



---

Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique

*Promotion : 2020-2021*

**L'appropriation des outils de gestion dans  
les organisations de santé : enjeu du  
pilotage stratégique au sein d'une entité du  
secteur sanitaire, social et médico-social**

---

FERELLOC-RICHARDSON Manon

---

# Remerciements

---

L'élaboration de ce mémoire de fin d'études a été rendu possible grâce au concours de plusieurs personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail et à qui je souhaiterais témoigner ma reconnaissance.

Mes remerciements vont d'abord à ma directrice de mémoire, Mme Karine Chauvin, pour ses conseils bienveillants durant cette expérience, ainsi qu'à mon responsable de Master, Mr Campéon, et tous mes camarades de promotion que j'ai côtoyés avec plaisir durant cette année d'études.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mon stage et qui m'ont fait confiance pour m'aider à concrétiser ce travail. Je pense particulièrement à mon référent, avec qui j'ai bénéficié d'un accompagnement sérieux et humain tout au long de cette démarche, mais également tous les autres membres de la Direction et du Pôle ressources qui ont su m'accueillir de manière bienveillante au sein de l'organisation. Je pense aussi à mes collègues alternantes, notamment Julia et Tsuriele, avec qui j'ai partagé cette expérience et qui ont constamment participé à maintenir ma motivation pour élaborer ce mémoire.

Je souhaite évidemment dire merci à mes proches et ma famille, qui ont su soutenir ma démarche et apporter un regard avisé sur mon travail.

Je souhaite enfin remercier toutes les personnes qui se sont investies à mes côtés durant mon stage et ont qui accepté de m'accorder de leur temps pour répondre à mes sollicitations et qui, j'espère, se reconnaîtront dans ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
L'analyse des enjeux à travers le prisme du projet stratégique d'une organisation en santé	9
Pistes de réflexion	11
Méthodologie	12
<b>PARTIE I. LES ORGANISATIONS DE SANTE, ENTRE ENVIRONNEMENT COMPLEXE ET TENTATIVES DE PROTOCOLISATION</b>	<b>18</b>
<b>A. Un secteur marqué par des contraintes spécifiques</b>	<b>18</b>
1. Le cumul des contraintes endogènes et exogènes	19
2. Des objets évoluant dans un environnement complexe ?	21
<b>B. L'IMPORTATION DES OUTILS DE GESTION DANS UN CONTEXTE SPECIFIQUE, QUELLE ADAPTATION ?</b>	<b>23</b>
1. De l'entreprise à l'organisation de santé : genèse du managérialisme	23
2. Les outils de gestion face aux limites de la protocolisation	25
<b>C. Illustration des enjeux du pilotage stratégique dans une organisation en santé</b>	<b>27</b>
1. Une organisation multisite et multisectorielle, entre complexité interne et externe	27
2. Le projet stratégique et la gestion du changement : outillage du pilotage stratégique	30
<b>PARTIE II. L'EVALUATION DE L'OUTIL PROJET STRATEGIQUE : UN DECALAGE DE PERCEPTION ENTRE DIMENSION FONCTIONNELLE ET PROCESSUELLE ?</b>	<b>34</b>
<b>A. Les résultats de l'évaluation : un impact limité du projet stratégique sur les besoins identifiés</b>	<b>35</b>
1. Le support d'une vision commune encore balbutiante	35
2. Un outil au service des parties prenantes ?	37

<b>B. L'inadéquation de l'outil avec les besoins des parties prenantes, une limite à l'instrumentation</b>	<b>39</b>
1. L'accumulation des contraintes, quelle priorisation dans le quotidien des professionnels ?	39
2. Un outil complexe : décalage avec le pragmatisme des fonctions opérationnelles	42
<b>C. Le processus de (non-)appropriation, expression du décalage entre les décideurs et le terrain</b>	<b>45</b>
1. Des fonctions de management au terrain, un lien insuffisant ?	45
2. Le positionnement des professionnels : des acteurs passifs face à des outils imposés ?	48
<b>PARTIE III. FAVORISER LE PASSAGE DE L'OUTIL A L'INSTRUMENT, CONDITION SINE QUA NONE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CHANGEMENT</b>	<b>52</b>
<b>A. Une remise en question appelée par les utilisateurs : d'un outil contraignant à un outil habilitant (légitimité pragmatique)</b>	<b>53</b>
1. Le format de l'outil, enjeu déterminant de l'appropriation	53
2. Le contenu, vers une adaptation aux besoins des parties prenantes	56
<b>B. Faire vivre l'outil, point saillant de la pérennité de mise en œuvre (légitimité cognitive)</b>	<b>58</b>
1. Impliquer pour responsabiliser : un impératif s'inscrivant dans la durée	58
2. Le rôle des fonctions d'encadrement dans la conduite du changement, pivot entre les logiques soignantes et managériales	60
<b>C. Les perspectives stratégiques de changement organisationnel, appel à une évolution plus globale ? (légitimité morale)</b>	<b>62</b>
1. L'institution d'une perspective commune, support vers l'institution d'un outil commun	63
2. Réduire la distance entre la direction et le terrain : un impératif jusqu'au mode de gouvernance	66
<b>CONCLUSION</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>81</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ATC</b>	Autorité de Tarification et de Contrôle
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>DG</b>	Direction Générale
<b>HPST [loi]</b>	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et aux Territoires
<b>NPM</b>	New Public Management
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>T2A</b>	Tarification à l'Activité

---

## Liste des figures

---

Figure 1. Critères d'évaluation .....	14
Figure 2. Organigramme (diffusion interne) .....	28
Figure 3. Répartition des établissements de l'organisation .....	29
Figure 4. Niveau de réalisation des objectifs par pôle (source : questionnaire interne).....	37
Figure 5. Fréquence d'utilisation des différents documents de référence par les salariés (source : questionnaire interne) .....	40
Figure 6. Profil des répondants à l'enquête sur le projet stratégique (source : questionnaire interne) .....	42
Figure 7. Perception de l'utilité du projet stratégique parmi les professionnels en connaissant l'existence (source : questionnaire interne).....	44
Figure 8. Degré de consultation nécessaire par thématique (source : questionnaire interne) .....	67

## INTRODUCTION

« Même s'ils inscrivent leurs actions dans un cadre réglementaire contraint (code de la santé publique ou code de l'action sociale et des familles), les établissements de santé et établissements et services sociaux et médico-sociaux sont des structures autonomes qui doivent, dans le cadre d'une démarche stratégique, interroger leurs missions et leur positionnement sur leur territoire pour s'assurer de leur juste réponse aux besoins de santé et de prise en charge de la population », (Louazel, 2018).

En effet, les organisations de santé apparaissent comme des structures historiquement très fermées (Fontanet, 2007) et ce notamment vis-à-vis des processus de changement, pouvant ainsi être analysées à travers le prisme de la notion d'institution (Carricaburu et Ménoret, 2004). Cette spécificité s'explique d'une part par l'existence de valeurs et de pratiques profondément ancrées qui structurent cette institution, en lien avec la fonction sociale traditionnelle de ces organisations. Cela se traduit tout de manière assez notable par la relation vocationnelle des professionnels à leur poste, basée sur le don plutôt que sur le contrat (Fontanet, 2007), se différenciant du monde entrepreneurial classique. Cet aspect s'impose d'ores et déjà comme un blocage aux changements et principalement aux processus assimilés à la marchandisation des soins (Chanial, 2010). Plus formellement, à cet enjeu s'ajoute un cadre réglementaire qui s'avère non seulement contraignant, mais surtout en constante évolution. La réglementation se développe plus particulièrement au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle en parallèle de la promulgation des grandes lois d'assistance sur la base du droit à l'accès aux soins, marquant le début du mouvement d'étatisation des organisations de santé. Cette particularité se traduit entre autres par l'obligation d'obtenir une autorisation d'exercer auprès des ATC, qui conditionnent également le financement des activités, contraignant fortement l'activité du manager sur le plan stratégique. Mais ce fonctionnement est en évolution constante et la volonté de modernisation des établissements en cours depuis les années 1980 fait apparaître de nouvelles modalités, moins basée sur la gestion traditionnelle en tant qu'administration que sur une volonté de régulation. Celle-ci se matérialise notamment par le processus de contractualisation avec les ATC, qui repose aujourd'hui sur les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Parallèlement au processus de régulation se développe une préoccupation grandissante pour la qualité, se traduisant par des procédures telles que la certification dans le secteur sanitaire et l'obligation d'évaluation interne et externe dans le secteur social et médico-social.

Aussi, ces contraintes et ces spécificités importantes limitent l'autonomie stratégique des organisations de santé. Néanmoins, « même sous contrainte, la stratégie hospitalière s'impose » depuis les dernières décennies, dans la mesure où ce cadre, bien que contraint, évolue fortement du fait des réformes successives en matière de planification ou de financement (Louazel, 2018). Alimentant ce phénomène, les organisations font aussi face à des changements démographiques constants, aujourd'hui cristallisés par le phénomène de vieillissement de la population, mais également aux caractéristiques du territoire sur lequel elles s'inscrivent. Elles sont alors confrontées à un impératif grandissant d'adaptation à cet environnement complexe afin de répondre au mieux aux besoins de la population. Il devient indispensable de concilier le respect des contraintes externes et la marge de manœuvre nécessaire à cette adaptation : il s'agit de la mission de pilotage stratégique.

Face à ces enjeux, les fonctions de management prennent de plus en plus d'importance au sein des organisations de santé, avec pour rôle d'accompagner ces changements (Louazel, 2018). Cette situation s'illustre particulièrement bien par la fonction des cadres de santé, pour lesquels les missions de management font désormais partie intégrante de l'activité : ils constituent aujourd'hui le pivot entre ces logiques coexistantes de soin et de management (Franchistéguy-Couloume, 2015). Elle se contextualise plus largement dans l'importation de modes de gouvernances issus de l'entreprise, en lien avec les principes du New Public Management émergeant en santé depuis le début du 21<sup>ème</sup> siècle (Chanial, 2010). Aussi, c'est notamment dans cette conjoncture de prise d'importance des fonctions de management et de stratégie que les outils de gestion se sont développés dans le monde de la santé. Entendus au sens de « formalisation de l'activité organisée » (Moison, 1997), ces dispositifs visent à maintenir la qualité de la prise en charge tout en diffusant un cadre d'efficacité, et cristallisent les tensions entre les deux logiques évoquées précédemment. Par conséquent, le processus de leur conception à leur application est très complexe et dépend largement de leur appropriation par les professionnels : les managers jouent alors un rôle essentiel pour anticiper les blocages et faciliter leur mise en œuvre (Waelli et David, 2018).

Entre la logique médico-soignante traditionnelle et la prise d'importance de cette logique plus administrative, la conduite du changement apparaît comme une problématique décisive au sein des organisations en santé. En outre, à cette complexité liée aux enjeux externes s'ajoute la complexité interne de ces entités, intrinsèque à leur statut d'organisation. En effet, le terme d'organisation renvoie à des entités qui, bien que basées sur des systèmes d'action collective, recouvrent en réalité un système complexe de relations entre acteurs interdépendants et impliqués dans des stratégies basées sur leurs intérêts propres ainsi que sur des jeux de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1978). Dans ces conditions, le pilotage stratégique des organisations en santé implique des enjeux importants et l'appropriation par les acteurs des outils qui y sont dédiés est donc cruciale (Baret, 2013).



Effectivement, l'appropriation correspond au « processus dans lequel les acteurs vont interpréter, négocier et créer du sens » (Bédé et al., 2015) : cela signifierait que les acteurs ont la main sur la finalité de l'outil via l'utilisation qu'ils en font, et ce processus a de ce fait une influence capitale sur le déroulé du pilotage stratégique.

## **L'analyse des enjeux à travers le prisme du projet stratégique d'une organisation en santé**

Le travail effectué par l'organisation ici étudiée sur son projet stratégique illustre particulièrement bien ces enjeux<sup>1</sup>. Cette entité a été créée en 2014 lors de la fusion entre deux organismes spécialisés dans la prise en charge en réadaptation, rejoints en 2016 une autre association positionnée sur la prise en charge des personnes âgées. Aujourd'hui organisée sous le statut de fondation, elle emploie plus de 1300 salariés et a progressivement diversifié ses activités afin de s'inscrire dans une logique d'accompagnement global des parcours de santé sur le territoire. A la fois positionnée sur le secteur sanitaire via la prise en charge en rééducation, en dialyse et en centres de santé, le secteur social via les actions de protection sociale, et le secteur médico-social, s'agissant de l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, cette organisation est reconnue d'utilité publique et s'est imposée comme l'un des acteurs privés principaux de la santé et de la solidarité sur la région. Elle se divise en trois pôles d'activité, sanitaire, social et médico-social, répartis sur les différents sites, en parallèle d'un pôle ressources transversal permettant un fonctionnement harmonisé des fonctions supports entre les différents services<sup>2</sup>.

Dans ces conditions, cette organisation se caractérise par une histoire complexe ainsi qu'un positionnement sur une pluralité d'activités et de sites de prise en charge. Cette complexité est principalement confortée par la présence de l'entité sur les trois secteurs. Effectivement, du fait de la partition entre le sanitaire d'une part et le social et médico-social d'autre part, en vigueur depuis la Loi du 30 Juin 1975, des réglementations différentes s'appliquent et impliquent des disparités de fonctionnement entre les différentes activités. Cette particularité s'est d'ailleurs illustrée par d'importantes difficultés lors de l'application des mesures issues du Ségur de la santé du fait des disparités entre secteurs. A ces constats internes s'ajoute la dimension évolutive l'environnement dans lequel elle évolue, s'agissant à la fois de la multiplicité des acteurs impliqués dans la prise en charge

---

<sup>1</sup> Par principe de confidentialité, le nom de l'organisation citée ne sera pas précisé dans ce mémoire et le contenu relatif au fonctionnement interne sera anonymisé

<sup>2</sup> Voir Annexe 0. Organigramme

des parcours et des nouveaux enjeux sociodémographiques spécifiques au territoire d'implantation, particulièrement touché par le vieillissement de la population.

Face à ces enjeux, la Direction Générale a fait le choix d'élaborer en 2014 un projet stratégique global l'organisation, avec pour objectif à la fois de développer ses activités en cohérence avec son environnement, mais également plus opérationnellement afin de définir une ligne directrice commune pour les différents sites et pôles qui composent l'entité. Ce choix n'est pas surprenant dans la mesure où l'outil projet est devenu, dans les dernières décennies, le « mode de gestion privilégié du changement dans des organisations » du fait de leur réorganisation permanente (Garel, 2003). In fine, le projet stratégique vise à constituer un outil de management guidant les pratiques d'encadrement au sein de l'organisation en fonction des missions qui ont été fixées. Ce document ne peut néanmoins se soustraire au cadre réglementaire dense qui s'impose aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et la stratégie définie à l'interne vient alors s'ajouter à de nombreuses contraintes externes, fixes qui encadrent déjà les missions. Toujours dans une logique d'adaptation constante aux problématiques qui l'entourent, la direction a fait réactualiser ce projet stratégique en 2018 à l'occasion du mouvement d'extension de l'organisation, via une deuxième génération en vigueur jusqu'en 2022. Ce document a donc vocation à être réactualisé régulièrement afin de développer les activités en tenant compte des évolutions de l'environnement et des besoins des parties prenantes à la stratégie.

Plus concrètement, le projet stratégique prend la forme d'un rapport d'une soixantaine de pages divisé en deux parties<sup>3</sup> :

1. Un état des lieux de l'environnement dans lequel s'inscrit l'organisation, à savoir notamment la description de l'état de santé de la population locale, de l'offre de santé existante sur le territoire et des attentes des autorités de tarification et de contrôle au niveau national et régional.
2. Le projet stratégique de l'organisation, précisant les modalités de mise en œuvre du document, les ambitions et les engagements du Conseil d'Administration et de la Direction Générale sur lesquels se base le projet ainsi qu'un rappel de la gouvernance, mais contenant surtout les orientations stratégiques à réaliser par chaque pôle sur la durée du projet.

