpital a permis de mettre en évidence ces rapports de pouvoir qui se traduisent aussi par un favoritisme dans les relations entre clients et fournisseurs internes. Ils dénotent également un certain manque de management et de professionnalisme dans les relations entre acteurs :

« Il y a beaucoup de réseaux relationnels au sein de l'hôpital. On répond plus facilement et plus vite aux demandes des personnes qui ont du poids (les médecins notamment). » (Direction)

« Entre les services de soins et le service technique, cela se passe bien relationnellement, mais cela explique aussi si le travail se fait ou ne se fait pas. » (Encadrement)

« Les contremaîtres répondent aux demandes des services selon leurs préférences personnels. » (Personnel)

Le pendant des relations de pouvoir au sein de l'hôpital entre le corps médical et le corps administratif se caractérise par le **prééminence du métier technique de base**, la technique médicale, reléguant ainsi en dernière place la dimension managériale et organisationnelle. Or aujourd'hui, un responsable est jugé et apprécié sur sa compétence technique, mais aussi et surtout sur sa capacité à manager, animer une équipe, travailler

dans la transversalité. La **diversité des métiers et des logiques d'acteurs** ne favorise pas l'émergence de comportements gestionnaires et freine l'efficacité des démarches de projet. Les établissements de soins sont des organisations professionnelles où se forment des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir et qui vont user de différentes sources pour poursuivre leurs propres intérêts.

Ainsi, des camps se forment, s'engageant de manières différentes et évoluant selon des comportements parfois incompatibles entre eux. Cela conduit à une distorsion des objectifs de l'organisation et à la prédominance de stratégies individuelles ou de groupes ne servant pas l'entité « organisation ».

Les **cloisonnements entre logiques d'acteurs et de métiers** constituent un frein puissant à l'efficacité des démarches de projet et au travail transversal. Le diagnostic réalisé au sein de l'hôpital public a permis de mettre en évidence des défauts de communication entre métiers, entre acteurs et entre services.

Nous avons notamment relevé que :

- ✎ **la communication-coordination-concertation entre les clients et les fournisseurs internes est défaillante** : chacun travaille pour le compte de son service sans prendre en considération la logique clients-fournisseurs internes. Il s'ensuit une méconnaissance dans le fonctionnement des différents services et des problèmes de qualité dans le travail réalisé à l'interface des services ;
- ✎ **des cloisonnements empêchent le développement de la relation clients-fournisseurs internes** : ces cloisonnements se traduisent surtout par des défauts de transmission d'informations entre services et un manque de transparence entre les activités des uns et des autres.

Ces principaux problèmes ont été évoqués aussi bien par la Direction et l'encadrement, que par le personnel non hiérarchique, ce qui montre leur préoccupation commune sur ces difficultés.

Notre recherche a permis également de mettre l'accent sur la **faiblesse des compétences managériales** des acteurs hospitaliers. Ces défaillances sont de divers ordres (Hart et Mucchielli, 1994) : faiblesse des aptitudes au commandement, faiblesse des compétences en organisation, difficultés d'organiser la délégation des tâches, incapacité à définir des prestations en termes de qualité, défauts d'animation d'équipe... Dans le cadre de l'hôpital public de notre recherche, les acteurs ont évoqué un frein important aux démarches de projet : la difficultés d'animation et de mobilisation autour d'un projet mobilisateur par le pilote du projet. En raison des logiques différentes, voire divergentes, le pilote du projet a du mal à fédérer les hommes autour d'un projet commun, ce qui est d'ailleurs renforcé par le manque de compétences managériales.

La difficulté de mise en œuvre d'actions concrètes vient accentuer ces faiblesses. Les projets restent souvent à l'état d'intentions sans concrétisation et donc sans mise en œuvre effective. Cela provient aussi d'un manque d'outillage des responsables pour conduire leur projet. L'enquête par questionnaires que nous avons réalisée sur les démarches de projets stratégiques dans les organisations sanitaires et sociales de service

public¹ a permis de mettre l'accent sur un problème récurrent dans ce type d'organisations : les acteurs se plaignent de la lenteur des projets et surtout de l'abandon de certains d'entre eux en cours de route. Ce problème ne facilite pas l'**énergie de changement** des acteurs qui se découragent.

