Filière EDH

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

La valorisation du management au Centre Hospitalier de Martigues – Etude de l'apport de la mise en place d'une méthodologie de conduite de projet

Arnaud BRUEY

Remerciements

Je tiens à remercier très chaleureusement :

L'ensemble du personnel du Centre Hospitalier de Martigues, pour son accueil et sa disponibilité tout au long de mon stage ;

Les personnes interrogées dans le cadre de ce travail, pour leur temps et la richesse des échanges ;

Christian Courrier, Directeur des Ressources Humaines au Centre Hospitalier de Martigues et maître de stage, pour m'avoir accompagné tout au long de ma découverte de l'hôpital public durant ces deux années ;

Caroline Raufaste, Responsable Qualité au Centre Hospitalier de Martigues pour son aide méthodologique, ses explications et sa patience ;

Françis Gest, Directeur adjoint en charge de la Qualité au Centre Hospitalier de Mende et encadrant mémoire, pour ses précieux conseils dans l'approche et la réalisation méthodologique du mémoire.

Pauline, pour sa relecture attentive de ce travail.

Sommaire

Introduction 3

1 La promotion du management à l'hôpital 8

1.1 Une place désormais stratégique pour le management à l'hôpital 8

1.1.1 La nouvelle gouvernance 8

1.1.2 La Tarification à l'activité (T2A) 10

1.1.3 Le développement de la qualité : de la certification au pilotage interne des établissements 11

1.2 La dynamique d'adaptation du CHM au nouveau contexte hospitalier intègre cette nécessaire valorisation du management 16

1.2.1 Un management participatif inscrit dans le fonctionnement du CHM 16

1.2.2 La qualité comme moteur du management 18

2 Le management par projet, outil indispensable du management par la qualité face aux contraintes organisationnelles du monde hospitalier 22

2.1 Les apports du recours au projet dans les organisations de travail 22

2.1.1 Caractéristiques du management par projet 22

2.1.2 Les grands principes de fonctionnement du mode projet 23

2.1.3 L'impact du recours au management par projet 26

2.2 L'enjeu et les difficultés d'un management par projet à l'hôpital 30

3 Présentation de la mise en place de la méthodologie de conduite de projet au CHM 34

3.1 La situation des projets au CHM 34

3.1.1 Un manque méthodologique facteur d'échec pour les projets 34

3.1.2 La démarche entreprise pour répondre à ces lacunes 35

3.2 La « boîte à outils » de conduite de projet 36

3.2.1 Principes d'élaboration 36

3.2.2 Utilisation de la boîte à outils 37

3.3 L'accompagnement dans la conduite de projet 40

3.3.1 Le suivi et l'accompagnement assuré par les acteurs institutionnels 40

3.3.2 La formation méthodologique 41

3.4 L'évaluation et l'impact budgétaire de la démarche 42

4 La mise en œuvre et les premiers retours d'expériences 44

4.1 Les premiers retours d'expérience confirment les avantages et les difficultés liés à la mise en œuvre d'une méthodologie de projet 44

4.1.1 Les avantages rapportés 44

4.1.2 Les difficultés rencontrées 46

4.2 Un exemple de l'apport de la méthodologie de conduite de projet : le plan de retour à l'équilibre 2008-2010 du CHM 48

4.2.1 La conduite de projet comme aide à un projet d'ampleur 48

4.2.2 Un dispositif de communication au service du projet 50

5 La rénovation du management au CHM 52

5.1 La capitalisation de l'expérience : une étape à ne pas négliger 52

5.2 Valoriser et évaluer davantage la participation aux projets 54

5.3 Enraciner définitivement le management dans les pratiques professionnelles 55

Conclusion 57

Bibliographie 59

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CEGOS : Commission d'Etude Générale d'Organisation Scientifique

CHM : Centre Hospitalier de Martigues

CME : Commission médicale d'établissement

CSSIMT : Commission du Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSIO : Direction des Services Informatiques et de l'Organisation

DSL : Direction des Services Logistiques

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

MEAH : Mission d'expertise et d'audit hospitaliers

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PE : Projet d'établissement

PEP : Pratiques exigibles prioritaires

RAQ : Responsable Qualité

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

T2A : Tarification à l'activité

TQM : *Total quality management*

Introduction

L'hôpital public français est à un tournant de son histoire avec les réformes portées par le plan Hôpital 2007 qui sont au nombre de 4 : Schéma régional d'organisation des soins (SROS 3), certification V2, tarification à l'activité (T2A) et nouvelle gouvernance. Ces réformes complémentaires assurent une cohérence d'ensemble dans une évolution souhaitée par les pouvoirs publics. Selon la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers[1] (Meah), le succès de l'intégration des démarches et des réformes en cours par les établissements passe par trois impératifs : des gains d'efficience pour faire face aux effets de la T2A, un renforcement du management pour aider au pilotage des établissements, ainsi qu'une amélioration des procédures et de la qualité pour faciliter la certification des établissements. Le changement rendu nécessaire ne peut être réalisé sans un management de qualité car la proposition de solutions techniques doit aller de pair avec une véritable capacité à gérer ces mutations. La conduite du changement à l'hôpital doit se concevoir avec deux idées fortes : l'amélioration de l'organisation passe par la conduite de multiples actions, y compris des actions de détail ; le changement est un processus continu où les phases de diagnostic, de fixation d'objectifs, de mise en route d'actions et d'évaluation de résultats se succèdent en boucle. Cette vision du changement est exigeante en termes de management et de leadership. Elle bouleverse le cadre et la nature du travail à l'hôpital.

Dans un contexte hospitalier en perpétuel mouvement, les établissements de santé des secteurs public et privé sont obligés de se réinventer dans leur organisation et leurs modes de fonctionnement. Les changements sont de plus en plus fréquents et les périodes de stabilité, entre deux changements, de plus en plus courtes. La réactivité et l'adaptabilité sont alors indispensables dans ce que l'on appelle désormais le « pilotage » des établissements. Si les réformes de la politique hospitalière depuis 1991 incitent les établissements de santé à recourir à un mode de management participatif de processus de changement organisationnel conduit dans une logique de projet, les réformes du plan Hôpital 2007 placent ce principe au cœur de leur mise en œuvre.

Le management (la gestion) se définit comme l'ensemble des techniques d'organisation qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une entité, en vue d'atteindre des

[1] MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficience, l'hôpital avance*, Paris : Ministère de la santé et des solidarités, p.4

objectifs. La norme ISO 9000 détermine le management comme une coordination des activités pour orienter et contrôler un organisme. Trois réformes du plan Hôpital 2007 visent à valoriser le management à l'hôpital : la nouvelle gouvernance, la tarification à l'activité ainsi que la certification.

La nouvelle gouvernance, issue de l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, marque l'aboutissement d'un long processus visant à décloisonner les acteurs producteurs de soins des gestionnaires par la participation autour d'objectifs communs. Elle doit permettre, par une nouvelle définition des responsabilités, de motiver les équipes pour relever les défis auxquels sont confrontés les hôpitaux. La réflexion autour de la contractualisation interne portant sur des objectifs, des moyens et des délégations de gestion illustre en effet la nouvelle dimension donnée à l'organisation, à la communication et plus largement au management dans le domaine hospitalier.

L'hôpital public vit une période de mutation fondamentale avec l'activation du levier financier à visée restructurante qu'est la T2A. En effet, le passage d'un contexte financier caractérisé par une dotation globale déconnectée de l'activité des établissements à un contexte où le financement de l'établissement dépend directement de son activité représente une révolution. C'est ni plus ni moins le passage d'un environnement certain et figé à un environnement caractérisé par l'incertitude et le mouvement perpétuel. La mise en place du financement par la T2A nécessite une adaptation des organisations, des méthodes de travail et des mentalités. Elle marque l'avènement d'une logique de résultat qui se substitue à une logique de moyen et fait entrer l'hôpital public dans une nouvelle ère : celle de l'efficience qui se mesure par le rapport entre le coût et la qualité. Elle oblige donc l'organisation de l'hôpital à s'orienter vers la recherche de rationalisation de ses processus, ce qui place le management au cœur de son fonctionnement.

La certification des établissements de santé, initiée par l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, a pour objet d'évaluer la dynamique des établissements à l'aide d'indicateurs de mesure de résultats atteints en matière de qualité. En promouvant la qualité, la certification vise à stimuler la recherche d'efficience. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), *« la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible »*[2]. Menée par la HAS, la

[2] HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2007, Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé, p.14

certification représente un levier du management interne des établissements. Elle oblige à l'apprentissage d'une méthodologie et d'un langage commun et aboutit au décloisonnement des professionnels par le partage des problématiques. Cette procédure s'appuie sur un système de valeurs professionnelles transversales : multidisciplinarité, partage des expériences et reconnaissance mutuelle, qui impliquent un décloisonnement des professionnels et une évolution des mentalités. Au-delà de cet objectif, l'intention de la HAS est de promouvoir l'évaluation de la qualité et des pratiques, et de placer au cœur de l'organisation des établissements de santé une démarche d'amélioration continue de la qualité menée sous forme de projet.

La généralisation de l'évaluation des pratiques et le développement du management participatif imposent une évolution culturelle au sein des établissements. La certification étant devenue itérative, il est d'autant plus important que le management des établissements mette en œuvre les dispositifs d'amélioration résultant des procédures achevées, mais aussi qu'il pérennise aussi les acquis pour pouvoir affronter les nouvelles exigences apparaissant avec la procédure à venir. Plus que de l'utilisation de techniques de management, c'est d'une culture d'entreprise renouvelée qu'il s'agit.

Pour faire face à ces nouveaux défis, les pouvoirs publics ont favorisé le recours au mode projet. Il constitue en effet un des leviers du management qui permet de répondre aux exigences des réformes actuelles. C'est un outil de rationalisation du travail et des coûts, de planification, de responsabilisation des acteurs, de transparence de l'action, et de sécurisation des démarches conduites. Il permet de favoriser le décloisonnement en fédérant les acteurs autour d'objectifs à atteindre, de maîtriser les moyens et les délais par une connaissance fine des processus à l'œuvre. Il s'agit enfin d'un outil d'efficience gestionnaire qui doit être au service du changement.

La mise en place d'un projet répond à une méthodologie précise qui a été élaborée à l'usage du secteur privé. Un certain nombre de connaissances sont indispensables pour prétendre piloter un projet. Tout projet se décide, s'organise, se lance, se pilote, se clôture. Toutes ces phases ont leurs propres spécificités que le chef de projet doit connaître. De plus, un projet se fait rarement seul, mais avec une équipe composée de personnes qu'il faut manager sans pour autant avoir une autorité hiérarchique pour les contraindre à agir dans tel sens. Or, une grande partie des responsables hospitaliers manquent d'outils et techniques de base du management qui ne relèvent pas de leur culture professionnelle.

Afin de répondre à ces grandes problématiques, et dans l'objectif de satisfaire les exigences portées par les réformes hospitalières, le Centre Hospitalier de Martigues (CHM) a mis en place une formation à la méthodologie de conduite de projet en 2008, et a également développé une « boîte à outils » regroupant les étapes et la méthodologie à suivre à l'usage des chefs de projet. Le CHM s'est aussi engagé dans un respect de la démarche projet dans le cadre des grands objectifs institutionnels tels que les dossiers proposés au plan Hôpital 2012, et le Plan de retour à l'équilibre (PRE).

La période de profonds changements qu'est en train de vivre l'hôpital plaide pour une rénovation des pratiques de management de l'hôpital public. Celle-ci passe par l'intégration définitive de la dimension transversale dans l'organisation hiérarchique de l'hôpital, avec pour objectif ultime l'efficience des soins. Le présent travail s'attache à évaluer l'impact et la place qu'occupe désormais le management à l'hôpital au travers de cet exemple de valorisation du management hospitalier.

Les questions posées par la démarche adoptée par le CHM sont les suivantes : en quoi le recours à la méthodologie de conduite de projet est un outil de management au service de l'efficience, du changement, et du succès de grands projets comme le PRE ? Comment garantir la bonne utilisation de l'outil, l'efficience de celui-ci, comment mesurer son apport et pérenniser les expériences de conduite de projet ? Comment associer au mieux les acteurs au changement au travers de la bonne maîtrise de la méthodologie ? Comment s'assurer de la bonne application de la méthodologie ? Comment faire de cet outil de management un facteur de l'efficience ?

Le travail mené dans ce mémoire tente de répondre à ces questions. Il s'appuie dans un premier temps sur une lecture de mémoires, d'articles ou d'ouvrages, récents le plus souvent, traitant de l'organisation et du management de l'hôpital public. La participation à la réalisation de la « boîte à outils », ainsi qu'à la formation proposée au personnel dans le cadre de ce stage a constitué une expérience concrète de la méthodologie. Enfin, sur la base des premiers retours d'expérience, certains axes d'amélioration ont pu être envisagés et travaillés avec le Responsable Qualité (RAQ).

Un second temps a consisté en des entretiens approfondis avec des professionnels du CHM. Ces entretiens, d'une durée d'1h à 1h30 environ, ont été menés à partir de questionnaires semi-directifs dont les modèles sont fournis en annexes. Une analyse thématique à partir des notes prises lors de ces entretiens a été réalisée par la suite.

Les choix des personnes rencontrées ont été fonction des disponibilités et des positions en tant que promoteurs de la méthodologie, que porteurs du projet, et en tant qu'acteurs de groupes projet, la diversité des points de vue ayant été privilégiée, afin de donner une « cartographie » assez précise des avis la conduite de projet à l'hôpital. Ainsi, 3 membres de la direction de l'établissement et 7 chefs de projets ont été interrogés.

Ce mémoire s'articule en cinq parties. La première s'attache à montrer comment les réformes hospitalières depuis 1991 mettent de plus en plus le management au cœur du fonctionnement des établissements de santé. La deuxième partie expose l'intérêt de cette valorisation par le recours au projet. Les troisième et quatrième parties exposent successivement la mise en place d'une méthodologie institutionnelle de conduite de projet au CHM ainsi que sa mise en œuvre basée notamment sur les entretiens menés. Enfin, la cinquième et dernière partie est le fruit d'une réflexion à partir de l'aspect théorique de la conduite de projet et de sa pratique constatée sur le terrain d'investigation afin d'envisager de nouvelles pistes de valorisation du management au CHM tout particulièrement.

1 La promotion du management à l'hôpital

1.1 Une place désormais stratégique pour le management à l'hôpital

Depuis la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les concepts de projet, de management participatif, et de management par objectifs jusqu'alors réservés au secteur privé entrent à l'hôpital public. Pendant près de 15 années, la logique des pouvoirs publics a été de renforcer sans cesse la réalité de ces concepts dans la vie quotidienne des hôpitaux.

Les réformes hospitalières portées par l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé mettent ainsi les notions de projet et de management participatif au cœur du pilotage stratégique des établissements de santé, dans le contexte d'une politique hospitalière qui a évolué. Ces quatre grandes réformes (SROS 3, Certification V2, Nouvelle gouvernance, et T2A) incitent les établissements à rechercher l'efficience dans leur activité par l'optimisation de leurs processus. Pour y parvenir, la réforme place le management participatif et la gestion par projet au cœur du processus de changement.

1.1.1 La nouvelle gouvernance

A) Fondements de la réforme

L'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 prévoit la mise en place de la nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux. Elle a pour objectif de diminuer les rigidités et les cloisonnements historiques de l'hôpital en associant les médecins à la gestion de l'établissement et à la mise en œuvre de ses grandes orientations. Le rôle des instances de l'hôpital est redéfini : le Conseil d'administration est recentré sur des missions de stratégie et de contrôle, le Conseil exécutif nouvellement créé participe à la définition de la politique générale et contribue à un pilotage médico-administratif de l'établissement.

La nouvelle gouvernance modifie l'organisation générale des établissements en créant les pôles d'activité. Cette réforme vise en effet le décloisonnement des hôpitaux afin d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité du travail pluridisciplinaire. La création de pôles s'accompagne du développement de la contractualisation interne et de la délégation de gestion : le responsable de pôle signe avec le directeur de

l'établissement et le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) un contrat sur les objectifs d'activité et de qualité du pôle, ainsi que sur les moyens alloués. Ce contrat est réévalué périodiquement pour ajuster les cibles en fonction des difficultés rencontrées.

B) Impacts en matière de management hospitalier

a) Un élargissement de la participation à la gestion de l'établissement

L'absence de vision commune est l'une des raisons qui a bloqué jusqu'à aujourd'hui la modernisation des établissements de santé. En effet, les acteurs « de terrain » méconnaissent le plus souvent la stratégie de leur établissement, ils n'en voient pas la déclinaison opérationnelle au niveau de leur service. Dès lors, il est difficile de créer une vision commune sur les objectifs et les actions concrètes à mener. Pour ce faire, l'intention principale de cette réforme est le rapprochement des sphères médicales, soignantes et administratives par la participation au pilotage et à la décision concernant les grandes problématiques de l'établissement. L'implication est recherchée par la responsabilisation des différents acteurs. La nouvelle gouvernance positionne le corps médical de façon centrale dans la nouvelle organisation interne de l'hôpital en l'incitant à participer aux arbitrages stratégiques alors que la tarification à l'activité le consacre comme producteur de ressource.

Cette divergence entre personnel médical et administratif se fonde sur les rapports de pouvoir qui les opposent : l'administration se caractérise par sa légitimité rationalisatrice qui s'oppose à la légitimité scientifique et technique du corps médical. Ces légitimités se caractérisent par une autonomie que chaque groupe défend en souhaitant l'accroître au détriment du groupe adverse. L'organisation qui en découle est caractérisée par un fonctionnement sous-optimal. Pour Robert Holcman, cette « dysorganisation » est recherchée par ses acteurs : elle les satisfait puisqu'elle leur permet d'atteindre un niveau d'autonomie professionnelle dont les priverait une organisation optimale. Selon ce même auteur, chaque acteur de la structure n'aurait donc aucun intérêt au fonctionnement optimal de tous ses processus[3]. La nouvelle gouvernance cherche néanmoins à réduire ce caractère d'opposition lié à l'indépendance des autorités en favorisant des lieux de décision concertée qui seront le fondement d'une communauté d'intérêts renouvelée. Pour ce faire, la transparence de l'information est une condition essentielle. La tarification à l'activité impose aux établissements une connaissance précise de leur activité et des

[3] HOLCMAN R., avril 2008, « La « dysorganisation » un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », Revue française de gestion, n°184.

coûts générés par celle-ci alors que les contrats de pôle permettent de connaître le niveau de l'activité, des ressources utilisées, et de l'atteinte des objectifs. Ces derniers sont établis après discussions et font l'objet d'un suivi avec des indicateurs définis. Ils permettent d'instaurer un dialogue régulier autour d'une information partagée et de déterminer des plans d'action. Cette collaboration renouvelée s'articule ainsi autour d'un management participatif par objectif.

b) Une démarche de fixation d'objectifs et de suivi de leur réalisation dans une logique projet

Le pôle est le lieu où s'établit le lien entre la stratégie de l'établissement et les processus opérationnels, par l'intermédiaire du projet de pôle élaboré en fonction des objectifs du projet d'établissement. Selon le principe de subsidiarité, la délégation de gestion permet que les décisions ne soient pas prises « loin du terrain » : cette gestion décentralisée s'appuie sur une logique de démarche par projet, décrite dans le contrat de pôle.