Dès lors, ce document concerne plus particulièrement les fonctions d'encadrement qui doivent assurer la prise en compte des objectifs stratégiques dans les différentes activités organisées. Plus

---

<sup>3</sup> Voir Annexe 1. Contenu du projet stratégique actuel

globalement, le document ambitionne à la fois de constituer une feuille de route à long terme donnant du sens et une direction aux pratiques de terrain, mais également de fixer un cadre de référence commun aux différentes parties de l'organisation afin d'en assurer la cohésion et l'harmonisation.

## **Pistes de réflexion**

Ces premiers constats posent la question de la mise en œuvre de l'outil au sein de l'organisation, qui semble particulièrement incertaine et dépendante de l'environnement organisationnel dans lequel elle s'inscrit. Cette piste d'analyse émerge d'emblée dans la mesure où l'outil en question prend le format d'un projet. Se définissant comme "une anticipation opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré. [...] Il (le projet) s'intègre dans une histoire, contribuant autant à modaliser le passé qui est présent en lui qu'à esquisser l'avenir. [...] Il n'est jamais totalement réalisé, toujours à reprendre, cherchant indéfiniment à polariser l'action vers ce qu'elle n'est pas" (Boutinet, 2012). De ce fait, le caractère contingent d'un tel support alimente l'incertitude liée au comportement des acteurs.

Néanmoins, ajoutant à ces constats de manière plus concrète, un outil de gestion, tel que le projet stratégique ici mentionné, n'est pas utile en son essence : il ne devient un instrument efficient qu'à la condition de faire l'objet d'un apprentissage par les acteurs concernés (Béguin et Rabardel, 2000). Plus largement, face aux frictions entre les logiques médico-soignantes et administratives, ces enjeux cristallisent les problématiques de la conduite du changement par les managers face aux risques de résistances des parties prenantes. Aussi, le parcours de tels outils ne semble pas linéaire ni certain, et ce d'autant plus dans les organisations de santé, où son instrumentation est conditionnée à la réception qui en est faite par les acteurs qui endossent un rôle de moteurs du changement (Michel et Schweyer, 2018). De ce fait, il est courant d'observer des tensions lors du processus d'appropriation des dispositifs puisque ce processus ne dépend pas uniquement des fonctions de management mais de l'ensemble du collectif organisationnel : celles-ci sont pourtant intrinsèques au processus d'apprentissage de l'outil et donc inévitables (ibid). Par conséquent, ces enjeux questionnent le procédé d'instrumentation et d'appropriation des outils de gestion, et tout particulièrement les facteurs qui conditionnent ce processus ainsi que les ressources dont disposent les décideurs pour influencer ces facteurs.

Dans ces conditions, une question émerge sur le rôle des parties prenantes dans le passage de la conception à l'instrumentation de ces outils. **Alors que les outils de gestion font l'objet d'une imposition descendante, en quoi l'effectivité des changements qu'ils induisent dépend-elle de**

**l'utilisation qui en est faite par les acteurs ? Au-delà d'un simple processus de mise en œuvre, nous demanderons donc comment les acteurs d'une organisation de santé conditionnent l'instrumentation d'un outil de gestion par l'utilisation qu'ils en font sur le terrain.** Dans la continuité de ces questionnements, cette problématique sera traitée à travers le prisme de la mise en œuvre de l'outil projet stratégique au sein de l'organisation.

Dans ce cas de figure, plusieurs hypothèses peuvent être développées :

- L'utilité prévue de l'outil ne correspond pas nécessairement à ses effets réels puisque sa mise en œuvre dépend du processus d'instrumentation du dispositif par les parties prenantes : s'agissant d'acteurs stratégiques, leur comportement peut parfois différer des objectifs qui avaient été fixés.
- L'appropriation de l'outil de gestion est fortement contingente : les parties prenantes impliquées agissent selon le contexte organisationnel dans lequel elles s'inscrivent et la mise en œuvre de l'outil ne se dépend donc pas uniquement des attentes des décideurs.
- La mise en œuvre d'un outil de gestion cristallise les tensions entre les logiques managériales et professionnelles, rendant son appropriation difficile pour les acteurs de terrain. Il serait néanmoins possible d'atténuer ces tensions en créant un environnement favorable à la conciliation de ces différentes logiques.

Afin de répondre aux questionnements précédemment évoqués en s'appuyant sur la méthodologie ici développée, un rappel contextuel sera d'abord proposé pour permettre de mieux comprendre l'environnement complexe dans lequel s'inscrit le pilotage des organisations en santé (I). Puis, sur la base de la démarche évaluative menée, la mise en œuvre des outils de pilotage et de gestion sera analysée par le prisme des enjeux de leur appropriation (II). Enfin, en tenant compte de ces constats, des recommandations seront développées afin d'améliorer le processus d'instrumentation de l'outil dans le cas ici étudié (III).

## **Méthodologie**

S'agissant du projet stratégique, tout l'enjeu de la démarche réside dans la nécessité d'établir une stratégie de développement tout en assurant la cohérence avec les normes réglementaires et la réalité du soin et de l'accompagnement, afin que le projet soit accepté par toutes les parties prenantes. Dans cette logique, l'organisation avait d'ores et déjà mis en place une démarche de suivi de la mise en œuvre des objectifs du projet mais aucune évaluation globale de l'outil n'avait été menée jusqu'ici,

posant la question de son efficacité. L'objectif était donc d'approfondir ce travail à l'occasion de la transition vers la troisième génération de la stratégie, via la conduite d'une démarche d'évaluation de l'outil. Davantage que de mesurer la simple atteinte des objectifs fixés, ce travail visait davantage à apprécier l'impact de cet outil sur le développement de l'entité mais surtout son utilité pour les parties prenantes afin d'intégrer ces enjeux dans le renouvellement de la stratégie.

Pour mener à bien ce procédé, une méthode évaluative rigoureuse a été mise en place en s'appuyant sur les outils du mode projet. Effectivement, toute idée d'action peut et devrait être transformée en projet à condition d'être suffisamment nouvelle par rapport à l'existant mais surtout suffisamment importante pour mobiliser cette logique (Néré, 2009), comme c'est le cas s'agissant de l'initiation de l'évaluation d'un document pilier pour l'organisation. L'idée d'anticipation y étant centrale, la démarche doit ensuite suivre plusieurs phases précises et ordonnées de la genèse à la clôture du projet, ici planifiées à travers l'outil du Diagramme de Gantt<sup>4</sup>.

En amont de l'évaluation, un modèle logique du projet stratégique a été élaboré et validé par le commanditaire afin d'appréhender tous les tenants et les aboutissants de cette intervention<sup>5</sup>, permettant de cerner les besoins à l'origine du projet et les attentes en termes de résultats. Sur la base de cette compréhension commune, les objectifs de l'évaluation ont été définis avec le commanditaire, à savoir à la fois mesurer l'atteinte des orientations fixées dans le projet, et apprécier l'utilité de ce document pour les parties prenantes afin d'en améliorer la prochaine version. D'une perspective théorique, il s'agit d'une évaluation formative, c'est-à-dire une intervention menée directement au cours de l'intervention afin de mesurer la progression des objectifs qui lui ont été assignés afin de préciser et d'améliorer le projet en cours (Scriven, 1967). Les questions évaluatives ont été définies en s'appuyant sur les thématiques identifiées :

- Cinq questions ont été définies portant sur la réalisation des objectifs par pôle : Les objectifs relatifs à la Direction Générale ont-ils été atteints ? Ceux relatifs au pôle ressources ? Ceux relatifs au pôle médico-social ? Ceux relatifs au pôle social ? Ceux relatifs au pôle sanitaire ?
- Deux questions ont été axées sur l'impact de l'outil par rapport aux effets attendus : Les effets du projet ont-ils permis de répondre aux besoins identifiés ? Les parties prenantes se sont-elles appropriées le projet stratégique ?

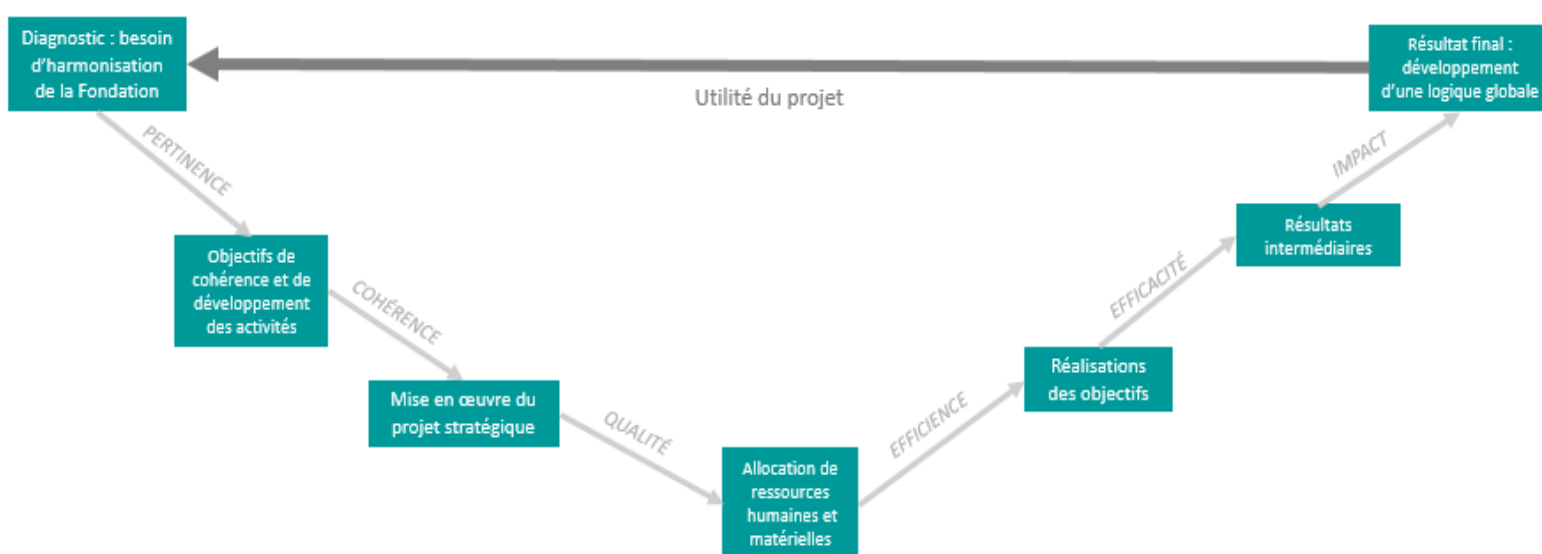
---

<sup>4</sup> Voir Annexe 2. Diagramme de Gantt

<sup>5</sup> Voir Annexe 3. Modèle logique

- Une question de préfiguration a été ajoutée afin de monter en qualité sur l'outil : Quelles sont les attentes des parties prenantes envers le prochain projet stratégique ?

Ces questions ont ensuite été reprises dans un référentiel d'évaluation, outil permettant de structurer la démarche d'évaluation et d'assurer un fil conducteur dans les différentes étapes<sup>6</sup>. Afin d'évaluer ces questions, plusieurs critères ont définis et ordonnés dans ce même référentiel : la pertinence, la cohérence, la qualité, l'efficacité, l'impact et l'impact de l'intervention étudiée. Chacun de ces critères est ainsi lié à l'évaluation de l'une des étapes identifiées dans le modèle logique précédemment présenté (voir Figure 1).



**Figure 1. Critères d'évaluation**

S'agissant de la conduite de la démarche, le choix a été fait de mener une évaluation participative, permettant à la fois d'enrichir les apports par des perspectives plus variées, mais aussi d'apporter une reconnaissance des différentes parties prenantes, facilitant l'appropriation des résultats par la suite (Jacob et Ouvrard, 2011). Néanmoins, la gestion d'une telle approche évaluative est très exigeante et doit reposer sur un dialogue constant afin de prendre en compte les intérêts, parfois divergents, des différents acteurs et ainsi s'avérer effective. La participation à l'évaluation peut alors être caractérisée sous trois dimensions : en termes de largeur du public impliqué, elle s'étend ici jusqu'aux bénéficiaires directs de l'intervention, en termes de profondeur des tâches concernées elle inclue jusqu'à la collecte des données, et en termes d'échelle elle englobe jusqu'à la dimension de

<sup>6</sup> Voir Annexe 4. Référentiel d'évaluation

concertation (Cousins et Earl, 1992). Ainsi, les cinq premières questions ont été travaillées avec les référents de chaque pôle afin d'évaluer avec eux le niveau de réalisation des objectifs qui leur étaient fixés, selon des indicateurs stricts et précis. Puis, toujours dans cet objectif d'enrichir les résultats, le recueil des données qualitatives s'est fait sur le terrain a été conçu dans une logique de triangulation visant à croiser différentes sources d'information en collaboration avec les parties prenantes :

- La conduite d'entretiens semi-directifs: 21 entretiens d'environ une heure ont été menés avec des membres de la DG, du CA, des professionnels et des usagers<sup>7</sup>. Ces entretiens ont été conduits sur la base d'une grille d'entretien structurée en fonction des différentes questions d'évaluation<sup>8</sup>. Le mode semi-directif a été privilégié en préparant des questions par thématiques pour donner des points de repère à l'entretien tout en laissant la possibilité d'évoquer d'autres sujets avec les interlocuteurs. Cette méthode permet à la fois de recueillir une information riche et qualitative tout en orientant les données vers les thématiques recherchées (Imbert, 2010) : les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement afin de préserver la qualité de l'information.
- L'animation de réunions participatives : plusieurs réunions ont été organisées avec les différents pôles, les fonctions d'encadrement ainsi que le CA<sup>9</sup>. Ces réunions ont été animées sur la base d'une grille structurée de la même manière que la grille d'entretien mais basée sur des questions plus ouvertes afin d'ouvrir à un dialogue entre les différentes parties prenantes<sup>10</sup>.
- La diffusion de questionnaires interne et externe : afin de toucher une plus grande proportion des parties prenantes, des questionnaires ont également été diffusés à l'interne et à l'externe de l'organisation via l'outil Google Forms<sup>11</sup>. Le questionnaire interne a été diffusé à l'attention de tous les professionnels via l'Intranet et les bulletins d'information hebdomadaires : il a reçu 70 réponses. Le questionnaire externe a été diffusé à l'attention de partenaires sélectionnés via une sollicitation par mail mais il n'a reçu que 7 réponses et ne sera par conséquent pas particulièrement mobilisé dans notre étude.
- L'utilisation de techniques d'intelligence collective : correspondant à « un ensemble de capacités de réflexion, de compréhension, de décision et d'action d'un collectif de travail

---

<sup>7</sup> Voir Annexe 5. Liste des entretiens

<sup>8</sup> Voir Annexe 6. Grilles d'entretiens

<sup>9</sup> Voir Annexe 7. Liste des réunions animées

<sup>10</sup> Voir Annexe 8. Grilles de réunions

<sup>11</sup> Voir Annexe 9. Questionnaires diffusés

restreint issues de l'interaction entre ses membres » (Gréselle-Zaïbet, 2019), le principe de l'intelligence collective a été utilisé en complément des autres apports. Basée sur la compréhension et la réflexion collective et sur la co-construction de la décision, elle représente un atout considérable pour les organisations dans l'adaptation au changement : il s'agit d'une capacité « d'agilité organisationnelle ». C'est le cas de la méthode du World Café qui assure l'émergence d'une « dynamique collective et des propositions concrètes et partagées » via l'organisation de groupes de travail (Arnaud et Caruso-Cahn, 2019). Cette technique a ainsi été utilisée à l'occasion d'un « séminaire d'encadrement »<sup>12</sup> afin de travailler sur les thématiques liées à la préfiguration du nouveau projet stratégique<sup>13</sup>.

Afin d'appuyer le croisement de l'analyse des différentes sources de l'information recueillie, une grille unique a été préparée en reprenant la structuration des grilles d'entretien et de réunion<sup>14</sup>. L'information synthétisée au niveau de la grille d'analyse a ensuite pu être reprise au niveau du référentiel d'évaluation afin de mesurer les résultats correspondant aux questions évaluatives en fonction des critères qui y avaient été fixés. Finalement, la méthode coproduite appuie la dimension « axée sur l'utilisation » de l'évaluation, en sensibilisant les parties prenantes tout au long de la démarche afin de faciliter l'appropriation des résultats à terme (Patton, 2018). Aussi, l'évaluation du projet stratégique donne à la fois l'opportunité d'obtenir des résultats qualitatifs afin de mesurer l'impact de l'outil<sup>15</sup>, mais le processus en lui-même génère également des conséquences positives sur cet outil en y impliquant les parties prenantes. Dans ces conditions, bien que la démarche ici présentée soit fortement contingente et ne se généralise pas à l'entièreté des enjeux liés à l'instrumentation, elle devrait permettre de fournir de potentielles clés de compréhension pour répondre aux problématiques d'appropriation des outils de gestion au sein des organisations de santé.

