



Directeur des Soins

Promotion : **2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**Le management par projet au service
de la qualité de vie au travail :
un outil managérial pour le Directeur
des Soins**

Nathalie BISSON

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels interrogés, pour leur disponibilité et toutes les informations données au cours d'échanges riches et précieux.

Je remercie Marielle BOISSART, Coordinatrice Générale des Instituts du Pôle des Formations des Professionnels en Santé du CHU de Rennes (PFPS) et de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé du Centre Hospitalier de Fougères, Coordinatrice Paramédicale de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotchnique du CHU de Rennes, ma tutrice de mémoire et Frédérique QUIDU, Ingénieur de Recherche au Département Sciences Humaines et Sociales, ARENES-UMR6051, Ecole des Hautes Etudes de sante Publique (EHESP), Membre de l'association latine d'analyse des systèmes de santé (ALASS) pour la qualité de leur accompagnement et leur disponibilité.

Je remercie également Catherine BITKER, Coordinatrice Générale des Instituts du Pôle des formations et de Recherche en Santé du CHU de Caen (PFRS), Olivier LE ROUGE, Coordinateur des soins et directeur de la qualité et de la gestion des risques du GHT Mont-Saint-Michel, Dominique ANSOULD, Coordinatrice des soins des centres hospitaliers du Centre Manche, ainsi que mes collègues EDS et particulièrement les Christelle(s), Blandine, Stéphanie, Anne et Christiane dites « les chipoteuses » pour leurs soutiens, leurs accompagnements et leurs transmissions de savoirs.

Enfin, je remercie mes amis Françoise et Gilles, mes enfants Mathilde et Maxime et Francis, mon conjoint, pour leur soutien indispensable et incommensurable. Une forte pensée à toutes ses personnes qui ont cru en moi et qui ne sont plus.

« Le leadership consiste à faire en sorte que d'autres soient meilleurs en raison de votre présence et de faire en sorte que l'impact dure en votre absence ».

Sheryl Sandberg

« Un changement est toujours provoqué par des personnes ordinaires qui font des choses extraordinaires ».

Barack Obama

Sommaire

Introduction	1
1 Le management par projet : entre fondement et évidences intellectuelles	5
1.1 Pour un management par projet : quels concepts ?	6
1.1.1 Définition du management	6
1.1.2 Concept du management par projet	7
1.2 Qu'est-ce que la qualité des soins ?	9
1.3 La qualité de vie au travail : de quoi parle-t-on ?	11
1.3.1 La QVT, héritage de plusieurs traditions scientifiques	12
1.3.2 La QVT, un sujet de compromis entre acteurs sociaux.....	14
1.4 Le travail est-il porteur de sens ?.....	15
1.5 La motivation et l'implication des acteurs : des éléments essentiels du management par projet.....	18
1.6 Le pouvoir d'influence ou le leadership du directeur des soins	21
2 Du conceptuel à la réalité de terrain : enquête et analyse	25
2.1 La méthodologie d'investigation	25
2.1.1 Présentation des établissements.....	26
2.1.2 La population interrogée.....	26
2.1.3 Le recueil de données	27
2.1.4 Les limites et les points forts de notre étude.....	28
2.2 L'analyse des données.....	29
2.2.1 Recueil et analyse des indicateurs qualité.....	29
2.2.2 Analyse des entretiens semi-directifs	30
2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses	47
3 Le management par projet : une opportunité managériale intéressante pour le DS..	51
3.1 Les conditions pour mettre en place le management par projet.....	52
3.2 La finalité du management par projet comprise de tous	53
3.3 Un positionnement managérial du DS connu et reconnu.....	54
3.4 Les points de vigilance propres au management par projet.....	55
Conclusion	57
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMA : Assistante Médico-Administrative

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

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSP : Cadre de Santé de Proximité

CDS : Coordinateurs des Soins

COFIL : Comité de Pilotage

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DG : Directeur Général

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBET : Indice de Bien-Etre au travail

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IF B : Institut de Formation B

IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation des Soins Infirmiers

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

QVT : Qualité de vie au travail

Introduction

Le système de santé français vit actuellement de profonds bouleversements organisationnels et culturels qui rendent de plus en plus prégnante la logique de performance et de rentabilité. On peut imaginer que ces modifications qui rythment les évolutions hospitalières sur les dix dernières années puissent avoir un impact sur le turnover, l'absentéisme et les difficultés de recrutement. Pour Jean De Kervasdoué, économiste de la santé, la crise du système de santé est due à « *une perte de sens, née de l'inadaptation entre l'idéologie des professions médicales et paramédicales et la réalité de leur travail* »¹.

De même, il est souvent évoqué le mal-être des soignants dans le monde hospitalier. On parle même de souffrance au travail. Les raisons souvent évoquées sont le manque de moyens humains, le manque de matériels, « faire toujours plus avec toujours moins », les restrictions budgétaires. Mais il y a aussi d'autres éléments, plus subjectifs, qui accentuent ce sentiment de mal-être. Les frustrations sont de moins en moins bien tolérées. Les modifications du rapport au pouvoir, à l'expertise, au statut, la montée en puissance du besoin de reconnaissance, l'irruption de l'affectif et des émotions dans le monde du travail entrent en résonance avec les maladroites et les erreurs managériales².

Les professionnels ont besoin de reconnaissance sociale et individuelle. Les contraintes doivent être accompagnées de récompenses et les succès de signes valorisants.

Les managers, et notamment ceux de proximité, vivent en direct cette double exigence, sans pouvoir ou savoir comment la gérer. Maintenir la performance et la qualité des soins tout en pratiquant la valorisation de chaque membre de l'équipe, et ceci en restant à l'écoute de chacun, n'est pas chose facile.

Le monde du travail est confronté à un phénomène de désengagement avec l'idée que l'essentiel est ailleurs et cela n'est pas sans conséquences. En effet, les professionnels sont au travail mais cultivent la prise de recul pour ne pas souffrir, pour ne pas perdre l'estime de soi. Ils font le choix de s'épanouir ailleurs. On assiste donc à un abord de la vie professionnelle comme l'endroit où l'on va gagner sa vie parce qu'il le faut bien mais il faut vivre sa vie dans d'autres sphères, comme la vie familiale, le milieu associatif, l'engagement humanitaire. L'objectif est alors d'avoir du temps hors travail et de gagner suffisamment sa vie pour mener à bien ses autres projets. Lorsque le travail n'est plus

¹ DE KERVASDOUE J, 2015, L'hôpital, Que sais-je, n°795, p 128

² CHERRE B, LAARRAF Z, YANAT Z, 2014, Dissonance éthique : forme de souffrance par la perte de sens au travail, Recherches en Sciences de Gestion, n°100, p143-172

vécu comme épanouissant ou, mieux, comme humanisant, l'homme se trouve réduit au rang de ce qu'une philosophe contemporaine comme Hannah ARENDT appelle « *un animal laborans* »³ c'est-à-dire « *un humain qui n'est ce qu'il est que dans la mesure où il travaille* ». Pourtant nos organisations ont bien évidemment besoin, à tous les niveaux, d'individus capables de s'interroger sur la pertinence d'une consigne ou d'une procédure. Les managers ont tout intérêt, plutôt que de réprimer de telles attitudes, à essayer d'en tirer parti. En effet, « *l'animal laborans n'accède à la dignité de l'homo faber, c'est-à-dire l'homme qui s'humanise en transformant le monde pour l'habiter vraiment, que quand il est capable de penser sa pratique, de réfléchir à ce qu'il fait et à sa façon dont il le fait* »⁴.

Dans ce contexte, quel rôle peut jouer le management ? Les nouvelles méthodes de management sont aujourd'hui omniprésentes dans les discours qui entourent l'hôpital. Les exigences de performance sont centrales et encouragent le développement de nouveaux modes de management : management Agile, Lean management ou encore management par projet...

Ces méthodes constitueraient potentiellement des solutions miracles à tous les maux d'un milieu sanitaire, vu comme rigide et peu enclin à initier le changement. Mais sont-elles efficaces ? Et surtout s'adaptent-elles réellement à un environnement aussi spécifique que l'hôpital ?

Le management par projet fait partie de ces méthodes, dites « nouvelles », qui suscitent un certain intérêt, voire des attentes. S'agit-il d'un concept supplémentaire davantage marketing qu'opérationnel, ou est-ce une véritable ingénierie managériale qui mérite l'attention des Directeurs des soins (DS) ?

En effet, durant notre carrière de cadre et de cadre supérieure de santé en charge d'un pôle au sein d'une structure hospitalière, nous avons pratiqué le management par projet auprès de nos collaborateurs et des équipes. Les résultats obtenus ont été satisfaisants et très appréciés des équipes d'encadrement et de soignants. Le management par projet peut être une plus-value même s'il nécessite une indispensable acculturation pour bien l'appréhender et en tirer tous les bénéfices. En tant que future DS, pouvons-nous le transposer au niveau d'un établissement comme outil de management de la qualité de vie au travail (QVT) ?

Aujourd'hui, en tant que Directrice des soins dont on attend qu'elle apporte des propositions pour répondre à ce contexte de mal-être soignant, de besoin d'attractivité et de fidélisation mais aussi d'évolution et d'innovation des organisations, une question se

³ BARTH I, MARTIN Y-H, 2014, Le Manager et le Philosophe : femmes et hommes dans l'entreprise : les nouveaux défis, Paris, LE PASSEUR, p 59

⁴ Ibid. p 61

pose à nous : **En quoi le management par projet piloté par la Direction des soins permet-il d'améliorer la qualité de vie au travail ?**

Afin de répondre à cette question de départ au travers de ce travail de recherche, nous avons pour cela posé trois hypothèses de travail :

Hypothèse 1 :

Le management par projet est un outil permettant la qualité de vie au travail parce qu'il favorise la qualité des soins

Hypothèse 2 :

Le management par projet nécessite une implication et une motivation des professionnels

Hypothèse 3 :

Le leadership ainsi qu'une vision claire du directeur des soins sont au service du sens au travail donné aux professionnels à travers une politique qualité

Nous avons ensuite défini une méthodologie de travail qui s'est déroulée en trois temps. Tout d'abord, dans une première partie, nous avons étudié des concepts à travers la littérature, des articles et des études pour définir et avoir la même compréhension des termes évoqués et recueillir les réflexions d'experts dans les différents domaines. Puis dans un second temps, nous avons collecté des données quantitatives et qualitatives (entretiens) auprès de Coordinateurs des Soins (CDS), DS, Cadres Supérieurs de Santé (CSS) et de Cadres de Santé de Proximité (CSP). Puis nous en avons fait l'analyse. Enfin nous avons pu identifier des préconisations pour les CDS / DS que nous présenterons dans une troisième partie.

1 Le management par projet : entre fondement et évidences intellectuelles

Bien que le management soit omniprésent dans les organisations et notamment dans les organisations de santé, ce terme apparaît obscur. On y retrouve des stratégies, des rapports de pouvoir et des processus décisionnels complexes. En outre, son usage doit tenir compte des personnalités, des méthodes, des cultures et des représentations diverses.

Le management peut contribuer à l'enrichissement du travail qu'attendent la majorité des professionnels pour s'engager en travaillant sur quatre leviers : la motivation, donner du sens au travail, la reconnaissance et le sentiment d'être utile en participant à la réflexion sur les organisations.

Le premier levier est de travailler sur les motivations intrinsèques et non pas uniquement sur les motivations extrinsèques que sont le salaire, les primes, le statut. Le bien-être au travail, qui passe par des conditions de travail acceptables, est un élément incontournable. Cela ne passe pas forcément par des propositions de grande ampleur mais par des dispositions plus modestes qui montrent une écoute des agents. Ainsi une réflexion sur une réorganisation de travail avec adaptation des horaires (travail en 12h, les horaires de coupures, ...) peut être essentielle pour capter l'attention des professionnels.

Le deuxième levier est de redonner du sens au travail, aux tâches, aux missions et d'évoquer régulièrement la contribution de chacun à la valeur globale de l'institution.

Le troisième levier est de favoriser la reconnaissance de ce qui est fait, de ce qui est consenti avec un regard porté à la personne et non plus seulement au salarié. Les managers doivent appréhender les professionnels comme des personnes à part entière.

Le quatrième levier est de redonner à chacun le sentiment de participer à son activité. Bien souvent, ils ont le sentiment de ne pas être entendus sur leurs suggestions d'amélioration, les critiques sur les façons de faire et cela engendre une frustration immense. Il est donc important que le management permette cette appropriation de l'espace travail à la fois physique (service, poste infirmier, salle de pause) et temporelle (évaluation de la charge de travail, fiche de poste).

Ces quatre leviers s'inscrivent bien dans la vision essentiellement sociale de la vie professionnelle. Pouvoir travailler dans un environnement humanisé ; pouvoir donner du sens aux activités (dans le sens de se sentir missionné) ; être reconnu, c'est-à-dire vraiment considéré comme un collaborateur et pouvoir garder le contrôle de son activité sont bien des conditions d'un travail favorisant la motivation et donc l'engagement.

Il ne s'agit plus pour le manager d'imposer mais plutôt d'amener les personnes qu'il encadre à prendre des décisions, à mener des actions auxquelles elles croient, qui ont du sens pour elles. Elles seront, alors, au service du projet global des organisations et de la stratégie institutionnelle.

De ce fait, il nous apparaît utile de définir le terme « management » et d'en préciser les différences avec la gestion de projet, le management de (des) projet(s) ou le management par projet mais aussi les notions de qualité des soins, de qualité de vie au travail, de l'implication et la motivation, du sens au travail et de leadership.

1.1 Pour un management par projet : quels concepts ?

1.1.1 Définition du management

*Pour J-P LE GOFF, « Le **management** est une notion globalisante et floue. Elle peut désigner les fonctions de direction, être synonyme d'organisation du travail, de mobilisation et de gestion de la «ressource humaine», ou plus largement encore englober de façon synchrétique la quasi-totalité des activités de l'entreprise qui ne se rapportent pas directement à la technique : gestion quotidienne des aléas de tous ordres survenant dans un service ou un atelier, encadrement et mobilisation d'une équipe, relations avec d'autres secteurs de l'entreprise, organisation et gestion de son temps, voire gestion budgétaire ...»⁵.*

Pour la Fondation HEM, « Le management ou la gestion est l'ensemble des techniques d'organisation de ressources qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une organisation, dont l'art de diriger des hommes, afin d'obtenir une performance satisfaisante. Ces ressources peuvent être financières, humaines, matérielles ou autres. On entend par organisation une entreprise, une administration ou même une association»⁶.

Le management est la version plus proactive de la gestion. L'idée est celle de l'optimisation de l'utilisation de ressources matérielles, financières et/ou humaines. L'art du management consiste à mobiliser ces ressources selon une méthodologie pour réaliser le projet prévu tout en veillant au plus complet respect de ces ressources.

⁵ LE GOFF J-P, 2003, Les illusions du management : pour le retour du bon sens, BROCHE, collection LA DECOUVERTE Poche/essais n°97, p 9

⁶ <https://hem.ac.ma/fr/gestion-etou-management>

La science du management se distingue des autres sciences humaines et sociales par son projet d'être une science de l'action, c'est-à-dire d'aller au-delà de l'interprétation des observations et des explications qu'elle peut donner. Elle veille à construire des modalités et des outils afin que ces recherches trouvent leurs implications et leurs applications dans une politique managériale pertinente et donnant du sens pour les organisations. C'est pourquoi la science du management n'a pas pu se contenter de chiffres et de statistiques. Il lui a fallu prendre en compte le qualitatif, les émotions, les ressentis, les discours des personnes.

Dans le cadre de ce travail, nous aborderons parmi les différents types de management **le management par projet**.

1.1.2 Concept du management par projet

Le management par projet paraît être une opportunité intéressante dans un environnement sanitaire particulièrement exigeant, autant du point de vue de la qualité de la prise en charge des patients que de l'équilibre financier.

Le travail en équipe projet se rencontre désormais dans des établissements de toute taille et de tout domaine d'activité pour répondre aux enjeux de plus en plus variés : nouvelles activités, nouveaux services, nouveaux processus, mais aussi des projets de changement, de réorganisation, de certification qualité, etc.

On assiste aujourd'hui à une généralisation du recours au management de projet. Pour tenter de mieux comprendre cette évolution, il est utile de clarifier une terminologie assez confuse. Parle-t-on de gestion de projet, de management de projets, par projet ?

Nous proposons donc quelques explications simples permettant de clarifier ce vocabulaire afin de fixer un cadre commun nécessaire à la compréhension des idées.

- **La gestion de projet** est une approche classique qui met surtout un accent sur les outils et méthodes de structuration d'un projet global en sous-projets emboîtés, de planifications des tâches, d'anticipation et de suivi de leur bon déroulement, d'affectation et de contrôle des ressources, des coûts et des délais. C'est une méthodologie aujourd'hui standardisée et reconnue.
- **Le management de projet** est le versant complémentaire de la gestion de projet, apparu lors de la prise en compte de la dimension humaine qui s'avère fondamentale dans le succès ou l'échec final. La dimension humaine est liée au management des hommes et des équipes, à la mise en place d'un système d'animation, à l'importance des facteurs de motivation et à l'utilisation optimale des compétences. En effet, pour réussir un projet, il ne suffit pas d'organiser le bon déroulement des actions. Il faut également susciter et maintenir une dynamique humaine propice à l'expression des

savoir-faire individuels et leurs enrichissements mutuels dans une production collective innovante.