1.1.2 La Tarification à l'activité (T2A)

A) Fondements de la réforme

La réforme de la tarification a pour but de mettre en place un système de financement médicalisé, sur la base de l'activité réelle, où les acteurs sont responsabilisés. Ce cadre budgétaire et financier désormais contraint joue un rôle de levier dans la conduite du changement au sein des établissements de santé.

La T2A introduit une transformation de logique budgétaire : ce sont désormais les recettes qui font les dépenses et non plus l'inverse avec la dotation globale de financement. Chaque établissement est rémunéré par séjour à partir de tarifs fixés au niveau national, ce qui garantit une certaine équité entre établissements. L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), tout en donnant plus de souplesse dans la gestion, responsabilise les établissements. En s'engageant sur des prévisions de recettes, qui conditionnent les dépenses de l'année, l'établissement s'engage à réaliser cette activité sous peine de générer un déficit.

B) Impact sur le management hospitalier

La tarification à l'activité a un fort impact en terme de pilotage des établissements. La rémunération individuelle de chaque hôpital est fixée indépendamment de son coût de

production, à partir de tarifs fixés au niveau national. La T2A est la traduction financière de l'efficience normalisée, car c'est à la fois un indicateur de coût mais aussi de qualité. Comme conséquence, l'établissement se doit de développer une information en comptabilité analytique de bonne qualité et produite rapidement, afin d'identifier les secteurs en difficulté qui consomment trop de ressources ; il se doit d'anticiper le plus possible et d'être réactif. L'importance de la connaissance et de la maîtrise de l'information, des ressources et des processus est alors essentielle. Le besoin de suivi s'est donc accru par rapport au passé où en situation de dotation globale de financement, le suivi des lignes budgétaires garantissait un budget équilibré.

Cette réforme consacre le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats, sur la base d'objectifs décidés, planifiés, mesurables et évalués. Cependant, la capacité de réaction et d'anticipation de l'hôpital dépend de la capacité d'objectiver les situations et d'aboutir à un diagnostic partagé. Cela nécessite entre autres de combler le déficit de pilotage et de dialogue et la mise en place d'outils de gestion adaptés, s'appuyant sur une analyse commune de la réalité du travail hospitalier : la nouvelle gouvernance et le management participatif doivent y contribuer directement. C'est toute la cohérence de l'articulation des réformes hospitalières qui incitent à un management participatif dans un objectif d'efficience.

1.1.3 Le développement de la qualité : de la certification au pilotage interne des établissements

A) La certification

a) Fondements de la réforme

Introduite au sein du système de santé français par l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la procédure de certification des établissements de santé sous l'égide de la HAS a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement. Dans la droite ligne des réformes actuelles, la promotion de la qualité répond à la volonté de valoriser l'efficience des pratiques et des organisations. C'est en ce sens que la V 2010, future version 3 de la certification, souhaite faire de la certification un outil de la régulation hospitalière.

Les recommandations et les manuels de certification de la HAS sont des outils du changement et, par voie de conséquence, de l'intégration des réformes au fonctionnement des établissements. Le management de la qualité mis en œuvre est lié à celui de l'amélioration continue de la qualité. Il correspond à un mode de gestion de

l'organisation qui, pour atteindre les objectifs stratégiques qu'elle s'est fixés, intègre une démarche d'amélioration continue de la qualité généralisée à tous ses secteurs.

b) Impacts sur le management hospitalier

La mise en place de la certification et son renouvellement tous les 4 ans modifie profondément et durablement les méthodes de travail des acteurs hospitaliers, ainsi que l'appréhension de leur environnement. La démarche qualité est une démarche de progrès permanent. Ce constat plaide pour une intégration plus importante dans le management général, chaque fonction intégrant la démarche d'amélioration. Ainsi, le management de la qualité se confond progressivement avec la qualité du management cherchant le progrès dans toutes les dimensions : stratégie, gestion des ressources humaines, gestion financière, gestion de la production, gestion des risques. Il s'agit d'une démarche de grande ampleur ce qui suppose une approche méthodique et une maîtrise de la conduite du changement.

Selon Shortell[4], une démarche qualité efficace et pérenne doit se structurer autour de 4 dimensions :

- une dimension stratégique, qui repose sur une clarification et une priorisation des objectifs ;
- une dimension technique, basée sur des savoir-faire tels que la maîtrise et la méthode des outils qualité et de la gestion de projet, ainsi que l'organisation d'un système qualité ;
- une dimension structurelle ; avec la mise en place d'un comité de pilotage définissant la stratégie et coordonnant les actions qualité, et d'une cellule qualité opérationnelle ;
- une dimension culturelle, qui passe par l'intégration des croyances, valeurs, normes, et représentations associées au développement de la qualité, à savoir le travail en équipe, l'écoute client, la mesure, l'évaluation et l'approche positive de l'erreur.

Les fondements de cette politique de la qualité passent par une transversalité accrue, que ce soit en termes d'activités, avec la mise en avant des processus, ou en termes de composition multi-professionnelle des groupes d'auto-évaluateurs pour établir des constats partagés. L'obtention de la qualité suppose en effet une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualité. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs qui passe nécessairement par une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement.

L'hôpital vit actuellement le passage à un mode de gestion par la qualité totale, qui vise autant la satisfaction des usagers, que celle des agents et de la société toute entière. Le management total de la qualité (ou TQM : *Total quality management*) est défini comme *« un système de management d'amélioration continue de la qualité dirigé par la direction, mais déléguant aux salariés et se concentrant sur des problèmes systémiques non individuels »*[5]*.* Il implique davantage les acteurs et notamment la gestion des ressources humaines pour les aspects de formation et d'indicateurs de motivation mais aussi les cadres intermédiaires à travers la gestion des équipes, la production d'indicateurs de gestion et la recherche d'une amélioration continue de la qualité. Selon Minvielle, *« en s'écartant d'une conception traditionnelle de la production de la qualité attachée au régime de la bureaucratie professionnelle, une nouvelle figure centrée sur l'organisation du travail hospitalier émerge »*[6]*.* La notion de « nouvelle approche organisationnelle » doit se comprendre comme la gestion d'un système productif avec l'acquisition de nouveaux savoirs organisationnels, et non comme une bureaucratie professionnelle. Ainsi les notions de participation au travers du partage des problématiques, et d'apprentissage au sein du travail transversal dans des groupes projets sont progressivement intégrées par les acteurs ayant en charge d'organiser le changement.

Le recours au mode projet est, dans ce contexte, indispensable. Il permet de décloisonner les acteurs en les associant autour d'objectifs partagés. L'amélioration des processus suppose en effet une réflexion de ceux qui mettent en œuvre ces processus au quotidien ; une démarche participative permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration pertinentes. Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et d'outils de la qualité. Ce type d'instrumentation permet tout à la fois de gérer une évolution des savoirs au nom de la certification et de la qualité, ainsi qu'une intégration progressive des principes d'efficience gestionnaire.

B) La HAS invite à développer la qualité en matière de management et de conduite de projet

a) La définition de référentiel en matière de management

---

[4] Cité par : AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2002, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, Paris : ANAES, p.19

[5] Cité par : AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, p.70

[6] Cité par : HUSSER J., « Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire », p.9

La nécessité d'un management de qualité dans un but d'efficience est confirmée par le « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* » publié par la HAS[7]. Ce guide propose une analyse de la fonction managériale dans les établissements de santé, ainsi que des références pour évaluer la qualité du management. On y trouve enfin plusieurs recommandations de bonnes pratiques afin d'optimiser la qualité du management et de la gestion des projets des établissements de santé. Ces fonctions caractéristiques du management détaillées par la HAS s'exercent de plus très largement dans le cadre de la conduite de projet et l'on retrouve en filigrane tous les éléments de la conduite de projet au travers des recommandations de ce guide.

Selon la HAS, *« La vision stratégique, la clarté des décisions, la rapidité de réaction, la délégation de pouvoir et la responsabilisation, la capacité à faire partager un projet et à motiver les acteurs de l'entreprise sont communément admises comme étant des variables clés de succès pour toute organisation »*[8]*.* Ainsi la qualité du management peut s'apprécier selon les variables suivantes : capacité à négocier ; à contracter en interne et en externe ; à responsabiliser ; à motiver ; à obtenir et à partager des informations fiables. Enfin, ce guide rappelle que le manager doit savoir prévoir, organiser, décider, évaluer et motiver.

b) Le management et la gestion de projet au centre de la V 2010

La troisième version de la certification ou « V 2010 » succédant à la « V2 » met en avant un objectif de pilotage des établissements de santé. Elle attend de la part des établissements un formalisme dans la conduite des projets qu'ils mettent en œuvre. La HAS s'attache à renforcer ses méthodes de mesure afin de permettre des mesures reproductibles sur des points essentiels. Des « pratiques exigibles prioritaires » (PEP) sont introduites dont un des objectifs est d'assurer la reproductibilité de la mesure. La certification souhaite également s'affirmer comme un dispositif qui contribue à la régulation des établissements de santé par la qualité.

La troisième version de la certification des établissements de santé poursuit son action de valorisation du management participatif. Elle accorde une place particulière à l'identification de missions et de valeurs partagées ainsi qu'à la définition d'un « sens commun ». La V 2010 est particulièrement attentive à la promotion de modalités de décision et de pilotage par la communication de tableaux de bord et de suivis des activités

[7] HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* [en ligne], 40p.
[8] HAUTE AUTORITE DE SANTE, p.6

d'évaluation et d'amélioration donnant une place primordiale à la concertation. Elle en évalue la qualité ainsi que son degré d'intégration dans les pratiques professionnelles, en exigeant le développement d'une « gouvernance clinique ». Celle-ci est définie comme un *« système de management et de responsabilisation qui rallie les gestionnaires et les soignants autour d'objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des services, et de la sécurité du patient. Il favorise le processus de concertation et de décision, par une responsabilisation partagée des professionnels, acteurs et responsables du changement. »*[9]. La V 2010 incite enfin à la systématisation des recherches de mesure d'impact.

Le manuel de la V 2010 dans sa version provisoire comporte deux chapitres. Ce resserrement en 2 chapitres seulement, contre 4 dans la précédente version de la certification, montre une volonté de simplification et de concision de la part de la HAS. Ainsi, les 2 piliers de l'évaluation de la qualité des établissements de santé sont le management et la prise en charge du patient. La qualité du management de l'établissement est appréciée selon plusieurs critères regroupés par thèmes : management stratégique, management des ressources, management de la qualité et de la sécurité des soins. Plusieurs critères d'évaluation visent plus précisément à évaluer la qualité du management des projets et des ressources dans les établissements de santé notamment dans sa référence 2 « Organisation et modalités de pilotage interne » :

- Le critère 2.a « Missions et responsabilités » attend de l'établissement que les circuits de décision et de délégation soient définis, connus, régulièrement évalués et actualisés. Ce critère s'attache également à évaluer la mise en place d'un pilotage pour la conduite des projets (définition d'objectifs, de calendrier, mise en œuvre concertée, évaluation, etc.)
- Le critère 2.f « Tableaux de bord et pilotage de l'établissement » attend de l'établissement qu'il possède un tableau de bord synthétique des indicateurs-clé permettant d'appréhender la performance de l'établissement. Ce critère évalue également l'utilisation de tableaux de bord adaptés à la conduite du projet d'établissement. Il vise à ouvrir un dialogue entre les différents acteurs concernés et aider à la prise de décision. Idéalement, la stratégie et la politique de l'établissement doivent être ajustées en fonction des réunions de suivi et de pilotage.

[9] HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2008, *Manuel de certification des établissements de santé - V 2010 en version « pilote »*, p.12

- Le critère 3.c « Développement des compétences » défini comme PEP attend de l'établissement qu'une politique de développement et de valorisation des compétences soit déployée dans le cadre de la mise en œuvre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), en prenant en compte les résultats des démarches d'EPP.

La V 2010 souhaite donner une nouvelle impulsion à la démarche de valorisation du management. En faisant du critère 3.c une PEP, elle insiste sur la nécessité d'un soutien de la Direction pour accompagner les acteurs dans ce changement organisationnel et culturel fort.

1.2 La dynamique d'adaptation du CHM au nouveau contexte hospitalier intègre cette nécessaire valorisation du management

1.2.1 Un management participatif inscrit dans le fonctionnement du CHM

A) Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Martigues appartient au territoire de santé n°6 : « Bouches-du-Rhône Sud » de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Les caractéristiques de la population du secteur mettent en évidence des situations de forte précarité. Ce territoire concentre la plus importante proportion de bénéficiaires du RMI, de la CMU et de chômeurs de longues durées. Il se caractérise par un ensemble d'indicateurs, en terme de santé publique et de psychosociologie, les moins favorables de la région PACA. Le bassin industriel dans lequel se trouve le CHM est particulièrement dense et comporte des technologies à risques (plusieurs établissements SEVESO).
Le CHM est doté de 334 lits et 21 places de MCO, 39 lits de SSR, 54 lits et 8 places d'USLD, 50 places de SSIAD, 100 lits et 79 places de psychiatrie. Il dispose de 1710 agents dont 193 médecins, chirurgiens, psychiatres, biologistes et pharmaciens. Il assure 31 000 passages aux Urgences, 17 000 entrées, 77 000 journées, et 2000 accouchements par an. Il est le siège d'un SAU, d'un SMUR et d'une maternité de niveau 2. Il dispose d'un IFSI et d'un IFAS.

L'établissement a obtenu la certification V2 en avril 2008, suite à la contre visite des expert de la HAS, qui se sont prononcés pour la levée de l'ensemble de réserves formulées lors de la première visite en février 2007. La mise en place des pôles est en

cours, alors que la situation financière de l'établissement a nécessité la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre.

B) L'inscription dans les projets institutionnels

Le Projet d'Etablissement (PE) 2007-2011 du CHM détaille l'engagement de l'établissement dans une politique stratégique de développement du management et de la qualité, en cohérence avec les réformes hospitalières détaillées précédemment.

La partie 3 du PE développe les actions du CHM en matière de développement du management. Elle s'intitule « Une nouvelle dynamique dans l'organisation, la gestion et le management » et comprend notamment le Projet de management et de gestion, le Projet social et le Projet de communication. Le développement du management de proximité détaillé dans le Projet de management et de gestion a pour but d'adapter les modalités de travail du personnel aux nouvelles exigences induites par la réforme de la nouvelle gouvernance. Il est mis en œuvre par le cadre qui a pour rôle de conduire le changement en fonction des orientations stratégiques de l'institution. Le PE souligne comme autre objectif la nécessité d'anticiper et d'adapter leurs modes de management, de renforcer leur suivi et leur accompagnement par la direction[10]. Le cadre devient le vecteur des changements à instaurer pour répondre aux nécessités d'efficacité et de résultats des équipes : en particulier dans le contexte du développement de la contractualisation interne d'objectifs et de moyens avec la mise en place des pôles d'activité, de la certification, du degré d'exigence croissant des usagers avec renforcement de la recherche de la qualité et sécurité des prestations. L'ensemble impose une évaluation accrue des pratiques et des compétences.

L'encadrement a un rôle stratégique dans le développement de la dynamique des équipes et en tant que vecteur du changement. C'est ainsi que le CHM a souhaité le doter d'outils lui permettant de renforcer la lisibilité du management et des projets, d'accompagner la mise en place des grandes réformes, et de rendre le changement cohérent.

[10] Projet d'établissement du CHM, p. 264

1.2.2 La qualité comme moteur du management

A) Le dispositif qualité au CHM

Une Cellule Qualité est en place au CHM depuis 2001. Elle est animée par un Ingénieur Qualité à temps plein nommé Responsable Qualité (RAQ). Depuis 2005, la Cellule Qualité centralise les fiches de signalements des événements indésirables et le RAQ a été nommé « Gestionnaire des risques ». Le projet d'établissement intègre les évolutions apportées par l'accréditation et la certification. Les outils et méthodologies employés par la Cellule Qualité ont évolué, mettant l'accent sur le management, l'efficience des ressources, les processus de prise en charge des patients, la pertinence et la qualité des pratiques cliniques. Les méthodologies de type revue de pertinence, analyse des processus, audits cliniques, analyse des événements indésirables, sont les outils de base intégrés au management de la qualité au CHM.

La Cellule Qualité / Gestion des Risques assure différentes missions :

- L'accompagnement méthodologique et logistique des différents projets qualité.
- La formation et l'information des agents : gestion de projet, gestion documentaire, évaluation des pratiques professionnelles, les principes et enjeux des démarches qualité.
- La mise à disposition d'outils : fiches projets, questionnaires d'évaluation, tableaux de bords, réalisation de document qualité (protocoles, procédures, fiches techniques, logigramme…), analyse statistique.
- Le suivi, l'harmonisation et la diffusion de la gestion documentaire avec les différents secteurs et directions fonctionnelles.
- Le programme de gestion et de prévention des risques.

Le CHM dispose d'outils lui permettant d'atteindre et de communiquer les objectifs qualité fixés :

- Des séances « d'infoscratch » sont organisées régulièrement. Il s'agit de séances d'information ouvertes à l'ensemble du personnel concernant des projets institutionnels en cours[11].
- Un bulletin d'information mensuel est diffusé systématiquement avec la fiche de paye des agents. Son impact a été évalué à plusieurs reprises.

[11] Exemples de projets : Plan Blanc, Gestion des risques, Droits des patients, installation de l'IRM, principes et méthodologie V2, mise en place de l'intranet…

- Un site intranet est mis à la disposition des agents, permettant de suivre en ligne une grande partie des activités de l'établissement.
- Les professionnels sont systématiquement associés à la mise en œuvre des projets institutionnels, par la mise en place de plusieurs groupes de travail pluriprofessionnels, transversaux et intersectoriels.

La prise en compte du management au CHM se fait d'une part au niveau de l'établissement dans son ensemble et d'autre part au niveau déconcentré au plus près du patient (secteur d'activités, unités de soins).

Au niveau stratégique, la politique qualité s'appuie sur l'engagement de la Direction, du Conseil Exécutif, de la CME, de la Commission du Service de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSSIMT) et de la Cellule Qualité. Le Comité de Pilotage « Qualité » a pour objectif de mettre en œuvre la politique qualité définie au niveau institutionnel.
Au niveau opérationnel, la cellule qualité garantit la coordination des projets qualité, s'occupe de la gestion documentaire, travaille en lien avec les correspondants des vigilances, établit leur champ d'action, désigne des référents qualité soignants formés et qualifiés. Enfin, la Cellule Qualité établit leurs champs de compétence.