---

<sup>12</sup> Le séminaire d'encadrement est un évènement biannuel organisé par l'organisation afin de réunir l'ensemble des fonctions d'encadrement des différents sites et pôles qui la composent. Ce séminaire est notamment l'occasion de présenter les grandes évolutions des activités mais également de travailler sur les évolutions à venir : le séminaire d'encadrement de Juillet 2021 a ainsi été l'occasion de présenter la démarche d'évaluation du projet stratégique et de travailler sur les recommandations relatives à la prochaine version du projet.

<sup>13</sup> Voir Annexe 11. Résultats du séminaire d'encadrement

<sup>14</sup> Voir Annexe 10. Exemple de grille d'analyse

<sup>15</sup> Voir Annexe 12. Synthèse du rapport d'évaluation





---

## **PARTIE I. LES ORGANISATIONS DE SANTE, ENTRE ENVIRONNEMENT COMPLEXE ET TENTATIVES DE PROTOCOLISATION**

---

Alors que le pilotage stratégique fait partie intégrante des fonctions de management dans le monde entrepreneurial, cette notion est apparue relativement tard dans le monde de la santé et se confronte encore aujourd'hui à des spécificités importantes. Ces enjeux ne sont pas à proprement parler intrinsèques à ces organisations mais plutôt à un cadre relativement rigide, à la fois s'agissant de la réglementation mais également de manière plus informelle d'un environnement assez contraint (Louazel, 2018). Si cette spécificité peut être perçue comme une contrainte au management des établissements, ceux-ci disposent en réalité d'une marge d'autonomie leur permettant de définir une stratégie. En effet, à plus long terme, l'enjeu est de dépasser ce cadre en tant que contrainte et ainsi davantage l'anticiper en l'intégrant au niveau de la stratégie globale (Ollivier et Bohic, 2018).

Aussi, il s'agit dans cette première partie d'effectuer un détour sociohistorique préliminaire afin d'appréhender cet environnement dans lequel évoluent les organisations en santé (A). Malgré ce contexte spécifique, ces entités disposent d'une certaine marge de manœuvre pour définir leur stratégie, celle-ci s'inscrivant dans une conjoncture plus globale d'importation des outils de management en santé durant les dernières décennies (B). Ces enjeux seront mis en perspective avec l'exemple d'une démarche de pilotage stratégique conduite au sein d'une organisation multisectorielle en santé (C).

### **A. UN SECTEUR MARQUE PAR DES CONTRAINTES SPECIFIQUES**

Selon les apports des sciences de gestion, la stratégie correspond à une démarche d'adaptation de l'organisation à son environnement en fonction des changements qui s'y opèrent (Andrews, 1971). Or, le monde de la santé se distingue par un « environnement complexe » (Fontanet, 2007), à la fois du fait de contraintes importantes mais également de mécanismes de fonctionnement profondément ancrés et peu ouverts au changement. Dans un même temps, la santé se caractérise également par un

besoin d'adaptation constant à son environnement : le cumul de ces deux problématiques est ainsi un défi pour les organisations de santé. Dans ces conditions, il est important d'appréhender ces enjeux spécifiques afin de mieux comprendre les problématiques qui traversent la notion de stratégie en santé.

## **1. Le cumul des contraintes endogènes et exogènes**

D'une part, les organisations de santé se caractérisent traditionnellement par certaines spécificités qui semblent les différencier des entreprises classiques. Chaniel décrit particulièrement bien cette particularité du monde de la santé, qui ne peut être considéré d'une perspective purement marchande ou instrumentale ni se cantonner à l'impératif du résultat, du fait d'une valeur déontologique et désintéressé intrinsèque à l'activité de soin : il évoque ainsi « cette part de gratuité ainsi comprise, part du non quantifiable, du non-utilitaire, du non formalisable, cette part de l'inestimable » (Chaniel, 2010). Plus largement, selon le professeur André Grimaldi, les établissements de santé, qu'ils relèvent du secteur public ou privé, ne peuvent être pensés de manière unique comme un système de marché classique car la relation à l'utilisateur est nécessairement individualisée (Pierru et Weber, 2013).

Cette spécificité, au-delà de son lien évident avec l'aspect relationnel des soins, s'explique également par l'histoire des établissements de santé. Effectivement, l'hôpital a une fonction sociale ancienne et devient une institution dès le VI<sup>ème</sup> siècle avec une mission large d'accueil des exclus de la société : il est alors géré par l'Eglise dans une dimension de charité, expliquant cette relation de don encore présente dans la vocation au soin aujourd'hui. En lien avec la médicalisation des activités, l'hôpital se structure et la logique administrative se développe à partir du 18<sup>ème</sup> siècle : sa mission est étatisée par les pouvoirs publics et recentrée sur le soin plutôt que sur l'assistance comme c'était le cas traditionnellement (Fontanet, 2007). Ce mouvement se déroule donc en parallèle du développement de la bureaucratie, nouvelle forme de gouvernement basée sur la rationalisation de la gestion des affaires publiques via la prise d'importance de l'activité administrative. Cette période se caractérise ainsi par un fonctionnement de plus en plus régulé des organisations du secteur public, auquel n'échappe pas l'hôpital.

Dans ces conditions, les établissements de santé sont progressivement soumis à une réglementation stricte de leur activité, qui relève à la fois des contraintes liées aux spécificités de la logique soignante et des normes induites par la logique administrative. C'est au 20<sup>ème</sup> siècle, et plus particulièrement dans la lignée des grands travaux publics d'après-guerre, que l'ascendant des

pouvoirs publics sur les organisations de santé devient la plus visible, tout particulièrement avec la Loi Debré de 1958 qui se veut promouvoir une modernisation de l'hôpital public. Bien que les normes encadrant les activités de soins aient été sujettes à de nombreuses évolutions liées aux tendances à la rationalisation, le secteur de la santé n'est pas devenu un marché libre et demeure encore aujourd'hui très encadré par la réglementation. Cette réglementation est d'autant plus complexe à analyser du fait de la partition entre les secteurs social, médico-social et sanitaire. D'une manière générale, les activités déployées sont soumises à autorisation, autorisations qui induisent un contrôle sur le développement de l'activité selon les besoins auxquelles elle doit répondre. Les autorisations sont également accompagnées par une logique de contractualisation, via les CPOM, qui encadrent les objectifs des établissements sur une période donnée et contraignent donc également la définition de la stratégie. Enfin, ces notions sont complétées par les dispositifs de certification dans le sanitaire, et d'évaluation interne et externe dans le social et le médico-social : ils s'inscrivent plus largement dans l'impératif de qualité et de sécurité auquel les organisations de santé sont aussi soumises. Toutes ces obligations conditionnent le financement des activités organisées et doivent alors être prises en compte dans les activités de management (Ollivier et Bohic, 2018).

Au-delà de la réglementation qui l'encadre et s'apparente davantage à la logique administrative, le manager doit également tenir compte des spécificités de l'activité soignante. Tout d'abord, dans cette continuité normative, les professions de santé sont particulièrement encadrées et la plupart des postes requièrent le diplôme d'état, pouvant complexifier la gestion des ressources humaines par rapport aux entreprises classiques. De plus, les professionnels bénéficient notamment du monopole d'exercice : cette caractéristique induit alors la reconnaissance d'une place centrale à ces professions, les différenciant des autres occupations (Schweyer, 2018). S'ajoutant à cet aspect encore lié à la réglementation, Chaniel évoquait la spécificité de la santé se traduisant par la part d'ineffable dans l'activité de soin, particulièrement visible au niveau des professionnels : effectivement, au-delà de la relation salariale établie par contrat de manière classique, les soignants s'inscrivent surtout dans une relation de don avec une dimension vocationnelle très importante (Chaniel, 2010). S'ajoutant à la notion de monopole, la dimension vocationnelle implique la mobilisation des groupes professionnels pour leur reconnaissance mais également leur autonomie, pouvant alors parfois entrer en friction avec les logiques administrative et managériale (Laude et al., 2018). Ainsi, face à des pratiques professionnelles contraintes par l'éthique et des valeurs fortes, les groupes professionnels se mobilisent de manière notable pour défendre leur place et les attributs qui relèvent de leur profession lorsque ceux-ci sont menacés (Schweyer, 2018) : ce constat questionne alors d'ores et déjà la marge de changement possible dans le pilotage stratégique des établissements. Finalement, cette problématique de potentielle résistance au changement pourrait tout

particulièrement s'exprimer face à l'imposition des outils de gestion selon Waelli et David : les professionnels entretiennent en effet encore aujourd'hui un rapport conflictuel à ces dispositifs du fait de leurs revendications à l'autonomie (Waelli et David, 2018).

Dans ces conditions, le monde de la santé apparaît être caractérisé de manière traditionnelle par des logiques soignantes puis administratives particulièrement rigides, qui se posent donc comme des enjeux au niveau du pilotage stratégique.

## **2. Des objets évoluant dans un environnement complexe ?**

En parallèle de ces dynamiques plutôt rigides, les organisations de santé, notamment du fait qu'elles dépendent des besoins de la population, s'inscrivent dans un environnement complexe et mouvant : c'est « une institution qui semble familière. Son fonctionnement, les règles qui la gouvernent demeurent toutefois assez mal connues, d'autant qu'elles connaissent de très rapides évolutions » (De Kervasdoué, 2015).

D'une part, s'ajoutant aux logiques soignante et administrative, une troisième dimension est progressivement venue se greffer en la matière d'une logique plus gestionnaire, non sans bouleverser les deux précédentes. Selon André Grimaldi, cette logique émerge dès les années 1990 en se basant sur une vision industrielle de la médecine dans laquelle les soignants prendraient une place d'ingénieurs et dont les décideurs n'auraient donc plus besoin que de compétences de managers (Pierru et Weber, 2013). Plus concrètement, les activités de soins seraient donc passées d'un cadre basé sur la biologie à un cadre davantage basé sur l'épidémiologie, impliquant alors la prise d'importance des notions de mesure, de norme et de performance sur celle de santé publique. Pour André Grimaldi, l'apogée de cette évolution est symbolisée par la Loi HSPT de 2009 qui acte la notion d'hôpital-entreprise et introduit les dimensions de concurrence et de marché en santé. Néanmoins, cette dynamique est le fruit d'un changement long marqué par de nombreuses réformes successives s'inscrivant dans le contexte du New Public Management : ce mouvement est particulièrement visible au niveau des réformes portant sur le financement, qui s'est plus particulièrement cristallisé lors du passage à la T2A. Ces changements se répercutent également de manière plus indirecte sur les dynamiques des groupes professionnels évoqués précédemment : ils s'illustreraient notamment par la perte de pouvoir voire de monopole des médecins au profit des fonctions intermédiaires. Cette tendance est fortement visible au niveau du corps infirmier en lien avec le développement de la fonction de cadre de santé. Située au carrefour entre les trois logiques soignante, administrative et managériale, cette nouvelle fonction incarne la complexification de l'organisation sur le terrain (Rivière

et al., 2013). Finalement, les établissements doivent donc continuellement prendre en compte les évolutions induites par les réformes, notamment à tendance gestionnaire, dans le monde de la santé en France. Cela complique à la fois l'environnement dans lequel elles s'inscrivent et nécessite de réviser continuellement leur fonctionnement en conséquence. Or, ces changements sont d'autant plus complexes que, nous l'approfondirons par la suite, ces différentes logiques ne s'inscrivent pas dans la même temporalité et sont ainsi difficiles à concilier dans des temporalités si contraintes, pouvant amener jusqu'à un mouvement de déstabilisation voire de crise au sein des organisations de santé (Fontanet, 2007).

D'une manière plus générale, du fait de sa vocation à l'utilité sociale, l'organisation de santé répond à un besoin populationnel et dépend également largement des évolutions de son environnement. Ainsi, les évolutions démographiques ont notamment un impact important sur l'activité des établissements de santé qui doivent s'y adapter, à la fois pour maintenir le service rendu mais également pour répondre aux exigences fixées par les ATC, au niveau du Programme Régional de Santé par exemple. Deux dimensions importantes, le vieillissement de la population et l'augmentation de la part des maladies chroniques, appellent ainsi à des pratiques nouvelles depuis plusieurs décennies, impliquant une recomposition de l'offre davantage basée sur l'accueil de longue durée et sur la réorganisation autour de la logique de parcours (Berthel et Peter-Bosquillon, 2012). Plus largement, les établissements sont aujourd'hui largement incités à s'adapter aux caractéristiques du territoire sur lequel ils sont positionnés et doivent donc adapter leur activité en fonction des besoins de la population locale et du maillage de l'offre déjà existante.

Cependant, face à ces changements constants auxquels les établissements doivent s'adapter, ils ne constituent pas pour autant des objets passifs évoluant dans cet environnement de manière passive. En effet, les établissements de santé sont des organisations qui se caractérisent également par des enjeux de pouvoir et d'intérêts internes, comme nous avons pu le voir au niveau des groupes professionnels, impliquant également des enjeux liés aux jeux d'acteurs (Carricaburu et Ménoret, 2004). En effet, si ces organisations sont encadrées par des règles définies, les professionnels qui en font partie et façonnent ce système sont des acteurs stratégiques et autonomes, expliquant donc leur dimension contingente selon les cultures professionnelles et les jeux d'acteurs en place, au-delà d'un environnement déjà très complexe (Crozier et Friedberg, 1978). Dans ce cas, la gouvernance des organisations ici étudiées dépend largement de la régulation instituée entre les trois logiques évoquées, qui permet alors de fonder un véritable ordre social négocié à l'interne (Contandriopoulos, 2008). Par conséquent, les organisations de santé ne sont pas des objets mais de véritables institutions en elles-mêmes, c'est-à-dire des structures organisées s'inscrivant dans une dimension processuelle autonome et dépendante de ces acteurs, et donc non figées dans cet environnement (Tournay, 2011).

Finalement, les évolutions de l'institution viennent donc s'ajouter aux contraintes évoquées précédemment et alimentent un environnement particulièrement complexe à manager pour les décideurs des organisations de santé : l'arrivée de la logique managériale et des tendances gestionnaires semble alors cristalliser le défi de la conciliation entre respect de la règle et innovation.

## **B. L'IMPORTATION DES OUTILS DE GESTION DANS UN CONTEXTE SPECIFIQUE, QUELLE ADAPTATION ?**

Face à ces spécificités, l'importation des outils de gestion dans le monde de la santé interroge. Effectivement, comme les autres sphères d'activité, les organisations de santé ont également été confrontées au renforcement des impératifs gestionnaires liées au développement du New Public Management. Pour autant, si les outils de gestion ont pu émerger avec des objectifs similaires de standardisation et de rationalisation des coûts dans ces différents secteurs, l'introduction des logiques de marché dans les établissements de santé ne peut être anodine du fait des spécificités ici évoquées qui les différencient des autres organisations de production, questionnant de fait leur adaptation.

### **1. De l'entreprise à l'organisation de santé : genèse du managérialisme**

S'inscrivant dans un cadre plus général d'imposition de la logique managériale, les outils de gestion se sont progressivement étendus du monde entrepreneurial à celui de la santé. Il est alors indispensable de revenir sur ce processus, encore récent et sujet à frictions, pour pouvoir aborder les enjeux de leur appropriation dans les organisations.

Basée sur l'imposition de principes communs destinés à renforcer l'implication et l'adhésion et des professionnels à l'organisation, la logique managériale émerge en parallèle du développement industriel et se traduit notamment par le développement de dispositifs destinés à encadrer le travail au sein de l'organisation avec un idéal de contrôle total, particulièrement exacerbé par la mondialisation économique au 20<sup>ème</sup> siècle (Le Bezvoët, 2007). Comme il a été expliqué précédemment, les organisations de santé ne sont pas des entreprises comme les autres et ne répondent donc pas à ces mêmes impératifs économiques. Pour autant, le monde de la santé

n'échappe pas au développement des contraintes et à la nécessité de maîtrise des coûts à partir des années 1980 : les questions d'efficience et de performance deviennent ainsi de plus en plus prégnantes (Sicotte, 2018).