2.2. Les limites des démarches de projet à l'hôpital

Notre recherche-expérimentation et les résultats obtenus de l'enquête nous permettent d'énoncer les limites des démarches de projet mises en œuvre dans les hôpitaux publics. Tout d'abord, les démarches restent très **peu participatives** et donnent donc naissance à des projets qui restent davantage une juxtaposition de stratégies individuelles et sectorielles qu'à une véritable stratégie de l'établissement. Par ailleurs le manque de participation des acteurs à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet ne permet pas de motiver les acteurs qui ne se sentent pas impliqués, voire se sentent déconsidérés dans l'action.

Ainsi, les projets restent l'affaire des spécialistes, **sans transversalité** entre services, entre métiers et entre logiques d'acteurs. On retrouve ainsi des projets cloisonnés comme l'est le fonctionnement des services. Les projets restent centrés sur un thème précis sans réflexion globale sur le devenir de l'unité ou de l'établissement, comme si chacun travaillait uniquement pour sa « paroisse ». Or, tout projet nécessite un minimum de travail dans la transversalité, qui plus est quand il s'agit d'un projet organisationnel.

De plus, les projets prennent en compte une réponse à un environnement externe (usager), **sans** forcément engager une **réflexion sur le fonctionnement interne** du service ou de l'établissement en termes d'amélioration des conditions de vie au travail des personnels. Comment faire de la qualité vis-à-vis de l'extérieur sans l'améliorer en interne ?

Nous avons également constaté des limites quant à **la mise en œuvre** des projets. Une des causes racines de cette limite réside dans la faiblesse des démarches participatives : comment mettre en œuvre des actions concrètes que seul le personnel en relation avec le patient peut assurer, si celui-ci n'est pas impliqué dans la démarche et ne connaît pas les objectifs du projet ?

L'hôpital qui a fait l'objet de notre expérimentation se trouvait, à l'époque du diagnostic en 1997, dans une situation de grande réflexion par rapport à son objectif de redéploiement interne : comment mettre en place un projet permettant de résoudre les principales difficultés de fonctionnement actuel au niveau de la fonction technique-maintenance-entretien, et de préparer l'avenir de l'établissement ?

1. Dans le cadre de notre recherche doctorale, nous avons réalisé, au premier semestre 1999, une enquête par questionnaires auprès de cadres et dirigeants de structures sanitaires et sociales publiques portant sur leurs pratiques en matière de démarches de projets stratégiques. Cette enquête par questionnaires envoyée à 220 personnes (directeurs d'établissements, personnels administratifs, médecins chefs de service, médecins, infirmières générales, cadres infirmiers...) a obtenu un taux de retour de 21%. Elle a permis d'approfondir certains résultats issus de nos recherches-expérimentations au sein d'organisations sanitaires et sociales de service public, en termes de management de projets stratégiques.

3. POUR UNE VALORISATION DU POTENTIEL HUMAIN

Lors du diagnostic de la fonction technique, plusieurs dysfonctionnements ont été exprimés par les acteurs sur cette fonction. Fallait-il faire un projet avec les personnes travaillant dans cette fonction uniquement ? Notre choix s'est porté vers une toute autre orientation : **travailler dans la transversalité**. En effet, la réussite d'un établissement réside autant dans ses performances financières que dans l'attention portée à la gestion des hommes aptes à maintenir et renouveler ces résultats. Les recherches-interventions que nous menons dans les organisations sont fondées sur l'importance de l'homme dans l'organisation. Cela est d'autant plus vrai, qu'à l'hôpital le capital est constitué en majorité de ressources humaines : en moyenne 70% des budgets d'exploitation. Ainsi, le projet de l'hôpital ne peut se faire sans s'appuyer et valoriser le potentiel humain.