- **Le management des projets** porte d'autres enjeux. Il s'agit de gérer au mieux une multitude de projets c'est-à-dire d'effectuer un arbitrage entre les opportunités et les ressources disponibles, d'établir un minimum de cohérence entre les situations par nature très différentes, d'organiser le retour d'expérience pour que chaque nouveau projet puisse bénéficier des enseignements des projets précédents ou encore faire cohabiter un mode d'organisation établi et l'irruption de groupes transversaux construits sur des logiques parfois opposées.
- **Le management par projet** est le mode de fonctionnement standard d'une organisation. Cela est induit par le « par » qui introduit le fait que le management s'exerce au travers ou encore par l'intermédiaire des projets. De façon volontariste ou subie, les projets deviennent des outils et des vecteurs du changement de l'organisation, du management et des comportements des hommes. C'est envisager les projets sous l'angle des transformations qu'ils induisent dans un contexte organisationnel donné. Dans cette perspective, le management par projet est synonyme de transformation du management par les projets.

La multiplication des projets au sein des établissements reflète un mouvement de fond : le décloisonnement et la transversalité des modes d'organisation du travail et, par conséquent, du fonctionnement des équipes. Des acteurs aux profils très différents sont amenés à travailler ensemble et à collaborer pour atteindre des objectifs particuliers bien localisés dans le temps.

Manager avec succès ces équipes-projet requiert des nouvelles méthodes ainsi que des modes d'animation où il importe plus de savoir faciliter, motiver et responsabiliser que commander et contrôler. Cela dépend des attitudes, des comportements et des manières de concevoir le travail en équipe. De même, un juste équilibre doit être trouvé entre une approche totalement vierge favorisant des solutions nouvelles et une mobilisation adéquate des savoir-faire, outils et expériences passées aisément disponibles.

De plus, on peut trouver des sources d'explication au faible niveau d'intégration du management par projet dans les établissements sanitaires en observant leurs organigrammes. Ceux-ci sont essentiellement pyramidaux et divisionnels ce qui grève largement leur capacité d'agilité. Les sphères administratives comme soignantes sont très cloisonnées, en leur sein et entre elles. Les organisations sont d'abord subdivisées par grandes catégories : soignants, administratifs et techniques. Elles sont également partagées par fonction (médical, paramédical par exemple). A cela s'ajoute des silos par spécialités et par unités, qui coexistent avec des services transversaux (pharmacie, communication, informatique).

Ces organisations sont aussi composées d'une forte concentration des pouvoirs, donnant lieu à une forme hiérarchique dans laquelle toutes les informations convergent vers les échelons supérieurs pour une prise de décision centralisée. Sachant que cette hiérarchie est double (médicale et administrative).

Toutefois, l'objectif majeur commun à tous reste au bout du compte de pouvoir apporter une qualité des soins aux patients et à leurs familles.

1.2 Qu'est-ce que la qualité des soins ?

La qualité de vie au travail des professionnels est un élément majeur de la qualité et de la sécurité des prises en soins des patients⁷. La transformation, au fil du temps, des pratiques de soins par des processus de plus en plus exigeants et normatifs, et la contrainte médico-économique contribuent à certaines formes de déshumanisation de la relation soignant/soigné, soignant/soignant, manager/managé. Le devoir d'information, la notion de transparence et le recours plus fréquent à la judiciarisation a modifié le rapport aux soins. Caroline Cintas⁸ parle d'un « *choc des cultures* » entre les cadres qui finissent par accepter de « *jouer le jeu des normes de l'accréditation des hôpitaux* » et le personnel soignant, qui reste dans la culture du soin aux patients, créant des ruptures là où il y avait auparavant de la solidarité et de l'entraide. Le temps manque dorénavant aux infirmiers pour prendre soin des patients. Les réformes du milieu hospitalier ont fait apparaître ou s'accroître des logiques gestionnaires qui nécessitent d'évaluer et de mesurer le travail. Or cette mesure du travail porte davantage sur les actes techniques du traitement, le *cure* (application de connaissances scientifiques face à une pathologie identifiée), plus facilement mesurable, et moins sur le travail relationnel, le *care* (prise en compte plus globale du patient, qui dépasse sa seule pathologie) qui se trouve pourtant au cœur du métier, alors que la combinaison du *care* et du *cure* est importante pour la qualité des soins, d'une part, et pour la satisfaction des soignants, d'autre part. Des procédures trop strictes de l'organisation du travail peuvent être vécues comme des freins à une bonne prise en soins de situations particulières qui engagent leur corps et leur subjectivité. Le sens du travail peut alors être remis en question. Des compromis doivent être faits par les soignants dans leur travail entre les tâches de soins et les tâches administratives ou gestionnaires, ces dernières ayant malgré tout contribué à une hausse de la qualité des soins en sécurisant certaines pratiques par la traçabilité.

⁷ Revue de la littérature sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins. HAS. Janvier 2016, p54

⁸ Cintas C., 2009, Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspect Interdisciplin Trav Santé*, p11

En outre, on observe une perte de ce sentiment d'utilité gratifiant également pour une partie du personnel soignant travaillant dans les services de soins. Le sentiment de ne plus pouvoir faire correctement son métier s'amplifie. Le personnel soignant n'a plus le sentiment d'apporter un soin de qualité du fait de la réorganisation du travail qui le pousse à accorder moins de temps auprès du patient.

A contrario, l'implication des usagers et la reconnaissance du savoir expérientiel concourt positivement à la qualité des soins. C'est pourquoi il convient de réinterroger et de se recentrer sur le fonctionnement et l'organisation de l'unité de base de production des soins : le service, voire l'unité de soins composant le service et le soin délivré au patient.

L'élaboration d'un projet de soins tripartite médico-soignant-usager de l'unité peut définir les valeurs du collectif soignant et des usagers de soins. Ce projet de soins s'incarne de fait dans le quotidien de chacun, au travers de ses propres pratiques professionnelles au plus près des malades et de leurs proches. Ce projet de soins doit être porté conjointement par le DS et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) mais surtout doit être porté institutionnellement par le Directeur Général (DG) et l'équipe de direction.

La qualité est au cœur du travail de tous les professionnels de santé mais avec des acceptions différentes. La qualité est une valeur largement partagée par les professionnels. Chacun pense généralement faire de la qualité dans l'ensemble. Mais la qualité peut revêtir plusieurs sens⁹.

L'organisme ISO¹⁰ définit la qualité comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* ».

La qualité est donc un concept multiforme et multidimensionnel. Il s'agit d'une notion dynamique qui évolue en fonction des changements techniques, des savoirs et de l'environnement politique, social, économique et organisationnel. Sa mesure ne peut se faire qu'en tenant compte du contexte dans lequel elle s'opère. Elle apparaît indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé.

Il en va de même pour la qualité des soins. La qualité des soins dispensés aux patients est directement proportionnelle à la qualité du leadership dont l'encadrement fait preuve. La qualité du leadership est également une clé des hôpitaux magnétiques (hôpitaux qui attirent les professionnels et les fidélisent) et entraîne de faible taux de

⁹ CLAVERANNE J.-P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., CANDEL D., DUBOIS D., MARCHAUDON P., 2003, Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, p 17.

¹⁰ LECLET H., VILCOT C., 1999, Qualité en santé: 150 question pour agir. Paris: AFNOR, p 464

rotation du personnel infirmier, ainsi qu'un niveau de satisfaction élevé pour les professionnels comme pour les patients. Le sentiment de pouvoir bien faire son travail et d'en avoir la reconnaissance des patients mais aussi de sa hiérarchie procure du bien-être au travail et donc de la qualité de vie au travail.

1.3 La qualité de vie au travail : de quoi parle-t-on ?

Risques psychosociaux, stress, santé au travail, qualité de vie au travail (QVT), bien-être ou bonheur au travail... ce qui frappe dès lors qu'on aborde la vie au travail, c'est la diversité des termes utilisés, que ce soit au sein des entreprises, des différentes fonctions publiques, au cours des négociations sociales, dans les débats publics et médiatiques ou même dans la sphère académique.

A travers nos différentes lectures, nous avons pu constater qu'en dépit de son caractère souple et polysémique, la QVT est sans doute le terme le plus englobant pour aborder un grand nombre d'aspects de la vie au travail : le travail lui-même, son contenu, ses conditions matérielles d'exercice, son organisation, le système de relations sociales dans lequel il s'insère, le pouvoir d'agir des individus et de donner du sens à leurs actions, c'est-à-dire la capacité qui leur est donnée de faire du bon travail dans de bonnes conditions. Dès lors, ce concept dépasse la question traditionnelle de travail ou de l'environnement de travail. Il permet également de donner une valeur positive au travail, en écartant les conceptions exclusivement doloristes du travail. Le travail est une dimension essentielle de la qualité de vie en générale, le droit au travail est d'ailleurs inscrit dans la Constitution française.

La QVT est ainsi définie : *« C'est une démarche qui vise à combiner performance de l'entreprise et bien-être des salariés. Pour y parvenir, on cherche à améliorer ensemble la façon de travailler. C'est bien le travail qui est au cœur de la démarche. Celle-ci profite à tous : aux patients, aux professionnels et à l'institution. Cela permet de résoudre par exemple des problèmes comme l'absentéisme, de faciliter les changements, d'innover et de répondre aux obligations réglementaires »*¹¹.

Dans cette étude, une des hypothèses est soumise (ou évoquée) selon laquelle la QVT commence par une qualité du travail, en l'occurrence la qualité des soins. Nous savons désormais, à travers les études de coûts, que la non-qualité des soins a un coût non négligeable sur les finances d'un établissement de santé. En revanche, le coût de la

¹¹<https://www.scoop.it/topic/actu-culture-et-sante-bydiacveille/?&tag=Qualit%C3%A9+de+vie+au+travail>

non-QVT n'est que très rarement examiné¹², en France, en tant que levier de performance économique et de compétitivité, notamment des établissements de santé ou d'instituts de formation et pour cela, plusieurs raisons.

D'abord, le sujet de la QVT en tant qu'axe de développement stratégique n'est pas toujours pris très au sérieux par un certain nombre de dirigeants : sujet perçu comme sympathique mais un peu fantaisiste et réduit à l'image des plantes vertes et des massages plutôt qu'à l'organisation du travail. Ensuite, dans un contexte de chômage de masse, l'idée n'est pas simple à imposer. Enfin, la relation directe et mathématique entre QVT et performance n'est pas évidente à démontrer malgré l'existence de nombreux rapports et travaux scientifiques. La variété des disciplines intéressées par cette relation induit une pluralité d'approches et donc une grande diversité des concepts mobilisés, de définitions, d'objets d'étude, d'hypothèses, de modèles, d'outils de mesure... Par conséquent, la corrélation entre ces deux concepts et le sens de la relation (causalité) font encore et toujours débat. Ceci n'aide pas à convaincre les directions qui voudraient disposer de preuves sans ambiguïté et de chiffres précis sur les retombées économiques de la QVT avant de s'engager. Malgré tout, beaucoup d'institutions hospitalières, sociales et médico-sociales investissent pour améliorer la QVT par conviction ou pour entretenir un bon climat social.

La QVT est une notion qui s'est enrichie des travaux de recherche sur la vie au travail, d'une part et de débats entre partenaires sociaux, d'autre part.

1.3.1 La QVT, héritage de plusieurs traditions scientifiques

Le concept de QVT émerge dans le discours des chercheurs de l'école des relations humaines dans les années 1970. Au début du XXe siècle, on commence à s'intéresser aux conditions matérielles de travail (propreté, bonne ventilation et luminosité par exemple), les principes des organisations fordistes postulant que leur amélioration participe à la progression de la productivité des travailleurs¹³. Cette école de pensée met l'accent sur les facteurs psychologiques, sur les besoins de valorisation de l'individu dans l'institution. La satisfaction des besoins individuels extrinsèques (temps de travail, rémunération, organisation du travail) et intrinsèques (développement personnel,

¹² Attention, la QVT n'est pas délaissée en particulier parce que les sociétés et les institutions ont des obligations légales (accords signés par les partenaires sociaux, obligation de préserver la santé mentale et physiques des salariés, obligation de négocier suivant la loi Rebsamen d'août 2015) ou sont impliquées dans des politiques relevant de la responsabilité sociale et environnementale.

¹³ TAVANI J-L, LO MONACO G, et al., 2014, La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ?, Archives Des Maladies Professionnelles-873, p11

participation aux décisions, individualisation du travail) est au cœur des travaux de l'école¹⁴.

Une autre approche plutôt sociotechnique des organisations est apparue dans les années 1950 au Royaume-Uni au sein du *Tavistock Institute of Human Relations*. Fred EMERY et Éric TRIST, deux psychosociologues de ce courant, pensent que l'école des relations humaines ne remet pas assez en cause l'organisation taylorienne. Pour ces chercheurs, la QVT ne peut être pensée sans s'intéresser simultanément au système de relations sociales et au système technique, présents dans chaque organisation.

En France, la réflexion s'oriente sur l'amélioration des conditions de travail, les risques professionnels et la prévention. Avant que ne soit introduite l'approche plus globale de la QVT en 2013. Le psychologue du travail Yves CLOT évoque la priorité de soigner le travail plutôt que de chercher à soigner les individus. La QVT, comme la prévention du stress ou des pathologies du travail, se génère donc là où l'activité se réalise, au plus près du processus de travail. En résumé, pas de QVT ni de santé au travail sans qualité du travail. Il met l'accent sur la notion de travail bien fait. Une étude du CSA de 2013 vient conforter cette approche¹⁵. « *Les premiers enseignements de cette recherche montrent que :*

- *En France : la qualité de vie au travail est moyenne et se dégrade surtout pour les catégories en prise directe avec la réalisation du travail.*
- *Pour les salariés français, la qualité de vie au travail repose sur la qualité du travail et ce qu'elle apporte en fierté, confiance et réalisation de soi.*
- *Les besoins de dialogue et d'échanges, d'écoute, de soutien sur le travail ainsi que les moyens à disposition sont les leviers essentiels pour améliorer la qualité de vie au travail.*
- *La qualité de vie au travail est perçue par les salariés comme une démarche fédératrice pour accompagner hommes et entreprises, optimiser leurs performances et, in fine, mieux faire face aux changements imposés par les défis de la compétitivité.*
- *La qualité de vie au travail : un axe privilégié pour les Ressources Humaines afin d'accompagner et soutenir la performance des équipes. »*

¹⁴ LAROUCHE V, TRUDEL J, 1983, La qualité de vie au travail et l'horaire variable, Relations industrielles / industrial Relations, Vol.38, n°3, p 568-597 <http://id.erudit.org/iderudit/029379ar>

¹⁵ CHEVALIER H, LEVY-HAMON S, 2013, Qualité de vie au travail : représentations, vécus et attentes des salariés français, CSA Research, p 24

Le sens du travail joue un rôle clé dans la construction du sentiment de bien faire son travail. Dès la fin des années 1990, E. MORIN et B. CHERRE¹⁶ expliquent que le sens du travail, au niveau individuel, comporte « *trois dimensions* :

- *La signification du travail, sa valeur aux yeux de l'individu et la représentation subjective qu'il en a.*
- *L'orientation, la direction de la personne dans son travail, ce qu'elle cherche dans l'exercice d'une activité professionnelle, les buts et desseins qui guident ses actions et ses prises de décisions.*
- *La cohérence entre la personne et le travail accompli, entre ses besoins, ses valeurs, ses désirs et les gestes et actions qu'elle fait au quotidien dans son milieu de travail ».*

Enfin, la question du sens du travail se pose également en entreprise du point de vue du collectif. Martin RICHER¹⁷ souligne à ce sujet que « *ce qui nuit actuellement à la QVT est moins la charge de travail que l'absence de sens dans l'action collective, lorsque les employés ne perçoivent plus la finalité concrète de leur travail, ni son articulation avec la stratégie poursuivie par leur entreprise. Il en est de même dans le monde de la santé* ».

1.3.2 La QVT, un sujet de compromis entre acteurs sociaux

Jusque dans les années 1990, on parle de « conditions de travail ». L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), créée en 1973, porte à l'époque son attention plutôt sur les conditions matérielles du travail. Dans les années 1990 à 2000, les sujets de négociations, tels que la santé psychique au travail s'ajoutent à la pénibilité physique. C'est dans cette même période qu'a émergé la conception doloriste du travail, perçue comme pathogène. L'évocation médiatique des « vagues de suicides » dans les grandes entreprises françaises contribuera à forger une telle approche.

Au tournant des années 2010, cela change. Un certain nombre d'études s'attachent à mesurer le coût de ce « mal-être » tandis que d'autres évaluent le lien entre performance et QVT¹⁸. Pour les auteurs, les enjeux des conditions de travail dépassent le sujet de la prévention et du travail envisagé comme un coût et un ensemble de risques. Cette conception n'intègre pas les dimensions positives du travail comme élément créateur de valeur pour l'institution et facteur de développement des personnes. D'autres auteurs comme C. DEJOURS et Y. CLOT ont participé à l'évolution des représentations

¹⁶ MORIN E, CHERRE B, 2001, Les cadres face au sens du travail, REVUE FRANCAISE DE GESTION, pp 83-93

¹⁷[https://tnova.fr/system/contents/files/000/000/380/original/130318 - Bien- tre et efficacit - pour une politique de qualit de vie au travail - Martin Richer.pdf?1432549194](https://tnova.fr/system/contents/files/000/000/380/original/130318_-_Bien_tre_et_efficacit_-_pour_une_politique_de_qualit_de_vie_au_travail_-_Martin_Richer.pdf?1432549194) RICHER M, 2013, Bien-être et efficacité : pour une politique de qualité de vie au travail, Terra Nova, p 22

¹⁸ Rapport Lachmann-Larose-Pénicaud, 2010, Le bien-être et l'efficacité au travail, p 1

du travail durant la même période 2010. Désormais, le travail est envisagé au-delà de ses aspects de pénibilité. Il est aussi envisagé comme une ressource. La QVT est donc un sentiment subjectif, lui-même influencé par des conditions objectives de travail et d'organisation dans l'institution.