Même si cette importation se fait plus tardivement, la santé est donc également concernée par prise d'importance de la logique managériale. S'inscrivant plus largement dans le contexte du NPM, de nombreux secteurs d'activité publics auparavant épargnés par ce phénomène sont alors concernés par des réformes visant à la rationalisation des activités qui sous-tendent l'introduction de logiques gestionnaires et de nouvelles méthodes de management dans ces secteurs d'activité auparavant épargnés (Toffel et Tawfik, 2019). Ce phénomène est notamment nourri par le fait que certains impératifs s'imposent de manière endogène aux organisations, via les réformes du système de santé également marquées par l'empreinte du managérialisme. Les évolutions du monde de la santé doivent donc se recontextualiser dans un mouvement plus général mise en conformité avec le fonctionnement de marché, qui touchait déjà les autres institutions.

La performance devient ainsi un point de plus en plus crucial pour les fonctions de management dans les établissements de santé, d'autant plus complexe à aborder du fait de sa multidimensionnalité, à la fois quantitative et qualitative : le manager doit ainsi garantir l'atteinte des objectifs en acquérant les ressources nécessaires et en intégrant les systèmes de production tout en préservant les valeurs de l'organisation (Sicotte, 2018). Ainsi, face à ces évolutions, le management des établissements de santé se trouve de plus en plus sujet aux tensions entre le maintien de la qualité de l'accompagnement proposé et le besoin d'optimisation des ressources (Franchistéguy-Couloume, 2015). Cette problématique constitue un véritable défi de l'activité de management, dont les variables, qu'elles soient internes ou externes, doivent être prises en compte via la définition de la stratégie de l'établissement afin d'en adapter l'organisation.

Afin de mieux s'adapter à ces impératifs qui impactent l'organisation, les établissements de santé évoluent. L'adoption progressive de la logique managériale se traduit par la multiplication d'outils de gestion, auparavant réservés au monde de l'entreprise, dans les établissements de santé. Ces outils, importés du secteur privé, s'illustrent principalement par des dispositifs de mesure ou des indicateurs de performance visant à renforcer le contrôle sur les activités et leur standardisation, en témoigne l'imposition du PMSI ou des démarches d'évaluation. De nombreux outils sont liés à l'impératif de qualité, cité précédemment, dont les ressources prolifèrent ces dernières années. Malgré un objectif en apparence axé vers l'amélioration des prestations proposées, ces dispositifs s'inscrivent également dans le contexte du managérialisme dont ils soutiennent la diffusion via une



triple-logique d'organisation, d'évaluation et de régulation (Minvielle, 2003). De ce fait, ils cristallisent les tensions entre qualité et efficacité.

Malgré l'apparence moins managériale des établissements de santé, l'importation des outils de gestion se fait donc toujours à l'image du monde entrepreneurial, en référence aux dimensions de coût et de productivité (Le Bezvoët, 2007). Si les outils semblent en apparence concilier éthique et managérialisme, ils sont aussi un support à la diffusion de l'impératif d'efficacité dans les établissements de santé, les rapprochant d'un fonctionnement d'entreprise classique. Plus largement, le défi pour les fonctions de management ne réside ainsi pas tant dans la prise en compte de ces impératifs au niveau des activités de gestion que dans la conception et la vie des outils répondant à ces problématiques. Effectivement, face aux tensions qui s'expriment au niveau de ces dispositifs, l'identification et la prise en compte des blocages et des enjeux relatifs à leur mise en œuvre deviennent alors des défis centraux dans l'activité de management des établissements de santé (Waelli et David, 2018).

## **2. Les outils de gestion face aux limites de la protocolisation**

Fruit d'un processus d'importation dans le monde de la santé, les outils de gestion s'appliqueraient aux organisations de la même manière qu'aux entreprises classiques, posant alors la question de leur adéquation avec les spécificités précédemment exposées. Les apports de la sociologie permettent effectivement de comprendre que l'importation de ces dispositifs ne s'effectue pas nécessairement dans la continuité de leur dimension fonctionnelle : la dimension processuelle peut effectivement s'en détacher du fait de facteurs qui n'auraient pas été identifiés (Chiapello et Gilbert, 2013). Ce constat est particulièrement vrai dans le cas d'outils qui ont été conçus dans des logiques gestionnaires ne correspondant pas nécessairement à la réalité des établissements de santé. Ainsi, ce processus y est plus particulièrement complexe puisque les outils de gestion visent d'une manière générale une optimisation du fonctionnement des activités, qui n'est pas nécessairement compatible avec le maintien de la réponse aux besoins des usagers (Sicotte, 2018).

Dans ces conditions, l'importation de concepts qui existaient déjà dans le monde de l'entreprise pose un enjeu important en termes de régulation entre ces deux impératifs : le risque serait alors de se limiter à une « application aveugle » de ces dispositifs au détriment des spécificités du monde de la santé (Minvielle, 2003). Ce risque est d'autant plus exacerbé par l'esprit des outils de gestion qui visent généralement une standardisation de l'activité au détriment des postures singulières qui s'expriment au sein de l'organisation. Étant donné la logique technicisée qu'ils induisent, les outils

de gestion objectivent en effet les acteurs et limitent leur place de sujets dans l'organisation, contredisant leurs propres temporalités (Le Bezvoët, 2007).

Théoriquement, ces outils de gestion ne sont pas incompatibles avec la logique de qualité dans la mesure où ils pourraient être adaptés aux exigences du monde de la santé. Néanmoins, la vision de la qualité n'est pas la même d'un point de vue de performance et de rentabilité que du point de vue des professionnels. Effectivement, selon Chaniel, la notion de résultat ferait perdre son sens à l'activité de soin du fait de cette part « d'inestimable » non compatible avec les tendances de marchandisation (Chaniel, 2010). Cette inadéquation s'exprimerait ainsi à la fois en termes de relation, puisque la relation désintéressée ne pourrait se prévaloir d'une quantification, mais également surtout en termes de temporalité. Effectivement, les activités de soins se caractérisent par une certaine individualité indétachable de leur contexte, gérée grâce à la capacité de jugement autonome dont disposent les professionnels, qui ne pourrait être généralisée ni systématisée : ces caractéristiques semblent donc peu compatibles avec l'esprit de protocolisation induit par les outils de gestion. Cette problématique est particulièrement bien expliquée par André Grimaldi qui évoque les limites au développement de la médecine protocolisée : « l'avenir appartient à l'individualisation ». Effectivement, si le respect de normes de bases demeure particulièrement important dans les activités de soins, l'application de procédures totalement standardisées demeure en décalage avec la variabilité des patients pris en charge demandant davantage une grande capacité d'adaptation et de réactivité des professionnels (Pierru et Weber, 2013).

Cet antinomisme entre le contrôle managérial et les particularités du terrain complique donc fortement le transfert des outils de gestion vers les établissements de santé. Ces tensions s'expriment tout particulièrement au niveau des fonctions intermédiaires d'encadrement qui, à la frontière entre ces deux dimensions, sont chargés de la mise en œuvre des outils de gestion sur le terrain et sont alors au cœur de cette confrontation (Franchistéguy-Couloume, 2015).

Pour Jean de Kervasdoué, bien que complexes, ces changements ne sont ainsi pas incompatibles avec le maintien de la qualité des activités organisées. Dans la mesure où ces dispositifs sont conçus en tenant compte des spécificités des organisations de santé et qu'ils n'impliquent pas une standardisation incompatible avec le travail de terrain, ils peuvent même se poser en support de la politique de qualité des établissements. Dans ces conditions, le défi ne réside pas tant dans le déploiement des outils de gestion mais dans leur adaptation à la fois aux spécificités du monde de la santé, et aux impératifs des activités de terrain qui différencient ces organisations de entreprises classiques et qui ont été évoqués précédemment. Ce processus d'importation n'est donc pas automatique mais dépend de nombreuses variables liées au monde de la santé et aux organisations

en elles-mêmes : l'élasticité des outils ainsi que l'accompagnement de leur mise en œuvre par les managers sont alors des prérequis indispensables à leur application (Waelli et David, 2018). Finalement, l'existence d'un cadre de gestion reposant sur de tels dispositifs semble aujourd'hui nécessaire au niveau des établissements de santé du fait de l'imposition de la logique managériale : puisque les outils de gestion en constituent un support incontournable, l'enjeu réside davantage dans la conception d'outils suffisamment souples pour pouvoir se concilier avec les impératifs du terrain que dans le questionnement perpétuel de la légitimité de ces outils.

Dans ces conditions, si les outils liés aux contraintes de standardisation ou de rentabilité apparaissent encore aujourd'hui peu compatibles avec ces enjeux, d'autres dispositifs s'avèrent au contraire particulièrement utiles pour soutenir le fonctionnement des établissements : c'est le cas en termes de qualité notamment, mais également plus largement s'agissant de la définition et de la mise en œuvre de la stratégie des organisations.

## **C. ILLUSTRATION DES ENJEUX DU PILOTAGE STRATEGIQUE DANS UNE ORGANISATION EN SANTE**

Les apports contextuels évoqués ont permis de poser un cadre sur les particularités qui s'appliquent au management en santé : le cas de l'organisation ici étudiée, acteur important sur le territoire, peut alors éclairer ces enjeux. Ainsi, il s'agira en premier lieu de présenter cette entité dans son ensemble tout en appréhendant la complexité de son organisation (1). Cette compréhension tiendra lieu de base pour évoquer la politique de management de cet acteur, et plus précisément son instrumentation à travers l'outil projet stratégique (2).

### **1. Une organisation multisite et multisectorielle, entre complexité interne et externe**

Déjà concernée par les problématiques spécifiques au monde de la santé évoquées précédemment, l'organisation étudiée se caractérise en outre par des problématiques qui lui sont spécifiques. Son positionnement sur les trois secteurs sanitaire, social et médico-social avec une offre d'activités particulièrement diversifiée, ainsi que sur plusieurs sites du territoire lui a permis d'acquérir un positionnement indispensable dans son domaine. Cette dynamique est évoquée par la plupart des

acteurs interrogés pour décrire cette entité: « Absolument incontournable. Franchement et je vois même la réputation qu'on a quand je vais au conseil départemental c'est « ah la \*\*\* », on est un acteur très reconnu, très dynamique, innovant, réactif. Le reproche c'est de l'être un peu trop » (entretien n°18, cadre hors-les-murs). Pour autant, ces caractéristiques amplifient la dimension complexe de l'organisation et constituent un défi d'autant plus important pour les fonctions de management, se traduisant par deux enjeux principaux.

D'une part, la diversité des activités organisées pose plusieurs défis, notamment en termes de lisibilité: « c'est un travail de toute une vie car on se développe sans cesse donc il faut toujours communiquer sur ce qu'on fait, on a pas encore trouvé la recette miracle qui permet de se définir simplement et n'oublier personne: le champ de la santé, la prévention, l'accompagnement, les soins... La recherche, également l'innovation... On est tellement partout donc c'est compliqué à définir. » (entretien n°16, directrice générale). L'outil organigramme, utilisé par l'organisation pour tenter de clarifier ce fonctionnement, offre une cartographie précise agencant les multiples relations au sein de l'organisation et nous permet de modéliser cette complexité pour comprendre les enjeux évoqués (voir Figure 2), (Holcman, 2009). Ainsi, cette problématique s'ajoute aux enjeux liés aux évolutions exogènes pour former un ensemble relativement complexe. Cette problématique est commune à de nombreux établissements de santé: sous couvert d'un lieu qui semble familier d'un point de vue externe, la structure présente en réalité de multiples facettes encore mal connues, y compris de l'intérieur (De Kervasdoué, 2015).

Plus largement, la dynamique portée à travers la diversification constante des activités appelle à une organisation pointue et continuellement en adaptation. « On s'est beaucoup diversifié dans tous le secteur sanitaire, c'est remarquable, aussi bien diversifié sur les pathologies que les modes de prise en charge avec le développement de l'ambulatoire, aussi la recherche de répondre au plus près des besoins de la population [...]. Le médico-social s'est développé hors les murs avec l'intervention au plus près de la population [...] On est sortis d'une logique d'hébergement pour aller vers la population là où elle se trouve. Pour le pôle social on a une nouvelle approche de la protection de l'enfance en soutenant davantage la parentalité » (entretien n°16, directrice générale). Ce mouvement permanent est notamment lié à l'environnement mouvant dans lequel s'inscrit l'organisation, dans une volonté de s'adapter continuellement aux nouveaux besoins.

[ Confidentiel ]

### **Figure 2. Organigramme (diffusion interne)**

En outre, ce développement de l'offre d'activités implique des problématiques de temporalité. Cristallisant ces tensions entre les enjeux managériaux et soignants, les prétentions à la diversification

se confrontent avec des impératifs parfois très différents des professionnels sur le terrain. Cet enjeu n'est pas propre à la santé mais à la gestion du changement d'une manière générale, sur laquelle le manager est soumis à un rôle crucial d'agencement et de négociation des différentes temporalités face aux évolutions de l'organisation (Minvielle et Contandriopoulos, 2004). Il préoccupe également particulièrement les différentes parties prenantes de l'entité étudiée : « La direction générale réfléchit déjà depuis longtemps à tout ça et quand elle le fait pour elle c'est acquis et elle passe à la vitesse supérieure alors que pour les salariés du terrain c'est un autre temps » (entretien n°18, cadre hors-les-murs). Au-delà de l'image perçue à l'extérieur, la diversité des activités et la dynamique de l'organisation compliquent donc largement son fonctionnement interne.

D'une autre part, cette entité se caractérise aussi par une complexité plus intrinsèque à son organisation. S'ajoutant à la diversité des activités, l'organisation se subdivise en trois grands sites principaux positionnés sur les différents secteurs, auxquels s'additionnent plusieurs établissements isolés, ainsi que des activités hors-les-murs transverses entre les sites (voir Figure 3).

[ Confidentiel ]

### **Figure 3. Répartition des établissements de l'organisation**

Effectivement, l'organisation actuelle tire ses origines d'une première fusion entre deux associations puis l'absorption d'un nouveau site, ayant toutes eu lieu durant la dernière décennie. Cette complexité apparente est un enjeu d'autant plus important qu'elle remet également en question l'unité du fonctionnement interne de cette entité : « je pense que nous arrivons à représenter \*\*\* dans son intégralité à l'extérieur, mais à l'interne c'est encore balbutiant car dans les services on ne sait pas comment ça se passe ailleurs dans les autres pôles (entretien n°6, cadre), « il y a des sites extérieurs qui sont extérieurs aux grands sites donc il n'y a pas de sentiment de rattachement » (entretien n°2, responsable parcours). La dimension multisite se pose ainsi comme un véritable défi au pilotage stratégique de l'organisation : « des collaborateurs répartis sur plusieurs sites géographiquement éloignés, une stratégie à communiquer, une vie interne à animer et des valeurs communes à faire vivre. Voici autant de contraintes que les entreprises multisites doivent gérer au quotidien. Alors que la communication interne est un enjeu de taille dans toute entreprise, elle devient particulièrement complexe pour les entreprises dont les ressources sont éclatées » (Talkspirit, 2019). Finalement, au-delà des contraintes externes spécifiques au monde de la santé, ces caractéristiques plus internes challengent d'autant plus les performances de l'organisation à l'interne : cette multidimensionnalité pose des enjeux stratégiques importants avec une nécessité de concilier la prise en compte des enjeux internes et externes (Sicotte, 2018).