3.1. Le projet du terrain d'expérimentation : démarche et résultats

Nous avons mis en place un dispositif de groupe de projet en trois instances (Savall et Zardet, 1987) :

- ◆ le **groupe restreint** incluant le Directeur de l'hôpital, le Directeur adjoint (chef de projet), le directeur des services techniques, la responsable qualité. Cette instance de nature politique est garant de la conformité stratégique du projet : elle définit les objectifs que le groupe plénier devra atteindre et s'informe régulièrement de l'avancement des travaux du groupe de projet ;
- ◆ le **groupe plénier** composé du Directeur adjoint (chef de projet), du directeur des services techniques, de la responsable qualité, de la directrice des soins infirmiers, d'un médecin chef de service, du directeur des services économiques et de l'ensemble des responsables des services techniques est une instance de propositions, de recherche de solutions, chargée de concevoir des solutions d'amélioration proposées au groupe restreint pour validation ;
- ◆ les **groupes de travail** : les actions proposées ne pouvant être, pour des raisons de coûts et d'efficacité, entièrement conçues lors des séances du groupe plénier, des groupes de travail sont mis en place. Leurs missions sont définies par le groupe plénier. Ces groupes présentent deux intérêts majeurs : d'une part ils permettent de faire participer des acteurs non impliqués dans les deux groupes précédents, et notamment le personnel ; d'autre part, ils favorisent l'acceptation des solutions par le personnel.

La participation de personnes étrangères à la fonction technique a été fondamentale pour l'action : elle a permis d'apporter des solutions qui permettent de répondre aux besoins de chaque service : ce n'est pas le projet du service technique, mais le projet de l'hôpital et donc de tous, sur la fonction technique.

Afin de faciliter le pilotage du projet, une formation a été organisée sur les outils de management permettant au pilote et aux autres participants de s'approprier des outils de pilotage de leur zone de responsabilité.

Le processus adopté a permis de formaliser un **projet-démarche**, c'est-à-dire un projet stratégique qui met aussi bien l'accent sur les **résultats** à obtenir et les **actions** à mettre en œuvre, que sur la **démarche** elle-même comme vecteur de changement. En effet,

nous avons considéré le projet stratégique de l'organisation de par son contenu et son processus sans aucune dichotomie, l'objet stratégie étant entendu comme étant à la fois un positionnement et une perspective (Desreumaux, 1993 ; Lauriol, 1996 ; Laroche, 1997).

Ainsi, certains dysfonctionnements ont pu être résolus par la mise en œuvre d'actions d'amélioration issues des réflexions du groupe de projet, mais également par l'existence même du groupe de projet et l'implication des différentes catégories de personnel. Le concept de projet-démarche est une condition de la **performance socio-économique** de l'hôpital puisqu'il considère à la fois les résultats à atteindre et la démarche qui a permis de les atteindre.

Concernant le **contenu** même du projet, le travail a commencé par une redéfinition de la stratégie de l'hôpital dans le domaine de la maintenance et de l'entretien. Les missions et l'organisation du service ont été définies. Les principaux résultats opérationnels obtenus sont les suivants :

- définition des axes stratégiques
- passage d'une culture du dépannage à une culture de la maintenance
- développement d'un plan de maintenance préventive
- gestion des contrats de maintenance
- mise en place et développement de la gestion centralisée.

Une fonction de **régulation des dépannages en urgence** a été créée afin que les ressources du service soient orientées sur la maintenance préventive et non sur l'intervention en urgence, et que l'objectif de qualité de service aux clients internes soit atteint. Une harmonisation des matériels a été engagée afin d'en faciliter la maintenance. La création de nouvelles missions permettant de développer la maintenance préventive et l'enrichissement des tâches de certains agents leur a permis de s'investir davantage dans leur travail et de se responsabiliser.

Les actions d'amélioration décidées dans la phase de projet et mises en œuvre ont permis de réduire de moitié les pertes évaluées lors du diagnostic des dysfonctionnements : sur trois millions de francs de perte par an, le projet a permis un gain de 1,5 millions de francs dès la première année. Ces gains sont principalement dus aux temps gagnés grâce à l'optimisation de l'organisation, à la redéfinition des missions et du mode de management.