De par cette double influence des chercheurs et des partenaires sociaux, renforcée par l'influence de l'ANACT en 2015, une définition de la QVT émerge et est inscrite lors de négociations ouvertes dans la fonction publique¹⁹. Elle est ainsi décrite : *« La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement comme collectivement et permettent, à travers le choix des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public. L'amélioration de la qualité de vie au travail est une démarche qui regroupe toutes les actions permettant d'assurer cette conciliation. Il s'agit d'un processus social concerté permettant d'agir sur le travail (contenu, organisation, conditions, contexte) à des fins de développement des personnes et des services ».*

Comme E. MORIN et B. CHERRE²⁰ l'ont évoqué, la QVT est notamment et principalement favorisée quand les professionnels trouvent du sens à leur travail et s'y épanouissent.

1.4 Le travail est-il porteur de sens ?

Cependant, si le travail construit l'homme, il peut aussi le détruire, et selon la manière dont il est pratiqué et organisé, il peut contribuer à faire un homme libre autant qu'un esclave. La clé du bonheur humain ne se situe certainement pas dans l'absence du travail mais dans la recherche d'une manière de travailler qui résoudra ce paradoxe qui traverse l'histoire humaine et qui consiste en ce qu'une activité initialement libératrice peut également être la source de nombreuses aliénations.

C'est pourquoi la rationalité qu'il faut mettre en œuvre dans l'organisation du travail ne doit pas se réduire à l'usage d'une raison purement instrumentale qui gère les hommes comme des choses. Elle doit être celle d'une raison qui pense le travail de telle sorte que ceux qui l'accomplissent se l'approprient et y trouvent une réelle source d'épanouissement tant collectif que personnel.

¹⁹ Circulaire du 10 avril 2015 relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

²⁰ MORIN E, CHERRE B, 2001, Les cadres face au sens du travail, REVUE FRANCAISE DE GESTION, pp 83-93

Aussi s'interroger sur le sens du travail, sur le sens au travail, réfléchir sur la manière d'organiser le travail afin qu'il prenne sens, c'est au bout du compte se demander : quel professionnel voulons-nous pour demain ?

La question du travail est principalement anthropologique. Le meilleur moyen de ne pas perdre pied lorsque l'on est pris dans le déroulement d'une action c'est de s'arrêter et de se demander pourquoi on l'accomplit, de s'interroger précisément sur le sens de ce que l'on fait, sur ce à quoi on est relié par ce que l'on fait et surtout à qui l'on est relié. Si, en se posant ces questions, on finit par s'apercevoir que la dimension humaine de ce que l'on fait a disparu, c'est certainement que quelque chose ne va pas.

Penser le travail de demain, cela doit nécessairement passer par un renversement des priorités, autrement dit, ne plus mettre les professionnels au service des organisations, mais mettre les organisations au service des professionnels afin qu'ils s'y retrouvent dans leurs pratiques.

Il nous faut donc inventer et réinventer régulièrement notre manière de travailler pour sans cesse redonner du sens au travail, pour qu'il devienne et qu'il demeure une activité dans laquelle les professionnels ne seraient pas réduits à leur seule dimension de moyen mais continuerait également à avoir valeur de fin. Il faut donc pour que le travail prenne sens et que le sens du travail ne nous échappe pas, travailler avec et pour les autres et non pas seulement faire travailler les autres. C'est à cette seule condition que le travail pourra être perçu comme une activité dans laquelle une certaine forme de liberté peut s'exprimer.

Le travail n'est pas, à la différence de l'activité animale qui satisfait un besoin vital, une activité instinctive, mais une activité réfléchie. C'est d'ailleurs cette dimension qui est à l'origine de la joie que peut procurer le travail. La joie qui accompagne à la fois l'accomplissement d'une tâche et la contemplation de son aboutissement. Et il ne faut pas ici confondre la joie et le plaisir, l'effort pour accomplir une tâche peut être douloureux. Il n'en est pas moins source de joie lorsque le résultat escompté est atteint. En contemplant le fruit de son travail, l'homme se contemple en un certain sens lui-même, puisqu'il perçoit à l'extérieur de lui-même ce qui d'abord a été conçu intérieurement, il y a donc ici une dimension d'extériorisation, d'expression et d'objectivation dans le travail. Ce qui n'est d'abord qu'une activité subjective, la conception de l'objet, se trouve objectivée, jetée devant soi, par sa réalisation dans la matière.

Parfois, le travail devient un travail aliéné, un travail qui produit un objet vis à vis duquel l'agent se sent étranger et qui ne lui appartient plus. Le travail n'a plus alors d'autre fonction que de permettre à l'agent de gagner sa vie.

À la lumière de ces quelques analyses, il semble possible de dégager les bases de ce qu'est un management qui donne sens au travail parce qu'il considère l'homme au travail comme une personne riche de toute sa complexité relationnelle et non comme un simple individu.

Manager c'est diriger et à la notion de direction est intrinsèquement liée à l'idée de sens, manager consiste donc nécessairement à donner du sens, ou plus exactement à donner à ceux dont on a la responsabilité les moyens de donner du sens à leur activité. Il s'agit donc de cultiver le sens dans et par la relation que l'on entretient avec ceux avec qui l'on travaille. Concrètement, cela doit se traduire par l'abandon de toute forme d'autoritarisme dans l'application des décisions. Il est clair que manager c'est aussi décider et décider pour autrui, faire autorité.

Mais si le manager prend des décisions, si par ses décisions il donne sens au travail de ceux qu'il dirige, il n'est pas pour autant nécessaire d'imposer ce sens de manière autoritaire. Ne serait-ce que pour des raisons d'efficacité, une décision n'est d'autant mieux appliquée qu'elle est comprise. Il faut donc que le managé s'approprie les décisions du manager pour qu'elles puissent être correctement suivies d'effets. Ce qui signifie que le manager doit aussi être à l'écoute des suggestions que peut lui faire le managé et, s'il l'estime nécessaire, corriger sa décision sans avoir le sentiment d'avoir pour autant perdu sa crédibilité.

L'autorité, en revanche, signifie tout autre chose, elle est à la fois ce qui inspire le respect, et non la crainte, et relève d'une attitude respectueuse vis à vis de ceux sur qui elle s'exerce. Il y a dans le verbe autoriser l'idée que l'on considère l'autre à qui l'on s'adresse comme une personne susceptible de faire preuve d'autonomie et de responsabilité. Autoriser, exercer une autorité, c'est d'abord aider l'autre à devenir l'auteur de ses actes, c'est donc avoir le souci de le faire progresser. En revanche, le manager qui fait preuve d'une réelle autorité joue un rôle authentiquement exemplaire vis à vis du personnel qu'il dirige. En effet, il cultive une démarche coopérative dans laquelle chacun, tout en restant à la place qui est la sienne, s'efforce de contribuer à une démarche collective. C'est pourquoi, paradoxalement, le manager peut être considéré comme celui qui oriente des initiatives. Orienter une initiative ce n'est pas lui imposer quoi que ce soit de façon autoritaire, mais c'est donner des repères, donner les moyens à ceux que l'on dirige de bien faire leur travail et de se sentir les auteurs des tâches qu'ils ont à accomplir.

Cette manière de penser le management peut probablement sembler idyllique et utopique au regard des conditions de travail particulièrement pénibles ou précaires de bon nombre de nos professionnels. Cependant, elle devrait cependant nous servir, à nous DS, d'idéal régulateur pour penser le système de santé de demain dans lequel chacun

pourrait donner du sens à son travail et aussi à son existence. En effet, ce sens au travail donné peut provoquer de la motivation et engendrer de l'implication au travail.

1.5 La motivation et l'implication des acteurs : des éléments essentiels du management par projet

Depuis toujours, la question de ce qui pousse un individu à agir ou non se pose. Donnons dans un premier temps une définition de la motivation puis dans un second temps celle de l'implication.

Concernant la motivation, il ressort de la littérature qu'il s'agit d'un processus déclenché tant par une force motivationnelle intérieure, qui dépend de caractéristiques personnelles comme les besoins, les pulsions, les traits de personnalité, que par une force motivationnelle extérieure, dépendante de l'environnement de travail, du mode de management, de la nature de la tâche. On peut dire aussi que le niveau de motivation peut varier à la fois entre les individus et chez une même personne selon les circonstances.

Pour que les professionnels donnent le maximum d'eux-mêmes, tant individuellement que collectivement, il faut certes qu'ils soient bien formés et informés sur les enjeux, mais il faut surtout qu'ils s'impliquent dans leur travail. L'organisation doit quant à elle proposer les leviers susceptibles de motiver des personnes aux attentes fluctuantes et diversifiées.

La question de la motivation se situe ainsi au carrefour des attentes individuelles et des propositions de l'organisation, tant en termes de contenu et de conditions de travail que de récompenses ou de sanctions. S'il existe des tendances personnelles à l'implication, la motivation, elle, relève d'une dynamique qui doit être orchestrée par l'organisation.

De manière très réductrice, le management va donc consister à :

- déclencher le comportement des individus à fournir l'énergie nécessaire pour l'action
- diriger ce comportement dans le sens des objectifs à atteindre
- doser l'intensité des efforts physiques, intellectuels et mentaux
- maintenir enfin le niveau de motivation dans la durée.

Il y aurait ainsi une boucle vertueuse entre motivation et qualité des soins, ce qui implique, à contrario, qu'il existe un cercle vicieux liant démotivation et non-performance ; et chaque manager sait que, bien souvent, plutôt que de motiver, il s'agit de lutter contre

la démotivation. De ce fait, le problème n'est pas de savoir qui est motivé et qui ne l'est pas, mais de savoir pourquoi tel professionnel est motivé et comment motiver ceux qui ne le sont pas ou pas suffisamment.

Il faut alors revenir à une conception courante de l'individu efficace pour comprendre ce qui le motive. En effet, celui-ci prend appui sur trois qualités fondamentales : son intelligence, son savoir-faire et sa volonté. Son intelligence lui permet de concevoir un but à atteindre et les moyens de sa réalisation. Son savoir-faire est de l'ordre d'une compétence. Il suppose une connaissance technique, une expertise, une capacité à faire ce que l'on sait devoir faire pour atteindre un but. Mais même si un agent est intelligent et compétent, il peut être peu efficace s'il manque de volonté. La volonté est en effet ce qui rend possible le passage du « concevoir » au « mettre en œuvre » ou « faire ». Si la personne ne veut pas faire ce qu'elle sait faire et ce qu'elle doit faire, ses performances s'en trouvent très diminuées. On comprend alors qu'il ne s'agit pas de déclencher une motivation, mais de prendre la mesure d'une volonté particulière portée à l'action. Pour le manager, il s'agit de s'interroger, non pas sur les motivations de ceux dont il est responsable mais sur ce qu'ils veulent. Il peut arriver alors que ce qu'ils veulent aille moins dans le sens d'un intérêt personnel (une motivation) que dans celui de l'intérêt général (l'intérêt de l'institution).

Selon que l'on se place du point de vue de l'agent ou du manager, on parle dans les deux cas de motivation alors que le terme ne recouvre pas exactement la même réalité. *« Un agent recherche la satisfaction de différents besoins tandis que le manager recherche l'implication. On dira donc du professionnel qu'il est motivé et en ce qui concerne l'organisation qu'elle veut motiver ses salariés. Dans ce cas, la motivation est le processus qui permet de faire le lien entre implication et satisfaction »*²¹.

Cependant, la motivation ne dépend pas que de l'organisation. Dans certains contextes, la motivation personnelle à accomplir pleinement son travail relève davantage des valeurs personnelles et de l'éthique. La valeur accordée au travail a donc aussi un impact sur la motivation professionnelle.

Pour ce qui concerne l'implication, *« elle se caractérise par un attachement particulier à son travail, une identification à son rôle professionnel. Elle relève de traits de caractères relativement stables et peut donc être mesurée au moyen de tests. On distingue parfois l'implication de l'engagement. L'implication est plus liée au métier*

²¹ ALEXANDRE-BAILLY B, BOURGEOIS D, GRUERE J-P, AL., 2019, Comportements humains et management : chapitre 5, Paris, Pearson, p 134-135

exercé. Tandis que l'engagement relève de l'attachement à l'institution dans laquelle l'agent s'implique et où souhaite rester »²².

L'implication évoque :

- une personnalité globale qui s'engage
- une manière volontariste de s'investir. Celui qui s'implique l'a choisi
- un investissement qui soit désirable sinon on parle de dévouement
- un effet d'entraînement. Celui qui s'implique emmène souvent d'autres collègues avec lui
- une espérance d'influer sur les situations vers un mieux.

« S'impliquer, c'est ainsi se construire une représentation du développement de nous-même, des autres et de l'entreprise, qui soit cohérente et fasse système »²³.

Dans un rapport publié en 2015²⁴, la définition de l'implication qui fait référence est celle donnée par J. GEARY et K. SISSON dans leur étude de 1994 : *« Il s'agit des opportunités que le management donne ou des initiatives qu'il soutient sur le lieu de travail en termes de consultation, de délégation de responsabilités, de capacité de prise de décision pour leurs subordonnés, aussi bien en tant qu'individus qu'en tant que collectif de travail. Cela concerne les tâches immédiates, l'organisation du travail et / ou les conditions de travail ».*

L'implication est aussi liée à des principes et des valeurs. Les centres hospitaliers publics peuvent se référer aux règles morales et aux valeurs fondamentales de la République. Des références à l'accessibilité pour tous aux prestations et aux services, à l'égalité de traitement, à la gratuité, à la transparence pourront caractériser ces principes et valeurs autour desquels les professionnels se retrouvent et trouvent source d'implication et de motivation.

Un centre hospitalier ne peut pas atteindre ses objectifs qualité sans engagement du personnel. Les collaborateurs doivent donc être compétents, habilités et impliqués à tous les niveaux de l'hôpital pour améliorer la capacité à créer et à fournir de la qualité et de la sécurité des soins. Pour cela, il faut donner du sens. C'est une condition essentielle pour qu'il y ait implication des professionnels. Un professionnel, qui comprend mieux comment exercer son influence, qui situe les acteurs à prendre en compte au-delà de son entité et qui participe davantage aux évolutions successives, est plus à même de

²² ALEXANDRE-BAILLY B, BOURGEOIS D, GRUERE J-P, AL., 2019, Comportements humains et management : chapitre 5, Paris, Pearson, p 134-135

²³ CLAUDE J-F, 1998, L'éthique au service du management : concilier autonomie et engagement pour l'entreprise, Rueil-Malmaison, LIAISONS (Collection Entreprise et carrières), p 154

²⁴ AKKERMAN A, SLUITER R, JANSEN G, 2015, Third European Company Survey- direct and indirect employee participation, Eurofound report, p 88

s'impliquer, de se montrer cohérent et constructif dans ses suggestions et dans les décisions qui relèvent de sa fonction. Il a plus de chance de faire ainsi coïncider ses enjeux personnels avec ceux de l'institution.

En regard, le DS aura affaire à des collaborateurs motivés et impliqués et pourra ainsi développer un nouveau pouvoir d'influence, celui de leader à la fois catalyseur et chef d'orchestre. Il sera le " pilote " de changements de comportements et acteur du degré d'adaptabilité des organisations.

1.6 Le pouvoir d'influence ou le leadership du directeur des soins

Selon le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010²⁵, le DS est un responsable stratégique, membre de l'équipe de direction, président d'une instance qu'est la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), pouvant porter les évolutions des organisations de soins. Le DS est au cœur du projet de soins de l'établissement mais aussi du projet de soins partagé du GHT, du projet managérial et ainsi que tous les autres projets de l'établissement ou du GHT. Il est le garant dans la mise en œuvre de la politique de qualité et de sécurité des soins. Il se préoccupe aussi des questions de qualité de vie au travail des soignants, pouvant mettre en place des projets concrets à partir des ressentis et des données du terrain.

En ce qui concerne le pouvoir d'influence et les relations managériales, le concept d'autorité est plus pertinent que celui de pouvoir. S'il suffit d'avoir du pouvoir pour contraindre quelqu'un à réaliser une tâche, il faut de l'autorité pour faire accueillir un projet particulier comme un projet commun, susceptible de mobiliser les énergies dans le cadre d'un travail en équipe.

En effet, le pouvoir est attaché à une fonction plutôt qu'à une personne. Il a été donné par la fonction et peut donc être retiré. En revanche, l'autorité ne s'institue pas ni ne se décrète. Elle est attachée à la personne parce qu'on lui reconnaît de l'expérience, des compétences et des qualités particulières comme le charisme. Par conséquent, un manager obtient son autorité non pas de ses supérieurs, qui eux lui confèrent du pouvoir, mais par la reconnaissance de ceux sur qui il exerce son autorité. La figure du leader charismatique est incarnée par celui qui apporte une vision, une autorité, une expertise et une capacité à innover. Ce sont des meneurs ou meneuses d'Hommes avec un leadership autour duquel le monde s'organise sans qu'ils aient besoin, du moins en apparence, de faire jouer leur pouvoir. Proche du groupe, le leader est le plus à même de comprendre les attentes du groupe et de les traduire vers l'extérieur. Le groupe est en

²⁵ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

phase avec le leader qui les comprend et qui sait. « *Cette alchimie est produite parce que le groupe a confiance en son leader ou qu'il existe différentes formes de proximité (technique, culturelle, valeurs humaines, ...) entre le leader et les membres du groupe. Toutefois, le leader a aussi cette intelligence du groupe et du moment, les capacités qui lui permettent de donner du sens, de créer une vision qui fédère et suscite une dynamique dans l'organisation* »²⁶.

Nous reconnaissons là le positionnement attendu du DS, du fait de son expertise développée, ainsi que la bonne connaissance du terrain. Ceci démontre que sa place est indispensable dans la gestion des restructurations, l'optimisation des organisations et la qualité des soins. Sa vision transversale des processus de soins et sa capacité à fédérer des synergies sont des atouts reconnus au sein des institutions.