Cette gestion de la complexité et du changement exige alors une réelle capacité d'agilité organisationnelle, entendue comme une aptitude d'adaptation permanente aux évolutions de l'environnement mais plus encore d'anticipation et de maîtrise de ces évolutions, en lien avec les possibilités de reconfiguration organisationnelle (Nagel et Dove, 1991). Cette capacité a déjà été exploitée par l'organisation lors des mouvements de fusion, notamment avec la centralisation des fonctions supports destinée à harmoniser le fonctionnement des différents sites. Pour autant, ces efforts n'ont pas encore permis d'aboutir à une cohésion véritablement aboutie : « pratiquement tout le monde sait qu'elle est appréciable, efficace, avec une charge de valeurs importante. Mais la connaissance des activités est très légère et même en interne, donc un projet rédigé a aussi son utilité en interne et même entre sites, c'est un élément fort pour la cohésion et aussi pour l'image à l'extérieur » (entretien n°3, président du CA). Par conséquent, la mission de pilotage stratégique, à la fois confronté aux enjeux d'harmonisation interne et de développement, nécessite d'être outillée afin de gérer cette complexité.

## **2. Le projet stratégique et la gestion du changement : outillage du pilotage stratégique**

Le projet d'entreprise semble alors se présenter comme un outil salvateur au service des fonctions de management dans l'organisation : « Un moment, un outil dans la vie de l'entreprise, permettent d'approcher cette tension : l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du « projet d'entreprise ». « Écrire et diffuser un récit commun à tous les intervenants dans l'entreprise permet la mobilisation collective et aide à limiter les dysfonctionnements par la compréhension du rôle de chacun » selon Segretain (Segretain, 2015). Dans ces conditions, et face aux enjeux évoqués précédemment, cette organisation a décidé d'élaborer en 2016 un projet stratégique d'entreprise, support du management dans un environnement complexe. Ce document peut être considéré comme une formalisation de la capacité d'agilité organisationnelle mobilisée, dans la mesure où le projet constitue un support pour guider les activités proposées afin de répondre de manière proactive aux évolutions qui ne sont donc plus subies mais maîtrisées. En accord avec le courant de l'analyse des situations, ces outils sont indissociables du contexte dans lequel ils évoluent : ils peuvent remplir différents rôles selon l'organisation en question (Moisdon, 1997). Le projet stratégique ici étudié s'inscrit ainsi dans une fonction d'accompagnement du changement selon la typologie développée par Moisdon, contribuant à fournir aux acteurs « une représentation de leurs activités » appuyant à la fois la coordination et l'insertion dans une « démarche collective de conduite de l'action ».

Du fait de la multiplication des contraintes touchant les organisations ces dernières décennies, le management de projet est devenu le « mode privilégié de gestion du changement dans des organisations qui elles-mêmes changent en permanence » (Garel, 2011). Effectivement, le mode projet répond tout particulièrement aux impératifs d'adaptation en fluidifiant et en accompagnant le processus d'apprentissage et de gestion des évolutions : face à un environnement complexe, ce document assure la clarification du positionnement de l'organisation en question (Dubost, 2010). Plus globalement, le projet est un support d'anticipation essentiel pour les fonctions de management : selon Boutinet, il s'appuie sur l'existant pour définir les orientations vers lesquelles l'organisation doit tendre (Boutinet, 2012). Pour Dubost, le projet, plus spécifiquement dans le contexte associatif ici étudié, permet de capitaliser les connaissances tacites et individuelles du terrain pour les généraliser en connaissances explicites et collectives. De ce fait, ce document peut être relié au processus de création de « savoir organisationnel » garantissant à l'organisation une marge d'adaptation face à l'environnement contraignant dans lequel elle est inscrite. Le projet est alors propice au rôle de l'outil de gestion, en tant que support à la formalisation d'un cadre de référence à l'activité développée (Moisdon, 1997).

Bien que le mode projet relève d'une méthodologie bien définie, chaque projet est contingent de l'organisation dans laquelle il évolue : ce constat est d'autant plus vrai dans le cas de l'organisation étudiée, dont le fonctionnement est largement soumis aux spécificités qui traversent le monde associatif. Ainsi, comme il est assez largement mentionné par la littérature relative aux associations, ces organisations présentent généralement une histoire complexe et largement influente sur leur fonctionnement interne, qu'il est indispensable de prendre en compte au niveau des fonctions de gestion : les outils de gestion doivent être conçus en conséquence pour éviter de tomber dans un managérialisme peu compatible avec les spécificités historiques de chaque association (Laville, 2014). Dans cette conjoncture post-fusion, le projet stratégique, dont la deuxième version est actuellement en cours, a pour objectif principaux de donner une vision d'ensemble aux différents sites qui composent l'entité, mais également une ligne directrice orientant les activités menées au quotidien : « c'est à la fois une carte d'identité et une projection. » (entretien n°1, directeur général délégué à la stratégie). Par conséquent, le projet stratégique cristallisait dès le départ des attentes très fortes : « c'était vraiment le contexte de fusion. Le premier objectif c'était de faire découvrir le périmètre d'action à l'ensemble des salariés qui parfois ne connaissent que leur service donc en interne. Ensuite le deuxième objectif c'était d'harmoniser les pratiques entre les services et les sites. Le troisième objectif c'était d'apporter une vision stratégique, un chemin qui guide les équipes dans les projets en termes d'orientation. » (entretien n°16, directrice générale). Aussi, l'élaboration du projet s'est à la fois basée sur une analyse de l'environnement dans lequel s'inscrit l'entité mais également un travail

plus interne d'identification des besoins et des enjeux en partenariat avec les parties prenantes, ayant permis de définir de grandes orientations stratégiques orientant l'activité conduite sur 5 ans. Dans cette logique, le projet stratégique se subdivise entre un état des lieux du fonctionnement interne de l'entité ainsi que de son environnement, et la définition d'objectifs stratégiques plus à long terme. En partie du fait de la complexité de l'organisation et de ses caractéristiques contextuelles, il se superpose à de nombreux autres documents de référence internes et externes qui guident tout autant les activités conduites : ces documents peuvent aussi bien répondre à une logique similaire qu'apporter des références contradictoires.

Néanmoins, le projet stratégique soulève plusieurs enjeux qui challengent le passage de sa conception à sa mise en œuvre. Effectivement, le projet stratégique seul constitue un outil qui n'a pas d'utilité propre si il ne fait pas l'objet d'un processus d'instrumentation, et plus concrètement d'appropriation par les acteurs concernés, qui peut s'avérer complexe du fait de leur mise en œuvre descendante (Bédé, 2015) : leur efficacité dépend alors de leur apprentissage et de leur valorisation au sein de l'organisation (Dubost, 2010). Or, ce processus cristallise d'importants défis du pilotage stratégique relatifs à la conduite du changement. Entre les problématiques de temporalités, les contraintes endogènes, ou encore la réception qui en est faite par les acteurs, de nombreux facteurs influencent et peuvent mettre en échec la mise en œuvre d'un tel outil (Minvielle et Contandriopoulos, 2004).

---

Dans ces conditions, il est particulièrement important de restituer les outils de gestion au sein du contexte dans lequel ils évoluent, et ce notamment dans le monde de la santé du fait de spécificités qui pourraient influencer le processus d'instrumentation. En effet, les organisations du secteur sanitaire, social et médico-social sont marquées par un cadre réglementaire contraignant, des cultures professionnelles lourdes et un environnement en constante évolution, qui complexifient leur pilotage stratégique. Pour autant, ces contraintes ne sont pas incompatibles avec une marge d'autonomie dans la définition de leur stratégie, qui est au contraire tout aussi importante face à la conjoncture mouvante et aux impératifs gestionnaires auxquels ces structures obéissent. C'est dans ce contexte, souvent relié à l'avènement du New Public Management, que sont progressivement importés les outils de gestion en santé. Si ces dispositifs sont censés appuyer les fonctions de management dans une visée de formalisation de l'activité conduite, ils se confrontent aussi aux enjeux spécifiques aux organisations de santé qui peuvent en limiter la portée et cristallisent finalement cette confrontation exponentielle entre les logiques soignante et managériale. La phase d'instrumentation par les parties prenantes en constitue donc un point critique. Par conséquent, l'outil projet stratégique déployé par l'organisation



étudiée fait l'objet d'attentes fortes vis-à-vis desquelles le document ne peut s'avérer suffisant, puisqu'elles dépendent largement de la réception qui en est faite. Aussi, le processus de passage de l'outil à l'instrument est essentiel puisque l'efficacité du projet stratégique ne dépend plus que de l'utilisation qui en est faite par les parties prenantes : il est alors indispensable de prendre en compte les enjeux d'appropriation de ce dispositif par les acteurs concernés.

---

## **PARTIE II. L'ÉVALUATION DE L'OUTIL PROJET STRATEGIQUE : UN DECALAGE DE PERCEPTION ENTRE DIMENSION FONCTIONNELLE ET PROCESSUELLE ?**

---

Face à l'imposition des outils de gestion dans les organisations de santé ces dernières années et à leur difficile conciliation avec les logiques plus opérationnelles, se pose la question de leur mise en œuvre. Effectivement, la sociologie des outils de gestion différencie bien les dimensions structurelles et fonctionnelles des outils, qui correspondent à leur composition et la finalité qu'ils poursuivent et donc à la phase de conception, de leur dimension processuelle, qui correspond à leur appropriation par les acteurs, lors de la phase de mise en œuvre (Chiapello et Gilbert, 2013). Effectivement, la dimension processuelle ne suit pas nécessairement la direction prévue par la dimension fonctionnelle puisqu'elle dépend du processus d'instrumentation de l'outil qui est en interaction avec de nombreux éléments dans l'organisation : il peut alors provoquer des effets plus ou moins anticipés en retour (ibid). Dans le cas du monde de la santé, la question de la conduite du changement, via ces outils, se pose alors particulièrement du fait de la confrontation entre la perspective managériale très rationnelle et l'environnement plus incertain (Minvielle et Contandriopoulos, 2004).

Afin d'illustrer ces enjeux liés au devenir des outils dans les mains des acteurs, l'exemple de la mise en œuvre projet stratégique précédemment évoqué peut alors être mobilisé. Plus concrètement, le travail d'évaluation conduit sur ce dispositif permet justement de mesurer les écarts entre les objectifs de l'outil, définis dans le modèle logique<sup>16</sup>, et son utilisation réelle, qui peuvent expliquer un impact du dispositif insuffisant voire en décalage avec les ambitions qui y étaient associées (A). Ces enjeux liés au processus d'appropriation pourront alors être expliqués en analysant le positionnement des acteurs à travers le prisme de la sociologie des organisations (B) et de la confrontation interne des différentes logiques évoquées précédemment (C).

---

<sup>16</sup> Voir Annexe 3. Modèle logique

## **A. LES RESULTATS DE L'EVALUATION : UN IMPACT LIMITE DU PROJET STRATEGIQUE SUR LES BESOINS IDENTIFIES**

Selon la théorie de la conception à l'usage, l'outil ne prend forme que lors de sa phase d'appropriation du fait de sa flexibilité instrumentale qui le rend fortement contingent et expliquent ces enjeux de décalage entre les effets prévus et réels (De Vaujany, 2006). Avant d'explorer davantage ces dynamiques liées au comportement des acteurs, il est nécessaire de revenir sur les résultats de l'évaluation afin de déterminer si les données vont dans le sens de disparités entre la dimension fonctionnelle et processuelle.

### **1. Le support d'une vision commune encore balbutiante**

D'une part, portant d'importantes ambitions de la part de la Direction dans ce contexte post-fusion, le projet stratégique visait à constituer une ligne directrice commune à l'entité face à la diversité des sites et des activités qui la composent : « Le projet stratégique [...] doit fédérer, il doit avoir des grands axes transversaux pour lier les sites, c'est un outil fort post-fusion pour fédérer les équipes sur l'ensemble des territoires. C'est aussi ça qui peut porter une culture commune sur des pôles et pratiques très différents » (entretien n°2, responsable parcours). Effectivement, une fusion est toujours une opération délicate pour les fonctions de management afin de maintenir une cohérence interne, et ce d'autant plus dans le secteur associatif du fait de spécificités historiques souvent importantes (Laville, 2014). Cette étape cristallise parfois des tensions internes importantes du fait de leur imposition descendante, parfois mal comprise par les équipes de terrain, comme il a pu être le cas sur certains services. Le projet d'entreprise, ou ici projet associatif, peut alors être le support de la définition d'une mission et de valeurs communes pour garantir cette cohérence (Dubost, 2010).

La consultation menée auprès des professionnels permet déjà de donner quelques indications au sujet de ces grands enjeux stratégiques. Effectivement, 64% des salariés considèrent que la cohésion et l'harmonisation entre les sites est à améliorer, tout comme la marque employeur de l'organisation pour 33% d'entre eux. Dans ce contexte post-fusion et comme le démontrent les données de la consultation précédemment citées, la culture commune est ici une problématique essentielle au niveau stratégique. Pour les personnes interrogées, cette notion de culture commune émerge progressivement mais n'est pas encore étendue à l'échelle de toutes les équipes : « c'est encore balbutiant car dans les services on ne sait pas comment ça se passe ailleurs dans les autres

pôles » (entretien n°6, cadre) « ça ne se décrète pas, c'est dans le temps et ça évolue favorablement. [...] c'est surtout les actions \*\*\* qui configurent cette culture » (entretien n°19, responsable des ressources humaines). Ces lacunes influent alors également sur la dimension extérieure de l'organisation : « pour les activités, c'est trop diversifié, c'est même compliqué quand on veut présenter \*\*\* on veut présenter les activités mais il y a tellement de choses... De l'extérieur les gens connaissent l'EHPAD où ils vont, ou un SSR car on y a eu affaire, mais pas la globalité » (entretien n°9, responsable parcours).

Pour autant, l'étude ici menée permet de relever un niveau de fierté d'appartenance à l'entité assez élevé (atteignant un score de 3,9 sur une échelle de 5). Celle-ci pourrait notamment être liée aux valeurs partagées et au sentiment commun de reconnaissance du service rendu : « on sent aussi quelque chose de fédérateur autour des valeurs » (entretien n°4, responsables communication), « ils sont fiers d'appartenir à leur propre établissement déjà car on travaille bien » (réunion n°4, délégués syndicaux). Dans ces conditions, la problématique ne semble pas résider dans la définition d'une mission commune qui semble bien comprise, mais davantage dans l'absence de lien entre les différentes composantes de l'organisation. Ainsi, 64% des professionnel(e)s considèrent aujourd'hui qu'il n'existe pas de cadre de référence commun à tous les acteurs de l'entité. De manière plus détaillée, seuls 17% des salariés interrogés citent le projet stratégique comme cadre de référence alors que 55,7% d'entre eux ignorent même son existence. Dans ces conditions, l'existence d'un seul support rédigé est insuffisante pour répondre à une ambition aussi importante que le développement d'une culture commune si il ne fait pas l'objet d'une instrumentation impliquant les parties prenantes par la suite.

Cette problématique est bien comprise par les décideurs de l'organisation comme étant une limite du projet stratégique : « ça passe pas par la rédaction mais par plus de temps de travail dynamiques pour nous aider à nous représenter. [...] Réussir à avoir une vision globale c'est ça qu'il faut, et c'est pas parce qu'on a un truc super rédigé, mais c'est le contact et les échanges entre les uns et les autres en innovant aussi sur ces manières de collaboration » (entretien n°18, cadre hors-les-murs). Dans ces conditions, ce seul support écrit ne peut suffire si il n'est pas en plus accompagné d'une politique de management globale promouvant ce cadre commun. Or, les équipes d'encadrement sont justement censées faire ce lien entre les managers et le terrain : sans appropriation du projet de leur part, la diffusion d'un tel outil auprès des professionnels est donc fortement limitée (Waelli et David, 2018). Ce constat s'explique d'autant plus dans ce contexte historique particulier selon Dubost : le projet associatif peut en effet permettre la création de nouveaux savoirs au sein de l'organisation mais ceux-ci doivent ensuite être valorisés et appliqués afin d'être partagés collectivement et explicitement. Dans ces conditions, le seul projet stratégique ne

saurait être le support du processus global de diffusion d'une culture commune parmi les parties prenantes : son efficacité quant aux ambitions qui avaient été fixées initialement s'avère alors d'ores et déjà limitée.

## 2. Un outil au service des parties prenantes ?

D'une autre part, s'inscrivant dans la dimension organisatrice des outils de gestion, le projet stratégique visait à constituer une feuille de route stratégique à destination des diverses activités déployées par l'organisation : « Le projet stratégique c'est les grandes orientations que \*\*\* se donne [...] et après en fonction de ces grandes postures se déclinent des objectifs plus précis tenant compte de la réalité des différentes activités ; et après c'est au niveau de chaque pôle que c'est décliné opérationnellement » (entretien n°11, responsable de pôle).