Outre le fait que des améliorations ont été apportées concrètement sur la fonction technique, le processus engagé a permis de donner une nouvelle dimension au fonctionnement de l'hôpital :

- le fait d'avoir déterminé les missions du service a donné du **sens au métier** et a dégagé une énergie de changement importante de la part des professionnels ;
- la mise en place de la démarche a également conduit à une amélioration de la **maturité professionnelle** des acteurs et une qualité accrue dans les relations professionnelles entre services ;
- la **qualité de réponses** aux clients internes a été améliorée grâce à une **meilleure communication interne** s'appuyant sur des outils et des méthodes de travail communs.

Lors de l'évaluation réalisée au premier semestre 1998, nous avons recueilli plusieurs analyses de la part des acteurs de l'hôpital sur la **démarche de projet** engagée :

« *Le processus a permis à certaines personnes de réfléchir sur leurs pratiques et de s'investir dans des solutions d'améliorations. Elles ont pu grâce à ce travail se faire davantage apprécier par les collègues.* » (Direction)

« *Le processus a permis de faire bouger le service technique et l'ensemble de la structure de l'hôpital.* » (Direction)

« *On ne pouvait pas se permettre de raisonner en circuit fermé dans l'action puisque le service technique est ouvert sur l'extérieur. La participation de la surveillante chef et du directeur des services économiques a été bénéfique.* » (Direction)

« *A l'intérieur du groupe que nous avons formé, mes relations se sont encore améliorées avec les personnes.* » (Direction des Soins)

« *Le processus a fortement impliqué la Direction et l'a amenée à prendre des décisions sur l'avenir du service technique.* » (Direction des Soins)

« *Le plan d'actions prioritaires m'a aidé à me projeter et m'a donné une ligne de conduite qui permet de se recentrer sur les priorités.* » (Encadrement)

« *Le processus nous a apportés des outils intéressants que l'on a pu s'approprier et adapter à notre activité. Ces outils apportent une meilleure visibilité.* » (Encadrement)

« *Ce que l'on proposait depuis longtemps a été entendu. Maintenant c'est sur le papier.* » (Personnel)

« *Des gens sont prêts à proposer de bonnes choses, si cela se fait, c'est très positif.* » (Personnel)

L'une des plus grandes « victoires » des services techniques par rapport au projet, a été leur valorisation auprès de leurs clients internes : les services de soins et de médecine ont exprimé une opinion favorable à l'égard du nouveau fonctionnement des services techniques, en termes de délais d'intervention, de relations professionnelles et de qualité des travaux réalisés. Cette reconnaissance du service a motivé davantage l'ensemble des compagnons et a valorisé leur travail aux yeux de l'ensemble des autres services, d'autant plus qu'un effet de propagation a eu lieu concernant les progrès dans les relations clients-fournisseurs internes au niveau de l'ensemble de l'hôpital.

La motivation du personnel a été obtenue d'une part par son implication dans l'action au sein des groupes de travail, d'autre part par la décision de certaines actions concernant la **gestion du personnel** et le **mode de management**. Afin de récompenser les efforts fournis par chacun, la Direction a pris la décision de rémunérer les heures supplémentaires pour travaux exceptionnels et de faire réaliser la notation par le contremaître responsable des agents et non plus par le directeur des services techniques. Cette dernière décision a d'ailleurs été très appréciée par les agents. En raison de l'appartenance de l'hôpital à la sphère publique où les marges de manœuvre sont faibles sur cette dimension, un intéressement individuel n'a pu être mis en place. En revanche, un **intéressement collectif** a été décidé par la Direction : il se présente sous forme

d'équipements supplémentaires, d'aide à l'amélioration des conditions de travail, des locaux, etc.