B) Les conclusions de la V2 plaident pour un formalisme en matière de conduite de projet

A la suite de la visite des experts de l'HAS au CHM, le rapport de certification V2 met en avant des domaines du management et de la conduite de projet dans lesquels des actions sont à mener afin de renforcer leur impact dans le pilotage de l'établissement. Les commentaires suivants du rapport ont ainsi alimenté la réflexion autour de la valorisation du management au CHM :

- L'adhésion et l'implication du personnel n'est recherchée que ponctuellement et de manière non formelle (référence 3, critère 3.d : cotation B).
- Des méthodes de conduite de projet prenant en compte l'expression des besoins des utilisateurs sont utilisées. Cependant leur efficacité n'est pas évaluée et les besoins des utilisateurs ne sont pas tous identifiés (référence 4, critère 4.c : cotation C).
- L'établissement dispose d'un programme d'amélioration de la qualité comportant des objectifs le plus souvent non quantifiés. Les échéances sont inégalement définies. La communication sur le programme est limitée. (référence 13, critère 13.b : cotation C)

- Le CHM a mis en place des dispositions permettant d'assurer le suivi du programme d'amélioration de la qualité. Ces dispositions sont appliquées mais il n'existe pas de réelle communication sur ce suivi (référence 13, critère 13.g : cotation B).

Le CHM doit alors développer une politique de valorisation du management reposant sur les points suivants : la motivation et l'implication des agents, la communication autour du PAQ et des projets en cours, la définition d'objectifs quantifiés et l'évaluation des actions menées.

Ce que confirme l'appréciation globale sur la dynamique qualité en fin de rapport : *« D'une manière générale l'engagement des acteurs dans la démarche qualité et de gestion des risques est très inégal. Les soignants autour de la cellule qualité tentent de mettre en place des actions d'amélioration. L'engagement médical est plus discret dans cette démarche qualité hors pour quelques équipes et au niveau de l'EPP. […] En dehors de l'EPP l'évaluation reste limitée. Elle n'est pas anticipée car peu de domaines disposent d'objectifs quantifiés, de calendrier voire d'état des lieux. […] Toutefois de nombreux acteurs utilisent des systèmes propres pour mettre en place des évaluations ponctuelles. »*[12]

Un objectif de plus grand formalisme et de plus grande lisibilité dans la conduite des projets du CHM est alors défini. Il s'agit de l'objectif principal pour l'année 2008 inscrit au Programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ).

C) Le PAQ intègre les enseignements de la V2

La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques du CHM découle essentiellement des conclusions de la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS), d'Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), d'audits et d'enquêtes. Ce programme est décidé, mis en œuvre et évalué, par les professionnels de santé. Il s'agit d'un plan constitué par 38 projets transversaux. La Cellule Qualité en collaboration avec le Comité de pilotage Qualité, a pour mission d'assurer sa mise en œuvre et son suivi depuis janvier 2007 jusqu'en 2011. Au titre des objectifs de la cellule qualité pour l'année 2008, sept thèmes ont été retenus,

[12] HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2007, Rapport de certification du Centre Hospitalier de Martigues, p. 107

dont en priorité le développement de la démarche d'amélioration de la qualité dans les pôles, en intégrant le management comme outil de pilotage.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, trois phases sont prévues :

- La création d'une dynamique de changement en utilisant le management par projet : poursuivre la participation et l'implication du personnel dans les projets.
- La définition et le pilotage du plan d'action par la cellule qualité et les équipes projets.
- L'évaluation du suivi et de la mise en œuvre de ce plan d'action afin de permettre aux professionnels d'améliorer leur organisation de travail et leur pratique de manière à réduire les écarts constatés.

La fiche projet n°1 du PAQ intitulée « Mettre en place la réforme de la Nouvelle Gouvernance » pose l'objectif de développer la culture du management au niveau des pôles, en assurant l'accompagnement des professionnels à la conduite de projet par l'Ingénieur Qualité ; et en mettant en place des indicateurs et des tableaux de bord de suivi des objectifs.

Le développement du management par projet est donc l'une des grandes priorités de l'établissement en matière de politique de qualité. Il est envisagé comme le garant de la bonne mise en place de la nouvelle gouvernance, et plus largement comme le moyen de l'adaptation culturelle de l'hôpital à son nouvel environnement qui exige une maîtrise des processus.

2 Le management par projet, outil indispensable du management par la qualité face aux contraintes organisationnelles du monde hospitalier

2.1 Les apports du recours au projet dans les organisations de travail

2.1.1 Caractéristiques du management par projet

Le management par projet s'est progressivement immiscé dans le monde hospitalier. Avant de parler de management « par » projet, le management « de » projet est apparu dans les années 1960 dans le monde de l'industrie et s'est étendu au secteur public et à l'hôpital par la suite. Le management de projet se développe à partir d'un groupe ad hoc qui reçoit une mission à réaliser dans un contexte donné, et qui doit répondre au cercle vertueux des coûts, des délais et de la qualité. Il comporte parfois la conception du projet et une part active à la détermination de l'objectif lui même. La généralisation du recours au projet dans une organisation en devenant son mode de fonctionnement principal, opère le passage à un management « par » projet : le management s'exerce alors au travers ou encore par l'intermédiaire des projets. Au travers de cette conception, les projets deviennent des outils et des vecteurs du changement, non seulement de l'organisation mais également du management des hommes. Chaque projet étant limité dans le temps et faisant appel à des spécialistes d'horizons divers conduits à travailler ensemble, cette forme de gestion des ressources humaines induit au niveau de l'organisation un effet de transversalité qui vise au décloisonnement des fonctions et des métiers. Ainsi, à la différence du simple management de projet qui se limite à la définition des objectifs et au pilotage des ressources, ce mode de management par projet fait travailler ensemble et simultanément des personnes qui, dans les organisations classiques, auraient travaillé séparément les unes après les autres.

Le management par projet est un domaine très normalisé, aussi bien en France, qu'à l'étranger. Il répond à une méthodologie établie et reconnue. L'Association Francophone de Management de Projet (AFITEP) propose de définir le projet comme *« un ensemble d'actions à réaliser avec des ressources données, pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non*

seulement un début, mais aussi une fin »[13]*.* L'aspect fondamental du projet se situe dans l'analyse critique détaillée de ce qu'il faudra faire, avant de commencer à entreprendre. La définition du dictionnaire du management de projet met en avant la notion de « mission précise » qui est importante. En effet, elle implique obligatoirement l'existence d'un contrat ou « lettre de mission » détaillant les ressources humaines, financières et matérielles affectées au projet, conclu entre celui qui réalise (la maîtrise d'œuvre ou l'entreprise de réalisation du projet) et celui à qui le résultat du projet est destiné (l'entreprise cliente ou la maîtrise d'ouvrage).

La mise en place et le déroulement du projet est donc très formalisé. Certains critères permettent d'évaluer la pertinence du recours à la conduite de projet :

- la complexité de l'objectif à atteindre : le projet est transversal et les savoirs utiles à sa réalisation sont dispersés ;
- l'incertitude, qui renvoie à la nécessité d'innover ;
- la réactivité, dans l'objectif de disposer le plus rapidement possible d'une solution optimale ;
- l'existence de coûts de transactions : ce sont les coûts de communication, d'échanges, de négociations nécessaires pour arriver à un accord dans la définition d'un objectif, d'une solution technique, de l'usage des ressources, de la responsabilité, etc. Plus un projet implique d'acteurs aux intérêts divergents et aux métiers différents avec des enjeux forts, plus ces coûts seront importants. Dans ce cas, les modalités organisationnelles de coopération et d'arbitrage devront être définies de sorte à maîtriser ces coûts au mieux.

Le triangle d'or des projets expose la problématique auquel tout projet est confronté : garantir une solution technique performante tout en respectant les coûts et les délais, en d'autres termes, garantir l'efficience du résultat.

2.1.2 Les grands principes de fonctionnement du mode projet

Il n'y a pas de modèle unique d'organisation et de management par projet, et les pratiques varient fortement en fonction des secteurs, du type de projet, de la culture de l'entreprise ou de sa taille, etc. Cependant, certains principes indispensables de la conduite de projet peuvent être dégagés.

[13] Cité par : MULLER J-L., TREHOREL Y., 2005, Manager un projet au quotidien, p.15-16.

Le projet se caractérise par deux phases majeures dans son processus qui débute à l'apparition du besoin et se termine à l'ouvrage existant :

- une première phase, que l'on peut appeler l'avant-projet ou l'étude de faisabilité, consistant à analyser le besoin, rechercher les solutions pouvant satisfaire le besoin, passer ces solutions au crible des contraintes et décider ou choisir la solution la plus adaptée en fonction des contraintes ;
- une seconde phase de mise en œuvre de toutes les actions nécessaires à l'obtention de l'ouvrage. C'est la phase « projet » proprement dite.

Un projet se définit par plusieurs caractéristiques : des objectifs, un planning, une équipe projet, des moyens et des outils de pilotage.

a) Les objectifs

Ils doivent être « SMART » (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes, temporels), et se caractériser par des livrables, c'est-à-dire un résultat à une échéance qui peut avoir plusieurs formes (résultat organisationnel, fonctionnel, technique, financier, mise en place d'outils, etc.) Ce retour sur investissement à l'hôpital pourra prendre la forme d'une amélioration de la productivité grâce à une meilleure maîtrise des stocks et des inputs ; l'amélioration de l'organisation d'un travail, ou encore un redéploiement du personnel en adéquation avec l'activité.

b) Le planning

Il constitue l'outil de représentation de la réalisation des tâches dans un délai donné. Ce n'est pas outil de gestion de délai de réalisation du projet mais en premier lieu un outil de communication entre les acteurs du projet, et un outil d'analyse et de prise de décision. La logique de planification par anticipation est fondamentale dans la réalisation du projet et la maîtrise de la variable délai.

c) L'équipe projet

L'organisation du projet doit être officielle, avec une identification claire des responsabilités et des rôles de chacun. Un projet est porté par un chef de projet. Celui-ci est désigné par le commanditaire du projet. Une lettre de mission précise le rôle et les responsabilités données au chef de projet dans le cadre du projet confié et détaillé dans un cahier des charges. Elle liste les droits, devoirs et pouvoirs les critères d'appréciation de sa contribution, les modalités pour rendre compte de sa mission aux décideurs. Elle balise dans le temps son intervention et précise son autonomie. La lettre de mission est rédigée par le chef de projet lui-même suite à des discussions avec le commanditaire du projet, ce dernier la valide ensuite. Au-delà de cette indispensable clarification de son rôle, elle est le moyen de légitimer le chef de projet par un écrit formel et de permettre la

reconnaissance auprès des autres acteurs. Elle est la base de la délégation, qui est au cœur du fonctionnement en mode projet. Celle-ci repose sur la transparence, l'autonomie, et la responsabilité. Une note d'information officialise et rend visible à toute l'organisation la nomination du chef de projet.

Un projet se caractérise par la mise en place d'une organisation particulière. Hiérarchiquement, le projet est contrôlé par un comité de pilotage indépendant qui décide et arbitre sur des problèmes soulevés par le comité projet dans la réalisation du projet. Le comité projet ou équipe projet regroupe les personnes clés identifiées comme responsables d'une tâche déterminante pour la réalisation du projet. Il agit sous le contrôle du comité de pilotage, et sous l'égide du chef de projet. Il a pour rôle de coordonner les actions qui concourent à l'avancement du projet. Les membres de l'équipe projet reçoivent une double délégation : celle de leur hiérarchique pour qu'ils représentent le métier dans le projet et celle du chef de projet pour qu'ils assurent la réalisation d'un des livrables du projet. Enfin, la dimension la plus opérationnelle du projet est représentée par plusieurs « chantiers » qui reposent chacun sur une personne responsable d'une tâche précise et identifiée. L'organigramme des tâches est l'outil qui détaille le rôle et le résultat attendu des différentes personnes ressources ou « experts » dans leur champ d'activité qui participent au projet.

d) Les moyens et le budget

Les moyens alloués pour la réalisation du projet sont recensés dans un budget. Pour conduire le projet à son terme, des ressources (humaines, matérielles) sont nécessaires. Le coût du projet doit donc être financé. L'ensemble des ressources nécessaires regroupe autant les heures de travail, que les achats de matériels et de services, internes ou externes. Le budget permet tout d'abord une évaluation prévisionnelle du coût du projet, puis un suivi financier tout au long de l'avancement du projet. Il prévoit une provision pour aléas également.

e) Les autres outils du pilotage du projet

Les outils de pilotage du projet permettent de situer le projet, pour arbitrer et faciliter son avancement. Les indicateurs sont alors essentiels, car on améliore seulement que ce que l'on mesure.

Les réunions sont indispensables au fonctionnement en équipe projet et à l'avancement du projet. Un projet débute par une réunion de lancement et se termine par une réunion de clôture. Il est de la responsabilité du chef de projet de veiller à l'efficacité de ses réunions pour optimiser l'utilisation du temps de ses équipiers. On distingue les réunions plénières, rassemblant l'ensemble de l'équipe projet, et les réunions ponctuelles portant

sur un point précis avec uniquement les personnes concernées. Les réunions d'avancement ont une fréquence régulière (toutes les semaines ou tous les 15 jours) et sont courtes (1h30 environ). Elles ne servent pas à traiter tous les problèmes mais à définir des plans d'actions. La réunion de clôture sert à faire le bilan, à capitaliser l'expérience acquise dans le projet et remercier les collaborateurs de leur contribution. Les réunions du comité de pilotage sont planifiées en fonction d'un livrable ou d'un grand jalon du projet. Elles sont d'autant plus efficaces qu'elles sont préparées (ordre du jour et dossier pour instruire les décisions adressés à chaque membre quelques jours avant la réunion).

L'outil de mesure d'avancement du travail est l'indicateur d'avancement physique du projet. Cet outil se construit par une méthode empirique permettant de définir à chaque instant du projet la quantité de travail réalisé et de la comparer à la quantité qui aurait du être réalisée. L'intérêt de cet outil est qu'il permet à chaque instant de savoir si le travail réalisé a été fait dans les temps et dans le budget prévus initialement et si tel n'est pas le cas de prendre des mesures pour corriger le cours des choses. Chaque personne ressource gère ainsi son propre outil de suivi, et transmet l'information pour la centraliser, afin que les autres acteurs du projet intègrent cette information dans leur propre tableau de bord. Les indicateurs permettent de mesurer l'efficacité de la démarche et d'engager de nouvelles actions : obtenir des résultats intermédiaires mesurables et rapidement accessibles permet aussi d'entretenir la motivation des équipes.

2.1.3 L'impact du recours au management par projet

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) résume dans son document intitulé « *L'organisation et le management par projet* » les principaux effets positifs, les risques et les conditions d'un management par projet[14].

A) Les effets positifs du recours au mode projet

La mise en place d'un management par projet dans une organisation contribue à responsabiliser et à valoriser les acteurs. En conférant un rôle et une mission officielle, le projet est un facteur de motivation individuelle ou collective. La possibilité d'intégrer un

[14] AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, 2006, L'organisation et le management « par projet ».

projet peut apporter à ceux qui y participent une dynamique nouvelle, issue du travail en équipe et de l'enrichissement de nouveaux contacts techniques et humains. Tout projet est une source d'apprentissages permanents, la connaissance des participants augmentant au fur et à mesure du déroulement du projet. C'est un facteur de motivation et de formation ; et passer d'un projet à l'autre peut ainsi permettre de développer de nouvelles compétences. Enfin, un projet transversal constitue une opportunité d'apprentissage collectif. C'est un véritable processus interdisciplinaire qui implique de la confrontation, de l'échange de méthodes, de concepts et de points de vue qui aboutit à la création d'un cadre de connaissances accessibles et compréhensibles par tous les participants à un même projet. La mise en œuvre de projets transversaux permet aussi de générer une forme de reconnaissance mutuelle entre les différents représentants des corps de métier (voire entre les différents niveaux hiérarchiques), en donnant l'occasion aux individus de dépasser certaines représentations dévalorisantes voire négatives.

B) Les conditions de réussite

Le recours au mode projet implique le développement de deux processus complémentaires et interdépendants[15]. Le premier processus concerne l'évolution de la structure de l'organisation, et plus particulièrement les changements effectués au niveau des règles qui fondent la division du travail et les relations hiérarchiques, afin de rendre possible la réalisation de projets transversaux. Le second processus est le corollaire du premier. Il concerne l'évolution des pratiques managériales rendue nécessaire pour mener à bien la réalisation de projets transversaux. Mais si ces nouvelles pratiques de management – légitimées par de nouvelles règles organisationnelles – doivent être incarnées par les dirigeants et par l'encadrement intermédiaire, elles doivent surtout être comprises et acceptées par l'ensemble des professionnels.

La réussite de la mise en place d'un management par projet dépend autant de la résolution de ces difficultés que du respect de certains principes. Une implication forte de la Direction, de l'encadrement, et des agents, assurant un appui des différents acteurs à la démarche elle-même est indispensable. La Direction soit doit d'assurer un important investissement immatériel par le biais d'actions de formation et d'un accompagnement dans la durée. Une communication forte sur le projet avant, pendant et après la mise en œuvre de la dynamique de changement est aussi nécessaire. Enfin, il est indispensable

[15] AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, p.8

de garantir un certain degré d'autonomie et de décision véritable avec la délégation en acceptant que les acteurs prennent de nouvelles responsabilités.

L'introduction d'une organisation par projet implique une nouvelle culture du travail. Cette forme d'organisation suppose la responsabilisation de l'ensemble des membres d'un même projet qui n'ont pas obligatoirement appris à évoluer dans ce type de contexte. Cela peut engendrer des difficultés de communication et de coordination ; l'expression et la convergence des savoirs techniques ne sont pas spontanées car elles se réalisent en dehors de leur contexte habituel. Il peut alors se créer des phénomènes de non compréhension entre les acteurs collaborant à un même projet. L'organisation par projet demande donc une certaine maturité de la part de l'ensemble des acteurs face à l'instauration d'une nouvelle culture du travail basée sur l'apprentissage de la coopération transversale.

Enfin, pour créer un véritable apprentissage organisationnel par les projets, il faut élaborer un processus de mémorisation, de communication et de diffusion des modèles qui se sont avérés les plus efficaces. Le décodage et l'interprétation a posteriori permet la capitalisation de l'expérience et de mettre en avant les effets bénéfiques des bonnes décisions.

C) Les risques

Le management par projet modifie les modalités du travail et peut être un facteur déstabilisant. La mise sous contraintes en temps et ressources favorise le développement de solutions nouvelles. L'incertitude et le risque sont des éléments favorisant l'engagement des personnes, la créativité, l'élaboration de nouveaux savoirs. Mais ce sont également des facteurs déstabilisants et générateurs d'un nouveau stress. Le débat et la confrontation des savoirs dans le cadre de la collaboration au sein du projet sont plus productifs que la relation et les règles hiérarchiques mais ils peuvent en retour déboucher sur des conflits préjudiciables pour le projet.

Le management par projet modifie également le cadre des rapports interpersonnels. Le projet se développe dans le cadre d'une relation contractuelle entre un client et un fournisseur, à l'image des modalités d'exécution des contrats de pôles à l'hôpital. L'ANACT indique que chaque individu au sein d'un groupe projet entretient des relations de type « clients – fournisseurs » avec les autres membres du groupe projet. Le mécanisme de régulation de ces groupes projets s'apparente davantage à un « marché »

qu'à un processus collectif basé sur la cohésion et la solidarité. Lorsqu'un individu rencontre des difficultés pour répondre aux attentes du chef de projet ou des autres membres du groupe, sa responsabilité est engagée. Il ne peut compter que sur lui-même, contrairement dans le cadre des équipes fonctionnelles qui permettent de faire appel à un collègue possédant les mêmes références. De fait, les groupes de projet exposent les individus à davantage de stress en ne leur permettant pas de recourir aux mécanismes traditionnels de solidarité développés entre personnes de même métier.