Le leadership du DS, c'est sa capacité à emmener ses collaborateurs vers des objectifs. À tous les niveaux du système de santé, les directeurs définissent les orientations stratégiques et créent les conditions dans lesquelles les collaborateurs sont impliqués pour atteindre les objectifs qualité de l'institution. Il en découle que le leadership exercé par un DS sur ses collaborateurs consiste à leur donner du pouvoir de telle sorte qu'ils deviennent eux-mêmes des leaders et des agents de changement au sein de l'organisation. Un manager avec du leadership doit inspirer la confiance et doit faire confiance aux autres. Inspirer confiance et faire confiance sont très liés. Ils délèguent les responsabilités de façon significative, incitent leurs collaborateurs à prendre des initiatives, promeuvent la coopération et le travail en équipe et favorisent la résolution constructive des conflits. Il s'agit plus d'une attitude que d'une façon de diriger.

De plus, si le leadership dans le passé était associé intimement à la personnalité du leader et particulièrement à son charisme, beaucoup d'études récentes suggèrent une capacité apprise, fruit de l'expérience et liée à des contextes spécifiques. Parmi les compétences (ou qualités) que l'on retrouve chez les leaders, on peut citer : la vision, la stratégie, la persuasion, la communication, la confiance et l'éthique.

Enfin, il existe différents styles de leadership :

- Le rassembleur : pour faire émerger une vision partagée
- L'entraîneur ou coach : pour soutenir ses collaborateurs, développer les talents et améliorer la performance individuelle et organisationnelle
- Le démocrate : pour valoriser la contribution et l'implication des autres et obtenir l'implication de ses collaborateurs
- L'autoritaire ou le directif : pour gérer une situation de crise.

²⁶ ALEXANDRE-BAILLY B, BOURGEOIS D, GRUERE J-P, AL., 2019, Comportements humains et management : chapitre 5, Paris, Pearson, p 273-274

Le DS doit avoir, en tant que leader, cette intelligence émotionnelle qui lui permet d'être résonnant à ce qui l'entoure (environnement et collaborateurs) et d'adapter son style de leadership aux situations.

Le DS en tant que leader doit connaître sa propre compétence et être lui-même convaincu de la démarche. Il influence ses collaborateurs en leur présentant de façon claire leurs missions et surtout les bénéfiques qu'ils pourraient en tirer. Il pratique la considération individuelle : il traite chacun de ses collaborateurs différemment mais de façon équitable. Il les conseille individuellement en exprimant son appréciation du travail bien fait, en pointant de façon constructive leurs faiblesses, en leur assignant des projets particuliers qui augmenteront leur confiance en eux ou qui utiliseront leurs talents personnels.

De plus, le DS favorise la stimulation intellectuelle. Celle-ci vise à rehausser la compréhension et le discernement des collaborateurs à l'égard des problèmes auxquels ils font face. Il favorise l'innovation en les incitant à remettre en question leur façon habituelle de travailler par le développement d'une pensée critique. Il crée de vraies relations de partenariat avec ses collaborateurs pour aboutir à une performance individuelle et collective. Il développe l'autonomie de ceux-ci. Pour cela, il doit communiquer des informations pertinentes au bon moment aux bonnes personnes et favoriser la prise d'initiatives, et notamment dans des circonstances imprévues, voire de crise.

Dans ce contexte, il pose un cadre définit où chaque collaborateur peut entreprendre des actions sans crainte. Le DS contribue à l'estime de soi de ses collaborateurs à travers son écoute, sa disponibilité et la reconnaissance qu'il va leur accorder.

Enfin, le DS permet des conditions d'expérimentation et d'apprentissage en offrant des espaces et du temps d'échange et d'expression pour ses collaborateurs.

Aussi, nous nous efforcerons, dans la deuxième partie, à confronter ces apports théoriques à la réalité du terrain pour tenter d'éclairer notre questionnement et de vérifier nos hypothèses concernant le management par projet comme outil de QVT piloté par le DS.

2 Du conceptuel à la réalité de terrain : enquête et analyse

Dans cette seconde partie, nous vous présenterons le type d'enquête réalisée auprès d'un panel de professionnels composé de Coordinateurs des soins (CDS), Directeurs des soins (DS), Directeurs des ressources humaines (DRH), Cadres supérieurs de santé (CSS) et Cadres de santé de proximité (CSP) de différents établissements de gestion et de formation. Les données recueillies sont analysées au regard de la première partie contextuelle et conceptuelle.

2.1 La méthodologie d'investigation

La première étape a consisté en une revue documentaire et bibliographique sur les thèmes du management par projet, de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail, du sens au travail, de la motivation et de l'implication des professionnels ainsi que du leadership du DS, dans le contexte actuel de mal être des professionnels de santé et des réformes du système de santé initiées depuis de nombreuses années, de même que le positionnement et les missions du Directeur de soins comme manager et membre de l'équipe de Direction.

Puis, dans un second temps, afin de répondre à notre question de départ et de vérifier nos trois hypothèses posées, nous avons fait le choix de corréler des indicateurs qualité (données quantitatives) avec une analyse d'entretiens (données qualitatives).

Les indicateurs qualité identifiés ont été obtenus auprès des établissements concernés par les entretiens. Puis, nous avons construit un guide d'entretien dans le but de recueillir la vision de plusieurs managers en gestion ou en formation. Nous avons saisi l'opportunité des stages n°1 en formation et n°2 en gestion pour effectuer ces entretiens dans différents établissements, les établissements de formation étant rattachés aux établissements de gestion et certains managers ayant l'expérience des deux secteurs.

Pourquoi ce choix ?

Il nous semble qu'en tant que Directeur des soins, le management par projet peut être une approche de management possible à mener aussi bien en gestion qu'en formation. En effet, dans les deux domaines, on retrouve les mêmes besoins et les mêmes attentes que ce soit pour les patients ou étudiants, les CSP et les CSS. La qualité des soins ou de l'enseignement y sont attendus tout comme la qualité de vie au travail à travers la confiance, l'autonomie, le travail en équipe, etc.

Enfin une analyse à partir d'une grille établie a pu être effectuée et mise en regard des indicateurs qualités.

2.1.1 Présentation des établissements

En gestion :

Le premier établissement (CH A) est un établissement de 1 668 lits et places (données de 2019). Il est un hôpital de référence régional et support de son GHT.

Le second établissement (CH B) est un établissement de 779 lits et places (données 2019) répartis sur deux sites distants de 26 km. Il est site support de son GHT avec une direction commune de cinq des six établissements composant le GHT.

Le troisième établissement (CH C) est un établissement de 518 lits et places (données 2019). Il est site support de son GHT avec une direction commune de deux des trois établissements composant le GHT.

En formation :

Le premier établissement est un Pôle de Formation et de Recherche en Santé (PFRS A) qui accueille plus de 800 étudiants (données de 2020) dans neuf écoles et instituts de formations paramédicales et maïeutique. L'ensemble de ces formations sont regroupées et dispensées sur un même site de formation où elles ont rejoint les formations médicales (UFR santé), le secteur recherche du CH A et la bibliothèque Universitaire de Santé.

Le second établissement est composé d'un Institut de formation en Soins infirmiers (IFSI) et d'un Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS) qui accueille au total 103 étudiants et élèves répartis comme suit : 66 étudiants infirmiers et 37 élèves aides-soignants (données de 2020). Pour des raisons de facilité, nous nommerons cet établissement Instituts de formations B (IF B).

2.1.2 La population interrogée

Nous avons fait le choix d'interroger différentes catégories de managers en gestion et en formation. Dix-sept entretiens semi-directifs ont été effectués et se sont répartis comme suit :

- 4 CDS dont 3 actuellement en gestion et 1 en formation
- 1 DS actuellement en formation
- 2 DRH
- 5 CSS dont 3 en gestion et 2 en formation
- 5 CSP dont 3 actuellement en gestion et 2 en formation.

Certains d'entre eux ont la double expérience gestion / formation.

2.1.3 Le recueil de données

- Le recueil des indicateurs s'est effectué auprès des établissements concernés par le champ de recherche.

Les indicateurs qualité identifiés sont :

- pour les établissements de gestion : le résultat de la Certification V2014, le taux de satisfaction des patients, le taux d'absentéisme, le taux des risques psycho-sociaux, l'Indice de Bien-Etre au Travail (IBET).
- pour les établissements de formation : le taux de satisfaction de la qualité des prestations de l'encadrement, le taux de la qualité de vie au travail.

Pour les indicateurs des établissements de gestion, le résultat de la Certification et le taux d'absentéisme sont des indicateurs continus et simples à recueillir. Pour la QVT, cela est moins évident. Améliorer la QVT suppose de savoir la mesurer. Le rapport LACHMANN-LAROSE-PENICAUD²⁷ rappelle que cette évaluation doit être suffisamment simple, s'inscrire dans la durée et être discutée par l'ensemble des parties prenantes (management, partenaires sociaux et service de santé au travail, etc...). De nombreuses organisations se sont lancées sur le marché de la mesure de la QVT, du bien-être et du bonheur au travail. Cela entretient la confusion sur les concepts, les méthodes de mesure et les interprétations des résultats. Face à cela, nous avons choisi de prendre les indicateurs les plus rencontrés sur le plan national en n'étant pas certains de leur utilisation dans les établissements étudiés.

Pour les indicateurs des établissements de formation, ce sont des indicateurs déjà identifiés au plan national et attendus.

- Pour les entretiens semi-directifs, deux étapes ont été nécessaires :
 - une enquête pré-exploratoire²⁸ effectuée en stage n°1 à partir de trois entretiens menés auprès d'un DS et de deux CSS. Il ne nous a pas été possible de faire plus suite au confinement débuté le 16 mars 2020.

Le résultat de l'enquête pré-exploratoire nous permet de valider certaines questions et de compléter notre guide d'entretien. Cela a aussi mis en évidence la confusion entre ce qu'est le management par projet et la gestion de projet ou le management de projet. Cela nous a conduit à définir aussi ces trois concepts.

²⁷ Rapport Lachmann-Larose-Pénicaud, 2010, Le bien-être et l'efficacité au travail, p 1

²⁸ CF Annexe I : L'enquête pré exploratoire

- une enquête générale menée dans les établissements préalablement cités plus haut²⁹ auprès de la population interrogée³⁰ s'est déroulée durant 2 mois en pleine crise du Covid 19. Chaque entretien a duré entre 45 min et 1h30. Le guide d'entretien³¹ a été réalisé de façon à être court et proposant les mêmes thèmes pour faciliter la comparaison, les quelques questions soumises nous servant surtout de levier et d'appel à une discussion plus libre et aux échanges autour de la problématique de notre mémoire.

Pour la construction du guide d'entretien, afin de pouvoir aborder la notion d'ancienneté et de déterminer des fourchettes d'ancienneté, nous nous sommes appuyées sur le modèle de référence de Patricia BENNER³². Nous avons donc déterminé quatre niveaux d'expérience.

2.1.4 Les limites et les points forts de notre étude

Les limites de notre travail tiennent au nombre restreint des personnes interviewées qui ne permet pas d'obtenir une représentativité suffisante pour généraliser nos résultats ainsi que cette représentativité limitée aux managers paramédicaux. Mener l'étude jusqu'à la strate des professionnels dans les services aurait été intéressant pour obtenir leurs points de vue mais aussi leur ressenti. De même, en réalisant cette étude sur seulement 5 établissements de santé et de formation, nous n'avons pas pu explorer toutes les possibilités de pratique du management par projet. De plus, nous avons senti le besoin d'interroger un DRH d'un troisième établissement de gestion car le DRH de l'établissement CH A n'a pas pu se rendre disponible et nous avons estimé qu'il était souhaitable d'interroger davantage qu'un seul DRH pour cette enquête.

Une autre limite concernant l'exploitation des indicateurs a été identifiée. En effet, tous les établissements n'ont pas la connaissance de l'ensemble des indicateurs qualité comme l'IBET ou n'ont pas l'information car ils n'ont pas traité l'indicateur.

Enfin, une dernière limite nous est apparue au cours des entretiens. Elle porte sur la bonne connaissance du concept du management par projet très souvent confondu avec le concept de la gestion de projet et / ou le management de projet.

Les points forts de notre étude sont surtout que la totalité et la richesse des entretiens nous ont permis de rencontrer des personnes d'une réelle disponibilité et d'échanger avec des responsables manifestant un dynamisme certain et une envie d'être force de

²⁹ CF § 2.1.1

³⁰ CF § 2.1.2

³¹ CF Annexe II : Le guide d'entretien

³² BENNER P, 2003, De novice à expert, : Excellence en soins infirmiers, BROCHE, p 252

propositions au sein des établissements de santé dans lesquels ils exercent, qui plus est dans un contexte médico-économique très contraint. Ils ont à cœur de chercher le juste équilibre avec la qualité et la sécurité des soins pour les patients et en étant attentifs aux risques professionnels et à la qualité de vie au travail des professionnels. Nous avons obtenu des propos relatant la réalité de terrain qui sont des axes d'orientations et d'indications pour nous, ce qui a enrichi notre étude. C'est pour cette raison que nous nous sommes largement appuyés, dans cette deuxième partie, sur leurs propos, n'hésitant pas à les citer (parfois avec des citations assez longues) en tant qu'acteurs-clés.

2.2 L'analyse des données

Dans un premier temps, nous effectuerons l'analyse des indicateurs qualité. Puis, dans un second temps, une analyse des entretiens sera présentée et elle sera corrélée à l'analyse des indicateurs qualité. Enfin, dans un troisième temps nous confronterons notre résultat d'analyse avec nos hypothèses de départ.

2.2.1 Recueil et analyse des indicateurs qualité

Pour les établissements de gestion :

Etablissements Indicateurs	Centre Hospitalier A	Centre Hospitalier B	Centre Hospitalier C	Références nationales
Certification V 2014	B	B	A	A
Taux de satisfaction des patients	Pas de taux de satisfaction calculé. Seul le nombre est suivi.	Pas de taux de satisfaction calculé. Seul le nombre est suivi.	99% en 2019 dont 61% très satisfaits et 38% satisfaits	100%
Taux d'absentéisme	7.20%	7%	7.52%	9%
Taux de risques psychosociaux	Pas d'indicateur sur le sujet. Pas encore côté dans le DUERP ³³ . Mais quelques prémices de démarche.	Entre 51.9% et 65% selon la catégorie des professionnels considèrent que le risque psychosocial est modéré (chiffre de 2016)	Pas d'indicateur sur le sujet. Pas encore côté dans le DUERP	
IBET	Pas d'utilisation de l'indicateur. Inconnu.	Pas d'utilisation de l'indicateur. Inconnu.	0.86 ce qui caractérise une performance sociale positive (chiffre 2019)	L'idéal est entre 0.90 et 0.95.

³³ DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

Pour les établissements de formation :

Indicateurs \ Etablissements	PFRS A	IFSI B
la qualité des prestations de l'encadrement	52.83% des étudiants sont satisfaits globalement de leur formation (données de 2018). Il n'a pas pu être remesuré en 2020 au regard de la crise sanitaire.	Evaluation sur la plateforme MOODLE donc pas de retour et taux de participation très faible entre 15 et 20%) donc pas de donnée possible.
Taux de risques psycho-sociaux	Pas d'indicateur sur le sujet.	88.80% des personnels considèrent que le risque psycho-social est faible (chiffre de 2018).

Au vu des éléments renseignés, nous pouvons voir que les résultats des indicateurs connus sont globalement positifs et notamment les taux d'absentéisme qui sont bien en dessous de la moyenne nationale. Pour ce qui concerne le taux de risques psycho-sociaux, il est considéré majoritairement modéré dans l'établissement dans lequel il est mesuré. Les indicateurs sur la qualité des soins et des enseignements (certification et taux de satisfaction des patients et des étudiants) sont satisfaisants quand ils sont mesurés, voire excellents pour un établissement.

Enfin, nous ne pouvons que constater que les indicateurs de la qualité sont mesurés de manières très différentes ou non mesurés selon les établissements, voire inconnus.

Il nous restera, au vu de ces données, à les corrélérer avec les résultats des entretiens afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

2.2.2 Analyse des entretiens semi-directifs

Nous faisons le choix de présenter l'analyse par thèmes abordés avec au sein de chaque thème le point de vue des différents profils de la population interrogée. Ainsi un croisement de ces points de vue nous apparaît pertinent pour l'analyse.

Ancienneté dans la fonction et expérience :

Pour les cinq CDS et DS, l'ancienneté est de plus de 10 ans. Sur les quatre CDS, trois sont en gestion et une est en formation. Cependant, une seule CDS n'a une expérience que dans le domaine de la formation sinon tous les autres ont une expérience en gestion et en formation. Une DS est actuellement en formation mais elle a aussi une expérience en gestion. Leurs points de vue sont, de ce fait, très intéressants car ils ont pu avoir la possibilité de comparer les pratiques dans les deux domaines.

Pour les cinq CSS, l'ancienneté dans le poste et l'expérience sont réparties de la manière suivante :

- deux CSS de gestion sont entre 5 et 10 ans d'ancienneté et une entre 2 et 5 ans d'ancienneté
- une CSS de formation est entre 2 à 5 ans d'ancienneté et un a moins de 2 ans d'ancienneté

Aucun d'entre eux n'a la double compétence gestion et formation. L'ancienneté est assez hétéroclite.

Pour les cinq CSP, la répartition sur l'ancienneté et l'expérience est la suivante :

- deux CSP de gestion ont + de 10 ans d'ancienneté et une a entre 5 et 10 ans d'ancienneté
- une CSP de formation a entre 5 et 10 ans d'ancienneté et une autre de formation a entre 2 et 5 ans d'ancienneté.

Trois d'entre elles ont la double expérience en gestion et en formation et deux uniquement l'expérience en gestion. Pour l'ancienneté, on peut dire qu'elles sont assez anciennes dans leur poste de CSP.

Enfin pour les DRH, l'expérience de l'un est située entre 5 à 10 ans d'ancienneté et l'autre à plus de 10 ans en gestion.