Un an après la fin de l'expérimentation, le Directeur de l'hôpital s'est exprimé de manière très positive sur la pérennité de la démarche : les outils de gestion de l'activité et des personnes, de pilotage des actions prioritaires du service, les dispositifs de communication mis en place sont toujours en vigueur au sein de l'hôpital. Ce qui a semblé le plus important aux yeux de l'équipe de Direction a été, au-delà des résultats obtenus et du mouvement que la démarche a engendré, l'**adhésion des acteurs** à la démarche et leur **mobilisation** sur un projet organisationnel de grande ampleur pour l'avenir de la structure.

Le projet apparaît donc comme un puissant **vecteur de changement** et de **mobilisation du potentiel humain**. D'autres études (Zannad, 1998) ont montré que la gestion par projet permet d'accroître la motivation des individus, leur satisfaction au travail, leur implication et leur développement personnel. L'étude réalisée par Leroy (1995) sur la Poste montre que la gestion par projet a permis de responsabiliser les individus, d'enrichir leur culture de gestion, d'améliorer la coopération transversale et de faciliter la déclinaison des orientations stratégiques.

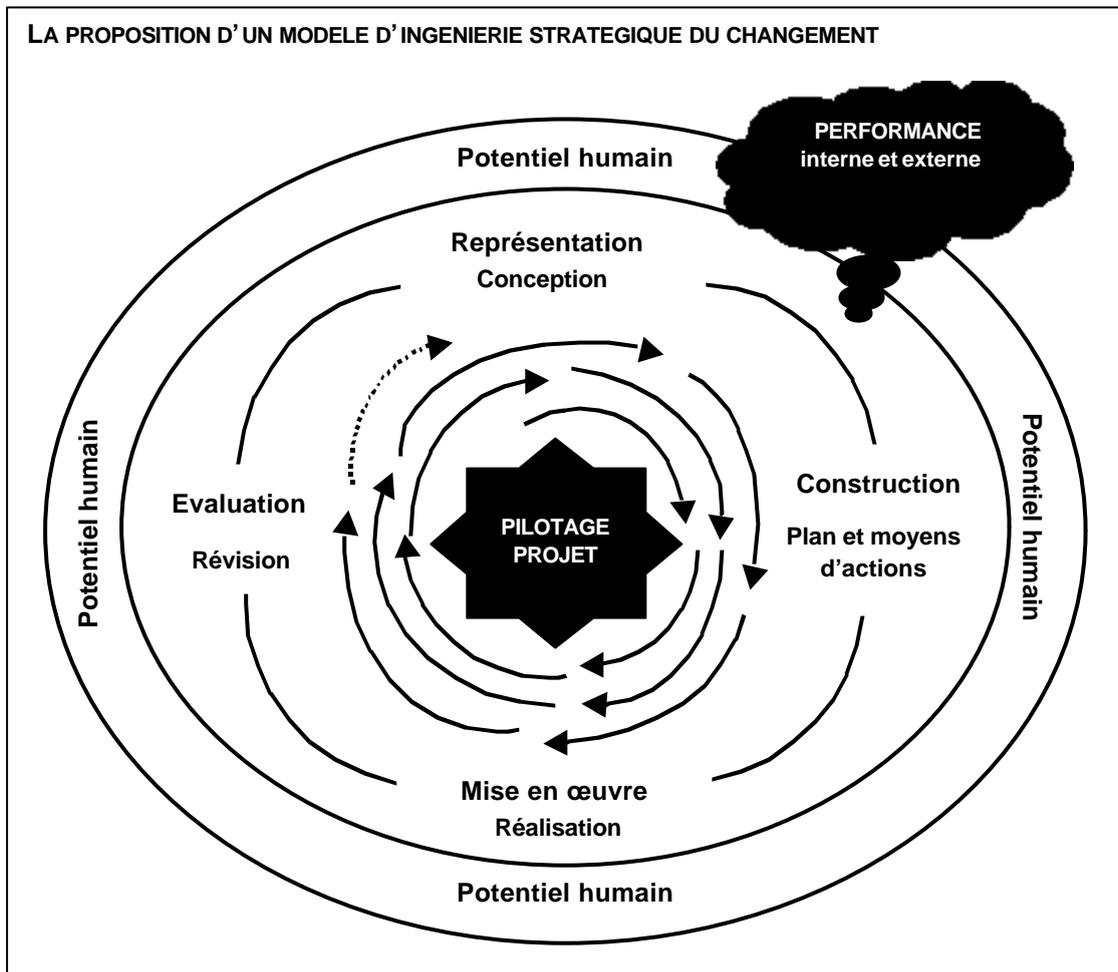
Si généralement on s'accorde sur les phases de définition et de mise en œuvre du projet, la phase d'évaluation reste bien souvent négligée dans le processus. Selon nous, et au vu des résultats de nos recherches-expérimentations, cette étape est essentielle pour conforter la dynamique engagée par le projet. Elle permet d'une part de valoriser les réalisations positives du projet et les acteurs qui y ont participé, d'autre part de relancer le processus dans une démarche de **perfectionnement permanent** selon une spirale de progrès.