La remise en cause des repères hiérarchiques traditionnels des professionnels peut les dérouter. La transversalité des projets impose aux agents de se construire de nouveaux repères professionnels sans totalement se détacher des repères métiers traditionnels. La mise en place d'une organisation projet pose le problème du croisement sur une même personne du « système hiérarchique » et du « système projet ». Dans l'organisation du projet, l'agent demeure sous la tutelle de son supérieur hiérarchique fonctionnel, le chef de projet ne venant qu'en second rang. Cette perte de repère peut donc entraîner des arbitrages parfois difficiles, voire conflictuels. La pluridisciplinarité des équipes au sein du projet peut également remettre en cause les pouvoirs hiérarchiques et causer des difficultés de positionnement pour les cadres « métiers » qui disposent de moins d'informations stratégiques que certains de leurs subordonnés qui participent à des projets importants.

Les agents peuvent enfin avoir une double identité à gérer du fait de leur positionnement dans une hiérarchie tout en appartenant à un groupe projet. Selon H. Zannad[16], il existe 3 figures de participation au groupe projet : les « ambassadeurs métier », qui se caractérisent par une forte proximité relationnelle avec la hiérarchie métier, et un faible sentiment d'appartenance et de responsabilité à l'égard du projet ; les « ambassadeurs projet », qui se caractérisent au contraire par une plus grande proximité relationnelle avec le projet qu'avec le métier ; enfin, les « doubles ambassadeurs » cultivent une proximité relationnelle aussi forte avec le projet qu'avec le métier. L'organisation par projet génère ainsi des comportements de rejet ou d'adhésion ; elle produit également de nouveaux risques d'exclusion et il peut en résulter une dévalorisation pour ceux qui n'occupent pas de fonction projet et qui souhaiteraient y participer.

[16] ZANNAD H., juin 2001, « Quelle participation des salariés à la gestion par projet ? », Problèmes économiques, N°2717.

2.2 L'enjeu et les difficultés d'un management par projet à l'hôpital

Les modalités du management par projet exposées précédemment impliquent une réelle volonté afin d'arriver à le mettre en œuvre avec succès. Si les règles du management participatif sont bien connues de l'hôpital grâce aux procédures de certification notamment, les réformes hospitalières l'invitent fortement à aller plus loin et ancrer définitivement la transversalité dans son management. Cela implique un changement de culture au sein de l'hôpital et suppose que tous les acteurs de l'organisation soient conscients de l'enjeu, et convaincus de la nécessité de ce changement. Cette mutation voulue de l'organisation et des mentalités peut cependant rencontrer des difficultés dans sa mise en œuvre, et représenter un risque si elle n'est pas accompagnée.

Selon le sociologue François Dupuy, les réformes, en incitant au décloisonnement et à la transversalité, font passer l'hôpital d'un modèle d'organisation bureaucratique à un modèle d'organisation post-bureaucratique[17]. Cette mutation pose des difficultés et peut être source de désorganisation. L'organisation bureaucratique est caractérisée par la coordination. Les fonctions et les acteurs sont cloisonnés, et définis dans une hiérarchie, ce qui les protège de l'arbitraire et de la confrontation. L'organisation bureaucratique se caractérise par la peur du face à face et du compromis. Le décloisonnement à l'œuvre aujourd'hui dans les hôpitaux se traduit par le passage à une organisation post-bureaucratique. Selon François Dupuy, celle-ci repose non pas sur la coordination, mais sur la coopération induite par le décloisonnement. La coopération se définit selon lui comme *« la confrontation directe des intérêts divergents des acteurs et la recherche immédiate d'une solution négociée acceptable par eux. Elle n'est ni naturelle ni spontanée parce qu'elle réduit l'autonomie et elle doit donc se créer à l'aide de leviers. Elle implique la simultanéité et permet ainsi permet de réduire les coûts et les délais. Elle s'oppose à la coordination. »*[18] Le passage d'une organisation hiérarchique à une organisation transversale génère le décloisonnement et donc l'affrontement, l'incertitude, le risque, l'arbitraire et le stress, ce qui explique *in fine* le malaise des cadres davantage sollicités et responsabilisés, en perte de repères et de sécurité organique qui existaient jusque là. Le malaise est donc directement lié au décloisonnement des organisations. Ce stress qui porte sur les cadres entraîne une démotivation, un désengagement et un repli derrière le statut (par exemple, les 35h : refus d'en faire plus, les arrêts de travail…). L'expression du

[17] Cité par : PIERRU F., « Le désenchantement de l'Hôpital : mythe ou réalité ? », in Association des Directeurs d'Hôpital, Réenchanter l'Hôpital : osons le rapport Larcher, 26 septembre 2008, Marseille.
[18] DUPUY F., site personnel, glossaire de l'Analyse stratégique des organisations, [visité le 28.09.2008], disponible sur internet : http://www.francoisdupuy.com/index.html

malaise est individuelle car le cadre en porte la responsabilité personnellement, alors que ses causes sont collectives. Dans une organisation qui est celle de l'hôpital, le passage à la transversalité et au décloisonnement ne doit donc pas avoir vocation à se substituer à l'organisation et aux solidarités existantes ; sous peine de se traduire par un échec.

La remise en cause de repères et d'identités est donc problématique, en plus d'être difficile. L'hôpital est constitué d'acteurs qui se situent à l'interface entre plusieurs métiers et plusieurs catégories de personnel : l'existence du statut combiné à une absence de « carotte et de bâton », c'est-à-dire d'un système de récompense et de sanction, peut constituer un frein à une démarche de management. De plus, il est difficile à l'hôpital de faire porter la responsabilité à un chef de projet dans une organisation très hiérarchisée. Les professionnels se définissent en effet par le grade, la position dans un organigramme plus que par le travail effectué, alors que le projet génère une organisation transversale où les membres du groupe projet dépendent du chef de projet et non de leur supérieur hiérarchique. L'amélioration du management à l'hôpital public nécessite de dépasser ces logiques existantes. L'implication de l'ensemble des catégories de personnel, la valorisation des hommes par la recherche de leur contribution, et enfin l'accompagnement du processus par des outils de pilotage et de management sont essentiels dans cette démarche de changement des pratiques professionnelles. Le recours aux logiques de projet revient à faire entrer à l'hôpital des caractéristiques du fonctionnement organique dans un fonctionnement bureaucratique et hiérarchique. La hiérarchie classique n'étant pas supprimée, cette décentralisation doit résulter d'un choix et d'un soutien de l'institution, représentée par le Directeur Général et le Président de la CME, sous peine de provoquer des conflits ou se voir annulée.

Le développement du management à l'hôpital ne peut être que progressif, et se baser sur une prise en main des outils spécifiques du management par les acteurs concernés. Si la conduite de projet est une méthodologie, elle est aussi une culture et doit intégrer les pratiques, les imprégner, pour les modifier. Cela constitue changement d'ampleur qui touche aux représentations et aux pratiques professionnelles. Le phénomène d'acculturation étant long, il convient donc de mettre en place un accompagnement du changement. Cela doit se manifester par le soutien de la Direction qui s'exprime par la mise en en place de formations spécifiques tant sur les outils que sur les techniques du management, l'objectif étant de permettre des apprentissages en impliquant tous les acteurs concernés par l'action. Cet apprentissage, par et dans les projets, ne peut se réaliser que s'il existe un minimum d'auto-organisation et un degré de liberté suffisant au moins dans les phases initiales, quand le choix du modèle n'est pas définitivement arrêté. Si les objectifs et le choix des méthodes sont trop vite formalisés et arrêtés,

l'apprentissage peut ne pas se produire ou le projet apporter des réponses standardisées et inadaptées à des problèmes nouveaux. Le projet perdrait alors son intérêt en étant l'expression d'un pouvoir hiérarchique déconcentré.

Manager l'hôpital par projets nécessite l'émergence d'une véritable culture de management. Or, les compétences managériales des acteurs hospitaliers sont limitées car ils n'ont pas été formés à la culture du management transversal. Ces défaillances sont de diverses natures : faiblesse des aptitudes au commandement, faiblesse des compétences en organisation, difficultés d'organiser la délégation des tâches, difficultés à définir des prestations en termes de qualité, défauts d'animation d'équipe… En raison des logiques différentes, voire divergentes, le chef de projet peut avoir du mal à fédérer les professionnels autour d'un projet commun, ce qui est renforcé par le manque de compétences managériales.
La logique de binôme métier et technique dans la gestion du projet est capitale car, selon le Directeur des Services Informatiques et de l'Organisation (DSIO) du CHM, *« on ne peut pas faire le bonheur des utilisateurs malgré eux »* : il est donc nécessaire de les associer à la démarche. Aucun projet de nature médicale ne peut se développer sans la participation d'un médecin. Or, la difficulté aujourd'hui est d'associer effectivement à toutes les phases du projet le personnel utilisateur, par manque de temps essentiellement, ou par sous investissement des utilisateurs qui ne voient pas l'intérêt de participer à toutes les étapes de la démarche.
Enfin, dans le cadre de la mise en place d'une conduite de projet formalisée, il peut y avoir un rejet des outils de gestion de projet par certains acteurs, qui continuent à leur préférer l'application de l'expérience et du ressenti en dépit de difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Au contraire, d'autres agents peuvent voir dans ces difficultés la nécessité d'une recherche d'un plus grand professionnalisme[19]. Il y a en effet un saut qualitatif de management à réaliser pour résoudre avec un minimum d'efficacité ce dilemme. Il ne peut être décrété et prend du temps, s'alimentant de la diversité des pratiques, des projets et de leur capitalisation, ainsi que du soutien de personnes référentes en gestion de projet capables de faire vivre non pas des procédures mais l'esprit des procédures avant tout.

La conduite du changement et des projets repose sur la communication et l'objectivation des difficultés. Il faut communiquer sur ce qui marche bien mais aussi sur ce qui pose des problèmes. Or, il est difficile de dire ce qui ne fonctionne pas et d'être totalement transparent, car cela est souvent vécu comme un échec personnel et collectif dans le

[19] LEROY D., janvier - février 1996, « Le management par projets : entre mythes et réalités », Revue française de gestion, n°107, p.116

projet. Cette attitude est lourde de conséquences pour le projet, alors qu'au contraire son avancement se nourrit de l'objectivation de ses difficultés pour les résoudre ensuite grâce à la définition et à la mise en œuvre d'actions correctives. Il faut donc savoir identifier les difficultés pour mettre en place un plan de conduite du changement.

3 Présentation de la mise en place de la méthodologie de conduite de projet au CHM

3.1 La situation des projets au CHM

Les évolutions hospitalières insistent sur la nécessité de transversalité et de décloisonnement des professionnels, et le recours aux projets témoigne de cette évolution. Dans un objectif de performance et de rationalisation, le CHM a jugé indispensable de mettre en place une méthodologie institutionnelle de conduite de projet.

3.1.1 Un manque méthodologique facteur d'échec pour les projets

La mise en place d'une conduite de projet découle du constat de certaines limites dans la gestion des projets transversaux de l'établissement. L'absence de méthodologie claire et formalisée est en effet préjudiciable pour les projets.

Les entretiens menés avec les actuels chefs de projet et le personnel de Direction sont éclairants sur les difficultés que rencontre le déploiement des projets au CHM, lorsqu'ils sont menés sans méthodologie commune. Habituellement au CHM, un projet est négocié sur des objectifs entre le Directeur fonctionnel et le chef de projet. Une fois l'accord obtenu, la personne désignée chef de projet conduit le projet selon sa propre méthodologie. Rien d'officiel ne définit la personne comme chef de projet. L'absence de formalisme rend le projet peu visible et sa légitimité n'est pas clairement établie.
Dans le pilotage du projet, l'utilisation de supports ou de documents de référence est rare: les comptes rendus de réunions ne sont pas systématiquement rédigés, et il n'y a pas de découpage clair du projet avec un responsable identifié pour chacune des tâches. Le suivi du budget et l'avancement du projet ne sont pas organisés. Aucun indicateur d'objectivation des données n'est retenu.
D'autres défauts de structuration et de gestion de projet se manifestent également dans la gestion des réunions. Elles ne sont pas systématiquement organisées en fonction d'un objectif, aucun responsable n'est clairement identifié, les participants sont très nombreux et souvent les mêmes. Il en découle des difficultés pour décider. Par conséquent, ce sont souvent les mêmes personnes qui prennent des décisions qui sont contestées par les acteurs qui n'ont pas l'impression qu'elles résultent d'un processus de concertation. Cela favorise le sous engagement des acteurs qui ont le sentiment de perdre leur temps et leur énergie.

Le rapport de la certification V2 indique que les acteurs opérationnels ne sont pas assez interrogés et impliqués dans les processus de projet. Par conséquent, lorsqu'un projet est proposé, il est difficile de savoir s'il constitue une solution optimale car les utilisateurs ne sont pas associés à la démarche. Le risque de rejet de la solution et d'échec du projet est alors important.

Enfin, les projets n'ont pas de clôture officielle et ne font pas l'objet d'un bilan. Selon le projet, une évaluation peut être faite, souvent quelques mois après la clôture du projet. Cette évaluation porte sur l'atteinte ou non des objectifs prévus : « le résultat est-il atteint ? » et non sur le fond : « comment est-on arrivé à ce résultat, et pourquoi ? » Il n'y a donc pas de capitalisation des expériences de projets ni d'évaluation véritable de la démarche conduite.

3.1.2 La démarche entreprise pour répondre à ces lacunes

Les facteurs d'échec identifiés au cours des entretiens témoignent de risques potentiels d'inefficience des projets. Dans le contexte d'une structure de la taille de celle du CHM, il est apparu indispensable d'organiser avec le plus grand formalisme la gestion des processus. L'objectif du CHM est d'améliorer ce point afin d'obtenir la meilleure qualité tout en maîtrisant les coûts et les délais ; autrement dit, le CHM doit viser l'efficience et la méthodologie doit en être l'outil au niveau des projets.

Le Directeur Général du CHM, Nicolas ESTIENNE, a exprimé en réunion des cadres la nécessité *« d'inscrire le CHM dans une démarche de conduite de projet afin de s'engager dans une dynamique qualité de nos organisations et de nos méthodes de travail. »*[20] Sur la base de ce constat, et suite à une première formation à la conduite de projet organisée en janvier 2008, la mise en place d'une méthodologie de conduite de projet institutionnelle a été décidée par le Comité de Direction[21]. La création de la « boîte à outils » était initialement destinée aux personnes n'ayant pas suivi cette formation. Plusieurs formations sur la conduite de projet ayant été planifiées pour 2008 et 2009 par la suite, la boîte à outils constitue le support méthodologique de référence pour les chefs de projet.

[20] Réunion des cadres du 4 juin 2008. Elle réunit l'ensemble des cadres soignants et administratifs du CHM.

[21] Le Comité de Direction regroupe les Directeurs des directions fonctionnelles du CHM (DRH, DSL, DSIO, Direction des Affaires Financières, Direction des Relations aux Usagers, de la Qualité et de la gestion des Risques, Direction des Pôles et des Affaires Générales, Direction des Soins et des Services Infirmiers) autour du Directeur Général du CHM.

L'objectif de cette méthodologie est de mettre à disposition des professionnels des outils sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour sécuriser leurs démarches de projet. Cette démarche permet une uniformisation des pratiques en matière de gestion de projet. L'objectif est également le recensement de tous les projets transversaux en cours au niveau de la Direction, afin de faire face à une multiplication des projets sans lien les uns avec les autres. Cette centralisation permet une coordination entre les projets, de manière à faire jouer au maximum la logique de transversalité, en garantissant une cohérence d'ensemble aux projets menés de concert. De plus, elle permet un arbitrage entre les priorités stratégiques de l'établissement.

La mise en place de cette conduite de projet institutionnelle repose sur 4 objectifs :

- Création d'une boîte à outil destinée aux chefs de projet formalisant les différentes étapes d'un projet et invitant le chef de projet à les respecter.
- Création d'un outil de suivi des projets en cours
- Formation des cadres à la conduite de projet
- Rôle de référent conduite de projet par le RAQ

3.2 La « boîte à outils » de conduite de projet

3.2.1 Principes d'élaboration

L'enjeu que pose la création d'un tel outil est le suivant : comment conserver un cadre sécurisant toutes les étapes de la conduite du projet, qui est par essence complexe, tout en offrant un outil simple et opérationnel, que les agents pourront adopter facilement et intégrer à leurs pratiques professionnelles ?

Le travail du RAQ en collaboration avec un consultant de la Commission d'Etude Générale d'Organisation Scientifique (CEGOS) a eu pour objectif de concilier ces deux impératifs. Le Directeur de la DSIO, appliquant déjà la méthodologie pour les projets de sa direction fonctionnelle, a également participé à cette démarche. Les recommandations et la boite à outils ont été élaborées à partir du contenu de la formation « méthodes et concept » dispensée par le CEGOS en janvier 2008 au CHM. Les grandes étapes de la conduite de projet sont reprises en étant adaptées à l'hôpital dans une méthode intuitive et accessible. Le document final se veut très synthétique mais complet. Des fiches

annexes l'accompagnent sous la forme de cadres à remplir[22]. Cela permet un gain de temps tout en limitant la diversité de contenu de ces fiches. Les recommandations de la conduite de projet ont enfin été avalisées par le Directeur Général et cosignées par le Conseil de Direction.

La « boîte à outils » détaillant les grandes étapes incontournables de la conduite de projet est un document informatique au format PowerPoint comprenant 18 diapositives[23]. Ces dernières décrivent les différentes étapes d'un projet et leur sens. Ce document est disponible sur le serveur commun de l'hôpital, tout le personnel y a accès. Le même répertoire contient la méthodologie ainsi que tous les projets en cours mis au format institutionnel. Cela permet d'être à la fois d'être un exemple pour les chefs de projet et d'assurer la transparence sur les projets de l'établissement. Le choix de présenter la méthodologie sous forme de diapositives a eu pour effet de limiter à l'essentiel la description de chaque étape d'un projet lors de la démarche intellectuelle de réalisation de l'outil. Selon les chefs de projet interrogés, le résultat est un document synthétique et opérationnel.

18 diapositives exposent les différentes étapes de la conduite de projet sous forme de recommandations. 8 documents annexes sont disponibles en plus de la méthodologie. Il s'agit des trames de la lettre de mission, de la note d'information, du compte rendu de réunion ; des fiches projet, de tâche, de budget, de risque ; du planning générique du projet. Pour éviter l'omission de ces documents, ils sont intégrés à la boîte à outils : un lien informatique permet d'y accéder directement lorsqu'il en est sujet dans le document principal. Ainsi l'utilisateur peut visualiser le document dont il est question et en connaître la teneur à fil des étapes décrite par la méthodologie.