D'une manière directe, ces orientations se déclinaient en objectifs plus opérationnels déclinés par pôle : ils se traduisent en actions qui doivent être réalisées durant la période du projet stratégique en cours. 19 objectifs déclinés en 78 sous-objectifs et 120 actions à réaliser étaient fixés pour la période 2018-2022. En 2021, 55% des sous-objectifs fixés étaient réalisés, 26% étaient en cours de réalisation, 13% étaient en pause et 6% n'étaient pas réalisés, sachant que le délai s'étale jusque 2022 inclus. Comme il est visible sur le graphique ci-dessous, les réalisations stratégiques s'avèrent assez mitigées et questionnent donc frontalement la prise en compte du projet stratégique en tant qu'outil de travail (voir Figure 4).

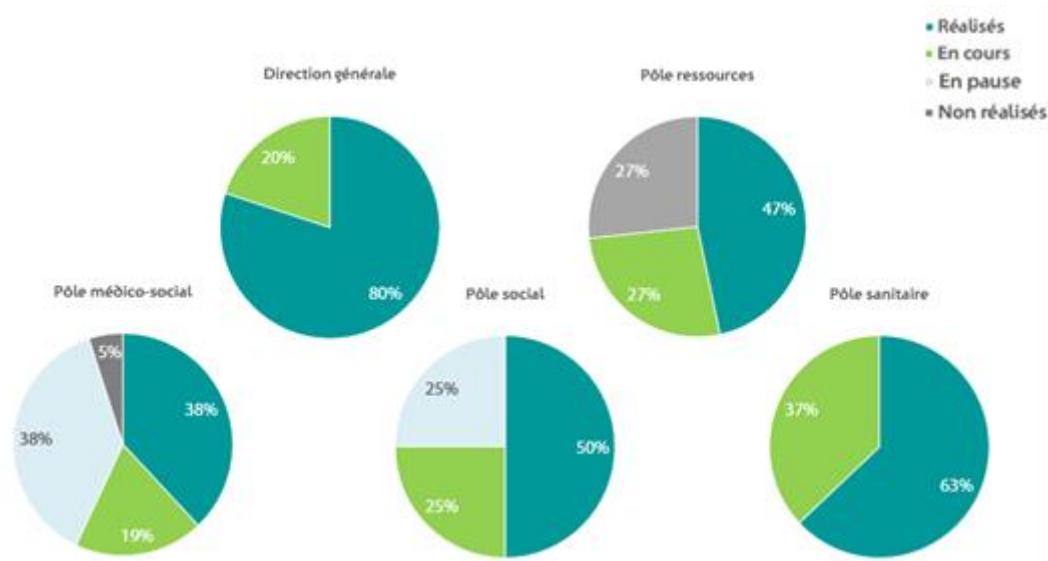


Figure 4. Niveau de réalisation des objectifs par pôle (source : questionnaire interne)

Or, les informations portant sur la connaissance du projet stratégique qui ont été récoltées lors du travail d'évaluation sont déjà particulièrement révélatrices sur la problématique de l'appropriation. Effectivement, 56% des salariés déclarent ignorer l'existence d'un projet stratégique commun à toute l'organisation. S'agissant des fonctions d'encadrement, toutes les personnes interrogées connaissent l'existence de ce document, sans pour autant qu'il ne soit considéré comme un cadre de référence pour la plupart d'entre elles. Ainsi, la majorité des professionnels de l'encadrement interrogés considèrent surtout connaître le document sur les points qui les concernent mais pas dans sa globalité : « je cherche juste dedans quand il y a des choses que je veux trouver » (entretien n°8, cadre).

D'autres données issues de l'évaluation permettent d'approfondir ce constat : plus de 35% des salariés connaissant l'existence du projet stratégique ne l'ont pas lu. Cette observation se ressent également en termes de régularité puisque seuls 13% des salariés utilisent le projet stratégique plus d'une fois par an : « je le lis extrêmement rarement, surtout les dernières années car on l'a aussi un peu intégré, il n'y a pas eu de regard assidu ces dernières années. Ensuite c'est un cadre ça c'est sûr, mais c'est pas une feuille de route » (entretien n°6, cadre). Plus précisément, l'utilisation apparaît être à la fois ponctuelle et peu proactive, surtout restreinte aux temps forts de l'encadrement sans constituer un cadre quotidien : « il y a des échéances mais elles sont très larges, y a plus rien après 2019. Ça manque d'un suivi formalisé [...] on a deux fois par an pour y réfléchir pour telle réunion » (entretien n°14, cadre de direction) ; « je l'ai lu une seule fois, c'est pas un document de référence » (entretien N°9, responsable parcours).

Ainsi, les résultats de l'évaluation posent avant tout question sur l'outil comme non-institution, au-delà de son efficacité qui y est d'ailleurs conditionnée. Se définissant comme une « structure organisée ayant pour fonction de maintenir un état social », l'institution se caractérise par un « équilibre interne, non statique et difficilement obtenu », condition qui ne semble pas atteinte dans le cas du projet stratégique (Tournay, 2011). Dans le cas d'un outil, cette situation traduit alors une instrumentation insuffisante du dispositif du fait de sa faible appropriation par les acteurs, en limitant fortement l'efficacité. Or, ce processus d'appropriation est crucial pour l'efficacité de l'outil : selon la théorie de la structuration, l'interaction entre l'outil et l'utilisateur contribue à institutionnaliser ou non les structures existantes (Husson, 2019). Du fait de cette forte contingence des outils aux acteurs, ces dispositifs doivent en effet faire le fruit d'un apprentissage avant d'avoir une capacité d'organisation (Chiapello et Gilbert, 2013). Ces apports théoriques donnent donc du sens aux résultats de l'évaluation : le projet stratégique ne s'inscrivant pas encore dans un processus d'institutionnalisation, ses réalisations s'avèrent logiquement assez mitigées.

Dans ces conditions, un décalage entre la dimension fonctionnelle prévue de l'outil et les processus réels se dessine et s'expliquerait du fait de sa faible instrumentation par les acteurs dont il est fortement contingent : afin de compléter cette analyse, il s'agirait alors de comprendre les facteurs qui conditionnent ce processus d'appropriation par les acteurs.

## **B. L'INADEQUATION DE L'OUTIL AVEC LES BESOINS DES PARTIES PRENANTES, UNE LIMITE A L'INSTRUMENTATION**

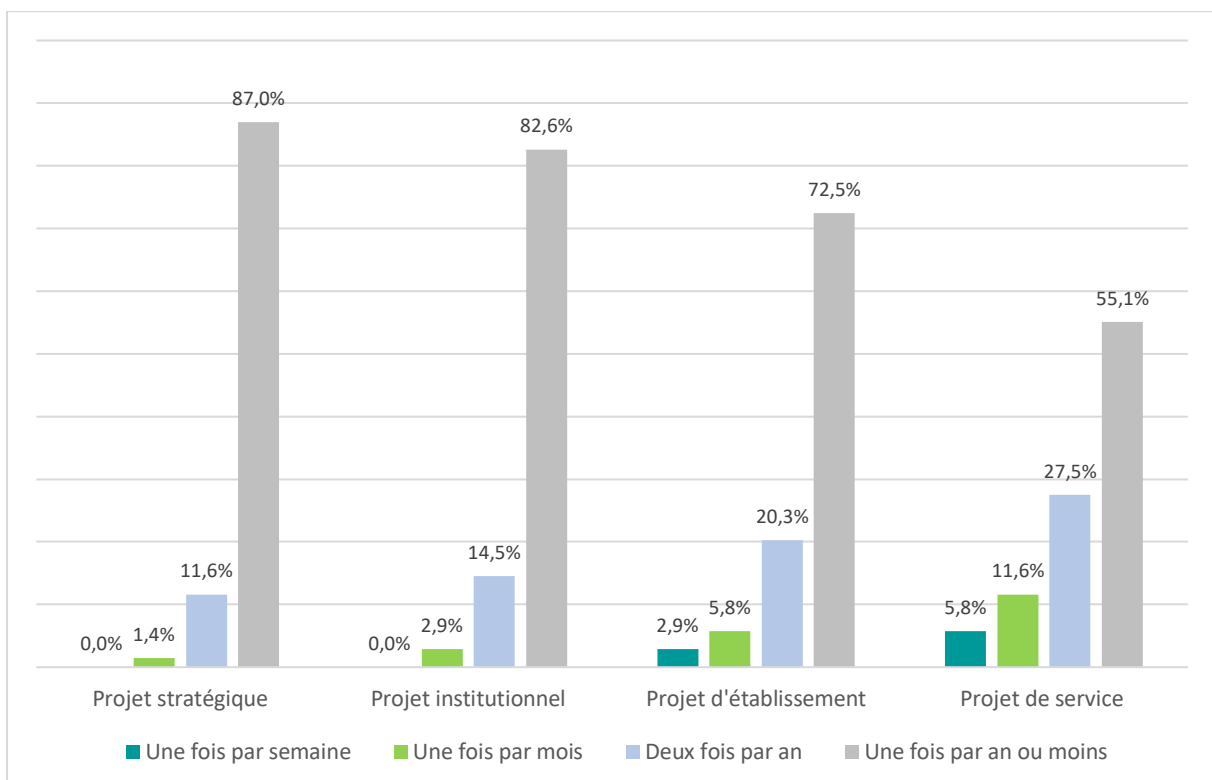
Puisque l'institutionnalisation de l'outil dépend de son interaction avec les acteurs concernés et qu'il existe un processus d'adaptation constante entre ces deux éléments, plusieurs facteurs relatifs aux parties prenantes peuvent expliquer les blocages à l'intégration de l'outil comme instrument (Hayo et Husson, 2019). Dans ces conditions, le premier axe d'analyse peut être recherché directement au niveau du rapport de ces acteurs à l'outil, notamment en termes de conciliation avec les enjeux qui leurs sont propres.

### **1. L'accumulation des contraintes, quelle priorisation dans le quotidien des professionnels ?**

S'agissant des pistes pouvant expliquer un faible niveau d'appropriation des outils de gestion dans les organisations, Hayo et Husson proposent une typologie des différents facteurs de blocages. Il est ici intéressant d'explorer le facteur structurel qui se caractérise « par les lourdeurs institutionnelles, les contraintes réglementaires et le manque d'autonomie des acteurs notamment » (Hayo et Husson, 2019). En effet, les résultats de l'évaluation confirment la prégnance de ce phénomène s'agissant du projet stratégique du fait d'un contexte normatif déjà particulièrement lourd, auquel vient s'ajouter ce nouvel outil : « c'est un outil supplémentaire alors que les équipes débordent déjà d'outils de traçabilité à prendre en compte » (entretien n°2, responsable parcours). Comme nous l'avons vu en première partie, le secteur de la santé est particulièrement réglementé et de nombreuses normes s'appliquent aux professionnels, notamment en termes de qualité et de sécurité. A ces normes s'ajoutent également des contraintes spécifiques endogènes à l'organisation selon son mode de

fonctionnement interne. Ainsi, cette accumulation de contraintes se traduit plus concrètement par une superposition de documents qui font référence pour encadrer les pratiques au quotidien. En ne citant que les principaux, les salariés sont ainsi contraints de se conformer à minima au CPOM, à la politique de qualité, au règlement intérieur, entre autres, tant de documents qui cristallisent les contraintes internes et externes, s'avérant parfois difficilement conciliables voire contradictoires.

Cette problématique a déjà été évoquée par la littérature relative aux services publics et notamment par Mériade, qui évoque ce phénomène de confrontation entre les procédures traditionnelles et l'arrivée de nouveaux outils plus axés vers le managérialisme, sans que leur articulation ne soit nécessairement prévue (Mériade, 2019). Dans le cas où ces outils s'avèrent complémentaires, ils peuvent facilement faire l'objet d'une fusion vers la constitution d'un nouveau modèle de gestion. Néanmoins, l'hybridation de dispositifs contradictoires peut être soumise à des dynamiques de frictions à la fois d'ordre institutionnel, lorsque plusieurs réglementations contraaires s'appliquent, mais également d'ordre cognitif du fait de la confrontation de visions différentes pour les acteurs, et enfin d'ordre instrumental dans la mesure où un choix doit parfois être fait s'agissant de l'utilisation des différents outils. De ce fait, elle se caractérise davantage par des interactions complexes et peu linéaires : des mécanismes de substitution et de concurrence peuvent alors se mettre en place dans le cas d'outils plus hétérogènes.



**Figure 5. Fréquence d'utilisation des différents documents de référence par les salariés (source : questionnaire interne)**



Cette problématique se pose également dans le cas du projet stratégique étudié, outil récent et relevant de la logique managériale, venant s'ajouter à des documents de référence déjà nombreux. Les résultats de l'évaluation sont relativement clairs quant à la conciliation de ces outils (voir Figure 5) : le projet stratégique s'avère largement moins utilisé sur le terrain que les projets d'établissement (27,5% des salariés l'utilisent plus d'une fois par an) et que les projets de service (44,9% des salariés l'utilisent plus d'une fois par an). Le faible impact de l'outil semble donc notamment s'expliquer par l'accumulation de documents sans effort de conciliation : « on se base surtout sur les CPOM, sur le PRS, et il y a une difficulté à construire des choses articulées car il y a une accumulation de documents » (réunion n°3, pôle parcours).

Cette accumulation peut alors être difficile à gérer d'un point de vue cognitif pour les parties prenantes qui ne vont plus nécessairement agir rationnellement : c'est un enjeu classique de la conduite du changement (Pesqueux, 2020). Ainsi, le changement, facteur de déstabilisation, peut mener à des situations de dissonance pour les acteurs du fait des contradictions entre les différentes exigences qui leur sont adressées (Feroni, 2018). Cette situation est plus spécifiquement décrite dans le contexte des organisations de santé par plusieurs auteurs, qui évoquent les « tensions de rôle » subies par les acteurs du fait de la réception de demandes incompatibles, en lien avec la confrontation des différentes logiques (Rivière et al., 2013). Il s'agit ici plus précisément d'un conflit dit « intra-émetteur », dans lequel l'acteur fait face à des demandes, ici des outils, incompatibles de la part d'un même émetteur, ici les managers de l'organisation. A cette ambiguïté objective s'ajoute en outre l'ambiguïté subjective liée à la propre perception qu'il a du dispositif, ajoutant donc à ces dissonances. Pour ces mêmes auteurs, les acteurs développent alors différentes stratégies afin de faire face à ces contradictions, stratégies qui ne vont pas forcément dans le sens des objectifs poursuivis par l'organisation. Pour revenir au cas du projet stratégique, les données issues de l'évaluation permettent donc de déceler une stratégie de priorisation des différents documents par les acteurs. Du fait du manque d'articulation de ces outils, cette priorisation ne se fait pas nécessairement selon la logique des managers mais plutôt selon celle des professionnels, expliquant la plus forte mobilisation des dispositifs de proximité, comme les projets de service, que du projet stratégique. Si ce manque d'articulation constitue ainsi une première explication à l'instrumentation limitée du projet stratégique, ce constat semble également ouvrir une autre piste d'analyse portant sur le décalage d'un tel document avec les besoins opérationnels des professionnels concernés.

## 2. Un outil complexe : décalage avec le pragmatisme des fonctions opérationnelles

Les dynamiques de priorisation précédemment évoquées semblent plus particulièrement se déterminer selon la praticité de l'outil, posant donc la question de la cohérence d'un tel dispositif vis-à-vis des enjeux qui animent les acteurs du terrain : « c'est un document très loin des professionnels » (entretien n°11, responsable de pôle).