3.2. La proposition d'un modèle d'ingénierie stratégique du changement

A partir des résultats obtenus de cette recherche-expérimentation et de quatre autres terrains, nous avons proposé un **modèle d'ingénierie stratégique du changement** propre à développer le comportement stratégique et gestionnaire de ces organisations et à pérenniser les démarches de changement en leur sein.

La démarche de changement repose sur un processus de conception, construction, mise en œuvre et évaluation du projet de l'organisation. La **conception** est une phase de réflexion et de compréhension consistant à collecter, traiter et articuler des représentations partagées d'un contexte pour se donner une nouvelle représentation désirée à atteindre. C'est une phase de construction de sens : vers quel but veut tendre l'organisation ? La phase de **construction** est une phase de formalisation consistant à confectionner techniquement un plan et les moyens d'actions pour agir dans le temps et l'espace : il s'agit de construire et de formaliser le projet stratégique de l'organisation. La **mise en œuvre**, phase de passage à l'acte effectif, consiste à réaliser les finalités des activités intellectuelles et techniques des deux phases précédentes. Enfin, l'**évaluation** est l'étape charnière de la représentation, permettant de transformer le processus en une boucle. L'évaluation est une dynamique fondamentale à la pérennisation d'une telle démarche : considérée comme une évaluation participative, portant sur le contenu et le

processus du projet même, elle est une action partagée et synchronisée permettant d'entretenir la dynamique engagée par la démarche de projet et apparaît donc comme une condition de pérennisation des démarches de projet à l'hôpital.



Afin de transformer le système en une spirale de progrès permettant de perfectionner au fur et à mesure la démarche, dans une logique d'apprentissage organisationnel, nous avons placé au cœur du modèle la notion de pilotage, qui apparaît comme le moteur de l'interactivité entre les différentes phases de l'ingénierie. La dimension humaine est prégnante sur l'ensemble des phases et représente la clé de fonctionnement et de mise en marche du pilotage du modèle.

L'apprentissage que permet cette démarche repose sur la création de relations entre des compétences préexistantes, permettant une meilleure articulation entre des acteurs habitués à mobiliser de façon indépendante leurs compétences. La démarche de projet apparaît comme le lieu privilégié de cet apprentissage collectif : apprendre à travailler ensemble, de manière transversale, à mobiliser des compétences individuelles au service d'une action collective et d'un projet commun. En effet, l'apprentissage est un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui modifie la gestion des situations (Koenig, 1997).

Un mode d'élaboration du projet stratégique de l'organisation fondé sur un processus d'apprentissage permet d'inscrire l'organisation dans une spirale de progrès (Martinet, 1984) permettant de créer des « comportements créateurs de stratégie » à tous les niveaux de l'organisation au service d'un projet global. Le management d'un projet de changement, par la mobilisation des compétences individuelles, devient une compétence de l'organisation au service de l'amélioration de ses performances. Le résultat de ce nouveau fonctionnement constitue la base de l'apprentissage au niveau de l'organisation. Ainsi, l'évaluation, phase de dynamisation du potentiel humain apparaît comme une étape essentielle de l'apprentissage du changement. Ce phénomène d'apprentissage est amplifié par les interactions qui existent entre le contenu et le processus transformatif et par l'existence même du projet (Bodes, Charue-Duboc, Midler, 1997).