Connaissance du management par projet :

La totalité des CDS et DS connaissent le management par projet. En formation, deux CDS déclarent « *C'est une option que nous avons prise très largement pour pouvoir le diffuser et le montrer aux étudiants cadres dans la perspective d'aller vers le management par projet. Nous avons monté un bon nombre de programmes de travaux dirigés et d'activités en lien avec le management par projet. Les étudiants avaient donc à décliner un projet, le concrétiser et pouvoir le mener dans un établissement. Quand nous sommes arrivées, les étudiants, dans le cadre de la qualité menaient une démarche projet dans l'établissement avec des audits. »*

De même que pour les CDS/DS, les CSS déclarent connaître le management par projet. Pour certains d'entre eux, ils ont été formés soit durant leur formation de cadre soit ont reçu une formation réservée aux CSS financée par leur établissement. Pour deux d'entre eux, les projets sont essentiels pour l'épanouissement professionnels de tous au sein de l'institution : « *J'ai envie de dire que les projets, c'est la vie* » ou « *s'il n'y a pas de projet, on meurt* ».

Quatre des cinq CSP déclarent connaître le management par projet dont une qui a été formée durant sa formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Pour la dernière, elle déclare ne pas bien connaître car cela a manqué durant sa formation à l'IFCS (même IFCS que sa collègue mais pas à la même période).

Les deux DRH connaissent le management par projet.

Définition du management par projet :

La totalité des CDS et DS cite l'idée qu'il y a dans le management par projet un projet existant avec des objectifs définis et des missions, des ressources identifiées, un calendrier et un suivi en Comité de Pilotage (COFIL). Pour la formation, ils déclarent que c'est « *mettre en place des objectifs collaboratifs au service d'une réglementation, de l'institution de la qualité de ce que l'on doit produire. Pour nous, c'est la qualité de nos projets pédagogiques* » mais aussi « *réfléchir à quelque chose qui va améliorer la qualité des soins* » avec un cadrage, des objectifs, des ressources, des échéances, une mesure de l'avancée des travaux ainsi qu'une évaluation des actions et un plan correctif si besoin. Pour un des CDS, c'est « *une approche managériale qui repose sur une structuration d'un certain nombre de priorités à différents acteurs avec un suivi par indicateurs de résultat mais aussi des indicateurs de processus* ». Pour lui, c'est aussi « *un management dans le sens que c'est une démarche de responsabilisation et d'autonomisation des acteurs* ». Enfin pour une autre « *c'est permettre à un ensemble de professionnels d'aller vers une action, un projet* ».

Pour les CSS, le management par projet se définit par la notion de projet qui se décline surtout par l'identification d'un besoin qui améliore la qualité, qui apporte quelque chose de mieux. Il est mené en mode projet participatif afin de susciter la motivation. Leurs définitions ont beaucoup de similitudes avec celles données par les CDS/DS sur la définition d'objectifs, de ressources, d'échéances, d'évaluation. Les CSS partagent aussi la notion de donner du sens car cela permet de construire, de réfléchir, de proposer et d'agir ensemble. Cela impulse une dynamique motivante pour les équipes.

Pour l'un d'entre eux, il différencie le management par projet de la gestion de projet sur le fait que le management par projet est une dynamique impulsée par la Direction et la gestion de projet en est la déclinaison sur le terrain. De ce fait, il y a pour lui une notion d'engagement dans le management par projet car « *ce sont des gens qui ont envie, qui sont motivés* » alors que pour la gestion de projet, il parle plus d'implication « *leur implication dans le travail avec une marge d'autonomie pour pouvoir mettre en œuvre ce projet* ».

De même, les CSP définissent le management par projet avec tout d'abord la notion d'existence de projet : « *c'est emmener une équipe, un service vers des objectifs communs dans un but précis dans un temps défini avec une mise en place d'actions* ». Cependant, les cinq cadres ont plus évoqué l'importance de la présence de projet dans le travail professionnel. En effet, elles évoquent le fait que cela fédère les équipes, suscite l'adhésion, donne de l'élan au travail et donc une dynamique d'équipe. Nous y retrouvons aussi la notion de travail pluridisciplinaire.

Pour l'une d'entre elle, c'est « *une méthode d'accompagnement des équipes vers une reconnaissance au travail, vers le fait de donner du sens à l'exercice des professionnels* ». Pour ce CSP, c'est responsabiliser les équipes, les dynamiser et « *leur donner envie d'être bien au travail, de prendre du plaisir au travail car ils se sentent au cœur de l'organisation : ils sont acteurs* ». Enfin, pour une autre, c'est « *emmener les équipes vers l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients et qualité de vie au travail pour les professionnels* ».

Pour les DRH, les réponses rejoignent celles déjà évoquées plus haut. Pour l'une d'entre eux, le management par projet « *permet de partager le sens du projet avec différentes personnes et d'en définir les actions de chacun* ». Pour le deuxième DRH, le management par projet est « *une manière de fonctionner en autonomie* ».

Pratique du management par projet :

Des CDS et DS pratiquent le management par projet souvent (deux à 60%) ou régulièrement (deux à 80%) et pour l'une des CDS en formation, le management par projet représente 100% de son management. Elle l'explique par le fait qu'elle considère que l'accompagnement des acteurs dans leurs compétences est un management par projet aussi : « *Donc moi je fonctionne essentiellement dans une réflexion projet y compris avec mes collaborateurs* ». Pour un CDS, c'est l'inverse. Il considère que le management par projet ne peut être utilisé que par lui quand cela concerne des problèmes de personnes ou de cohésion d'équipe mais il ne peut pas le faire avec les acteurs. Pour une autre encore, elle dit pratiquer d'autres types de management. Enfin, un autre CDS considère que quand il gère lui-même, ce n'est pas du management par projet mais de la gestion de projet ; ce qui est différent pour lui. Il déclare : « *Je fais du management par projet à partir du moment où je fixe des objectifs à mes collaborateurs pour conduire des missions. Je suis plutôt sur le suivi des résultats que la mise en œuvre* ».

Ces résultats nous montrent que même si la définition donnée sur le management par projet est très similaire, la pratique en est très différente au sein du même corps professionnel.

Pour ce qui concerne la pratique du management par projet par les CSS, seule une CSS dit le pratiquer souvent (60%) et quatre autres ne le pratiquent que parfois (30%) à leur grand regret. Ceux-ci l'expliquent par le manque de temps car ils sont envahis par le quotidien. Ils reconnaissent « *être beaucoup dans l'action / réaction et mettre les choses en place très vite sans avoir pris le temps de prendre le recul et de peser les choses tranquillement* ». Le manque de formation et surtout le manque de pratique sont identifiés comme des freins à la pratique. Mais les CSS se rejoignent tous sur le fait que la non-coordination des projets au sein des établissements ou les changements permanents des projets provoquent une impossibilité de les mener dans leur intégralité et décourage le management par projet.

Pour les CSP, nous pouvons voir que tout comme les CSS, la pratique reste variable. En effet, nous avons un CSP qui est à 80% de sa pratique et deux à 60%. La CSP qui déclare une pratique à 80% explique qu'elle a décidé de manager ainsi car dans son expérience au sein d'un service qu'elle avait repris, des agents voulaient partir puis après un an de présence ne souhaitaient plus partir car elle avait impulsé « cette culture projet ». Deux sont à 30% de leur pratique. Elles évoquent la charge de travail très importante qui réduit leur possibilité de pratiquer du management par projet avec les mêmes arguments que les CSS.

Pour l'une des deux DRH, la pratique du management par projet est régulière (80%). En effet, cela est sa « *manière de fonctionner* » car elle se dit « *structurée comme cela* ». Ses expériences de Directrice de la qualité et de Directrice Générale l'ont confrontée très souvent à la gestion de projet et l'ont « *obligé à travailler avec beaucoup de personnes* ». Pour cela, elle dit « *qu'une fois que les objectifs stratégiques sont calés, il faut définir des objectifs opérationnels, les séquencer en phases puis en échéances et après les attribuer aux différentes personnes* ». Pour elle, même un petit projet, il faut au moins donner du sens. Il faut que « *les professionnels soient plus investis, plus motivés et qu'ils fassent leur travail intelligemment et qu'ils progressent. Parce que c'est ça en fait. C'est vrai que du coup la motivation dans la fonction publique elle n'est pas tellement salariale. Alors tu fais comment pour tenir les gens ? Tu tiens les gens en les intéressant à leur travail* ». Pour le second DRH, il pratique parfois le management par projet (30%).

Si oui, apports pour eux et pour leurs équipes du management par projet :

Nous retrouvons pour l'ensemble des CDS et DS des apports communs pour eux et pour leurs équipes. Ces apports sont une transparence d'informations, un partage de

compétences et d'expériences ainsi qu'une satisfaction à la fin du projet quand il est mené jusqu'au bout.

Sur le plan personnel, les apports leur permettent :

- d'avoir la possibilité de mener différents projets de manière parallèle parce que portés par les professionnels en qui il y a une confiance
- de faire grandir les collaborateurs à partir de partage de connaissances et les rendre autonomes
- de la structuration dans leurs organisations : « *savoir où je vais* »
- de la traçabilité
- de la projection à moyen et long termes
- d'avoir un outil stratégique qui peut être communiqué.

Pour leurs équipes, les apports qu'ils ont identifiés sont :

- du sens au travail
- de la responsabilité
- de l'autonomie
- de l'implication des acteurs
- d'acquérir une méthodologie avec des outils communs
- un pouvoir de décision à leur niveau au sein d'un cadre posé

Pour les CSS, nous retrouvons globalement les mêmes réponses que pour les CDS/DS pour les apports personnels et pour les apports aux équipes. Nous compléterons avec, pour l'apport personnel, un CSS qui déclare que « *cela lui permet de ne pas être sclérosée dans mon poste* ». Pour une autre, c'est la satisfaction d'avoir mis en œuvre une dynamique collective et déclare « *A mon sens, quand on a une certaine satisfaction dans le projet que l'on a conduit, on a aussi une satisfaction au travail* ».

Pour les apports aux équipes, l'une d'entre eux dit que « *c'est reconnaître chacun dans sa fonction. C'est être valorisé dans notre poste* ». De plus, cela sort les équipes de leur routine et apporte de la qualité de vie au travail.

Les réponses des CSP rejoignent les réponses apportées en amont par les CDS/DS et les CSS. Toutefois, elles apportent d'autres idées comme celle d'avoir la possibilité de travailler avec leurs équipes car elles estiment avoir besoin de leur expertise et de leurs points de vue. En effet, elles estiment, de par leur positionnement de cadre, ne plus avoir toutes les connaissances des soins et un point de vue forcément différent des agents. Elles appuient sur le fait que le management par projet leur apporte de la satisfaction et de l'intérêt à leur travail. Pour l'une d'entre elles, cela lui permet de

« détecter le manque d'autonomie de certains membres de son équipe et ainsi de les accompagner vers l'autonomisation ». Elle trouve de la satisfaction à les faire progresser. Pour une CSP de formation, le management lui permet de rester au cœur des équipes, de recueillir ainsi des informations et de construire la confiance avec les professionnels. Enfin, elles ont toutes exprimé le sentiment de satisfaction et de fierté lors de l'aboutissement des projets et encore plus quand les professionnels réticents au départ sont satisfaits au final.

Pour les apports aux équipes, elles trouvent que le management par projet apporte de la satisfaction également et de l'implication professionnelle, qui permet un partage de connaissances et d'expériences. C'est aussi pour les CSP, permettre à « l'équipe de se poser, de prendre le temps de s'interroger et de se recentrer sur l'intérêt principal de nos missions que sont les soins et les patients ». En effet, ce sont des valeurs qui rassemblent les soignants autour des besoins de changements. Cela apporte donc une valorisation et une reconnaissance pour les équipes. Enfin, elles pensent que cela apporte une stabilité, un sentiment de sécurité et de travail bien fait et par-là même un sentiment de qualité de vie au travail.

Les réponses des DRH recourent les réponses précédentes par l'apport de « la lisibilité sur les projets mais aussi et surtout de la responsabilisation et de l'autonomie pour les professionnels ». Pour l'une d'entre eux, cela lui apporte de la structuration dont elle a besoin pour travailler : « Moi cela ne m'est pas utile, cela m'est indispensable parce que je ne veux pas travailler bêtement sans m'interroger ou alors sinon ce n'est pas la peine d'être directeur ». Elle pense qu'il en est de même pour toutes personnes. Elles sont d'autant plus « investies qu'elles comprennent ce qu'elles peuvent apporter en termes de contributions à l'établissement et au travail partenarial car elles savent exactement leur périmètre, ce qu'on attend d'eux ».

Si non, pourquoi pas de pratique :

Aucune réponse n'a été donnée pour l'ensemble des catégories professionnelles interrogées.

Que favorise le management par projet ?

Pour l'ensemble des CDS et des DS, le management par projet favorise :

- l'accompagnement au changement
- la communication
- l'information de chacun
- le fait d'aller tous dans le même sens

- la compréhension identique de chacun à travers l'utilisation des mêmes mots avec la même signification
- l'autonomie
- le sens au travail
- l'intelligence collective à condition que le projet soit mené de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle
- la capacité à mener un projet organisé de manière collective
- la qualité des soins de manière directe ou indirecte en fonction de la nature des projets
- une légitimité pour le cadre de santé à qui l'on confie le projet avec une répercussion sur son mieux être qui se répercute sur son équipe et du coup sur le patient
- le développement de compétences collectives
- le sentiment d'appartenance à un collectif
- la lisibilité de la stratégie de l'institution.

Pour les CSS, les réponses sont totalement identiques aux CDS/DS. Nous ajouterons d'autres éléments évoqués comme la favorisation de la cohésion d'équipe, une dynamique professionnelle qui entraîne une solidarité, des valeurs communes et cela permet de s'interroger sur les pratiques professionnelles. La visibilité donnée par le management par projet est rassurant et l'une d'entre eux évoque l'exemple du projet de l'universitarisation des métiers de la santé qui pour eux n'est pas encore bien défini et sur lequel ils n'ont aucune visibilité. Pour elle, cela peut être déstabilisant et faire peur aux équipes. Elle pense que si les professionnels étaient plus intégrés au projet, la communication permettrait de désamorcer les peurs et les inquiétudes. Enfin pour un autre, il est essentiel que le manager soit lui-même convaincu de l'intérêt du projet.

Pour les CSP, le management par projet favorise la fédération des équipes, une prise de recul sur les pratiques et ainsi « *favoriser le développement de compétences d'adaptation, de réflexion et de mise en actions comme produire un compte-rendu ou une fiche de tâches. D'autres vont développer des compétences d'organisation de réunion. Cela contribue à l'amélioration de la qualité des soins et de la vie des gens au travail* ». Elles soulignent aussi la favorisation du travail collaboratif et coopératif avec leurs supérieurs CSS et CDS/DS. Pour les CSP, ces temps sont importants. Sinon, elles évoquent les mêmes réponses que les CDS/DS et les CSS.

Les réponses des DRH rejoignent les précédentes. Pour l'un, le management par projet favorise surtout l'autonomie et l'efficacité. « *Autonomie du chef de projet qui peut*

naviguer. Efficacité pour tous les membres concernés par le projet : réunions moins nombreuses et plus productives, moins de mise en attente de multiples validations par la hiérarchie, meilleur partage du sens du projet ». Pour l'autre, il y a, en plus, l'amélioration de la qualité de soins.

Le management par projet, outil favorisant le développement de la QVT :

Dans ce domaine, la notion de qualité n'a pas été abordée de la même manière par l'ensemble des CDS et DS. Pour l'un, le management par projet est un outil qui favorise le développement de la qualité dans le cadre de la certification et dans le quotidien. Mais il précise que la qualité doit « *être partagée de tous, être une seconde nature. Donc le management par projet est utile à la construction et devient presque une seconde nature* ».

Pour les autres, ce sont tous les éléments favorisés par le management par projet cités auparavant qui ont des répercussions sur la qualité des soins et par conséquent la qualité de vie au travail. Le fait de se sentir chargé d'une mission qui peut être ambitieuse par des gens qui vous aident et qui vous font confiance pour la mener est très valorisant et permet une reconnaissance professionnelle. Cependant, ils soulignent le fait que cela aura plus d'un impact sur la qualité de vie au travail de la personne concernée que sur la qualité de vie au travail de manière générale. Et si cela fonctionne en cascade sur des projets plus ou moins stratégiques ou plus opérationnels au sein des services pouvant aller jusqu'au niveau des Agents de Service Hospitalier (ASH), cela peut être moteur : « *C'est un style de management qui est globalement responsabilisant et la responsabilisation est un levier essentiel de la qualité de vie au travail* ». Ils sont tous d'accord sur le fait que le management par projet apporte du sens pour les professionnels. Mais surtout que si les projets apportent du mieux pour les patients, car en effet c'est ce pourquoi ils sont là, cela se transforme en sentiment de qualité de vie au travail avec la sensation de bien faire son travail. Ainsi l'adhésion est facilitée. L'une d'entre eux rappelle qu'il est essentiel d'avoir une stratégie de formations pour les acteurs afin de favoriser leur implication.

Cependant pour l'une des CDS, au vu de son expérience, certains définiront la qualité de vie au travail dans l'absence de changement permanent et donc dans le maintien de leur zone de confort, et cela même s'ils sont acteurs dans le projet. On parle alors de la notion d'engagement. Elle déclare : « *le management par projet en général sort les gens de leur zone de confort. Cela les projette dans autre chose que ce qu'ils ont connu précédemment et même s'ils participent et sont acteurs après il y a la mise en œuvre du projet. Et dans la mise en œuvre du projet il peut y avoir une charge de travail différente. Et ce même si le projet est écrit, partagé et communiqué* ». Elle souligne le fait

que même si le management par projet permet de structurer, de poser et d'organiser les choses, cela ne fait pas automatiquement un lien avec la qualité de vie au travail pour tout le monde. Pour cette CDS, le fait d'être acteur et de participer ne va pas de soi avec le fait que l'on va se sentir mieux.