3.2.2 Utilisation de la boîte à outils

La boîte à outils va du général au particulier concernant la conduite de projet, et se divise en trois parties suivantes :

- Mode d'emploi des recommandations
- Le processus de la conduite de projet
- Les différentes étapes nécessaires pour initialiser un projet

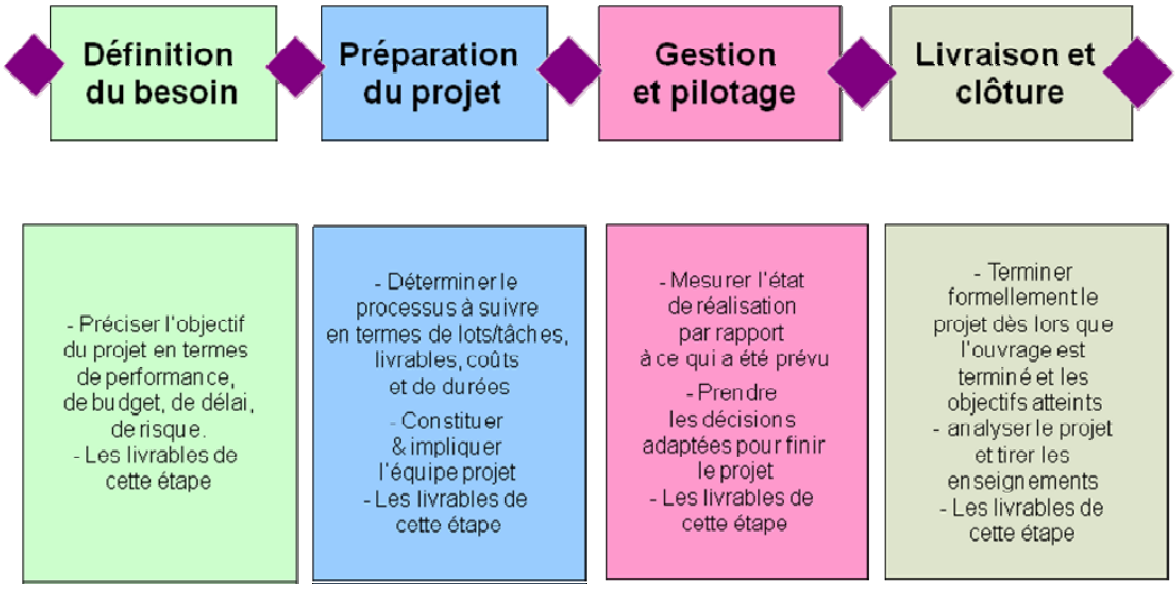
[22] Voir l'exemple d'une fiche de tâche, annexe 3, p. XIII.
[23] Voir la boîte à outils des recommandations pour la conduite de projet, annexe 1, p. I.

A) Le mode d'emploi des recommandations

Dans une première diapositive qui rappelle également le contexte de la mise en place de la méthodologie, le cadre d'application est défini : seuls les projets transversaux ont l'obligation d'utiliser les recommandations présentées dans le document. Pour les projets de services, les études de faisabilité, l'utilisation de la méthodologie est recommandée mais reste facultative. Il est alors possible d'utiliser certains outils ou fiches annexes afin de cadrer au mieux les différentes étapes du travail. Cette « boîte à outils » a non seulement vocation à accompagner la conduite de projet mais elle contient également tous les documents permettant d'améliorer et de sécuriser les méthodes de travail des professionnels du CHM. Elle ne vise pas à contraindre par un formalisme excessif : la méthodologie, dans ses outils et son utilisation, s'adapte tout à fait à la nature des différents projets.

B) Le processus de la conduite de projet

La 3ème diapositive le détaille comme suit :



Cette présentation globale et synthétique permet d'identifier les différentes étapes d'un projet ainsi que les tâches qui y sont associées. Elle rend simple et accessible la lecture d'un projet.

C) Les différentes étapes nécessaires pour initialiser un projet

Cette partie détaille la méthodologie de la conduite de projet. 11 étapes ont été retenues, et chacune vise à répondre à une question précise sur le projet. Chaque étape fait l'objet d'une diapositive synthétique avec éventuellement un lien informatique vers une fiche externe. Les fiches retenues sont les suivantes :

1 - Définir le périmètre du projet : Nom du projet, le périmètre, le processus concerné
2 - Nommer le chef de projet : Déléguer un responsable via la lettre de mission et la note d'information → Qui fait quoi et qui en porte la responsabilité ?
3 - Définir les objectifs : les enjeux → Pourquoi et pour quoi faire ?
4 - Lister les gains envisageables → Pour quels bénéfices ?
5 - Définir les acteurs du projet : décideur(s) : comité de pilotage ; les experts : groupe projet
6 - Définir les tâches à réaliser : Organigramme des tâches et leurs responsables → Qui est responsable de quoi ?
7 - Elaborer le planning : Macro planning des tâches, les grands jalons → Quand ?
8 - Définir le budget : Fiche budget → Combien ?
9 - Identifier les risques pouvant interférer le projet: Fiche risque → Quel risque ?

Une fois ces fiches renseignées, le projet est soumis à validation au Directeur Général. Dès l'approbation du projet, le chef de projet peut initier sa démarche. Il est accompagné de la conception jusqu'au terme du projet par le RAQ. Les fiches suivantes sont spécifiquement destinées au suivi du projet :

10 - Animer efficacement les réunions projet → Comment conduire une réunion ?
11 - Utiliser un support permettant le suivi de l'avancement du projet → Tableau de bord de pilotage

Une fois les premières fiches remplies et le projet lancé, le tableau d'avancement permet de suivre l'évolution du projet[24]. Il s'agit d'un document synthétique renseigné par le chef de projet, destiné autant à ses collaborateurs qu'au comité de pilotage. Il détaille à un instant t le retard ou l'avance du projet par rapport au planning prévisionnel, le pourcentage d'avancement du projet, et de ses livrables identifiés. Le tableau d'avancement recense les tâches accomplies depuis le dernier comité de pilotage, ou

[24] Voir un exemple de tableau d'avancement d'un projet, annexe 2, p. XI.

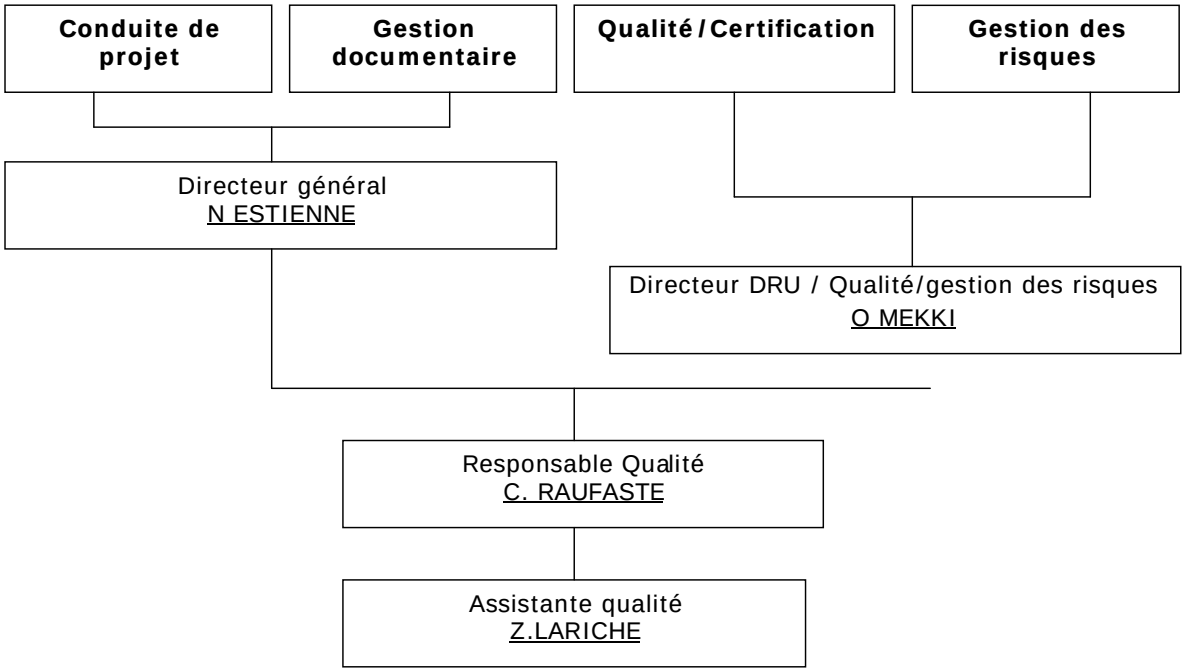
depuis le lancement du projet ; et ce qui s'est bien passé. Il développe par la suite les difficultés rencontrées, ainsi que les commentaires et propositions faites au comité de pilotage dans le but d'obtenir un arbitrage. Cela permet de situer de manière synthétique le projet dans sa réalisation, ses acquis, et ses problèmes rencontrés. A partir de la connaissance des éléments clés de l'avancement du projet restitués de manière synthétique, et détaillés dans un rapport transmis préalablement au comité de pilotage, ce dernier peut alors décider efficacement de l'avenir et de l'orientation du projet.

3.3 L'accompagnement dans la conduite de projet

3.3.1 Le suivi et l'accompagnement assuré par les acteurs institutionnels

Le Directeur Général est le responsable du suivi de la gestion documentaire et de la conduite de projet. Une lettre de mission désigne le RAQ comme personne responsable de l'accompagnement de la mise en œuvre de la méthodologie dans l'établissement. Ce projet d'ampleur devient une de ses missions prioritaires.

L'organigramme du CHM intègre ce changement et se voit modifié :



La fiche de poste du RAQ évolue également, intégrant l'accompagnement dans la mise en place de la méthodologie de la conduite de projet comme l'une de ses principales

missions. C'est de plus un des objectifs prioritaires fixés au RAQ pour 2008, en conformité également avec le PAQ[25].

Le RAQ a trois principales missions :
- Assurer la mise en œuvre de la démarche qualité et de la certification
- Assurer le suivi du programme de gestion et prévention des risques
- Assurer l'accompagnement des professionnels à la conduite de projet, pour 20% de son temps de travail.

Sur la conduite de projet, il :
- Elabore et met à disposition la boîte à outil de conduite de projet qui en liste les recommandations et les étapes incontournables
- Accompagne les professionnels méthodologiquement. Après validation du projet par le Directeur Général, le RAQ intervient auprès du chef de projet avant le lancement de son étude pour effectuer un cadrage, puis par la suite pour faire état de son avancement au moins une fois par mois.
- Centralise l'ensemble des projets institutionnels. En début d'année, le RAQ recense tous les projets inscrits pour l'année à venir des différents pôles. Il effectue une relance trimestrielle auprès des pôles, pour vérifier si de nouveaux projets ont été identifiés. Il recueille mensuellement les informations sur l'avancement des projets.

Le RAQ assure l'accompagnement des chefs de projet, l'objectif institutionnel étant que les personnes participant aux projets intègrent progressivement les différents outils de la méthodologie et gagnent en autonomie par la suite, conformément au principe d'apprentissage observé dans la conduite de projet. Les chefs de projet interrogés dans le cadre des entretiens affirment unanimement que l'accompagnement assuré par le RAQ est capital pour la bonne appréhension du dispositif et l'avancement de leurs projets.

3.3.2 La formation méthodologique

En plus du suivi pas à pas dans l'appropriation intellectuelle et technique de la démarche projet assuré par le RAQ, la formation est l'autre volet essentiel de l'accompagnement des chefs de projets décidé par le CHM. Une première formation sur la méthodologie de conduite de projet a été organisée en janvier 2008. Animée par un consultant de la CEGOS, cette formation intitulée « méthodes et concept » d'une durée de 3 jours alternait

[25] Voir partie 1.2.2., C

théorie et exercices pratiques sur les différents outils de la conduite de projet. Des Praticiens hospitaliers, des Cadres de santé, des Directeurs adjoints y ont assisté. Un support pédagogique sous la forme d'un classeur a été diffusé à tous les participants, avec toutes les étapes pour piloter un projet.

Deux nouvelles formations ont été prévues en 2008 par la suite ; le 9 et 10 septembre, puis en novembre, sous une forme légèrement différente. La première formation de septembre a mobilisé 15 personnes, 22 personnes sont déjà prévues pour celle de novembre. D'autres sessions auront lieu en 2009, pour les cadres de pôles, etc. Les formations s'étalent sur 2 jours, le premier jour de formation étant animé par le consultant de la CEGOS et ayant pour objet de faire une présentation générale de la conduite de projet et de l'intérêt d'y recourir. Le deuxième jour est réservé à la présentation de la boîte à outils par le RAQ en l'illustrant par des exemples concrets de projets en cours dans l'établissement. Une présentation des premiers retours d'expérience issus des entretiens menés avec les chefs de projet dans le cadre de ce mémoire est également faite par l'auteur de ces lignes. Les participants sont mis en situation tout au long de la formation afin de les maintenir constamment en action, de valoriser leur expérience et d'éviter tout développement théorique inutile. C'est le sens de la méthodologie et pas uniquement la forme qui doit être comprise afin de la mettre en application.

Outre la découverte et la prise en main des outils de la conduite de projet, cette formation rappelle que les projets étant différents les uns des autres, la méthodologie peut difficilement être applicable de la même manière à tous. Il y a forcément une adaptation de la méthodologie en fonction des projets, ce qui nécessite en premier lieu une bonne maîtrise de la méthode pour savoir comment l'appliquer selon le contexte et la nature du projet.

3.4 L'évaluation et l'impact budgétaire de la démarche

Une évaluation de l'impact budgétaire de la mise en place de la méthodologie de conduite de projet a été menée. La formation à la conduite de projet en janvier 2008 s'est déroulée en deux sessions de 3 jours de 7h par groupe de 13 agents (cadre/directeur/médecin) et a coûté 7 200€. Les deux sessions organisées en fin d'année 2008 de 2 jours de 7h par groupe de 13 agents (cadre/directeur/médecin) ont coûté 2 400€. Soit au total 52 agents de formés en 2008. La réalisation de la boîte à outils a nécessité 5 jours de 7h par le RAQ soit 780€. L'accompagnement et le suivi organisé par le référent projet est évalué à 20%

de son temps de travail, soit 500€ par mois. Au total, le coût de la formation pour 2008 s'élève à 7 200 + 2 400 + 780 = 10 380 €, le coût de l'accompagnement à 500€ par mois.

4 La mise en œuvre et les premiers retours d'expériences

4.1 Les premiers retours d'expérience confirment les avantages et les difficultés liés à la mise en œuvre d'une méthodologie de projet

4.1.1 Les avantages rapportés

Les entretiens menés avec le personnel du CHM permettent d'établir une première évaluation de l'impact de la mise en place de la méthodologie. Ils ont été menés avec 7 chefs de projets et le RAQ pour la partie opérationnelle et de mise en œuvre de la méthode ; avec le Directeur Général et plusieurs cadres de direction pour une appréhension stratégique de la démarche et de ses conséquences sur l'hôpital.

Il ressort comme avantage que la méthodologie est globalement perçue comme un outil permettant de rationaliser les démarches projet et de contribuer ainsi à l'efficience. Selon un des chefs de projet interrogés, si tous les projets transversaux sont menés en application de la méthodologie, l'établissement a beaucoup à y gagner. En dépit des difficultés rencontrées, les professionnels reconnaissent donc l'intérêt pour eux et pour l'établissement de se conformer à cette méthodologie. Un des chefs de projet déclare *« c'est un carcan à première vue, mais un carcan bienveillant, qui aide plus qu'il ne contraint ».*

Les professionnels interrogés mettent en avant la dimension institutionnelle de la méthodologie qui confère aux projets un caractère officiel. Plusieurs avantages en découlent :

- Le projet est connu et reconnu par tous les agents dans l'établissement tout entier, il est visible et légitime.
- L'officialisation du projet par la lettre de mission et la note d'information signée par la Direction confère une véritable responsabilité au chef de projet. C'est de plus une garantie de l'implication des membres du comité projet reposant sur des résultats attendus. Cela peut éviter l'abandon de projets en cours également, car un contrôle et un suivi est organisé par le comité de pilotage et par l'institution.
- Le rôle du chef de projet est valorisé ; la légitimité du projet lui confère une certaine autorité.
- Enfin, cette démarche permettra l'adhésion des cadres à la nouvelle gouvernance car elle est très formatrice en matière de gestion, et de maîtrise des éléments d'un projet dans le cadre contraignant des moyens alloués par pôles.

Les avantages suivants ont été reconnus dans l'utilisation de la méthodologie :

- Tous les professionnels doivent l'utiliser : cette standardisation des pratiques permet l'acquisition d'un langage et d'une culture commune favorable à l'efficacité des projets.
- La rédaction de la lettre de mission permet de s'approprier le projet et d'en saisir toutes les implications (objectifs, risques…)
- Le projet est d'emblée mieux cadré ; les besoins en personnes et en moyens sont définis en fonction des objectifs.
- La méthodologie permet de structurer toute la démarche et de ne rien laisser au hasard. Elle permet de scinder le projet, de le rendre moins complexe en le découpant en tâches tout en gardant sa cohésion globale. C'est rassurant dans la conduite du projet. L'outil permet de se raccrocher à un cadre, ne jamais s'en éloigner ou s'aventurer au hasard. Elle permet aussi de conserver toujours une vision globale et stratégique sans s'enfermer dans l'opérationnel de la réalisation de ses différentes tâches. Les points d'étapes réguliers garantissent une plus grande implication de la part des membres du groupe projet, une plus grande assiduité également : tous les 15 jours, l'équipe opérationnelle « comité de projet » se réunit officiellement.

- La méthodologie oblige à la transparence. Tous les acteurs du projet peuvent alors envisager le projet et son avancement de manière objective grâce à l'utilisation d'indicateurs. Les indicateurs de suivi procurent une lisibilité au projet, et une rigueur qui n'existait pas auparavant. Par rapport au budget, l'identification des besoins, et pour savoir où en est le projet, c'est un plus.

- Les fiches de tâches sont intéressantes pour bien clarifier la demande faite à l'expert, les résultats attendus et ses responsabilités. C'est aussi une preuve et un élément du dossier de projet. Les engagements de chacun sont formulés selon un résultat visé. Il est très important d'identifier une tâche avec un interlocuteur. Un autre avantage que procure la fiche de tâche est la traçabilité : en cas de départ d'un membre du comité de projet, on peut savoir exactement ce qu'il a réalisé, ce qui lui reste à réaliser. Ainsi, son remplaçant peut reprendre et continuer la tâche sans perdre de temps. Cela permet aussi au projet de continuer et ne pas échouer à cause d'un départ.