CONCLUSION

Parce qu'elles se situent au carrefour entre le collectif, le système d'organisation et les hommes dans l'organisation, les démarches de projet représentent un formidable levier de changement si elles s'appuient sur la valorisation du potentiel humain.

La démarche que nous avons menée au sein de cet hôpital public a permis d'obtenir des résultats que la Direction pensait inespérés en raison du scepticisme des acteurs au démarrage de la recherche.

Nous pouvons aujourd'hui tirer des enseignements de cette expérimentation. Si les enjeux auxquels sont confrontés les établissements de soins sont avant tout des enjeux de management des hommes rendus difficiles car ils se situent à l'interface entre plusieurs métiers et plusieurs catégories de personnel (Gonnet, 1994), nous pensons qu'il est nécessaire de dépasser la logique préexistante dans les hôpitaux en :

- ◆ **impliquant** l'ensemble des catégories de personnel
- ◆ travaillant dans la **transversalité**
- ◆ définissant des objectifs d'amélioration de la **qualité** aussi bien internes qu'externes
- ◆ **valorisant** les hommes de l'organisation par la recherche de leur contribution au processus organisationnel
- ◆ accompagnant le processus d'**outils de pilotage et de management** des hommes.

La réussite d'un projet est conditionnée tant par les objectifs fixés que par la démarche mise en œuvre pour les atteindre. L'adoption d'un projet-démarche est, selon nous et au vu de l'expérience menée dans l'hôpital public qui fait l'objet de notre recherche, un vecteur de changement fondamental et une condition d'amélioration des **performances économiques et sociales** de l'organisation. Performance économique grâce à la réduction des coûts et le développement des performances ; performance sociale grâce à l'implication et la responsabilisation des personnels et l'amélioration de la qualité interne. L'évaluation tient, au sein de cette démarche, un rôle fondamental permettant d'asseoir l'apprentissage du fonctionnement transversal en groupe de projet.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ◆ AVENIER M.-J., « Méthodes de terrain et recherche en management stratégique », *Revue Economies et Sociétés*, Tome XXIII, Série « Sciences de Gestion », n°14, décembre 1989, pp. 199-218.
- ◆ BESSEYRE des HORTS C.-H., *Vers une gestion stratégique des ressources humaines*, Les Editions d'Organisation, 1988, 224 p.
- ◆ BODES T., CHARUE-DUBOC F. et MIDLER C., « Formation et apprentissage collectif dans les entreprises : une expérience dans le domaine du management de projet », *Revue Internationale de Gestion*, Vol. 22, n°3, automne 1997, pp. 86-92.
- ◆ BOYER L., « Le projet d'entreprise : d'un management quantitatif à une approche culturelle de l'entreprise », *Encyclopédie du Management*, Tome 2, Vuibert, 1992, pp. 518-525.
- ◆ CLAVERANNE J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, « Dossier : Hôpitaux : vous avez dit gestion ? », n°109, juin-juillet-août 1996, pp. 103-113.
- ◆ CLAVERANNE J.-P., LARRASQUET J.-M. et JAYARATNA N. (sous la direction de), *Projectique, à la recherche du sens perdu*, Actes des Journées Européennes de Projectique, Economica, 1996, 407 p.
- ◆ COCA E., *Les inégalités entre hôpitaux. Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Berger-Levrault, Coll. « H », 1995, 480 p.
- ◆ CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (coordonné par), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, 1996, 317 p.
- ◆ CREMADEZ M., en collaboration avec GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions, 1992, 320 p.
- ◆ DESREUMAUX A., *Stratégie*, Précis Dalloz, 1993, 447 p.
- ◆ GONNET F., « Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics », Colloque de Cerisy, Editions du Seuil, mai 1994, pp. 337-344.
- ◆ GUYOT J.-C., *Quelle médecine pour quelle société ?*, Editions Privat, Coll. « Sciences de l'Homme », 1982, 366 p.
- ◆ HART J. et MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Editions Lamarre, Coll. « Management Hospitalier », 1994, 189 p.
- ◆ KOENIG G., « Apprentissage organisationnel », *Encyclopédie de Gestion*, Tome 1, Economica, 2^{ème} édition, 1997, pp. 171-187.
- ◆ LAROCHE H., « La querelle su contenu et du processus : les enjeux de la transformation du champ de la stratégie », Actes de la 6^{ème} Conférence de l'AIMS, *Les fondements de la gestion stratégique*, Volume 2, Ecole des HEC, Montréal, 24-27 juin 1997, pp. 141-146.
- ◆ LAUFER R. et BURLAUD A., « Légitimité », *Encyclopédie de Gestion*, Tome 2, Economica, 2^{ème} édition, 1997, pp. 1754-1772.
- ◆ LAUFER R. et BURLAUD A., *Management public, gestion et légitimité*, Dalloz, 1980, 337 p.
- ◆ LAUFER R. et RAMANANTSOA B., « Crise d'identité ou crise de légitimité ? », *Revue Française de Gestion*, septembre 1982, N° spécial « Les nouveau défis de la stratégie », 1988, pp. 45-53.
- ◆ LAURIOL J., « Une analyse des représentations de la stratégie et de son management dans la production d'ouvrages en langue française (1990-septembre 1996) », Actes de la Journée « Recherche en Gestion », FNEGE, Université Paris IX-Dauphine, 11 octobre 1996, pp. 159-183.
- ◆ LE BOEUF C. et MUCCHIELLI A., *Le projet d'entreprise*, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », 1989, 2^{ème} édition corrigée, 1992, 128 p.