Enfin, cette même CDS alerte sur le fait qu'au sein d'un groupe, tout le monde ne va pas au même rythme, n'a pas la même créativité. Les compétences, les capacités ou les aptitudes sont parfois très différentes dans le collaboratif. Il faut donc « *arriver à mettre tout en cela en marche* ». Et quand on met en marche un collectif autour d'un projet, à un moment donné, il y a peut-être des gens que « *l'on perd sur la route* » parce qu'ils sont perturbés dans leur fonctionnement, parce que cela va trop ou pas assez vite ou bien encore c'est trop innovant. « *On peut penser qu'un cadre rassurant organisé va améliorer la QVT parce que les gens savent pourquoi ils viennent, où ils vont, comment ils y vont. Ils ont des échéances. Il y a un collectif qui est rassemblé normalement autour d'une dynamique de groupe. Pour autant, un évènement (refus, annulation, crise, ...) survient et éclate le groupe et là, la QVT n'est plus du tout en lien avec ce qu'ils attendent* ». La qualité de vie au travail s'en trouve impactée. Il y a un équilibre à trouver qui n'est pas facile entre la contrainte posée et le bénéfice espéré.

Pour les CSS, nous avons les mêmes réponses. L'une d'entre elle nous alerte aussi sur les limites du management par projet du fait que cela provoque des changements et que certains n'aiment pas les changements et peuvent devenir des résistants dans le projet. Une autre est convaincue que si les professionnels sont mieux au travail, ils seront moins absents au travail. Une CSS estime que la QVT passe aussi par « *une stabilité des équipes au sein des services* » et « *le sentiment d'avoir bien travaillé* ». Une autre pense que le management par projet est plus facile à mettre en œuvre avec la nouvelle génération de CSP mais aussi de professionnels car ils reçoivent durant leurs formations les enseignements sur ce point. Enfin pour une autre encore, « *on vient pour s'épanouir, pour trouver un cadre structurant de travail, un cadre de vie car cela fait partie de notre vie* » et « *le management par projet c'est donner du sens aux actions demandées pour améliorer la qualité et faire progresser l'institution* ».

Les réponses des CSP s'apparentent majoritairement à celles déjà apportées par les CDS/DS et CSS. Nous compléterons par la formulation d'une CSP qui dit que l'hôpital évolue en permanence. Elle prend l'exemple de l'informatisation du dossier patient : « *Maintenant on ne peut plus trouver un seul service même à l'EHPAD où il n'y a pas un ordinateur, d'informatique. Il faut donc déconstruire leur schéma professionnel et ce qu'elles ont toujours connu avant en disant : « bon eh bien maintenant c'est une évolution mais nous allons y arriver* » ». Cependant, elle reconnaît que pour certains, cela

peut être vécu comme de la non-qualité de vie au travail. Il faut trouver le juste milieu. Elle confirme les propos de la CDS et de la CSS qui alertaient sur le sujet. Une autre CSP exprime le fait que s'il n'y a pas de projet dans un service, il n'y a pas de motivation et les personnes ne restent pas car ils n'ont pas de satisfaction au travail. Enfin, une CSP déclare « *le management par projet permet la valorisation des équipes mais aussi des personnes individuellement surtout s'il y a eu des responsabilités de données. Ce sont des éléments essentiels à la qualité de vie au travail* ». Une collègue confirme par « *je pense que quand on est au clair et en accord avec des projets qui tendent à améliorer systématiquement la qualité des soins, forcément on est mieux au travail. J'en suis convaincue. On se sent responsable parce qu'on nous donne de l'autonomie et de la reconnaissance* ».

Pour les DRH, le management par projet favorise la qualité de vie au travail par le fait d'avoir une sensation de participer à une avancée à travers les projets. Ceci entraîne de « *la motivation et une sensation d'être utile, de bien faire son travail* ». C'est ce qu'on nomme « *la satisfaction au travail* » pour l'une ou « *le mieux-être au travail* » pour l'autre par le fait « *d'avancer mieux, de façon plus collaborative et plus cohérente. Et d'être conforté dans le fait que les projets avancent* ».

Dans cette rubrique, nous avons recueilli des limites non négligeables au management par projet. Cela fera l'objet d'une nouvelle recherche littéraire que nous n'avons pas encore explorée

La réussite du management par projet favorisée par quoi ?

Pour les CDS et DS, la réussite du management par projet passe avant tout par un état d'esprit, une culture projet de tous les acteurs, quelque chose de naturel et de systématique : « *Il faut que cette manière de faire soit une manière ordinaire de faire* ». Pour cela, ils expriment la nécessité absolue, qu'en plus de projets clairement définis, que tous les acteurs soient formés au mode projet ou gestion de projet et pour les managers au management par projet.

De même, il ressort des entretiens que les objectifs doivent être atteignables et les responsabilités définies. Il faut aussi identifier les niveaux de compétences des personnes ou qui sont en capacité d'en acquérir, leur permettant de mener à bien le projet. En effet, il peut être aidant « *effectivement de faire développer les compétences individuelles pour que les compétences collectives s'enrichissent* ».

Pour l'une d'entre eux, la réussite du management par projet passe aussi par l'autonomie qui elle-même est possible si « *le manager n'a pas peur de perdre du pouvoir* ». Ici, il faut concevoir « *le pouvoir comme une direction que l'on donne* ».

Pour une autre, il faut du charisme et du leadership pour emmener les gens. Une dynamique relationnelle et une dynamique d'accompagnement. Elle précise aussi qu'il est absolument nécessaire de bien expliciter la différence entre autonomie et indépendance. Elle donne en exemple : « *la zone d'autonomie c'est là où l'on peut bouger dans un cadre tout de même défini. L'indépendance, c'est quand certains collaborateurs que je laisse autonomes dans un projet se sentent indépendants et vont sortir du cadre* ». Cela veut dire que les gens sont autonomes à un moment donné mais il faut qu'ils acceptent qu'effectivement il y ait un contrôle ou des freins. Le DS est là pour recevoir le retour de l'autonomie accordée autour d'un échange, d'un reporting. Au même titre qu'un DS peut recevoir des questionnements de ses collaborateurs sur les axes de son projet. C'est un partage mais avec un niveau de responsabilité différents.

Toutefois, deux alertes nous remontent des entretiens :

- une alerte sur le fait que « *les organisations ont des problèmes de mémoire de forme et ont tendance à retourner à l'historique* » et que « *les projets hospitaliers sont toujours des projets sur du long terme* », il faut donc tenir dans le temps et avoir « *la capacité pour les personnes qui ont réalisé le projet, de présenter leurs travaux, ce à quoi ils sont parvenus et leurs motivations, pas simplement pour les valoriser mais parce qu'ils ont une responsabilité sur la suite* ».
- une autre alerte sur le fait que les équipes doivent être partantes et qu'il faut « *prendre la température avant de se lancer* » sinon le projet va droit à l'échec avec des personnes qui partent en croisade contre le projet ou qui s'impliquent dans le projet pour le faire échouer.

Pour les CSS, la notion de leadership revient aussi très souvent car pour eux, il faut avoir suffisamment de motivation soi-même et de leadership pour emmener et dire « on va y arriver » et ne pas laisser les gens bloqués sur ce marasme « on est les plus malheureux ». A leur poste, ils pensent qu'il faut être engagé, être prêt, avoir envie vraiment et « *savoir avaler des couleuvres* » et reconnaissent que parfois il est difficile d'aller contre sa nature. Pour une autre, le fait d'améliorer les conditions de travail ou la prise en charge des patients permet d'y voir un gain potentiel. De ce fait, les gens adhèrent plus facilement et sont motivés.

Pour ce qui ressort des entretiens des CSP, les résultats rejoignent les réponses précédentes. Nous ajouterons que les CSP insistent sur le fait qu'il est nécessaire d'avoir:

- une vraie collaboration entre les CSP et les CSS
- une démarche institutionnelle de management par projet pour une réussite à tous les niveaux
- des objectifs réalisables donc réalistes, sinon il y a un risque de démotivation de tous les professionnels
- une communication établie, et pour cela, la formation à la communication manque dans la fonction.

Pour les CSP, il faut communiquer sur le projet mais aussi sur son aboutissement et sa réussite. Les notions de fierté et de reconnaissance sont très importantes pour maintenir l'implication des professionnels dans la démarche.

Pour l'une d'entre elles, c'est une vision du CDS/DS qui est importante. Il met sur la voie et ensuite c'est l'esprit créatif et les compétences des cadres qu'il faut mobiliser : « *savoir identifier qui on sollicite et comment amener le projet* ».

Pour l'une des DRH, la réussite du management par projet tient au leadership, à une vision claire du CDS/DS, une structuration, un partage de pouvoir, un engagement et une motivation du personnel. Pour le second, c'est du fait en tout premier lieu de la favorisation d'une culture projet en interne. « *Cela demande donc d'inscrire le management par projet dans le projet d'établissement, de mettre en œuvre des formations, au plus haut niveau (l'équipe de direction doit être formée, l'encadrement supérieur, l'encadrement de proximité, et idéalement les exécutifs de pôles)* ». Puis la nécessité d'une bonne communication interne et un outil de suivi de projet (type logiciel).

Là aussi, un ensemble d'alertes est identifié que nous devons prendre en compte dans notre analyse.

Le management par projet, outil de QVT pour le DS :

Pour les CDS et DS, c'est un peu la conclusion de tout ce que l'on a évoqué. Le management par projet fait partie d'un tout dans la conception du management d'une Direction des soins. Ils préfèrent parler de la Direction des soins plutôt que de dire le Directeur des Soins car ils précisent qu'ils ne travaillent pas tout seul.

En termes de management, cela permet de développer des compétences collectives et individuelles. Et c'est extrêmement important car cela mobilise le questionnement professionnel, les besoins de formation et d'accompagnement. Cela permet aux novices qui prennent leurs fonctions d'avoir des bases sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour

commencer leur nouveau métier. Et cela devrait, pour eux, permettre normalement aux experts de certains domaines de se re-questionner sur leurs pratiques et leurs compétences.

Au final, ils pensent que plus on développe les compétences, plus on améliore la qualité des pratiques et donc cela a un impact sur la qualité de vie au travail.

Pour l'une d'entre eux, il est très difficile de mesurer la qualité de vie au travail. Les indicateurs sont bien identifiés mais sont-ils fiables ? En effet, elle évoque le fait que le turn-over peut parfois ne pas être dû à la qualité de vie au travail dans le sens où parfois les gens ne sont pas dans le service par choix. De même que l'absentéisme peut être dû à tout autre chose que le professionnel. Quant aux entretiens annuels, elle trouve que ce sont plutôt des échanges interpersonnels sur la personne et moins sur le collectif. Les réunions ne sont pas pour elle des lieux d'expression où tout le monde s'exprime vraiment. Pour elle, ce sont des moyens d'alerte mais pas des indicateurs fiables, seule une enquête de satisfaction de vie au travail externe peut être révélatrice d'une qualité de vie au travail. « *Ce n'est pas parce que les gens arrivent souriants que tout va bien* ». Enfin, elle pense qu'il faut aussi des moments de crises ou de tension. Le rôle du DS est alors de les accompagner pour se questionner, et y compris pour le DS, sur ses pratiques, ses organisations, et sur tout ce que l'on a oublié par habitude : « *pourquoi je continue de fonctionner comme ça et comment je pourrai fonctionner autrement* ». Cela reste, pour elle, un questionnement.

Pour l'ensemble des CSS, le management par projet est un outil de QVT pour le DS quand celui-ci le pilote. Le management par projet est « *un outil de reconnaissance, de confiance qu'on accorde à l'autre. On lui fait confiance donc on lui donne des responsabilités ce qui le valorise dans son travail. On peut alors parler d'épanouissement au travail et donc de QVT* ». Ceci joue sur « *l'absentéisme qui est moindre et sur l'attractivité car les gens sont contents de venir au travail* ».

Pendant, les CSS font observer le fait que dans les établissements de santé et de formation, il y a beaucoup de projets et parfois beaucoup trop. Ils ont la sensation de ne pas pouvoir aller au bout et du coup pensent que cela démotive énormément les CSP et les équipes. De ce fait, on ne peut pas parler de QVT. Il faut un juste milieu.

Pour les CSP, le management par projet est, au même titre que l'ensemble des professionnels, un outil de QVT pour le CDS/DS. Elles se retrouvent dans les mêmes « *besoins de confiance, d'autonomie, de réflexion et de participatif à partir du moment où l'on a le droit de parler, d'exprimer nos difficultés ou nos satisfactions* ». Il est important

d'avoir des échanges entre cadres et cadres supérieurs, et avec les CDS/DS. Cela crée du lien et un collectif avec un but commun et donne du sens aussi pour elles.

Pour les DRH, le management par projet est un outil de qualité de vie au travail pour le CDS/DS « *tout comme pour tout dirigeant hospitalier. Tout le monde est concerné par la gestion de projet* ». Il est nécessaire « *d'acculturer toutes les équipes de directions, de CSS et de CSP ainsi que les responsables médicaux* ».

Eléments complémentaires :

Pour certains CDS/DS, le management par projet a toujours existé comme la qualité des soins et la QVT mais depuis plusieurs années, cela s'est institutionnalisé et des mots ou définitions ont été posés dessus.

Pour d'autres encore, le management par projet est un outil managérial de prédilection. Ils ont un besoin de poser et de structurer les choses et le reste est pour eux une affaire de personnalité. Le projet n'est pas une règle mais une ligne conductrice.

Cependant, il faut faire attention à ne pas épuiser les collaborateurs et ce style de management peut ne pas convenir à tout le monde. Cela demande de la vigilance, de l'observation et de l'écoute. Il faut susciter l'envie mais ne pas aller trop vite.

Pour les CSS, il est essentiel que les choses soient cadrées et qu'il y ait de la disponibilité pour mener à bien les projets et le manque de temps est souvent le problème majeur.

Pour les CSP, elles ont la sensation d'être à l'écoute, de donner du sens, d'avoir une vision, de communiquer et de créer une dynamique mais pas toujours en mode management par projet par manque de temps.

Elles font remarquer que le management par projet apporte du changement certes mais qu'il est important de « *lever la tête du guidon et de prendre de la distance* ». Elles alertent aussi sur le fait de faire attention au rythme et de porter une attention sur les capacités de chacun. Il ne faut pas que « *les agents soient en souffrance ou qu'ils se sentent moins bien que les autres* ». Elles précisent aussi qu'un projet qui arrive trop vite sans préparation des CSP et des équipes, cela peut être déstabilisant, tout comme trop de projets structurés peuvent devenir dysfonctionnant par une trop grande charge de travail.

Enfin, elles préviennent sur le fait « *qu'il ne faut pas mobiliser que les leaders positifs pour deux raisons : on peut passer à côté de gens qui pour autant pourraient être tout autant moteur, et il y a le risque d'avoir des professionnels qui du coup sortent du soin par manque de temps* ».

La conviction des DRH est que le management par projet doit « *être porté par le plus haut niveau. Si le DG et l'équipe de direction ne sont pas convaincus, point de salut !* ». Ils proposent d'expérimenter sur un projet et d'en réaliser un retour d'expérience par les acteurs concernés auprès de la communauté hospitalière. Une DRH précise qu'il peut y avoir un choc des cultures. En effet, l'hôpital est plutôt un endroit où l'on obéit et non pas où les agents donnent leurs avis. Seulement la nouvelle génération de professionnels n'est plus dans cette dynamique. D'où « *le changement de positionnement nécessaire de la part des managers et des médecins. Mais tout le monde n'est pas capable de faire ce changement. La plus grande résistance peut venir des cadres et des médecins* ». Elle pense que la pratique d'autorité peut être un frein. Le management par projet donne de l'autonomie et permet l'expression et cela peut être vécu comme une prise de risque pour les managers autoritaires. Il faut qu'ils soient accompagnés pour ne pas se sentir déstabilisés.

En conclusion de cette analyse, nous pouvons dire que l'ensemble des professionnels, quel que soit leur niveau de responsabilité et possédant une ancienneté significative dans leurs postes, connaissent le management par projet. Sur 17 managers interrogés, la pratique du management par projet s'avère très hétéroclite :

- 5.90% ne pratiquent que le management par projet soit la totalité de leur management ;
- 23.52% pratiquent le management par projet de manière régulière soit 80% de leur management ;
- 29.41% pratiquent souvent le management par projet soit 60% de leur management ;
- 41.17% pratiquent parfois le management par projet soit seulement 30% de leur management.

Pour ceux-ci, le manque de temps et le manque de formation sont les freins majeurs à la pratique de ce management.

Les personnes interrogées ont identifié les modalités principales ainsi que l'importance de la présence d'éléments ou d'actions favorables à sa mise en œuvre et à son développement au sein de leurs équipes. On retrouve la notion de méthodologie (structuration, objectifs clairs, atteignables, d'un échéancier, d'une vision définie et d'évaluation, de mesure). Les notions de travail pluridisciplinaire, de cohésion d'équipe, de motivation et d'implication, de progression y sont abordées et considérées comme des apports positifs. On retrouve aussi les notions de confiance, de responsabilisation, d'autonomie, de valorisation, de reconnaissance, d'accompagnement, de sens au travail,

d'épanouissement, de qualité des soins et de qualité de vie au travail qui sont, pour eux, des éléments essentiels dans le management par projet.

La formation, la communication, l'information et la dynamique institutionnelle semblent être des principes indispensables à la réussite de la pratique du management par projet. De même que le partage de valeurs communes renforce le sentiment d'appartenance.

Pour tous, le management par projet piloté par le DS est une opportunité comme outil de qualité de vie au travail.

Toutefois, certaines personnes interrogées ont abordé des limites et des vigilances que nous n'avions pas identifiées dans notre champ de recherche de départ. Les limites évoquées sont :

- le manque de temps
- le manque de formation
- le trop grand nombre de projets présents en même temps
- le changement provoqué par le projet qui peut déstabiliser voire faire sortir de la zone de confort
- la non-cohérence entre l'apport du projet ou son résultat et les attentes des personnes
- les indicateurs de mesure de la QVT peu ou pas fiables.