En effet, s'agissant de l'appropriation des outils, Martineau propose une analyse très intéressante en démontrant qu'ils ne sont pas seulement des dispositifs au service d'une fin prévue par les fonctions de management, mais s'inscrivent dans des mécanismes bien plus confus du fait des besoins des acteurs (Martineau, 2014). Dans ces conditions, l'instrumentation ne dépend pas uniquement de l'utilité rationnelle de l'outil mais est également conditionnée par d'autres facteurs. Cet usage de l'outil est donc ambivalent puisqu'il peut aussi bien s'avérer habilitant comme il est prévu initialement, que contraignant dans la réalité : ces ambivalences s'expliquent alors par les contradictions de l'organisation elle-même qui se répercutent sur les parties prenantes. Par conséquent, tout dispositif, même si il est compris dans son utilité rationnelle, peut faire face à certains blocages dans son application : l'analyse ne peut donc se limiter aux dimensions rationnelles de l'outil perçues par les managers mais doit aussi prendre en compte les mécanismes socio-psychologiques qui s'expriment au niveau des acteurs (ibid).

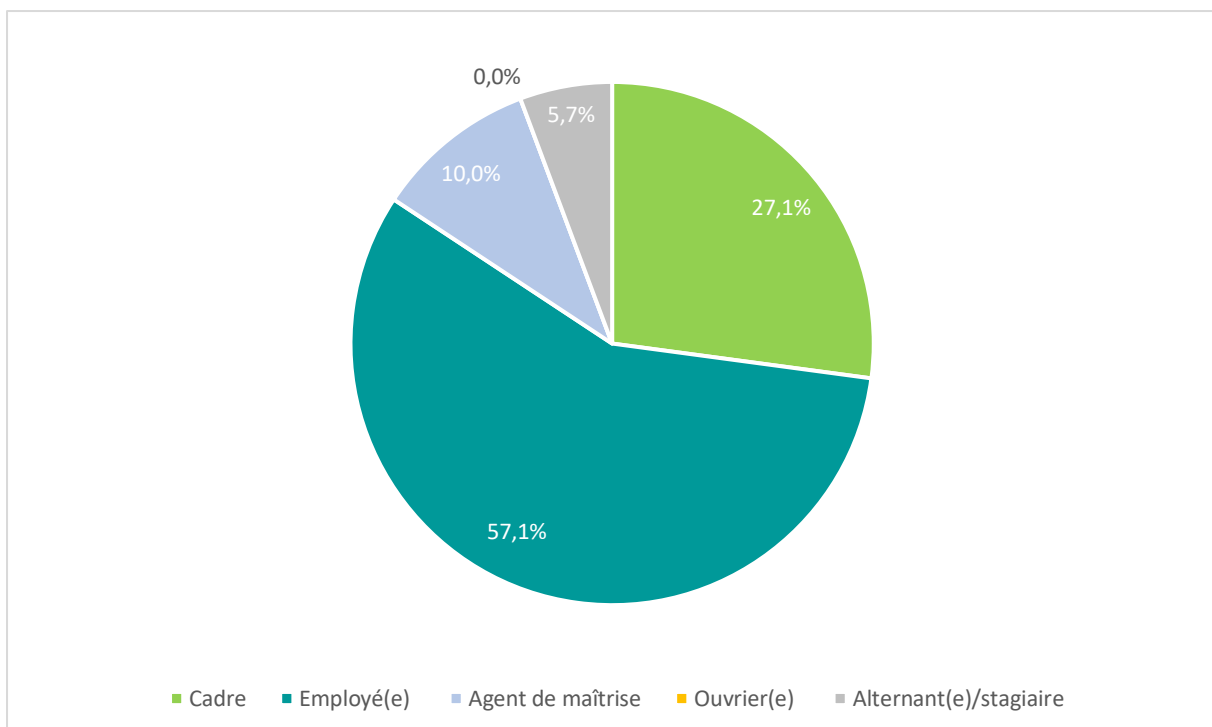
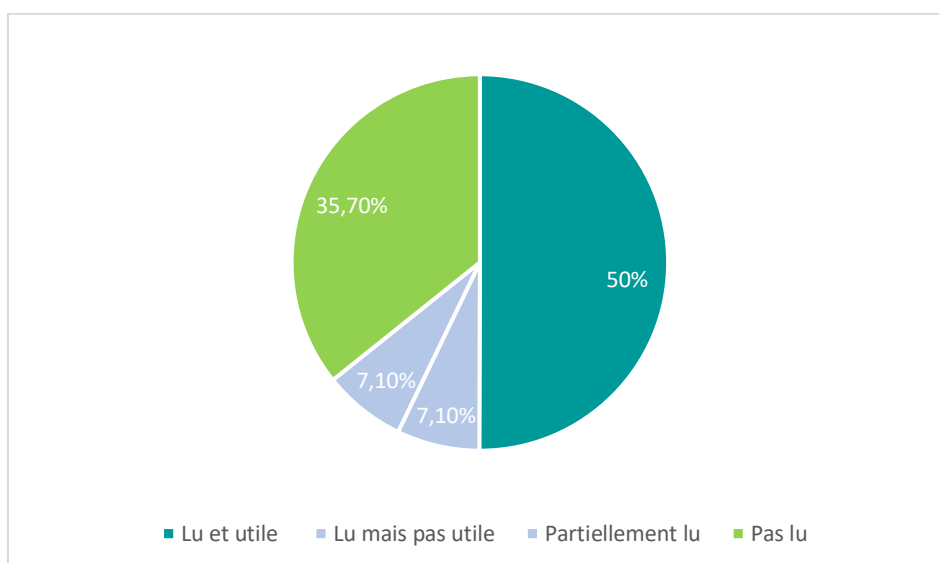


Figure 6. Profil des répondants à l'enquête sur le projet stratégique (source : questionnaire interne)

Dès lors, l'enquête menée auprès des salariés dans le cadre du travail d'évaluation est sans appel : seuls 5% des salariés ont répondu au questionnaire qui leur a été transmis portant spécifiquement sur le projet stratégique, induisant déjà à considérer un manque d'intérêt ou de connaissance sur ce sujet. En outre, parmi les personnes ayant répondu à l'appel, on dénombre seulement » 57% d'employés pour plus de 27% de cadres, alors que ceux-ci sont proportionnellement beaucoup moins importants dans les effectifs internes, semblant signifier que les professionnels du terrain se sentent moins concernés par le projet stratégique que les fonctions d'encadrement. Les délégués syndicaux abondent dans ce sens: « quand on a vu le questionnaire on s'est demandé c'est quoi ça, les professionnels sont loin de ça. Quand je leur ai dit "vous avez vu le questionnaire il faut répondre sur le projet stratégique", ils ont demandé "c'est quoi ça, qu'est-ce qu'on va dire ?" [...] c'est une évidence qu'on doit être au courant de la stratégie et savoir pourquoi on a des difficultés... C'est quelque chose qu'il faudrait faire passer aux salariés mais c'est pas leur priorité » (réunion n°4, délégués syndicaux).

Cette hypothèse est confirmée par les personnes interrogées d'après qui ce document constitue surtout un outil utilisé par les fonctions à responsabilité et non par tous les professionnels. Les projets de service et projets d'établissement sont ainsi davantage utilisés par les équipes de terrain : « aujourd'hui c'est plus un usage interne qu'externe et plus vis-à-vis de l'encadrement, donc il n'y a de pas sens vis-à-vis des équipes de terrain » (entretien n°11, responsable de pôle). « Après pour la majorité des salariés pas sur l'encadrement, ils se sentent éloignés même si quand on regarde le projet stratégique il y a beaucoup d'infos qui peuvent intéresser tous les professionnels donc dans ce sens on peut s'améliorer » (entretien n°19, cadre de direction). Face à ces constats, il s'agit alors de comprendre quels blocages se présentent à l'utilisation de l'outil par les professionnels de terrain.



### **Figure 7. Perception de l'utilité du projet stratégique parmi les professionnels en connaissant l'existence (source : questionnaire interne)**

En termes d'utilité, la plupart des personnes interrogées s'accordent sur le fait que la version actuelle du projet stratégique ne répond pas aux besoins du quotidien : seule la moitié des salariés connaissant son existence l'ont ainsi lu et trouvé utile (voir figure 7). Les professionnels expliquent ainsi pour la plupart que ce document répond davantage aux besoins des fonctions d'encadrement : « pour le management opérationnel au quotidien avec les équipes non, pour le management stratégique un peu plus, il y a des références qui sont faites au projet stratégique sur les grandes orientations [...] mais pas au quotidien » (entretien n°4, responsables communication).

Plus indirectement, cette inadéquation avec les besoins du terrain s'explique alors par plusieurs facteurs. D'une part, s'agissant de la forme du document, la complexité et la densité apparente de l'outil apparaît très peu adaptée à son appropriation par les professionnels : « sur l'utilisation, je pense que c'est la longueur, le format c'est clair et net il y a un problème... » (entretien n°4, responsables communication), « 57 pages, tout est dit ! » rappelle l'un des salariés interrogés (entretien n°5, responsable parcours). Il ressort ainsi de la consultation que pour la plupart des répondants, le volume et la dimension très dense du document n'est pas compatible avec les enjeux concrets du terrain. Au volume du document s'ajoute en outre son format peu visuel qui limite sa praticité sur le terrain.

Néanmoins, il existe également des blocages liés au fond du document, notamment en termes de temporalité, puisque le projet stratégique porte des objectifs à long terme par rapport auxquels les salariés se sentent peu concernés du fait des impératifs de court terme voire de l'urgence qui les contraignent dans leur activité : « les objectifs sont trop larges, pour la gestion de projet je m'en sers pas alors que normalement ça doit être en adéquation stratégique » (entretien n°14, cadres de direction ». Plus largement, les enjeux stratégiques portés sur le développement de l'organisation ne se rattachent pas de manière évidente aux enjeux plus concrets des activités de soins et d'accompagnement : « ils ont un quotidien, ils y touchent en animant les activités mais on a des choses beaucoup plus pratiques » (entretien n°5, responsable parcours). Si l'on reprend la typologie proposée par Hayo et Husson, ces constats rejoignent donc à nouveau l'hypothèse de blocages structurels dus aux contraintes qui pèsent sur les acteurs dans leur activité (Hayo et Husson, 2019). Au-delà de la non-réponse aux besoins qui explique en partie ce manque d'instrumentation du projet, ces blocages peuvent également être mis en lien avec le manque d'accompagnement de l'outil auprès des acteurs, mais cette piste sera davantage explorée dans de prochains développements.

Finalement, si l'utilisation du projet stratégique reste également limitée au niveau des fonctions d'encadrement du fait des mêmes facteurs de praticité, les résultats de l'évaluation démontrent que ce phénomène est largement plus prégnant parmi les employés du fait du décalage entre l'outil et la réalité. Des explications à cette inadéquation pourraient donc être recherchées de manière plus générale à travers le prisme des décalages entre les enjeux managériaux et ceux du terrain.

## **C. LE PROCESSUS DE (NON-)APPROPRIATION, EXPRESSION DU DECALAGE ENTRE LES DECIDEURS ET LE TERRAIN**

Au-delà des blocages très structurels liés au quotidien des acteurs, des enjeux plus vifs se dessinent également. Ainsi, Hayo et Husson évoquent notamment les facteurs culturels qui sont liés à des mécanismes d'autodéfense des professionnels, ainsi que des facteurs plus stratégiques en lien avec la confrontation de l'institution aux nouveaux dispositifs (Hayo et Husson, 2019). Ces concepts permettent ainsi de caractériser des blocages davantage organisationnels, dans un contexte de confrontation entre les dimensions managériale et professionnelle.

### **1. Des fonctions de management au terrain, un lien insuffisant ?**

Nous avons vu précédemment que la dynamique récente d'importation des concepts de gestion dans les organisations de santé se heurtait à un contexte spécifique et au fonctionnement traditionnel de ces organisations (Franchistéguy-Couloume, 2015). En réalité, le processus d'appropriation du projet stratégique n'est donc qu'une illustration de ce clivage entre la logique managériale et la logique professionnelle. Effectivement, face à ces tensions, l'adoption de l'approche gestionnaire peut s'avérer complexe car les acteurs n'ont pas encore été intégrés ces mécanismes issus de l'entreprise (Contandriopoulos, 2004). Cette analyse peut même être poussée plus loin en allant jusqu'à considérer les établissements de santé comme de véritables « bureaucraties professionnelles » dans lesquelles s'opposent les managers et les soignants en tant que catégories autonomes (Baret, 2013). Du fait de ce rapport complexe voire conflictuel, la prise en compte de ces spécificités et de ces temporalités par les managers est indispensable afin d'adapter la réponse à cet environnement, mais

il s'agit d'un processus d'apprentissage long dans tous les cas, induisant les problématiques d'inadéquation que nous avons évoquées (Waelli et David, 2018).

Ainsi, cette question de la coexistence des différentes logiques se répercute finalement sur le processus d'appropriation du projet stratégique en tant qu'outil de gestion. Effectivement, la littérature évoque notamment les conflits éthiques qui pourraient pousser les professionnels à ne pas s'investir sur ces dispositifs du fait de leur répulsion à l'importation des impératifs de performance dans le contexte de soin (Feroni, 2018). Dans le cas étudié, et comme il ressort des résultats de l'évaluation, le projet stratégique peut être associé au mouvement de managérialisation et de performance dénoncé par les professionnels : le questionnaire relatif à ce document a d'ailleurs été une occasion pour certains répondants de faire remonter des retours plus généraux liés à ce contexte. Cette situation vaut de manière générale pour le monde de la santé, mais d'autres mécanismes plus spécifiques à l'organisation étudiée peuvent ici être explorés.

D'une part, il semble ainsi ressortir de l'évaluation que la faible appropriation du projet stratégique s'inscrirait plus globalement dans le manque de lien entre les fonctions de management et de terrain, révélant un problème de communication. En effet, le projet stratégique aurait surtout fait l'objet d'une communication ponctuelle, notamment lors des séminaires d'encadrement, expliquant cette faible connaissance du document même parmi les cadres. Ces lacunes peuvent être reliées à la taille de l'organisation, qui limite déjà fortement le lien : « la communication a du mal à passer dans plusieurs services : sur 1300 salariés il y a la moitié qui verront pas le projet stratégique » (réunion n°4, délégués syndicaux). Mais surtout, cette communication a été largement centrée sur les fonctions d'encadrement, expliquant que le reste des professionnels aient été peu sensibilisés à ce document : « il y a eu un process de communication au départ. Mais c'est plus flou sur comment le projet a vécu et les points d'étape, nous en équipe de direction et en séminaire oui, mais une communication faite aux équipes ça j'ai pas en tête » (entretien n°14, cadre de direction). Face à ces enjeux, la littérature spécialisée sur la thématique des outils de gestion souligne ainsi le rôle capital des fonctions intermédiaires en tant qu'interface entre les logiques soignantes et managériales (Waelli et David, 2018). Or, ces fonctions ne sont pas davantage investies au niveau du projet stratégique que le reste des professionnels dans le cas ici mobilisé », expliquant en partie ces problèmes de communication : « Il n'est pas donné par les encadrants, c'est quand même un fil conducteur et ils doivent le faire vivre davantage » (réunion n°3, pôle ressources).

D'une autre part, le processus d'instrumentation du projet stratégique touche également à des enjeux plus politiques et cristallise notamment la problématique de la relation descendante entre les managers et le terrain. Cette question vaut directement sur la conception de l'outil en lui-même, qui

n'a pas impliqué les professionnels et a donc pu être perçu dans une dynamique d'imposition descendante et assez brutale par les professionnels : « il y a un déficit de temps donc les temps d'information sont descendants et il y a peu de temps de cocréation : ce sont des temps de décision et il n'y a pas de temps de brouillon. On a des réunions mensuelles, les réunions projet avec les chiffres et sinon les réunions avec les responsables de sites, on a la coordination mais pas le temps de réflexion donc on a l'impression qu'il faut aller très vite » (entretien n°13, responsable de site). De plus, cette dynamique descendante ne concerne pas uniquement l'outil en lui-même mais plus généralement le contexte organisationnel global comme le démontrent les retours des salariés : « organisation assez pyramidale, différence de considération selon le poste », « à améliorer : la communication de la hiérarchie envers les salariés ainsi que la considération » (questionnaire interne, salarié). Malgré la volonté d'une position bienveillante adoptée par la direction, les retours sont encore très mitigés, s'expliquant par la peur d'un discours peu sincère induisant un décalage entre la volonté affichée et la réalité vécue par les acteurs (Brehaux, 2015). Ainsi, certaines personnes interrogées font part d'un climat mitigé au sein de l'organisation, qui alimente ces difficultés : « aujourd'hui il y a des difficultés relations entre salariés, il y a une certaine distance [...] donc les personnes ressentent pas la bienveillance que \*\*\* veut diffuser » (entretien n°11, responsable de site). Or, selon les apports de la littérature, au-delà des outils, l'existence d'un environnement favorable à la confiance entre salariés et managers est justement indispensable à ce processus d'appropriation (Waelli et David, 2018). La perception d'un contexte descendant par les professionnels interrogés explique donc aussi cette instrumentation limitée.