- ◆ LEROY D., « Fondements et impacts du management par projets », Actes du 6^{ème} Symposium International en Management de Projets, IAE de Lille, 16 juin 1995.
- ◆ LEWIN K., « Frontiers in Group Dynamics I », *Human Relations*, Vol. 1, 1947, pp. 5-41.
- ◆ MARTINET A.-C., *Management stratégique : organisation et politique*, Ediscience International, Coll. « Stratégie et Management », 1984, 119 p.
- ◆ RAMANANTSOA B. et HOFFSTETTER C., « La maîtrise de l'identité par la gestion du processus de focalisation : une nouvelle donnée stratégique ? », *Revue Direction et Gestion*, n°4, 1981.
- ◆ Rapport de Recherche : Etablissement hospitalier public, « Diagnostic approfondi – Service Technique Entretien et Maintenance », H. Savall, V. Zardet, V. Cristallini et N. Krief, avril 1997, 151 p.
- ◆ Rapport de Recherche : Etablissement hospitalier public, « Evaluation – Service Technique Entretien et Maintenance », H. Savall, V. Zardet, V. Cristallini, N. Krief, mai 1998, 248 p.
- ◆ RIVELINE C., « De Maurice Allais à Emile Durkheim. Itinéraire d'un chercheur en gestion », *Annales de l'Ecole de Paris*, Vol. 1, 1995, pp. 367-378.
- ◆ SAULQUIN J.-Y., « Le manager face à la crise : à la recherche de l'efficacité dans les établissements de soins », Actes du 8^{ème} Congrès de l'AGRH, *GRH face à la crise : GRH en crise ?*, Montréal, 4-5 septembre 1997, pp. 537-549.
- ◆ SAVALL H. et ZARDET V., *Maîtriser les coûts et les performances cachés. Le contrat d'activité périodiquement négociable*, Economica, Coll. « Gestion », 1987, 3^{ème} édition, 1995, 405 p.
- ◆ SAVALL H., « Les sciences de gestion en France : tendances actuelles », *Le Courrier du CNRS*, n°64, 1987, pp. 14-17.
- ◆ THIETART R.-A., *La stratégie d'entreprise*, McGraw Hill, 1984, 185 p.
- ◆ ZANNAD H., « Comment la gestion des ressources humaines doit-elle s'adapter aux organisations par projet ? », Actes du 9^{ème} Congrès de l'AGRH, *La GRH éclatée*, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 19-20 novembre 1998, pp. 1074-1090.