Un des chefs de projet interrogés déclare qu'il s'agit du *« même principe que l'informatique, on a beaucoup de mal au début puis on apprend et finalement on finit par se demander comment on arrivait à s'en passer car cela permet un gain de temps appréciable. Plus on pratique plus les documents seront remplis grâce à une bonne maîtrise et une rapidité d'exercice. »*

L'accompagnement méthodologique assuré par le RAQ a été souligné à plusieurs reprises comme un élément d'importance pour appréhender l'outil et l'intégrer aux pratiques professionnelles. *« C'est une aide appréciable qui évite de se décourager dans ce travail fastidieux de prise main de la boîte à outils. »*

4.1.2 Les difficultés rencontrées

Les chefs de projet soulignent fortement que la prise en main de la boîte à outils et de la méthode nécessite un gros investissement de départ ; un réel effort pour satisfaire aux exigences de l'étude de faisabilité par exemple. Ils ont globalement l'impression de devoir tout faire eux-mêmes. Ce qui confirme les difficultés de changement des pratiques professionnelles et la progressivité de la démarche. Les difficultés portent principalement sur les points suivants :

- Le pré-projet, ou étude de faisabilité, est une étape nouvelle pour les chefs de projet. Ils n'avaient pas l'habitude de procéder à un tel travail en amont et de manière si formalisée avant de lancer le projet. C'est une étape perçue comme très lourde et délicate à réaliser, qui nécessite d'acquérir très vite une vision globale du projet et de ses implications. Il est de plus délicat de s'approprier totalement le cadre imposé par la boîte à outils, et de savoir exactement ce qui est attendu par chaque étape ; le sens que recouvrent les mots de macro planning, organigramme des tâches, etc.
- Rédiger la lettre de mission est difficile. Cela rejoint la difficulté de satisfaire à l'étape de l'étude faisabilité et de cerner le projet et toutes ses implications avant de le lancer.

Les outils suivants de la méthodologie posent problème :

- Le volet budgétaire n'est pas une nouveauté. Jusqu'à présent il n'y avait cependant aucun suivi des coûts car cela n'a jamais été dans la culture de certains profils de chefs de projet notamment les cadres de santé, ni dans la formation à la méthodologie de conduite de projet. Le budget est une estimation et il n'y a pas encore de réel suivi au fil du temps. C'est une indication plus qu'une véritable information. Ce qui manque c'est un véritable suivi budgétaire fin basé sur des méthodes et des outils de mesure.
- L'organigramme des tâches est très long et difficile à réaliser. C'est à nouveau dans la phase de pré-projet qui demande un effort de structuration que cette difficulté est rencontrée.
- La multiplicité des fiches principales et annexes à remplir dans le cadre du projet a pour conséquence de créer une certaine confusion dans l'utilisation des outils et un

questionnement sur la pertinence de toutes les remplir. Cette multiplication des fiches annexes à compléter aboutit à des répétitions, et des « copier-coller ».

La population soignante n'a pas encore totalement acquis une culture de l'écrit. La méthodologie étant sur support informatique, elle nécessite de plus la maîtrise de cet outil. La méthodologie de conduite de projet, qui impose l'anticipation comme règle couplée à la rigueur et le recensement de chaque élément relatif au projet, est un bouleversement supplémentaire de leurs pratiques pouvant déstabiliser et provoquer une réticence dans l'adoption des outils. La mise en place de procédures, et de la démarche qualité est encore vécue comme une perte de temps pour les soignants. Les chefs de projet ne sont pas pour autant opposés à la méthodologie mais sa prise en main leur est très difficile.

Des difficultés en termes de compétences managériales liées à l'exercice de la fonction de chef de projet ont été rapportées à plusieurs reprises :

- La responsabilité en lien avec des résultats attendus qui pèse sur le chef de projet est une pression nouvelle à gérer. Un des chefs de projets a d'ailleurs déclaré *« si ça rate ce sera de ma faute ».* D'autant plus qu'être chef de projet n'accorde pas de réel pouvoir coercitif. Cela n'efface en rien la hiérarchie officielle mais la remet en cause, ce qui peut entraîner des résistances. Si le chef de projet est bien connu et reconnu dans l'établissement, le projet sera facilité, sinon ce sera plus dur. Il est en effet difficile de compter sur la disponibilité des membres de l'équipe projet car le projet vient en interaction avec leur quotidien. En cas d'indisponibilité et si les tâches ne sont pas réalisées, les chefs de projet peuvent être amenés en conséquence à faire plus que ce que leur rôle prévoit dans le cadre du projet afin d'atteindre les objectifs fixés.
- Les chefs de projet se heurtent donc à un problème d'autorité et de pouvoir de contraindre qui limitent leurs marges de manœuvre. Rendre officiel un projet et nommer un chef de projet n'en fait pas pour autant un manager. Les chefs de projets ne savent pas ou peu manager car la formation à la méthodologie de conduite de projet porte en grande partie sur la méthode et peu sur la manière de piloter le projet. Le profil du chef de projet est alors déterminant : ceux qui n'ont jamais mené de projet auparavant se sentent désemparés alors que d'autres peuvent s'appuyer sur leur expérience.
- Les chefs de projet rencontrent des difficultés à déléguer ; à savoir quoi et comment déléguer. Remplir les fiches de tâches, fixer des objectifs et des délais est délicat.
- Plus généralement, il n'est pas évident de passer de l'opérationnel au stratégique pour des chefs de projet qui ont l'habitude de gérer un service seul avec des profils

professionnels bien connus à un projet caractérisé par une dimension transversale où les parties prenantes ont des profils professionnels variés.

- C'est pour ces raisons et ces difficultés que les chefs de projet attendent un soutien de la part de la Direction et des comités de pilotage en plus de l'accompagnement assuré par le RAQ. Or, certains chefs de projet mettent en avant le sous engagement des comités de pilotage qui n'arbitrent pas ou peu, et qui ne donnent pas l'impulsion et le soutien nécessaire à l'avancement des projets.

Des difficultés contextuelles et budgétaires, portant moins sur la méthodologie mais ayant une influence sur le projet, ont été rapportées :

- Le contexte du PRE a pour conséquence l'attente de résultats probants et rapides. Selon plusieurs chefs de projet, *« tout doit se faire dans l'urgence et on risque de bâcler les phases ».* Cela ne serait peut-être pas le meilleur contexte pour s'approprier parfaitement les outils de la méthodologie qui nécessitent un temps d'adaptation.
- Autre conséquence du PRE, selon certains chefs de projet, les moyens pour mener à bien les projets ne sont jamais suffisants.

Ces difficultés peuvent néanmoins recouper celles liées au déficit d'autorité, et au fait que la méthodologie et l'esprit de celle-ci n'a pas encore totalement intégré les pratiques.

4.2 Un exemple de l'apport de la méthodologie de conduite de projet : le plan de retour à l'équilibre 2008-2010 du CHM

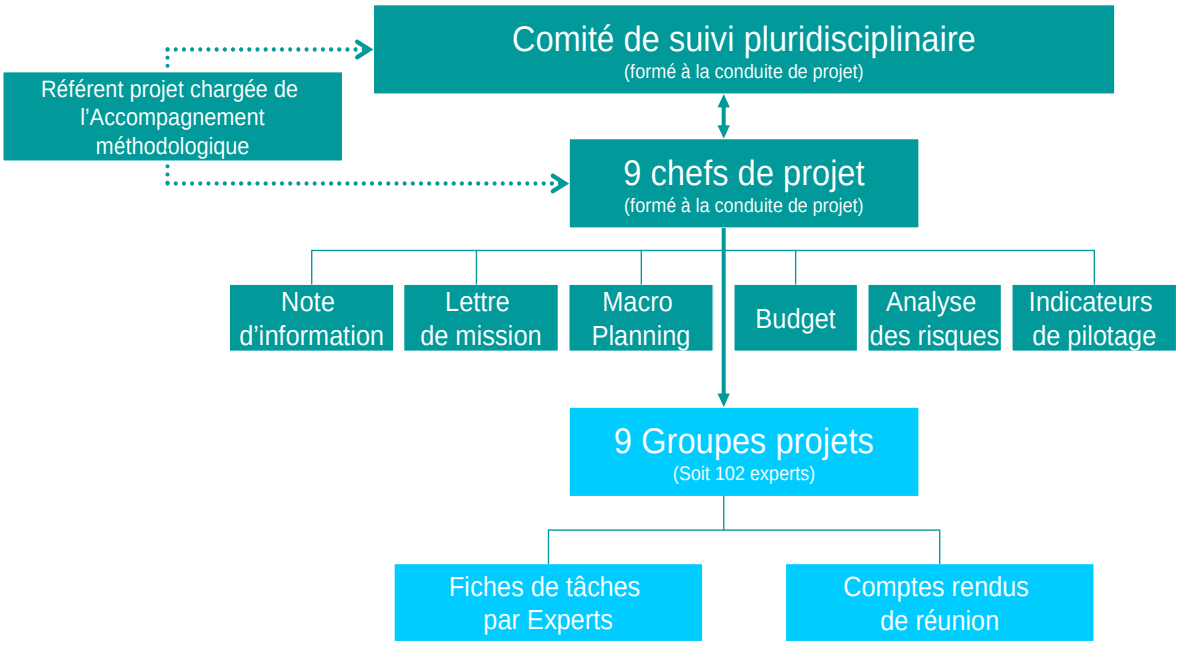
4.2.1 La conduite de projet comme aide à un projet d'ampleur

La Circulaire N°DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de Santé invite fortement les hôpitaux qui s'engagent dans un PRE à une organisation projet permettant de piloter cette démarche. En référence à cette Circulaire, le PRE du CHM a été présenté en application de la méthodologie institutionnelle de conduite de projet à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de PACA le 11 septembre 2008. La lisibilité et la rigueur du dispositif ont été très appréciées par l'ARH, le PRE du CHM étant cité auprès des autres établissements de la Région comme un modèle de clarté permettant un suivi efficace de l'avancement du projet[26].

Le PRE du CHM s'articule autour de 9 projets principaux :

- Les projets de restructuration :
  - Restructuration de la chirurgie et des consultations externes
  - Centralisation des endoscopies
- Les projets d'amélioration de la productivité :
  - Externalisation du nettoyage des structures administratives
  - Internalisation des groupages sanguins
  - Plan d'économies de la Direction des Services Logistiques
  - Réorganisation du temps de travail au Laboratoire
- Les projets de promotion de l'activité :
  - Mise en place de la Dialyse médicalisée
  - Extension de la Réanimation
  - Mise en place de lits dédiés aux Soins palliatifs

Les grands principes du PRE sont les suivants : mutualisation des moyens et des compétences, efficience des organisations, et diminution des coûts. L'organigramme du dispositif de conduite de projet du PRE est défini comme suit :



Chacun des 9 projets du PRE applique la méthodologie de conduite de projet. On retrouve ainsi les groupes projets avec leurs chefs de projet, ainsi que le comité de pilotage « de suivi pluridisciplinaire » qui a été formé à la conduite de projet. Ce comité de pilotage associe ainsi le Directeur Général, le Président de la CME, 2 représentants du

[26] Voir le tableau de bord de suivi trimestriel du PRE ARH/CHM, annexe 4, p. 15.

Conseil Exécutif, un représentant du CTE, un représentant de la CME, ainsi que les chefs des 9 projets inscrits au PRE. Enfin, le RAQ assure son rôle d'accompagnement méthodologique sur les différents projets en cours.

Les rôles et les missions des chefs de projet et du comité de suivi pluridisciplinaire, qui fait office de comité de pilotage, sont définis à partir des recommandations de la méthodologie de conduite de projet. Un chef de projet a été nommé avec une lettre de mission et une note d'information pour chaque projet composant le PRE. Il est expressément chargé de définir les objectifs, le planning, l'analyse budgétaire, les risques, les indicateurs de pilotage ; d'animer le groupe projet, de répartir les tâches de chaque expert et de restituer au comité de suivi l'avancement du projet en fonction des jalons posés. Le comité de pilotage pluridisciplinaire a pour rôle et missions suivants : assurer le suivi de la mise en œuvre du plan et de la réalisation des objectifs, arbitrer face aux difficultés, prendre des mesures correctives et rendre compte aux instances du CHM.

Le comité de suivi pluridisciplinaire se réunit 1 fois par mois. Les ordres du jour sont élaborés à partir des macro-plannings des projets du PRE en fonction des principaux jalons et sont envoyés par e-mail 15 jours avant la réunion mensuelle du comité de suivi, afin de préparer les arbitrages nécessaires. Les chefs de projet exposent alors l'état de l'avancement de leurs projets, et les difficultés éventuelles afin que le comité de pilotage prenne des décisions. Ces restitutions sont faites en application de la trame institutionnelle. La centralisation et la réactualisation de l'avancement des projets, les préparations des réunions et des supports, sont assurés par la Cellule Qualité.

4.2.2 Un dispositif de communication au service du projet

Le PRE s'accompagne d'un volet de communication essentiel dans sa démarche de retour à l'équilibre. L'amélioration des résultats financiers sera le fruit d'efforts importants pour maîtriser les dépenses et valoriser au mieux les soins donnés dans l'établissement. Poursuivant ce constat, le plan de communication a pour objectif d'accompagner l'ensemble de la démarche et de ses acteurs durant les 3 prochaines années. Son premier objectif est d'assurer l'adhésion des personnels à la démarche de retour à l'équilibre, ce qui implique de sensibiliser les personnels aux économies à réaliser et à l'importance de la mobilisation générale utile à la réussite du PRE, maintenir la mobilisation durant les 3 années, et limiter les risques d'image pour l'établissement. Son deuxième objectif est d'assurer la promotion de l'établissement dans la perspective d'un soutien à l'augmentation des recettes, ce qui implique de valoriser et d'informer

régulièrement sur les activités hospitalières et ses acteurs, et d'établir une communication permanente et accrue avec la médecine de ville et les partenaires de santé.

Les cibles du plan de communication sont en premier lieu les acteurs de la réussite du projet, c'est-à-dire les membres des groupes projet et le personnel hospitalier dans sa globalité, avec notamment les personnels d'encadrement, les médecins et les coordonnateurs de pôles. Les partenaires de santé et la médecine de ville sont également concernés. Les autorités de tutelle et les instances de l'établissement feront l'objet d'une information constante nécessaire au bon suivi du PRE, complémentaire à leur participation au Comité de suivi.

Les médias (dont les publications émises par les services de communication des villes du territoire de santé) seront associés de manière ponctuelle à la mise en place du projet : en réactif et pour les médias qui le souhaitent, sur la mise en place du PRE ; en proactif sur le volet promotionnel des activités hospitalières, dans le respect de la réglementation en vigueur concernant la communication santé.

Enfin, l'accompagnement du plan d'action est divisé en 2 phases correspondant respectivement à l'annonce du projet puis le suivi du projet et les bilans d'étapes.

5 La rénovation du management au CHM

L'apport de la méthodologie ayant été établi, l'étude réalisée permet néanmoins d'indiquer certaines pistes de réflexion pouvant valoriser la démarche de conduite de projet et garantir son impact durable sur l'efficacité du travail transversal au CHM. Cette dernière partie s'appuie autant sur les recommandations méthodologiques de la conduite de projet formulées par la CEGOS que sur les remarques recueillies en entretien.

5.1 La capitalisation de l'expérience : une étape à ne pas négliger

La méthodologie de conduite de projet telle que présentée par la boîte à outils ne mentionne pas clairement la nécessité de réaliser un bilan de fin de projet, ni les modalités de sa réalisation. Pour pallier ce manque, un travail avec le RAQ sur la définition de ces 2 étapes a été mené.

Le projet est une expérience unique, à chaque fois nouvelle, toujours imprévisible et jamais totalement reproductible. Mais on peut constater parfois une perte de temps à redécouvrir des solutions déjà développées, ou encore à reproduire les erreurs des projets passés. Les conséquences les plus notables sont la perte de temps et donc potentiellement le rallongement des délais, qui s'accompagne d'un surcoût par manque de standardisation. Il s'agit d'un facteur d'inefficience du projet qui peut de plus aboutir à sa non réalisation. La capitalisation des expériences de projet, par la réalisation systématique de bilans de projet dès la clôture, peut alors constituer une réponse intéressante en permettant un enrichissement des pratiques en matière de conduite de projet. La capitalisation des connaissances et des savoirs permet de donner un sens à la connaissance collective qui, sans cet effort, reste virtuelle et se réduit à un somme d'expériences isolées. De la même manière que la méthodologie de conduite de projet permet la transparence des projets, la capitalisation des expériences peut servir à « éclairer » des projets futurs ayant des proximités avec le projet conduit. Il s'agit, autant que faire se peut, de réduire la part d'inconnu des nouveaux projets par l'expérience accumulée dans les projets précédents.

Le bilan du projet doit permettre tout d'abord de comparer les résultats aux objectifs. A partir de ce constat, on peut engager l'analyse de tout ce qui a contribué à la réussite du projet et de ce qui aurait permis une meilleure performance. Les facteurs de succès et les gisements de progrès doivent être identifiés par les acteurs du groupe projet.

Sur la base de ce constat méthodologique, le retour d'expérience envisagé au CHM pourra porter sur les thèmes suivants :

- La qualité des solutions en réponse aux besoins exprimés,
- L'organisation du projet,
- L'utilisation des outils projet mis à disposition,
- L'estimation des charges et des délais, et de l'avancement des projets
- Les relations avec les différents métiers et avec les partenaires externes,
- Le travail en équipe projet,
- Le fonctionnement des instances de pilotage et la prise de décision.

Il semble intéressant de capitaliser autant sur le travail du groupe projet que sur l'impact du comité de pilotage dans son rôle décisionnel.

La fiche ou le rapport de fin de projet est rédigé par le chef de projet. Certaines parties techniques peuvent être confiées au spécialiste correspondant de l'équipe projet pour en faciliter la rédaction. L'ensemble est homogénéisé par le chef de projet. La méthodologie de la CEGOS propose que le bilan soit articulé autour des 4 rubriques suivantes :

- Information générale sur le projet
    - Nom, nature, motifs et enjeux du projet
    - Nom du commanditaire et du chef de projet
    - Liste des acteurs ayant contribué au projet et leur rôle
- Résultats du projet
    - Principaux livrables et objectifs prévus (qualité, coûts, délais) et résultats obtenus
    - Modifications demandées en cours de projet
    - Planning et budgets initiaux et finaux
    - Principaux événements du déroulement
- Analyse du déroulement du projet
    - Mise en avant de ce qui a particulièrement bien fonctionné
    - Explication des écarts identifiés
    - Difficultés et problèmes rencontrés et solutions apportées
- Bonnes pratiques à capitaliser
    - Erreurs à éviter
    - Innovations à retenir
    - Conseils à mettre en pratique

Il est cependant capital que le bilan de fin de projet ne fige pas les savoirs et les organisations. Il doit être une indication et une aide avant tout, non pas une norme opposable à la créativité des groupes projets. En devenant une référence pour les projets à venir, les bilans de fin de projet risquent de limiter l'émulation et l'apprentissage inhérents à tout projet et nécessaires au changement.

5.2 Valoriser et évaluer davantage la participation aux projets

Cette valorisation du management que représente la mise en place d'une méthodologie de conduite de projet doit s'accompagner d'un volet GRH et GPEC fort. En effet, le changement des pratiques professionnelles doit être stimulé et suivi afin d'atteindre des résultats durables. Le service GRH doit innover pour parvenir à articuler les trajectoires « métiers » et « projets », tout en conservant un équilibre qui ne se fasse pas au détriment des métiers traditionnels et des agents qui ne participent pas ou peu aux groupes projets. Il s'agit d'implanter la culture du travail transversal par sa reconnaissance dans l'évaluation des agents.