Quant aux vigilances, elles sont au nombre de deux :

- ne pas perdre des personnes en route ou les mettre mal à l'aise car tout le monde n'a pas les mêmes capacités, ni le même rythme d'assimilation, de compréhension ou de créativité ;
- ne pas toujours solliciter la même personne qui s'implique systématiquement dans les projets pour deux raisons : elle risque de ne plus être disponible sur le terrain et parce que l'on peut passer à côté de compétences que d'autres personnes auraient tout autant.

Enfin, pour faire la corrélation avec les indicateurs qualité recueillis, nous pouvons remarquer qu'au vu des déclarations des managers qui pratiquent le management par projet dans leur établissement ou dans leur management propre, même de manière parcellaire (30%), et au vu des résultats de la certification et du taux de satisfaction des patients, la qualité des soins est présente. Nous ne pouvons cependant pas généraliser par manque de données. De plus, nous pouvons constater un taux d'absentéisme nettement inférieur au taux national dans l'ensemble des établissements qui pratiquent le management par projet.

Le manque de données complètes sur l'ensemble des indicateurs ne nous permet pas de certifier un lien de cause à effet mais nous permet à tout le moins d'en faire l'hypothèse.

Nous avons donc recherché dans la littérature si nous retrouvions ces limites et vigilances et s'il en existait d'autres. Nous apporterons cette réponse dans la partie suivante.

2.3 Confrontation de l'analyse aux hypothèses

Notre questionnement de départ : « **En quoi le management par projet piloté par la Direction des soins permet-il d'améliorer la qualité de vie au travail ?** » nous avait conduits à formuler trois hypothèses de travail.

- Hypothèse 1 : Le management par projet est un outil permettant la qualité de vie au travail parce qu'il favorise la qualité des soins
- Hypothèse 2 : Le management par projet nécessite une implication et une motivation des professionnels.
- Hypothèse 3 : Le leadership ainsi qu'une vision claire du directeur des soins sont au service du sens au travail donné aux professionnels à travers une politique qualité.

Le résultat de notre analyse des entretiens et la corrélation avec celle des indicateurs qualité nous permet de valider nos hypothèses.

Toutefois, des limites et des vigilances au management par projet ont été identifiées et les DS devront en tenir compte dans leurs pratiques ainsi que l'ensemble des managers.

Au final, l'association des concepts et des résultats de notre analyse conforte l'expérience professionnelle que nous avons pu avoir en tant que cadre supérieure en charge d'un Pôle. En effet, notre conviction était que la QVT était une affaire de politique institutionnelle, et qu'elle devait être initiée au plus haut niveau.

Mais c'est aussi une multitude de sujets propres à chaque équipe, au niveau le plus élémentaire, et il faut donc investir du temps et des moyens pour identifier, discuter et traiter ces sujets avec les professionnels. Il semble difficile d'espérer développer la responsabilité et l'autonomie des professionnels sans leur donner les moyens de comprendre et d'influer sur les choix institutionnels.

Lors de notre expérience professionnelle, nous avons pu expérimenter ce domaine lors de différents projets et notamment à travers l'exemple du projet de restructuration du

bloc opératoire. Le projet a été conduit en mode projet avec la constitution d'un groupe de travail composé certes d'acteurs importants comme les services techniques, informatiques, biomédicaux, qualité, hygiène, pharmacie et stérilisation, direction des soins et direction financière, mais surtout avec des professionnels médicaux et paramédicaux représentant les équipes du bloc et d'anesthésie (médecins, chirurgiens, Cadre, IBODE, IADE, AS, AMA). Nous avons établi un calendrier de travail et défini trois objectifs dans une enveloppe contrainte. Les objectifs étaient les suivants :

- Identifier un circuit de marche en avant des patients au sein du bloc
- Prévoir un circuit debout / debout pour les patients ambulatoires
- Prise en compte de la QVT à travers l'ergonomie, la luminosité, l'insonorisation, ... du personnel.

La démarche du management par projet posée était de veiller à ce que la notion de qualité des soins soit intégrée d'office dans le projet. Il fallait que ce soit les professionnels qui expriment leurs besoins et leurs souhaits et non les services techniques, informatiques, ... ou nous-mêmes. Et ils devaient réfléchir par la même occasion à leurs pratiques à travers la conception de leurs locaux de travail. Ils se sont donc impliqués dans ce projet durant deux ans à raison d'une réunion mensuelle de deux heures avec retours par leurs soins à l'ensemble de l'équipe de manière régulière. De ce fait, tous les changements, qu'ils soient structurels, logistiques ou organisationnels ont été travaillés et décidés en équipe, et acceptés de tous (médecins anesthésistes, chirurgiens et paramédicaux). Nous n'avons rencontré aucune résistance au changement et plutôt une remotivation des professionnels et une implication plus importante dans d'autres thèmes de travail, notamment sur les chemins cliniques.

Pour cette expérience, notre discours a été de dire que ce sont les professionnels de terrain qui savent ce qu'il faut pour le patient, pour le service, pour l'institution et pour eux. Ils ont été responsabilisés dans leurs décisions et ont reçu toute la confiance de leur hiérarchie à travers leur professionnalisme. Reconnaissance, confiance et autonomie ont été les trois mots majoritairement exprimés lors du bilan positif de ce projet.

Comme nous avons pu le voir dans l'analyse des entretiens, il peut y avoir des limites et des vigilances que nous n'avions pas identifiées. Après des recherches, nous avons effectivement identifié des apports littéraires comme ceux de Gilles GAREL³⁴ qui affirme que le management par projet a une « *face cachée ou un côté sombre* ». En tout

³⁴ GAREL G, 2011, Qu'est-ce que le management de projet ?, BROCHE collection Repères n°377, 128 p

état de cause, il ne faut pas occulter les risques inhérents à cette méthode de gestion, mais mieux les connaître pour mieux les appréhender et les maîtriser.

Tous d'abord, ces risques peuvent être intrinsèques au management par projet. En effet, ce mode de gestion incarne symboliquement le mythe d'un management exaltant, se construisant autour d'une multitude de projets, favorisant l'autonomie, la responsabilisation et l'implication des acteurs. « *Le vocabulaire même du management de projet est connoté : le dépassement de soi l'emporte sur le stress, l'animation ou le coaching remplacent l'autorité, le pilotage se substitue au contrôle* ».

Ce discours managérial orienté, participe à un mécanisme d'idéalisation, alors que le projet peut être aussi bien moteur que destructeur en fonction de sa conception et de son utilisation. Par exemple, le projet génère des déstabilisations spécifiques, comme celui du « deuil » qui a lieu pendant et après la phase de clôture du projet, ou encore l'excès d'implication des collaborateurs du projet, qu'il soit souhaité ou subi.

Il ne doit pas être un mot qui enjolive la démarche mais un mode d'ingénierie managériale qui s'est doté des moyens nécessaires à son déploiement et qui, à cet effet, a déterminé les points de vigilance qu'il se doit de respecter.

Par ailleurs, ces risques peuvent également provenir des professionnels avec des défauts d'acceptation, d'adhésion à l'introduction d'une nouvelle approche en rupture avec la culture dominante dans les établissements de santé. En effet le dispositif de management par projet, constitue une révolution du travail, avec l'abandon du fonctionnement hiérarchique et pyramidal au profit d'une double autorité, hiérarchique verticale (de direction) et fonctionnelle horizontale (de projet), parfois paradoxale. Les organisations de travail se font et se défont au gré des projets, ce qui induit nécessairement plus de mobilité et d'adaptabilité du personnel, et plus d'instabilité. La gestion dans son ensemble s'en trouve également modifiée : ressources humaines, pilotage financier, approche de la qualité, incitant à une réorganisation générale du fonctionnement, faute de quoi le management par projet restera à un faible niveau d'intégration, avec une superposition de structures organisationnelles peu agiles épuisant l'énergie des personnels à faire avancer les projets.

Le management par projet est également basé sur l'émergence d'une remise en question permanente des approches, des méthodes et des pratiques, pour les faire évoluer. Il introduit aussi une culture de résultats collectifs, qui sont la conséquence de réalisations individuelles multiples qui se réalisent hors des solidarités reposant sur les corps de métier.

De plus, pour D. JANCOURT et M. SIMART « *le management par projet est, du fait de cette culture, un mode de gestion exigeant pour lequel il faut être formé et qui doit être accompagné* »³⁵.

Pour Gilles Garel³⁶ « *la diffusion du management de projet doit aller de pair avec la compréhension et le contrôle de ses effets sur les acteurs et sur leurs organisations. Le projet peut être un mode très efficace de l'action collective, mais suppose des moyens, des ressources, des compétences, des outils, une reconnaissance* ».

Il ne s'agit donc pas de se contenter d'invoquer le mode projet, encore faut-il se donner les moyens de le mettre en œuvre d'une manière qui réduise les risques. Il ne faut pas oublier que l'on ne peut pas mettre en place un mode de gestion trop mécaniste, car les établissements de santé travaillent au service de l'Humain (les patients). La standardisation à l'extrême ne paraît pas être en mesure d'apporter toutes les solutions avec une production instable et la gestion de plusieurs temporalités : urgence, semi-urgence et chronicité.

Enfin, il faut faire attention : le management n'est pas un but en soi mais plutôt un moyen d'atteindre un objectif. Développer le management par projet dans un hôpital doit donc nécessairement servir une ambition plus large.

Le DS en est le garant en tant que membre de l'équipe de direction et en tant que leader d'une équipe de direction des soins. Il devra être persuadé de la méthode, la maîtriser mais aussi la favoriser, la développer et être vigilant quant aux limites afin de les éviter.

Nous pouvons confirmer que le management par projet piloté par le DS permet l'amélioration de la QVT. Pour cela, il peut s'appuyer sur les préconisations qui font l'objet de la troisième partie de ce travail de recherche.

³⁵ JANCOURT D, SIMART M, 2015, Le management par projets : Un défi pour les établissements de santé, DUNOD, p 167-184

³⁶ GAREL G, 2011, Qu'est-ce que le management de projet ?, BROCHE collection Repères n°377, p 128

3 Le management par projet : une opportunité managériale intéressante pour le DS

Le management par projet constitue une des pistes possibles de préconisations pour répondre à l'ensemble des enjeux auxquels sont confrontés les établissements. Il peut ainsi être un outil pertinent de réforme, même s'il n'est pas le seul possible. Le management par projet a de nombreux atouts car il permet d'être en accord avec les différents enjeux auxquels sont confrontés les établissements.

Les organisations hospitalières et médico-sociales extrêmement cloisonnées entre leurs structures et leurs métiers méritent un mode de management qui facilite concrètement la transversalité. Une solution peut consister en l'intégration progressive du mode projet par itérations entre recherche et pratique sur le terrain, correctement synchronisées entre enjeux stratégiques et réalités opérationnelles du soin.

L'étude que nous avons menée laisse apparaître que le management par projet est un levier d'innovation et de transformation incrémentale en lien étroit avec son environnement. De plus, il apparaît être en mesure de réconcilier la qualité de prise en charge, l'efficacité et la qualité de vie au travail. En particulier, cette approche se révèle pertinente pour lutter efficacement contre la perte de sens que subissent les professions soignantes, paramédicales et médicales. Enfin, il permet une plus grande efficacité opérationnelle des initiatives stratégiques.

Le management par projet répondrait ainsi aux nombreuses attentes que connaissent les structures sanitaires : augmenter la performance et l'efficacité, développer la pertinence des prises en charge, transformer les organisations, donner de nouveau du sens aux professionnels et améliorer la qualité de vie au travail.

De plus, il pourrait permettre à l'hôpital d'être davantage précurseur que résilient. En effet, l'hôpital est très certainement une des institutions publiques qui a dû s'adapter le plus ces dernières années. Il y existe un mouvement continu d'évolution des organisations, des connaissances, des modalités de prise en charge, de gouvernance, de financement, etc. Néanmoins, ces mutations constantes sont davantage subies que pilotées. Ces structures bénéficient d'une capacité d'absorption du changement hors du commun mais assez peu d'innovation organisationnelle et d'intégration managériale comme celle de l'ingénierie managériale. Pourtant, aujourd'hui, l'hôpital performant est celui qui est capable d'ajuster ses organisations en tenant compte des informations en

provenance de ses professionnels, des usagers et des patients, mais aussi de la concurrence.

En effet, l'ingénierie managériale est « *un ensemble de techniques de gestion d'organisation permettant d'optimiser l'atteinte des objectifs : c'est la mise en œuvre effective des moyens humains et matériels d'une institution pour atteindre ses objectifs. L'ingénierie managériale est un ensemble bidimensionnel, de principes, et de règles d'actions empiriques contingents dont l'application systématique doit assurer :*

- *L'efficience et l'efficacité de la coordination des activités ;*
- *La motivation pour une coopération active et gratifiante de l'ensemble des parties prenantes »³⁷.*

Les modalités d'application de l'ingénierie managériale sont radicalement différentes suivant la taille du groupe de collaborateurs : moins de quinze à vingt collaborateurs ou plus d'une vingtaine. Ainsi, on parlerait d'un management d'équipe du ressort de la psychosociologie pour une organisation de moins de vingt collaborateurs et d'un management d'organisation du ressort de la sociologie des organisations pour plus de vingt collaborateurs.

3.1 Les conditions pour mettre en place le management par projet

Sur le terrain, malgré le volontarisme de certains DS et les attentes des collaborateurs, la mise en œuvre effective de ce type de management demeure parcellaire et peu performante, en grande partie à cause d'un manque de connaissance, de maîtrise de la méthodologie mais surtout de la finalité.

De plus, les ajustements qui devraient avoir lieu régulièrement pour adapter les modes de management, pour revoir les processus de production, pour assouplir les règles de contrôle, pour supprimer les activités redondantes, pour améliorer la qualité des services, pour optimiser les relations avec tous les acteurs impliqués, sont souvent trop ponctuels ou limités.

Aussi, nous proposons une nouvelle voie qui consisterait à renforcer les régulations en les inscrivant dans une stratégie globale d'ordre structurel et managérial. Pour favoriser la réussite d'un management par projet, il est absolument nécessaire que certaines conditions soient réunies. Ces conditions favorisantes pourraient être :

³⁷ <https://www.docteuraudit.com/fr/ingenierie-managériale/presentation>

- une QVT comme politique et dynamique institutionnelle insufflée par le DG lui-même et reprises par les différents directeurs adjoints au premier plan desquels le DS ;
- une qualité et la sécurité des soins qui soient l'affaire de tous au niveau de l'institution et que le DS reste, en collaboration avec le PCME, le pilote privilégié sur le sujet ;
- des managers formés à la gestion de projet et au management par projet. Ils doivent maîtriser tous les outils de gestion de projet, la méthodologie et identifier des indicateurs d'avancement et de réussite du projet ;
- un projet managérial d'établissement qui inclut les notions de transversalité, de pluridisciplinarité, d'autonomie, de responsabilisation et donc d'évolution de la notion de hiérarchie avec l'acceptation de partage de pouvoir.

Préconisations :

- Le DS doit insuffler cette dynamique QVT et de management par projet au niveau stratégique et institutionnel ;
- Le DS doit développer une culture de l'évaluation en tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, la remise en question des pratiques professionnelles est une démarche naturelle ;
- Le DS doit identifier les besoins de progressions et d'accompagnement de ses collaborateurs et favoriser les formations en ce sens. Cela peut être fait à partir d'une cartographie des compétences attendues des managers et les compétences réelles ;
- Le DS doit mobiliser la politique de soins à travers le projet de soins élaboré à partir d'une vision claire, des objectifs définis et un management par projet identifié ;
- Le DS doit être co-pilote du projet managérial avec le DRH.

3.2 La finalité du management par projet comprise de tous

Pour que tous les acteurs et collaborateurs comprennent la démarche et en voient la finalité, les résultats de notre recherche permettent de considérer qu'il est nécessaire que le DS possède un leadership qui :

- donne un sens à la stratégie à partir d'explications, de partage d'informations et de retours d'expériences

- possède une capacité à convaincre des apports positifs et des bienfaits du management par projet comme par exemple faire progresser les professionnels et les rendre autonomes, permettre la structuration des organisations adaptée au terrain, à favoriser la projection à moyen et long termes,
- identifie et accompagne des professionnels à travers la formation continue, le coaching et la mise en place d'espaces de discussions.

Préconisations :

- le DS développe des compétences relationnelles et de communication ;
- le DS met en œuvre une dynamique de groupe cadres et une politique managériale commune d'établissement qui peuvent se construire à travers des séminaires de management médico-soignants ;
- le DS favorise les initiatives de ses collaborateurs et les valorise.

3.3 Un positionnement managérial du DS connu et reconnu

En tant que leader, le DS devra :

- motiver et impliquer les différents acteurs mais aussi permettre un pouvoir de décision à leur niveau au sein d'un cadre posé, et ainsi se sentir écouté et entendu dans leurs propositions ;
- avoir une attitude managériale valorisante et gratifiante qui permet la reconnaissance, l'estime de soi, la valorisation des professionnels ainsi que l'expression de propositions constructives et de démarches d'amélioration venant des professionnels eux-mêmes ;
- mettre en place des moyens de contrôle plutôt formels (même s'il en existe aussi en réalité des informels) qui permettent d'améliorer la probabilité de réussite des projets en se focalisant sur la qualité des outils de suivi du projet : se doter des outils nécessaires pour savoir quelle est la meilleure décision à prendre (parfois, il faut stopper le projet pendant qu'il est encore temps, au risque d'engendrer des coûts trop importants ou de ne jamais pouvoir mettre en pratique le projet). Il s'agit par exemple d'outils de gestion tels les contrats, les diagrammes, les indicateurs, qui fixent des jalons contraignants et construisent des échéances. Cela peut aussi être l'organisation du travail avec la constitution de petits groupes fonctionnant à partir d'ajustements mutuels successifs. Des essais de maquettes organisationnelles ou de processus peuvent permettre d'explicitier les savoirs tacites et qui portent une partie de la mémoire des débats passés.

Préconisations :

- Le DS doit développer lui-même une politique managériale innovante et être créatif. Il devra préciser avec son équipe de direction les niveaux de délégation à partager et les instances de régulation à mettre en place. Ensuite, il encouragera les autres niveaux hiérarchiques à s'engager en faisant vivre des « groupes de propositions » dans lesquels les professionnels pourront échanger des informations, réfléchir ensemble, faire des propositions, afin de consolider la cohérence entre leurs différentes activités ;
- Le DS doit identifier des indicateurs et moyens de contrôle d'atteinte d'objectifs et construire des tableaux de bord. De même, il doit maîtriser l'utilisation de logiciels de suivi de projet.

3.4 Les points de vigilance propres au management par projet

Nous avons vu lors de l'analyse que des limites ou des points de vigilances existaient dans la pratique du management par projet³⁸. Dans ce cadre, le DS devra être vigilant.

Préconisations :

- Le DS doit être à l'écoute et observer attentivement l'environnement
- Le DS doit favoriser l'expression de ses collaborateurs et des professionnels de santé ou des étudiants (pour la formation).

Nous proposons de synthétiser dans un tableau, que vous trouverez en annexe³⁹, l'ensemble des préconisations dans une proposition de plan d'actions pour les DS mais aussi pour l'ensemble des managers.

³⁸ Cf. § 2.2.2 p 46.

³⁹ Cf. Annexe IV

Conclusion

L'étude que nous avons menée laisse apparaître que le management par projet représente une opportunité pour les structures sanitaires à la condition qu'il soit appréhendé d'une manière globale et structurée. À l'image de nombreuses organisations privées ou publiques, les structures sanitaires, ont subi d'importantes mutations les contraignant à une adaptation constante de leur fonctionnement et à un effort permanent de modernisation et d'optimisation de leur système de production de soins et de leurs ressources. Nous avons pu faire ressortir que ces mutations se sont accompagnées du constat partagé d'une nécessaire et rapide adaptation aux évolutions des environnements. Les nouvelles données économiques, sociales et organisationnelles, conduisent à renouveler le management stratégique propre à ce type de structure.

Les résultats des entretiens menés auprès des managers hospitaliers et d'instituts de formation, permettent de considérer que le management par projet peut être un moyen de répondre collectivement à ces nouveaux défis de manière performante. En effet, il peut faire évoluer le management dans l'organisation et dans les structures. Il réduit les délais et les coûts et améliore la qualité de prise en charge et la motivation des équipes. Nous constatons que c'est une méthode de changements continus qui s'adapte aux nouveaux défis et qui s'intéresse à la fois au présent et au futur tout en tirant des leçons du passé. Ainsi, ce modèle pourrait convenir aux organisations de santé et s'adapter à leurs contraintes.

Le management par projet peut être pour le DS l'opportunité de partir des savoir-faire et des atouts de chacun pour transformer les organisations. L'objectif serait de ne plus subir l'environnement interne et externe mais de le maîtriser, de redonner aux personnels soignants et administratifs l'envie et le sens qu'ils perdent parfois de vue. Il s'agirait de permettre aux professionnels de s'approprier leur travail : c'est la motivation, l'envie qui fera la différence. A cet effet, la QVT sera aussi de comprendre le sens de son travail, avoir de l'autonomie, se sentir en confiance, être encouragé, être formé, être reconnu. Le mode projet modifie la vision et la gestion de travail. Il met le potentiel humain au cœur de son système et le valorise. Le DS doit en être l'initiateur et le leader au sein de son établissement voire du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Ne pourrait-on pas aller jusqu'à penser que le management par projet du DS associé à la recherche en santé, potentialiserait la qualité des soins et la QVT ? En effet, dans ces deux domaines, nos pratiques sont réinterrogées ou remises en question, voire évoluent vers de nouveaux métiers de la santé. La boucle vertueuse pour le DS serait-elle atteinte ? Le débat reste ouvert.

Bibliographie

Ouvrages :

- ALEXANDRE-BAILLY B, BOURGEOIS D, GRUERE J-P, AL., 2019, Comportements humains et management, Paris, Pearson, p 369
- BARTH I, MARTIN Y-H, 2014, Le Manager et le Philosophe : femmes et hommes dans l'entreprise : les nouveaux défis, Paris, LE PASSEUR, p 219
- BENNER P, De novice à expert : Excellence en soins infirmiers, BROCHE, 2003, p 252.
- CHAMINADE B., 2008, Guide pratique RH et compétences, Saint-Just-La-Pendue, AFNOR, p 540
- CLAUDE J-F, 1998, L'éthique au service du management : concilier autonomie et engagement pour l'entreprise, Rueil-Malmaison, LIAISONS (Collection Entreprise et carrières), p 254
- DE KERVASDOUE J, 2015, L'hôpital, Presse Universitaire de France collection Que sais-je, n°795, p 128
- GAREL G, 2011, Qu'est-ce que le management de projet ?, BROCHE collection Repères n°377, p 128
- HOLCMAN R., 2019, Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier, Paris, DUNOD, p 979
- JANCOURT D, SIMART M, 2015, Le management par projets : un défi pour les établissements de santé, DUNOD, collection Performance et innovation dans les établissements de santé, Paris, p 167-184
- KAPP S, 2019, La sociologie : retenir l'essentiel, Paris, Nathan (repères pratiques), p 143
- LE GOFF J-P, 2003, Les illusions du management : pour le retour du bon sens, BROCHE, collection LA DECOUVERTE Poche/essais n°97, p 168
- PAUGAM S, 2018, les 100 mots de la sociologie, collection Que sais-je, Paris, Presse universitaire de France, p 127
- PICQ T, 2016, manager une équipe projet : l'humain au cœur de la performance, Paris, Dunod (Management/leadership), p 247

Articles / Revues :

- CHERRE B, LAARRAF Z, YANAT Z, 2014, Dissonance éthique : forme de souffrance par la perte de sens au travail, Recherches en Sciences de Gestion, n°100, p 143-172

- MORIN E, CHERRE B, 2001, Les cadres face au sens du travail, REVUE FRANCAISE DE GESTION, p 83-93
- Revue de la littérature sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins. HAS, Janvier 2016, p 54
- TAVANI J-L, LO MONACO G, et al., 2014, La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer ?, Archives Des Maladies Professionnelles-873, p 11

Textes législatifs :

- Circulaire du 10 avril 2015 relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique
- Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Etudes/ Rapports :

- AKKERMAN A, SLUITER R, JANSEN G, 2015, Third European Company Survey-direct and indirect employee participation, Eurofound report, Etats-Unis, p 88
- CHEVALIER H, LEVY-HAMON S, 2013, Qualité de vie au travail : représentations, vécus et attentes des salariés français, CSA Research, p 24
- Rapport Lachmann-Larose-Pénicaud, 2010, Le bien-être et l'efficacité au travail, p1

Internet :

- [https://tnova.fr/system/contents/files/000/000/380/original/130318 - Bien-etre et efficacit - pour une politique de qualitt de vie au travail - Martin Richer.pdf?1432549194](https://tnova.fr/system/contents/files/000/000/380/original/130318_-_Bien-etre_et_efficacit_-_pour_une_politique_de_qualit_de_vie_au_travail_-_Martin_Richer.pdf?1432549194) RICHER M, 2013, Bien-être et efficacité : pour une politique de qualité de vie au travail, Terra Nova, p 22
- <https://www.erudit.org/fr/revues/ri/1983-v38-n3-ri2863/029379ar/> LAROUCHE V, TRUDEL J, 1983, La qualité de vie au travail et l'horaire variable, Relations industrielles / industrial Relations, Vol.38, n°3, p. 568-597 (art sur une étude)
- <https://hem.ac.ma/fr/gestion-etou-management>
- <https://www.docteuraudit.com/fr/ingenierie-manageriale/presentation>
- <https://www.scoop.it/topic/actu-culture-et-sante-bydiacveille/?&tag=Qualit%C3%A9+de+vie+au+travail>

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien pré exploratoire

Annexe II : Guide d'entretien principal

Annexe III : Grille d'analyse des entretiens principaux

Annexe IV : Proposition d'un plan d'actions pour les Directeurs des soins

Annexe I : Guide d'entretien pré exploratoire

Guide d'entretien pré exploratoire

- Etes –vous ?
DS DRH CSS CS

- Quelle est votre ancienneté dans votre fonction actuelle :
 - < 2 ans
 - Entre 2 et 5 ans
 - Entre 5 ans et 10 ans
 - > 10 ans

- Vous exercez en
Gestion Formation

- Votre établissement est un établissement de
 - Grande taille de type CHU ?
 - Taille importante entre 500 et 750 lits ?
 - Taille moyenne entre 300 et 500 lits ?
 - Petite taille < 300 lits ?

- Quel type de management pratiquez-vous ?

- Connaissez-vous le management par projet ?

- Comment définissez-vous le management par projet » ?

- Pour vous qu'est-ce que peut favoriser le management par projet ?

Annexe II : Guide d'entretien principal

Guide d'entretien principal

- Etes –vous ?
DS DRH CSS CS

- Quelle est votre ancienneté dans votre fonction actuelle :
 - < 2 ans
 - Entre 2 et 5 ans
 - Entre 5 ans et 10 ans
 - > 10 ans

- Vous exercez en
Gestion Formation

- Connaissez-vous le management par projet ?

- Comment définissez-vous le management par projet ?

- Pratiquez-vous le management par projet ?
 - Régulièrement càd environ 80% de votre style de management
 - Souvent càd environ 60%
 - Parfois càd environ 30% de votre style de management
 - Jamais ou quasi jamais càd moins de 10% de votre style de management ?

- Si oui, qu'apporte-t-il pour vous et pour votre équipe ?

- Si non, pourquoi ?

- Pour vous qu'est-ce que peut favoriser le management par projet (l'intelligence collective, donner du sens, l'autonomie, la qualité des soins, des valeurs communes, ... ?)

- Pensez-vous que le management par projet soit un outil favorisant le développement de la QVT ?

- Selon vous qu'est-ce qui favorise la réussite d'un management par projet ? (Leadership, vision claire du DS, une structuration, partage de pouvoir, un engagement et une motivation des personnels, ...)

- Selon vous, en quoi le management par projet peut-il être un outil de QVT pour le DS ? (Notion de positionnement managérial)

- Avez-vous des éléments complémentaires à ajouter ?

Annexe III : Grille d'analyse des entretiens principaux

Grille d'analyse des entretiens de mémoire				
Thèmes	CDS n°1	CDS n°2	CDS n°3	CDS n°4
Ancienneté				
Gestion / Formation				
Connaissance MPP				
Définition MPP				
Pratique du MPP				
Si oui : apports				
Si non : pourquoi				
Que favorise le MPP				
MPP outil de développement de QVT				
Réussite du MPP				
MPP outil QVT pour DS et pourquoi				
Commentaires				

Annexe IV : Proposition d'un plan d'action pour les Directeurs des soins

Stratégies	Actions	Qui ?	Comment ?	Apports attendus
Stratégie institutionnelle	<p>Insuffler une dynamique QVT et de management par projet</p> <p>Développer une culture de l'évaluation en tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins</p>	<p>Direction dans son ensemble</p> <p>Tous professionnels de l'institution</p>	<p>CODIR Réunion d'encadrement Projet d'établissement Projet médical Projet de soins Projet social Projet du schéma directeur des systèmes d'information Projets de Pôles</p> <p>Formation à la qualité, la gestion des risques Droit à l'erreur Formation à l'évaluation des pratiques professionnelles Formation à l'entretien professionnel Résultats certification, enquêtes de satisfactions, nombre d'EI, ... Participation de patients experts dans les groupes de travail</p>	<p>Politique institutionnelle et partage de valeurs communes (service public, d'établissement, ...) Vision claire et partagée Donner du sens</p> <p>Responsabilisation Attitude réflexive : la remise en question des pratiques doit être une démarche naturelle Qualité et sécurité des soins Implication, motivation Donner du sens Confiance Transparence Force de propositions Ouverture d'esprit</p>

Stratégies	Actions	Qui ?	Comment ?	Apports attendus
Stratégie managériale	Mobiliser la politique de soins à travers le projet de soins élaboré à partir d'une vision claire, des objectifs définis et un management par projet identifié	DS CSS CSP	Séminaire des cadres Réunion d'encadrement Groupes de travail par thématique Recentrage des soignants sur leur cœur de métier Remettre le patient au centre des soins	Responsabilisation Autonomie Innovation, force de propositions Intelligence collective Cohésion d'équipe d'encadrement et d'unité Donner du sens Valoriser et Reconnaissance du travail et des individus Transversalité
	Etre co-pilote du projet managérial avec le DRH	DS DRH	Elaboration d'un projet managérial institutionnel et initier l'ingénierie de management	Cohésion de cadres Cohérence commune Acculturation managériale Montée en compétences dans les différents domaines managériaux
	Mettre en œuvre une dynamique de groupe cadres et une politique managériale commune d'établissement	DS CSS CSP	Projet managérial institutionnel Séminaires cadres Groupes de travail thématique sur le management, les organisations,	Cohésion de cadres, solidarité Cohérence commune Innovation managériale Responsabilisation des cadres Confiance Autonomie Innovation organisationnelle
	Favoriser les initiatives de ses collaborateurs et les valoriser	DS CSS CSP	Communication sur les réussites, les projets aboutis, les résultats des enquêtes, audits, ...	Motivation, implication Autonomie Reconnaissance

Stratégies	Actions	Qui ?	Comment ?	Apports attendus
	<p>Développer une politique managériale innovante et être créatif</p> <p>Identifier des indicateurs et moyens de contrôle d'atteinte d'objectifs et construire des tableaux de bord</p> <p>Maitriser l'utilisation de logiciels de suivi de projet.</p> <p>Favoriser les initiatives de ses collaborateurs et les valoriser</p>	<p>DS</p> <p>DS CSS CSP</p>	<p>Préciser avec son équipe de direction les niveaux de délégation à partager et les instances de régulation à mettre en place</p> <p>Mise en place de Groupes de propositions</p> <p>Lieux et temps d'expression</p> <p>Formation au logiciel de gestion de projet (Trello, Slack, DeProj, ...)</p> <p>Présentation en réunion d'encadrement</p> <p>Communication interne et externe (intranet, extranet, articles, publications, ...)</p>	<p>Confiance</p> <p>Autonomie, délégation</p> <p>Contrôle commun et connu</p> <p>Déclinaison de la politique managériale</p> <p>Partage d'informations et d'expériences</p> <p>Lieu d'expression</p> <p>Consolidation de la cohérence des activités</p> <p>Innovation</p> <p>Force de propositions, Recherche infirmière ou implication dans une recherche médico-soignante</p>
<p>Stratégie GPEC</p>	<p>Identifier les besoins de progressions et d'accompagnement de ses collaborateurs et favoriser les formations en ce sens</p> <p>Développer des compétences relationnelles et de communication</p>	<p>DS en collaboration avec DRH</p> <p>DS CSS CSP</p>	<p>Cartographie des compétences attendues des managers par métiers (répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière)</p> <p>Cartographie des compétences réelles</p> <p>Formations diverses (Process com, coaching, ...)</p> <p>Formation au management par projet et gestion de projet</p> <p>Séminaires d'encadrement</p>	<p>Connaissance des compétences managériales réelles</p> <p>Remise en question de soi</p> <p>Envie de progression</p> <p>Partage d'expériences et d'expertise</p> <p>QVT</p> <p>Maitrise en cas de situations difficiles de la communication</p> <p>Savoir communiquer</p> <p>Valorisation, reconnaissance</p>

Stratégies	Actions	Qui ?	Comment ?	Apports attendus
<p align="center">Stratégie sociale</p>	<p>Etre à l'écoute et observer attentivement l'environnement</p>	<p>DS CSS CSP</p>	<p>CODIR Réunions de service Réunions d'encadrement Point d'échange avec les CSS Entretiens professionnels annuels Visiter les services dès que l'occasion se présente Instances diverses Rencontre avec les représentants du personnel</p>	<p>Ecoute active Réactivité Adaptabilité</p>
	<p>Favoriser l'expression de ses collaborateurs et des professionnels de santé ou des étudiants</p>	<p>DS</p>	<p>Point régulier avec DS des instituts de formation Point régulier avec les CSS RDV individuels avec les CSP, les professionnels de santé</p>	<p>Confiance Partage d'information Echange de qualité QVT Disponibilité Implication, motivation Reconnaissance</p>

BISSON

Nathalie

Décembre 2020

Directeur des soins

Promotion 2020

Le management par projet au service de la qualité de vie au travail : un outil managérial pour le Directeur des Soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes 1

Résumé :

Parmi les nombreux défis que nos structures hospitalières ont à relever, il en est un qui peut être un facteur clé de succès de tous les autres : développer la coopération, mettre les intelligences multiples qui nous composent au service des missions de l'Hôpital.

Le travail de ce mémoire présente ici l'idée que construire une vision partagée et un sens commun de ce que l'on souhaite pour l'hôpital permet d'obtenir une performance sociale, respectueuse de la qualité de vie au travail, contributive de la qualité des soins. La dynamique pour y parvenir nous paraissait être un processus de transformation des pratiques managériales basé sur le bon sens, la coresponsabilité et l'apprentissage. Et pour cela, le management par projet nous semblait être un outil intéressant et performant quand il est piloté par le Directeur des soins.

Après avoir posé notre question et nos hypothèses, nous avons adopté une méthodologie permettant une analyse quantitative et qualitative à travers une recherche littéraire, un recueil de données et des entretiens menés auprès de managers hospitaliers et d'instituts de formation.

Les résultats de notre recherche sont très riches et nous ont apporté de nouvelles pistes.

Mots clés :

Management, management par projet, qualité des soins, qualité de vie au travail, sens, motivation, implication, leadership, plan d'actions.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.