Il importe d'évaluer le travail individuel mais aussi et surtout celui de l'équipe projet puisque c'est le travail collectif qui est source d'innovation. L'évaluation individuelle doit mettre l'accent sur les critères de coopération en particulier. Selon la méthodologie de la CEGOS, le hiérarchique reste le principal responsable de la carrière de l'individu, mais une évaluation par le chef de projet doit constituer un élément de la trajectoire professionnelle. Il est en effet pertinent que le travail fourni dans le cadre des projets s'inscrive dans le projet professionnel des agents. Cependant, cette articulation entre projet transversal et trajectoire personnelle peut se heurter à la forte prégnance de la hiérarchie hospitalière ne reconnaissant pas d'autre évaluation que celle du supérieur hiérarchique classique. Cette prise en compte du travail transversal ne peut donc être que partielle et progressive.

Selon l'investissement ou la contribution au succès du projet, le chef de projet pourrait communiquer au responsable hiérarchique concerné les faits marquants de la performance de son collaborateur. La participation et le travail dans le cadre de projets pourraient être valorisés lors de l'entretien annuel d'évaluation. Son jugement s'élaborerait à partir de :

- L'atteinte des objectifs fixés au départ du projet entre le chef de projet et son collaborateur

- La participation au travail et à la vie de l'équipe : la réussite d'un projet dépend aussi de l'implication active de chacun à la vie de l'équipe. Cela comprend, par exemple, la participation aux réunions régulièrement d'avancement organisées, le souci de trouver des solutions techniques répondant aux attentes et aux contraintes des autres membres de l'équipe projet ou encore l'aide apportée aux autres équipiers pour réussir leurs missions.

Enfin, un entretien de fin de mission entre le chef de projet et son collaborateur serait l'occasion d'échanger autant sur les difficultés que sur les étapes qui se sont particulièrement bien déroulées. Il pourrait être l'occasion d'alimenter la fiche de bilan du projet. Il serait enfin intégré dans l'évaluation annuelle de l'agent. A l'issue de cet entretien, le pilote du projet rencontrerait le supérieur hiérarchique pour échanger sur les éléments clés de la performance du collaborateur. Ensuite, le hiérarchique serait en mesure de consolider la performance globale de son collaborateur en intégrant les activités projet et les autres activités confiées à la personne. Si le hiérarchique n+1 n'intègre pas l'activité de l'agent au niveau d'un groupe projet, le n+2 ou le notateur final pourrait, en connaissance de cause, l'intégrer *in fine* dans la notation. Dans le cas d'une prestation de moindre durée, le pilote du projet pourrait se contenter d'adresser une note synthétique explicitant les faits significatifs de la performance réalisée par son équipier. En cas de points négatifs relatifs à la contribution de l'équipier, il est conseillé qu'ils soient d'abord formulés à la personne concernée lors d'un entretien avant d'être remontés à la hiérarchie.

Cette participation aux projets serait prise en compte dans la définition des objectifs pour la période à venir, et dans l'examen des possibilités d'évolution de l'agent à moyen terme. Cela permettrait une articulation entre le projet institutionnel et le projet personnel de l'agent, dans une organisation hospitalière toujours davantage portée sur la transversalité. Enfin, un rapport plus étroit entre une trajectoire « projet » et une trajectoire classique enracinera définitivement le management par projet dans la culture hospitalière.

5.3 Enraciner définitivement le management dans les pratiques professionnelles

La pérennisation de la démarche entreprise par le CHM en matière de conduite de projet dépend largement de l'accompagnement et du suivi de sa mise en œuvre comme il a été détaillé précédemment. Les chefs de projets interrogés se sont tous sentis à un moment ou à un autre insuffisamment apte à mener leur projet. La formation assurée par la

CEGOS et le RAQ porte principalement sur l'outil et la méthode, très peu sur les techniques de management pur. Pour ces raisons il serait opportun d'envisager une formation spécifique aux techniques de management afin de conforter l'apport que représente déjà la méthodologie pour les chefs de projet et le CHM.

En s'appuyant sur le guide de recommandations en matière de management élaboré par l'HAS, il est demandé au chef de projet d'être un manager, c'est-à-dire d'être capable de savoir prévoir, organiser, décider, évaluer et motiver. Le manager doit à la fois être ferme et souple, entretenir une relation basée sur la confiance et la transparence. Il doit savoir instaurer et développer une relation d'aide avec ses collaborateurs, développer une communication adaptée, collecter et partager l'information.

Manager ne s'improvise que peu. Le chef de projet doit être en capacité de jouer un rôle de leader. Or, il est spécialisé dans un domaine de compétences particulier, et doit réaliser des tâches connues. Nommé manager, il change radicalement de fonction. Ce changement exige des efforts portant essentiellement sur les points suivants :

- prendre de la hauteur, acquérir une vision stratégique de l'action
- savoir tenir un planning : distinguer l'important de l'urgent
- se ménager des temps de réflexion afin de faire le point
- savoir mobiliser les expertises de collaborateurs autres que ceux de son service
- savoir déléguer et ne pas faire à la place des autres
- organiser le travail et fixer des objectifs
- reconnaître que l'erreur est possible, et qu'elle peut être constructive

Une formation portant spécialement sur ces points importants du management pourrait être envisagée au CHM. Elle consoliderait le dispositif. Un manager se construit continûment. Dans cette perspective, la formation au management doit être envisagée en donnant une place centrale à l'expérience professionnelle et humaine, et en s'appuyant sur le bilan effectif des acteurs : la communication des expériences de projets et des chefs de projets garantira une amélioration continue des pratiques de conduite de projet.

Conclusion

Les orientations de l'avant-projet de Loi Hôpital, patients, santé et territoires confirment à nouveau toute la place donnée au management à l'hôpital, et la nécessité de développer des outils de gestion et de pilotage dynamiques dans un contexte de révolution hospitalière. L'hôpital public tend à se banaliser, et à perdre son caractère exorbitant de droit commun. Il devient une fonction de production comme une autre, alors que la dispensation de soins de qualité n'est plus depuis longtemps l'exclusivité du secteur public. La mise en concurrence entre acteurs publics et privés, et au sein même de ces 2 catégories, impose le développement d'un management dynamique reposant sur la réactivité, la rigueur et l'anticipation. La méthodologie de conduite de projet mise en place au CHM est un exemple de l'adaptation de l'hôpital à ces impératifs. C'est un outil technique à dimension organisationnelle, vecteur du pilotage de l'établissement. Elle permet le déploiement opérationnel du projet d'établissement, ce qui renforce la dimension hiérarchique tout en approfondissant la dimension transversale du travail à l'hôpital. Cette méthodologie permettra de plus certainement d'accélérer le processus d'adaptation à la prochaine mise en place des pôles au CHM qui viseront les mêmes objectifs.

La conduite de projet participe pleinement de cette recherche d'efficience exigée des établissements de santé. Cependant, la mise en place de la méthodologie au CHM en est encore au stade d'apprentissage. C'est le suivi, l'accompagnement, le retour d'expérience aux acteurs et l'évaluation réalisée suite à l'aboutissement des premiers projets qui conforteront cette démarche. La période d'apprentissage actuelle permet aux acteurs d'intégrer la démarche intellectuelle de conduite de projet et d'assimiler progressivement toutes ses subtilités. De façon plus générale, c'est une période charnière qui correspond à la construction de nouveaux repères et de « sens » alimentés par l'esprit des réformes hospitalières. Ainsi, la conduite de projet est également un puissant vecteur de l'intégration du sens des réformes hospitalières dans les pratiques professionnelles.

Bibliographie

Ouvrages

MULLER J-L., TREHOREL Y., 2005, *Manager un projet au quotidien*, Issy-les-Moulineaux : ISF Editeur, 205 p.

Articles et périodiques

BOUTINET J-P., février 2006, « Intérêt et limites du management par projet », *Soins Cadres*, n°57, pp. 61-64.

CETTOUR-BARON G., mars 2007, « Certification, management et valeurs professionnelles. Vers une éthique nouvelle ? », *Gestions hospitalières*, n° 464, pp. 187-196.

DUCHAMP D., Nouveaux modes de régulation de la politique hospitalière et dynamique organisationnelle des petits établissements de santé du secteur public : les paradoxes de la professionnalisation des groupes projet, 13p.

DUPUY F., site internet personnel, [visité le 28.09.2008], disponible sur internet : http://www.francoisdupuy.com/index.html

HALGAND N., novembre – décembre 2003, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, n°147, pp. 219-231.

HOLCMAN R., avril 2008, « La « dysorganisation » un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue française de gestion*, n°184, pp. 35-50.

LEROY D., janvier - février 1996, « Le management par projets : entre mythes et réalités », *Revue française de gestion*, n°107, pp. 109-120.

ROYER I., janvier 2005, « Le management de projet – Evolutions et perspectives de recherches », *Revue française de gestion*, n°154, pp. 113-122.

ZANNAD H., juin 2001, « Quelle participation des salariés à la gestion par projet ? », *Problèmes économiques*, N°2717, pp. 1-6.

Mémoires EHESP

VALLEE J-C., *Favoriser l'appropriation des démarches de gestion des risques hospitaliers par le personnel soignant – Quelle contribution pour le directeur des soins ?*, Mémoire ENSP 2006.

Communications de conférences

HUSSER J., « Le management stratégique de la qualité hospitalière par l'encadrement intermédiaire », *in* AIMS, *XV ème Conférence Internationale de Management Stratégique,* 13-16 juin 2006, Genève : AIMS, 2006, 21p.

KRIEF N., « Démarches de projet et apprentissage du changement – Le cas d'un hôpital public », *in* AIMS, *IX ème Conférence Internationale de Management Stratégique,* 24-25-26 mai 2000, Montpellier : AIMS, 2000, 14p.

PIERRU F., « Le désenchantement de l'Hôpital : mythe ou réalité ? », *in Association des Directeurs d'Hôpital, Réenchanter l'Hôpital : osons le rapport Larcher,* 26 septembre 2008, Marseille.

Documents officiels

Circulaire N°DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de Santé

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière

Manuels et rapports

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 2002, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé* [en ligne], Paris : ANAES, 77p. [visité le 03.09.2008] disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, 2006, *L'organisation et le management « par projet »* [en ligne], 20p. [visité le 03.09.2008] disponible sur Internet : http://www.anact.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* [en ligne], 40p. [visité le 03.09.2008] disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2007, *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé* [en ligne], 20p. [visité le 14.09.2008] disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2007, *Rapport de certification du Centre Hospitalier de Martigues* [en ligne], 116p. [visité le 14.09.2008] disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2008, *Manuel de certification des établissements de santé - V 2010 en version « pilote »* [en ligne], 69p. [visité le 03.09.2008] disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficience, l'hôpital avance* [en ligne], Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 40p. [visité le 03.09.2008] disponible sur Internet : http://www.meah.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe I : La boîte à outils de conduite de projet élaborée par le Centre Hospitalier de Martigues, p. I

Annexe 2 : Exemple d'un tableau d'avancement présenté en comité de suivi du plan de retour à l'équilibre, p. XI

Annexe 3 : Exemple d'une fiche de tâche, p. XIII

Annexe 4 : Tableau de bord de suivi trimestriel du Plan de Retour à l'Equilibre ARH/CHM, p. 15

Annexe 5 : Trame des entretiens réalisés, p.17

ANNEXE I : La boîte à outils de conduite de projet élaborée par le Centre Hospitalier de Martigues

Les recommandations

& les étapes incontournables

de la conduite de projet

Contexte et enjeux de la conduite de projet :

- **Le contexte :**

  Une volonté institutionnelle d'inscrire le CHM dans une démarche de conduite de projet afin de s'engager dans une dynamique qualité de nos organisations et méthodes de travail.
  Les recommandations de la conduite de projet sont définies par le directeur général et cosignées par le conseil de direction.
  Un référent à la conduite de projet a été nommé, afin d'accompagner méthodologiquement, les professionnels, dans la mise en œuvre de cette démarche :

  Caroline RAUFASTE – Poste 2018 – Cellule Qualité

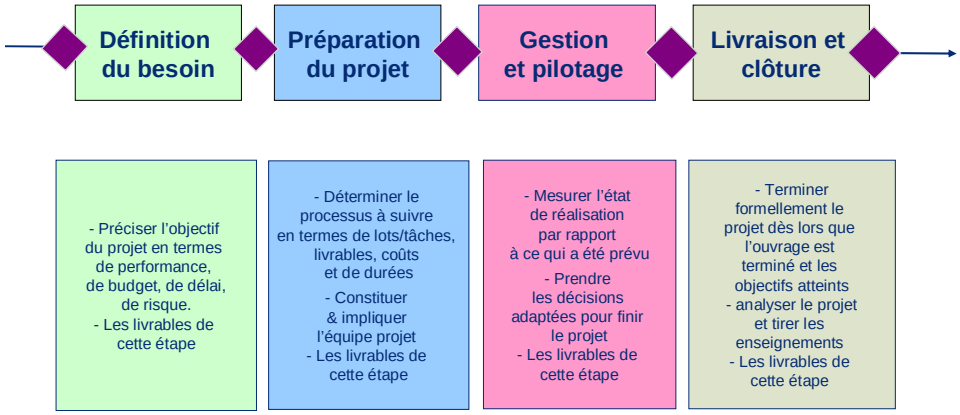
  De plus, une formation institutionnelle a été mise en place en 2008 pour les chefs et cadres de pôles.

- **Le mode d'utilisation de ces recommandations :**

  A chacun de faire la part des choses et d'adapter cette méthodologie aux différents types de projet qui pourront être mis en place au sein de notre institution. C'est-à-dire que tous les projets ne rentrent pas forcément dans ce cadre, **seuls les projets transversaux ont l'obligation d'utiliser les recommandations** présentées dans ce document.

- Pour les projets de services, les études de faisabilité… l'utilisation de cette méthodologie est recommandée mais reste facultative. . A vous de choisir les outils dont vous aurez besoin pour mener à bien votre projet et peut être ce qui fera l'objet d'un projet.

Le processus de la conduite de projet



Comment initialiser un projet ?

1. Définir le périmètre du projet : Nom du projet, le périmètre, le processus concerné
2. Nommer le chef de projet : Déléguer un responsable via la lettre de mission et la note d'information, Lettre de mission définie ➔ QUI FAIT QUOI ET QUI EN PORTE LA RESPONSABILITE?
3. Définir les objectifs : les enjeux ➔ POURQUOI ET POUR QUOI FAIRE?
4. Lister les gains envisageables ➔ POUR QUELS BENEFICES?
5. Définir les ACTEURS du projet : décideur(s) -> comité de pilotage, les experts -> groupe projet
6. Définir les taches à réaliser : Organigramme des taches et leurs responsables ➔ QUI EST RESPONSABLE DE QUOI?
7. Elaborer le planning : Macro planning des taches, les grands jalons ➔ QUAND?
8. Définir le budget : Fiche budget ➔ COMBIEN ?
9. Identifier les risques pouvant interférer le projet: Fiche risque ➔ QUEL RISQUE?
10. Animer efficacement les réunions projet ➔ COMMENT CONDUIRE UNE REUNION?
11. Utiliser un support permettant le suivi de l'avancement du projet ➔ TABLEAU DE BORD DE PILOTAGE

1. Définir le périmètre du projet

- Préciser :
  - le contexte
  - le nom du projet
  - le périmètre
  - le processus concerné

2. Nommer et contractualiser la mission du Chef de projet

- **La lettre de mission :**
  Elle est élaborée par le chef de projet et discutée avec le commanditaire interne / externe. Elle cadre la/les mission(s) du chef de projet et définit son périmètre d'intervention (prise de décision, mode de reporting…) et clarifie les objectifs et indicateurs de réussite de l'action du chef de projet.

- **Le chapitrage :** ➔ Cf. ex de Lettre de mission

- **Les enjeux et contexte :**
  Périmètre du projet et le champ d'application : les problématiques à résoudre
  Contraintes : (qualité, les coûts, les délais)
  Les services concernés :
  Les objectifs :
  La démarche proposée, Éléments de scénarii : Proposition concernant le déroulement du projet)
  Les acteurs du projet
  Le budget
  Les gains envisagés
  L'analyse des risques

La note d'information : ➔ Cf. ex de note d'information

- **Elle est élaborée par le chef de projet, signée par le directeur général et diffusée à l'ensemble des acteurs concerné par le projet.**

- **Elle présente le contexte du projet, le chef de projet et ses objectifs**

3. Définir les objectifs

➔ L'OBJECTIF DOIT ETRE SMART!!!

Spécifique, Simple
L'objectif décrit précisément ce qui doit avoir changé chez qui, et en quoi cela doit avoir changé.

Mesurable
Il sera possible de juger objectivement de l'atteinte de l'objectif. Pour cela, il faut généralement fixer des indicateurs (voir aussi "Indicateurs")

Acceptable
Atteindre l'objectif implique un effort. Ceci s'exprime soit à travers l'objectif lui-même, soit à travers ses indicateurs

Réaliste
Un objectif de projet doit être réaliste dans le sens qu'il doit être atteignable avec les moyens disponibles. On ne peut juger de cela qu'en connaissant le contexte, la durée et les ressources du projet.

Défini dans le temps
En principe, un objectif de projet doit être atteint à la fin du projet. Un objectif intermédiaire doit être atteint au plus tard au moment du pointage d'étape. Dans les outils "Tableau de planification" et "Tableau de pilotage", l'élément temporel des objectifs est défini par leur place dans les tableaux.

➔ Cf. Fiche projet

4. Lister les gains envisageables

- **Ex :**
  - **Optimisation des ressources**
  - **Harmonisation des pratiques**
  - **Maîtrise des dépenses**
  - **Gain de temps**
  - **Conformité avec la réglementation**
  - **Sécurité**
  - **….**

5. Définir les acteurs

- Mettre en place un comité de pilotage : (décideurs) ➔ cellule stratégique
- Mettre en place un groupe projet, piloté par le chef de projet ➔ cellule opérationnelle
  - Le Responsable par tâche : c'est le garant de la bonne réalisation de l 'action. Il peut-être également l'expert
  - L'Expert : c'est celui qui réalise l'action
  - La personne ressource : c'est un expert que l 'on consulte pour obtenir une information une validation technique. Il n'a pas de tâche particulière à réaliser
  - L'Informé : c'est une personne à qui on diffuse un document ou qu 'on informe d 'une action réalisée ou à venir

Nb : dans le cadre du projet, le chef de projet ou le leader de groupe de travail ont obligatoirement l 'un de ces 4 rôles

➔ Les rôles sont définis au niveau de la fiche de tâche

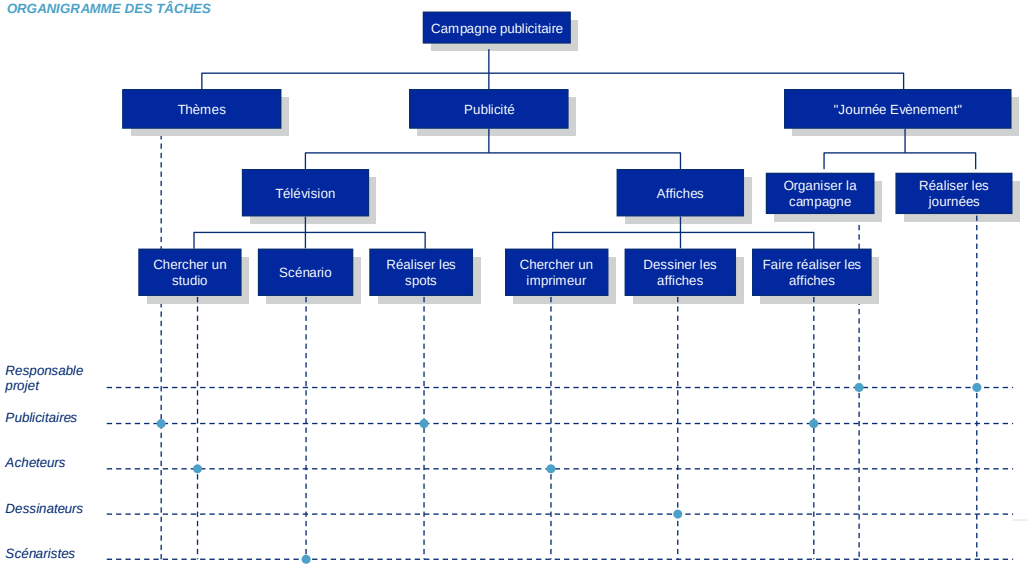
6. Définir les taches à réaliser : Organigramme des taches

- **L'Organigramme des tâches (OT) est une arborescence d'actions à réaliser** ➔
- **Construire l'OT en pensant «résultat à obtenir», sans tenir compte de l'enchaînement temporel.** ➔
- **Un outil structurant pour l'élaboration du budget et du planning**
- **Le meilleur découpage est celui partagé par l'équipe.**
- **Règles des 3 R : Un seul responsable, des ressources, un résultat**
- **L'OT se concrétise par des fiches de tâches** ➔

- **L'OT permet d'identifier et de structurer toutes les actions à réaliser, mais aussi de répartir les responsabilités.**
- **L'OT n'est pas une représentation de l'enclenchement chronologique des tâches.**
- **L'OT constitue un système de référence commun permettant la consolidation et la synthèse des coûts et des délais.**
- **La décomposition s'arrête lorsqu'une tâche peut être clairement circonscrite et déléguée à un responsable de tâche.**

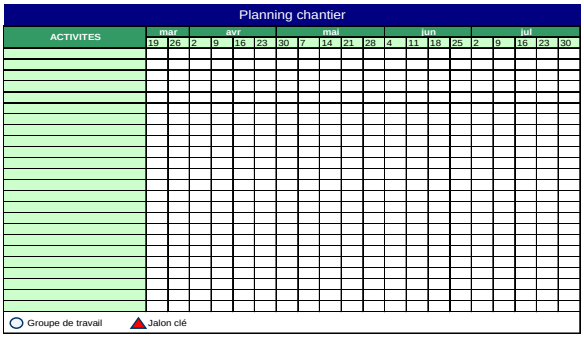
	Organigramme des Tâches du projet *<Nom du Projet>*	Version :
Projet :		**Chef de projet :**
Phases décrites :		**Page 1/n**

ORGANIGRAMME DES TÂCHES



7. Elaborer le planning : Macro planning des taches

- La planification est :
  - Un réel outil d'anticipation
  - L'enclenchement des tâches
  - La notion de chemin critique
  - Les marges possibles
  - Le diagramme de GANTT
  - L'équilibrage des charges
  - La maîtrise du temps



- Fiche Planning ➔

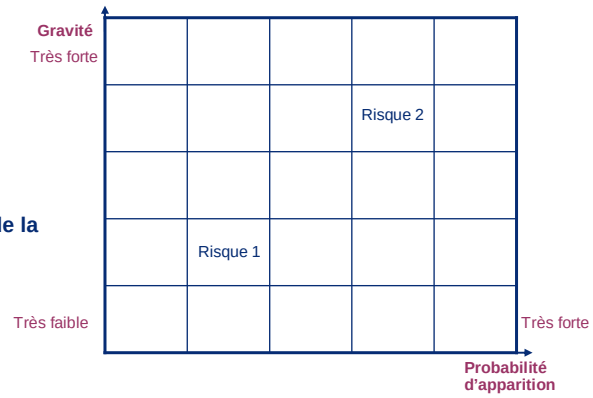
8. Définir le budget

- Définir les différentes natures de coût : externe/interne
- Prévoir une provision pour risque et aléa
- Le budget initial : un repère pour le pilotage de l'avancement
- La gestion des modifications
- Budget révisé / budget initial
- Dépenses engagées
- Le reste à engager
- Fiche Budget ➔

Code	Libellés	Quantité (unités) (1)	Prix unitaire (2)	Budget initial (3)=(1)x(2)	Avenant et modifica-tion (4)	Budget révisé (5)=(3)+(4)	Dépensé consommé engagé (6)	% avancemt. (7)	Reste à dépenser, consommer, engager (8)	Total à fin de projet (9)=(6)+(8)	Écart (10)=(5)-(9)
				0,00 €		0,00 €				0,00 €	0,00 €
				0,00 €		0,00 €				0,00 €	0,00 €
				0,00 €		0,00 €				0,00 €	0,00 €
				0,00 €		0,00 €				0,00 €	0,00 €
Totaux				0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €

9. Identifier les risques : Fiche risque

- Un risque est un évènement probable dans le cadre du projet
  - Il se caractérise par une probabilité d'apparition et une gravité
  - Un risque est différent d'un aléa
  - Il existe des natures de risques très variées
  - La décision d'action doit dépendre de la criticité
  - Action de prévention
- La fiche risque ➔



10. La réunion de lancement

- Présenter le projet, ses objectifs, ses enjeux, ses risques, son importance pour l'établissement
- Préciser le cadre organisationnel dans lequel s'inscrit le projet
- Présenter le planning simplifié du projet (ses principales étapes, ses évènements-clés)
- Demander à chacun de se présenter et de préciser ses responsabilités dans le projet
- Définir les règles du jeu du fonctionnement collectif dans l'équipe
- Planifier le calendrier des prochaines réunions d'équipe

10'. Les principes d'une réunions efficaces

- Planifier dés le lancement du projet les réunions programmables pour toute la durée du projet
- Fixer de préférence ces réunions à date, heure et lieu fixe
- Faire des réunions courtes (1h maximum)
- Distinguer les réunions de travail des réunions régulières d'avancement
- Utiliser le compte-rendu type ➔

11. Support permettant le suivi de l'avancement du projet pour le comité de pilotage

CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES

TITRE du PROJET

Chef de projet :

Version : 0.1
Date : ../../20..

OBJECTIF :

Groupe de Travail

Facteurs clés de succès

Livrables & jalons clés

- LIVRABLES :
- JALONS :

Méthodes et outils utilisés

Titre du projet

11'. Le rapport de l'avancement – comité de pilotage

CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES

« nom projet »	Chef de projet :	Reporting n° : 1 Date : jjmmmAAAA

AVANCEMENT GLOBAL

Avance/retard par rapport aux jalons

4s 3s 2s 1s 1s 2s 3s 4s

Retard *Avance*

Fin prévue le : JJmmmAAAA

Résultats délivrés

60%

Ambiance

Avancement des tâches / livrables

Avancement depuis le dernier COPIL

O % 25 % 50 % 75 % 100 %

- Livrable 1
- Livrable 2
- Livrable 3
- Livrable 4

SYNTHESE des Tâches REALISEES depuis le dernier Bilan d'étape

- xxx

Ce qui s'est bien passé

- Xx
- xx

SYNTHESE des DIFFICULTES rencontrées	Risque F / M / f	Commentaires / Proposition

DECISIONS

- xxx

Centre hospitalier de Martigues
Pôle :
Direction :

PROCHAINES ETAPES

N°	QUOI	QUI	QUAND
1.1			

18

Titre du projet

ANNEXE 2 : Exemple d'un tableau d'avancement présenté en comité de suivi du plan de retour à l'équilibre

Rapport de l'avancement – comité de suivi PRE

CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES

« Projet LogiDiss »	Chef de projet : N. BOURBON	Reporting n° : 2 Date : 19 / 09 / 2008

AVANCEMENT GLOBAL

Avance/retard par rapport aux jalons

4s 3s 2s 1s 1s 2s 3s 4s

Retard Avance

Fin prévue le : 31/12/2009

Résultats délivrés

30 % Approvisionnement et gestion stocks
10% Distribution logistique

Ambiance

Avancement des tâches / livrables

	0 %	25 %	50 %	75 %	100 %
• Magasin					
• DMS					
• Médicaments					
• Centralisation					

SYNTHESE des Tâches REALISEES depuis le dernier Bilan d'étape

- Travail sur les préconisations de commandes (Opticom PH et Opticom MC)
- Prise de connaissance module + Rédaction procédures de gestion des stocks
- Mise en place préconisations sur les DMS et Magasin central en cours (2500 produits)
- Inventaire Pharmacie (médicaments en juin et DMS en octobre)

Ce qui s'est bien passé

- Réunions de travail respectées jusqu'à fin juin (tous les 15j avec CR)
- Rédaction des procédures de gestion des stocks en collaboration avec la DSIO

Centre hospitalier de Martigues
PRE : LogiDiss / N. BOURBON

Rapport de l'avancement – comité de suivi PRE

« Projet LOGIDISS »

CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES

SYNTHESE des DIFFICULTES rencontrées	Risque F / M / f	Commentaires / Proposition
Absence du Chef de service de la Pharmacie et référent DMS depuis Juin + Temps supplémentaire non prévu au démarrage du projet pour sécuriser les stccks / Mise à jour des procédures existantes et rédaction des procédures manquantes Difficultés interface GEF / Epicure pour paramétrer	MOYEN	Décaler le projet dans le temps avec un démarrage à prévoir en janvier 2009 pour le Magasin Central et Les DMS de la pharmacie
Décalage entre volonté éventuelle de paramétrer en 2009 pour les médicaments et la gestion de la fin des marchés de médicaments fin 2009.	FORT	Voir Pharmacien pour examiner statistique des modifications de fournisseurs liés au marché
Moyens humains pour le paramétrage des médicaments → 4 mois nécessaires	FORT	Voir Pharmacien pour examiner s'il existe une possibilité en interne ou pas
Pas de référent défini pour gérer les préconisations à la Pharmacie	FORT	Définir un référent ou plusieurs rapidement avec le Pharmacien et le Cadre pour mise en place et suivi du projet (pour une meilleure implication et transmission au personnel concerné) Réunion prévue le 25/09/2008 avec le Chef de Service de la Pharmacie, les cadres de Pharmacie pour définir un rôle d'accompagnement et de suivi de la mise en œuvre de la démarche(JJR + KS) Rédaction des procédures en cours (NB+ MR OK) + Formation du personnel (qui le fait?NB et MR ou Référent défini?) à voir avec le Pharmacien

Rapport de l'avancement – comité de suivi PRE

« Projet LOGIDISS »

DECISIONS du comité de suivi

PROCHAINES ETAPES

N°	QUOI	QUI	QUAND
1.1	Inventaire DMS	Pharmacie	2 Octobre 2008
1.2	Formation procédures et gestion de stocks	NB + MR	À définir prochaine réunion de travail 25/09
1.3	Formation d'un référent Pharmacie aux préconisations	NB + MR	À définir prochaine réunion de travail 25/09
1.4			
1.5			
1.6			
1.7			
1.8			

CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES	**FICHE DE TACHE** ***<NOM DU PROJET>***	Version : Statut : Non commencée Commencée Terminée

IDENTIFICATION :

Projet :	**Chef de projet :**
Code de la tâche :	**Nom de la tâche :**
Responsable de la tâche :	**Service :**

DONNEES QUANTITATIVES :

Date de début prévue :	**Date de fin prévue initialement :**
Date de début réelle :	**Nouvelle date de fin prévue :**
Durée estimée (en jour ou semaine):	**Charge de travail (en jour*homme) :**
Autres ressources (matériels,…) :	**Code imputation budgétaire :**

DONNEES D'ENTREE :

Il s'agit des données de sortie des tâches en amont, utiles pour la réalisation de cette tâche.

Figureront aussi les contraintes de planning et les documents spécifiques.

DESCRIPTION DU BESOIN A SATISFAIRE :

Description des objectifs de la tâche.

Description éventuelle du mode opératoire pour réaliser la tâche. Certaines tâches ont des modes opératoires parfaitement maîtrisés et connus qu'il n'est plus utile de décrire, si le responsable de tâche en est l'expert.

Liste des tâches exclues et des travaux exclus, pour éviter que des travaux ne soient réalisés deux fois.

DONNEES DE SORTIE :

Liste des livrables, et description sommaire de leur nature. Référence éventuelle à un format-type de livrable, s'il en existe un dans l'entreprise (exemple : dossier de test, Compte-rendu de réunion…)

Visa responsable de tâche	*Visa chef de service*	*Visa Chef de projet*

SUIVI DU PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE DU CHM 2008/2010
Tableau de bord de suivi trimestriel ARH/CHM

Thèmes	**Les Projets de restructuration :**		**Projets d'amélioration de la productivité :**					**Projets de promotion de l'activité :**		
Projets du PRE	**Restructu-ration de la chirurgie**	**Centralisation des endoscopies et développement de l'enregistrement du sommeil**	**L'internalisa-tion des groupages sanguins**	**Réduction d'1 salle de radiologie conventionnelle**	**Plan d'économies de la DSL**	**Mise en conformité des règles locales de gestion du personnel avec la réglementation**	**Externali-sation du bio nettoyage**	**Dialyse médicalisée**	**Extension de la réanimation**	**Mise en place de lits dédiés de soins palliatifs**
Objectif cible : gains envisagés	En terme d'effectif = 18,90 ETP En terme financier = 697 028 €	En terme financier = 113 000 €	En terme financier := 90 000 €	En terme financier = 38 000 €	En terme d'effectif = 8 ETP En terme financier = 1 183 400 €	En terme d'effectif = 2,20 ETP En terme financier = 142 200 €	En terme d'effectif = 9,30 ETP En terme financier = 50 000 €	En terme d'activité = 1872 séances/an En terme financier = 56 385 €	En terme d'activité = 200 séjours/an En terme financier = 383 500 €	En terme financier =248 000 €
Date de début	Août 2008	Août 2008	Août 2008	Septembre 2010	Juin 2008	Août 2008	Août 2008	Août 2008	Août 2008	Août 2008
Date de fin cible	Octobre 2008	Janvier 2009	Décembre 2009	Septembre 2010	Fin 2010	Janvier 2009	Octobre 2008	Début de l'activité Octobre 2008 avec montée en charge progressive jusqu'en juin 2009	Début de l'activité (9 lits), mi octobre 2008 avec montée en charge progressive (12 lits) juillet 2010	Juin 2009
Indicateurs de suivi	*Indicateur RH:* - Nombre de postes gelés	*Indicateurs d'activité :* - Nombre d'AG réalisées - Nombre d'enregistrement du sommeil	*Indicateur financier :* - Nombre de groupages réalisés en interne	*Indicateur financier :* - Fin du contrat de maintenance	*Indicateur RH :* - Nombre de postes gelés *Indicateur financier :* - Suivi des comptes DSL	*Indicateur RH :* - Nombre de postes gelés - Application des mesures règlementaires	*Indicateur RH :* - Nombre de postes gelés	*Indicateur d'activité :* - Nombre de séances réalisées/an	*Indicateur d'activité :* - Nombre de séjours/an	*Indicateur d'activité :* - Nombre de séjours en soins palliatifs
Etat d'avancement du PRE ➔ Bilan d'étape trimestriel										
% réalisé										
Écart réalisé										
Action correctrice										
Résultat										

Thèmes	Projets de promotion de l'activité : (suite)	Les mesures sur les effectifs	
Projets du PRE	**Promotion de l'activité au delà des activités nouvelles**	**Les gains sur le différentiel entre départs et recrutements de praticiens hospitaliers**	**Les mesures sur les effectifs non médicaux**
Objectif cible, gains envisagé	En terme d'activité = 310 séjours supplémentaires En terme financier = 517 000 €	En terme financier = 117 000 €	En terme d'effectif = 31,30 ETP Effort à fournir par pôle sur trois années : Pôle Médecine/SSR → 4 ETP Pôle Chirurgie → 1 ETP Pôle Mère/enfant → 4,25 ETP Psychiatrie (3 secteurs) → 5 ETP Pôle Médico technique → 3 ETP Pôle Urgences/SMUR/Réa/Cardio → 3,75 ETP Pôle Administratif → 11 ETP En terme financier = 1 270 000 €
Date de début	Juillet 2008	Juin 2008	Août 2008
Date de fin cible	Fin 2010	Décembre 2010	Juin 2010
Indicateurs de suivi	*Indicateur d'activité :* - Nombre de séjours supplémentaires réalisés/an	*Indicateur financier :* - différentiel de salaire entre poste au départ et poste recruté	*Indicateurs RH :* - Nombre de postes ETP gelés/pôle - Nombre de départs à la retraite ETP non remplacés - Nombre de ETP mutation ou démission non remplacés
Etat d'avancement du PRE → Bilan d'étape trimestriel			
% réalisé			
Écart réalisé			
Action correctrice			
Résultat			

NB : Ce bilan d'étape trimestriel reprend de manière synthétique le suivi mensuel de l'ensemble des projets (Comité de Suivi du PRE mensuel CHM)

ANNEXE 5 : Trame des entretiens menés

Questions aux chefs de projet

1. Avez-vous déjà été chef de projet et si oui, comment avez-vous conduit le projet ?
2. Qu'est ce que la méthodologie change pour vous ? Qu'apporte-t-elle à l'hôpital selon vous ?
3. Quels sont les étapes qui apportent un plus, lesquelles vous posent des difficultés ?
4. Quels outils ne vous semblent pas adaptés éventuellement ?
5. Avez-vous suivi la formation ? Comment la jugez-vous ?

Questions aux cadres de direction

1. Pourquoi une méthodologie aujourd'hui ? Que doit-elle apporter à l'établissement ?
2. Quelle place pour la conduite de projet à l'hôpital ? Remet-elle en cause un fonctionnement hiérarchique ? Traduit-elle un changement durable des mentalités ?
3. Peut-on envisager une politique de valorisation des ressources humaines ?
4. Va-t-on arriver à faire des chefs de projet des managers ?
5. Une politique de reconnaissance du travail au mérite est-elle envisageable ?

Questions au RAQ

1. Quel est le but de la mise en place de cette méthodologie de conduite de projet selon vous? A quoi sert la gestion par projet ?
2. Approche conceptuelle de la conduite de projet, de ses limites, et des limites liées à sa mise en œuvre dans un hôpital public
3. Comment étaient gérés les projets sans méthodologie jusqu'à présent ?
4. Quel est votre avis sur la formation à la gestion par projet ? Avez-vous des idées d'amélioration ? Dans quelle mesure va-t-elle pallier les carences en termes de capacité de management des acteurs ?
5. Comment s'assurer de la généralisation d'une méthode unique de gestion par projet en évitant au maximum qu'elle ne soit pas appliquée ou mal appliquée (voire modifiée…) ?
6. Quelle évaluation/suivi sera mis en place ?
7. Quel accueil de la méthodologie de conduite de projet auprès des chefs de projet ?
8. Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des chefs et groupes projet ?