Ce contexte est d'autant plus tendu du fait du contexte post-fusion récent spécifique à l'entité étudiée, et encore peu intégré au niveau des équipes pour qui cette nouvelle organisation semble demeurer une contrainte : « en tant que délégué syndical on a une vision \*\*\* mais en tant que professionnel c'est \*\*\*, chacun est sur son site, la fusion c'est un choix qui a été imposé moi j'ai voté contre et je suis toujours contre » (réunion n°4, délégués syndicaux). De ce fait, l'organisation ne semble pas encore être perçue en tant qu'institution au niveau des professionnels de terrain, qui réfléchissent davantage en termes de site que d'entité unie : « les salariés sont plutôt rattachés à leur site donc surtout c'est surtout les cadres qui sont attachés à «\*\*\*» (entretien n°9, responsable parcours). Il n'existe donc pas de réelle culture commune \*\*\* chez les équipes : « au niveau des responsables de site oui, au niveau des cadres ça commence [...], au niveau des salariés non » (responsable de site). Ce nouveau décalage entre les managers et la réalité du terrain peut ainsi également alimenter un environnement peu favorable à la promotion du projet stratégique étant donné que celui-ci est justement censé porter cette vision commune.

Finalement, ces tensions entre la direction et le terrain alimentent les facteurs de blocage à l'appropriation du projet stratégique du fait de mécanismes à la fois d'ordre stratégique et culturel (Hayo et Husson, 2019). Dans ces conditions, face à ces rapports conflictuels, nous allons voir que différents axes de positionnement des parties prenantes face aux outils de gestion sont possibles (Baret, 2013).

## **2. Le positionnement des professionnels : des acteurs passifs face à des outils imposés ?**

Pouvant s'expliquer par les différents facteurs que nous venons d'évoquer, les parties prenantes peuvent adopter différentes attitudes voire stratégies vis-à-vis des outils qui leurs sont imposés. Ainsi, ce processus peut être analysé à travers le prisme de la théorie de la régulation conjointe dans la mesure où la régulation de contrôle exercée par les managers au niveau de la conception de l'outil est complétée par la régulation autonome exercée par les parties prenantes via le positionnement qu'ils adoptent par rapport à l'outil (Reynaud, 1989). Comme le laissent induire les mécanismes étudiés dans les parties précédentes, le comportement des acteurs ne s'aligne effectivement pas nécessairement sur le schéma prévu.

Face au manque d'intérêt des professionnels pour cet outil, il serait tentant de penser à première vue que ceux-ci sont bloqués dans une position passive face à des décisions descendantes. Pour autant, même dans ce contexte, les acteurs ont toujours une marge d'autonomie et agissent selon leurs propres intérêts : ils vont donc développer des stratégies qui leurs sont propres et évoluer de manière active au sein de l'organisation (Crozier et Friedberg, 1978). Néanmoins, il serait également faux de penser que ces stratégies, puisqu'il existe des tensions entre managers et soignants, ne se résument qu'à des mécanismes de rejet du changement. Elles peuvent se décliner sous des positionnements bien plus diversifiés (Soparnot, 2013). Soparnot propose ainsi la classification de différentes déclinaisons de la résistance au changement : combat, observation, conformisme et opportunisme. Ces stratégies, si elles se semblent pas toujours claires, sont toujours construites par les acteurs en fonction du contexte organisationnel dans lequel ils évoluent et des capacités dont ils disposent : il s'agit donc d'un positionnement actif dans la mesure où il résulte d'un choix (Crozier et Friedberg, 1978).

Selon Pesqueux, l'analyse du comportement des acteurs vis-à-vis du changement nécessite de distinguer les différents rôles, qu'il détaille via une typologie subdivisée entre les stratèges, les organisateurs et les récepteurs du changement : ceux-ci correspondent respectivement aux décideurs



et aux fonctions de management, aux fonctions d'encadrement et aux salariés dans le cas ici étudié (Pesqueux, 2020). S'agissant de la réception qui a été faite de l'outil projet stratégique par les acteurs, il est effectivement important de différencier les fonctions d'encadrement des professionnels du terrain puisque nous avons vu que le projet était perçu comme peu adapté pour ces derniers.

Pour les salariés ayant été confrontés à cet outil (puisque les données obtenues montraient également qu'une part importante d'entre eux n'y avait pas été sensibilisée), les résultats de l'évaluation montrent que ce phénomène de résistance au changement se traduit principalement par une réaction d'inertie sans opposition frontale à l'outil : « je suis pas un frein mais pas non plus un levier », « document lu, sans plus » (questionnaire interne, salarié). Dans les faits, cette réaction est une manifestation classique de la résistance au changement induite par la confusion liée à l'introduction de nouveaux outils qui déstabilisent les anciennes habitudes (Pesqueux, 2020). Selon la typologie des formes de résistance proposée par Soparnot, il s'agit donc principalement d'une résistance psychologique, liée au bouleversement des repères déjà existants, ainsi que d'une résistance cognitive, liée à l'impératif d'apprentissage de nouvelles capacités dont les acteurs ne disposaient pas (Soparnot, 2013). Ces situations de tension entre le rôle de soignant et les pratiques gestionnaires peuvent alors se traduire par des stratégies d'ajustement passives telles que le contournement ou la fuite (Commeiras et Loubes, 2013) : elles se rapprochent donc davantage du comportement d'observation que celui de combat dans la classification proposée par Soparnot. Dans tous les cas, cette inertie demeure particulièrement bloquante dans le processus d'instrumentation du projet stratégique et souligne l'importance du rôle des parties prenantes dans ce processus : les récepteurs du changement ont suffisamment d'autonomie pour limiter les évolutions gestionnaires (Baret, 2013).

Pour autant, De Vaujany rappelle que ces mécanismes d'appropriation ne sont jamais fixés et s'avèrent au contraire en constante évolution : « l'appropriation est un processus long qui débute bien avant la phase d'utilisation de l'objet et se poursuit bien après l'apparition des premières routines d'utilisation » (De Vaujany, 2006). Ce constat est d'autant plus valable dans le cas d'un outil tel que le projet stratégique selon les réflexions de Dubost. Effectivement, il est courant que les participants perçoivent le projet associatif comme une contrainte lors de son imposition ou que ceux-ci doutent simplement de son utilité (Dubost, 2010). Toutefois, le processus progressif de création d'une de savoirs collectifs via l'instrumentation du projet permet peu à peu d'instituer cet outil comme le support d'une perspective commune et permet alors d'y impliquer les professionnels, tout étant seulement une question de temporalité.

S'agissant des organisateurs du changement, les fonctions d'encadrement, la situation d'inertie semble moins probable puisque ceux-ci sont directement impliqués. Pour autant, leur positionnement vis-à-vis de l'outil est également très mitigé. En reprenant la classification de Soparnot, il apparaît ainsi que très peu d'acteurs se conforment vraiment à l'utilisation prévue de l'outil : « il n'est pas lu spontanément et c'est un avis partagé par tout le monde [...] il n'y a pas de référence automatique faite au projet stratégique » (réunion n°3, pôle parcours). La plupart des acteurs s'inscrivent donc davantage également dans une position d'observation, qui peut ainsi se traduire par un contournement de la contrainte : « Je le lis extrêmement rarement, surtout les dernières années car on l'a aussi un peu intégré, il n'y a pas eu de regard assidu ces dernières années. Ensuite c'est un cadre ça c'est sûr, mais c'est pas une feuille de route » (entretien n°6, cadre). Cette situation peut aller jusqu'à un rejet assumé de l'outil, mais rarement une réelle opposition : « Je l'ai lu une seule fois, c'est pas un document de référence » (entretien n°9, responsable parcours), « on est assez passifs avec ça » (entretien n°2, responsable parcours). Néanmoins, au niveau des fonctions d'encadrement, les résultats de l'évaluation montrent que les stratégies d'adaptation de l'outil sont également assez courantes en utilisant l'outil qu'en fonction de ses propres intérêts : « Je cherche juste dedans quand il y a des choses que je veux trouver » (entretien n°8, cadre), « J'ai eu l'occasion de le lire sur le pôle médico-social mais c'est tout » (entretien n°5, responsable parcours).

Pour Martineau, cette situation est assez classique dans le processus d'appropriation des outils du fait des facteurs socio-psychologiques qui avaient été évoqués précédemment : les outils ne sont pas utilisés de manière rationnelle pour atteindre les objectifs prévus, mais aux fins qui arrangent les acteurs (Martineau, 2014). Il existe une « ambivalence intrinsèque à l'usage » de ces outils dans le sens où même lorsque celui-ci n'est pas rejeté, plusieurs voies d'appropriation sont possibles : tout outil est ainsi à la fois contraignant et habilitant pour les parties prenantes (ibid). Finalement, les outils de gestion présentent donc une dimension de flexibilité en lien avec l'interprétation qu'en ont les acteurs : ces dispositifs évoluent ainsi en fonction de l'utilisation qu'en font les acteurs, qui va alors conditionner leur instrumentation (De Vaujany, 2006). Cette combinaison de l'utilité de l'outil, dans sa dimension fonctionnelle, et de son utilisation réelle, dans sa dimension processuelle, équivaut donc à l'institution progressive d'un ordre négocié entre le contrôle exercé par les décideurs à travers l'outil et l'usage autonome qu'en font les parties prenantes (Reynaud, 1989).

Dans tous les cas, cet axe d'analyse laisse entrevoir l'importance des choix des parties prenantes sur l'instrumentation des outils : ces stratégies permettent de contredire l'idée préconçue d'acteurs impuissants face aux décisions qui leur sont imposées.

Finalement, les résultats de l'évaluation du projet stratégique sont particulièrement intéressants afin de caractériser le processus d'appropriation des outils de gestion dans les organisations de santé. Effectivement, le travail effectué permet de conclure sur l'efficacité limitée de ce document sur les objectifs qui étaient prévus, à la fois en termes de constitution d'un cadre commun à l'ensemble de l'entité, mais également en tant que support structurant au service des parties prenantes dans la conduite de leurs activités. Ainsi, l'efficacité des outils de gestion étant dépendantes de l'instrumentation qu'en font les acteurs, ces résultats interrogeaient fortement le processus d'appropriation du projet stratégique au niveau des professionnels. Dans les faits, l'inadéquation de l'outil avec les besoins des parties prenantes, à la fois du fait de son accumulation avec les autres contraintes et de son manque de pragmatisme, ainsi que le contexte plus général de décalage entre les fonctions de management et le terrain, entraînent une différence importante entre la conception de l'outil et le positionnement des professionnels lors du processus de mise en œuvre. Pour autant, malgré ces disjonctions entre les décideurs et le terrain, ces constats ne sont pas une fatalité : les acteurs ne sont pas passifs face aux outils qui leur sont imposés mais interagissent au contraire de manière stratégique avec ces dispositifs en fonction de leurs intérêts. Il est alors possible et même nécessaire d'agir sur ces stratégies afin d'influencer le processus d'instrumentation de l'outil et ainsi d'en favoriser l'efficacité pour atteindre les objectifs qui avaient été fixés.

---

## **PARTIE III. FAVORISER LE PASSAGE DE L'OUTIL A L'INSTRUMENT, CONDITION SINE QUA NONE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CHANGEMENT**

---

Malgré des résultats très mitigés s'agissant de l'appropriation du projet stratégique, les professionnels se semblent pas frontalement s'opposer à cet outil. Ainsi, 91,4% des salariés interrogés déclarent qu'ils souhaiteraient davantage être sensibilisés à cet outil à l'avenir. Dans ces conditions, il paraît essentiel de garantir les conditions de son appropriation pour la prochaine version du projet : il devrait donc à la fois être nécessaire d'agir directement sur cet outil pour en favoriser l'instrumentation mais surtout indirectement sur l'environnement dans lequel il s'inscrit, afin d'influer sur le positionnement des acteurs (Waelli et David, 2018). Dans ces conditions, le travail d'évaluation qui a été mené, conformément à la méthodologie évaluative, s'est appuyé sur les résultats obtenus afin de développer des recommandations en faveur du renforcement de l'utilisation de cet outil<sup>17</sup>. Ces recommandations ont également été retravaillées en collaboration avec les cadres lors du séminaire d'encadrement de l'organisation afin de garantir leur cohérence avec les besoins des professionnels<sup>18</sup>. Si les retours des personnes interrogées montrent que ces outils de gestion restent moins indispensables pour les professionnels du terrain que pour les fonctions d'encadrement, et qu'ils ne peuvent donc avoir vocation à devenir des outils du quotidien, il est néanmoins possible de se baser sur les apports de l'évaluation pour essayer d'en améliorer l'utilisation et l'utilité.

Ainsi, selon plusieurs auteurs., la réussite de l'appropriation d'un outil repose sur sa légitimation à l'interne de l'organisation afin d'atteindre son « intégration dans les structures et les croyances organisationnelles » (Bédé et al., 2012). Or, la légitimité est une construction sociale qui peut se travailler à travers différents axes : il est ainsi à la fois question de renforcer la légitimité pragmatique (A), cognitive (B) et morale (C) de l'outil afin de soutenir le processus d'instrumentation au sein de l'organisation (ibid).

---

<sup>17</sup> Voir Annexe 12. Synthèse du rapport d'évaluation

<sup>18</sup> Voir Annexe 11. Résultats du séminaire d'encadrement

## **A. UNE REMISE EN QUESTION APPELEE PAR LES UTILISATEURS : D'UN OUTIL CONTRAIGNANT A UN OUTIL HABILITANT (LEGITIMITE PRAGMATIQUE)**

D'emblée, il est important de noter que 81% des professionnels déclarent qu'ils auraient besoin d'avoir accès à un document synthétique et commun à tous sur la stratégie de l'organisation. Cette donnée est particulièrement importante puisqu'elle semble signifier l'intérêt des acteurs pour un outil tel que le projet stratégique, mais la version actuelle ne semble alors pas répondre à cette nécessité. Cet enjeu est bien résumé par les délégués syndicaux : « c'est intéressant de faire connaître \*\*\* aux salariés mais il faut trouver le format qui va être consulté, pour nous les représentants des usagers c'est une évidence qu'on doit être au courant de la stratégie et savoir pourquoi on a des difficultés » (réunion n°4, délégués syndicaux). Dans ces conditions, l'une des premières pistes de travail sur ce dispositif viserait à favoriser la transition d'un outil contraignant à un outil habilitant, qui pourrait alors devenir un instrument au service des parties prenantes (Martineau, 2014). Pour ce faire, il est indispensable de favoriser la légitimité dite « pragmatique de l'outil », qui se base sur l'intérêt que peut apporter le dispositif aux personnes réceptrices : cette légitimité doit être obtenue en adaptant l'outil aux besoins des parties prenantes autant sur le fond que la forme (Bédé et al., 2012).

### **1. Le format de l'outil, enjeu déterminant de l'appropriation**

D'une part, face au constat d'un manque de praticité de l'outil particulièrement limitant pour les professionnels concernés, il apparaît d'abord essentiel de faire évoluer le document afin de l'adapter aux impératifs que rencontrent ces professionnels dans leur activité. Bien qu'il puisse paraître superficiel, cet aspect est déterminant et a été régulièrement soulevé par les participants : « Comment peut-il être un document dans lequel les salariés se retrouvent et pas seulement un document théorique, et comment le rendre accessible (lisible et facile à trouver) ? » (questionnaire interne, salarié). Pour ce faire, il est essentiel de se baser sur les retours des parties prenantes : la conduite du changement, afin d'être fructueuse, doit ainsi se baser sur un changement co-produit entre la direction et les professionnels. La conception de l'outil doit ainsi à la fois se baser sur les intérêts managériaux mais également tenir compte des contraintes des activités de soins, cela nécessitant de créer des temps de discussion préalables au travail d'élaboration.

Dans ces conditions, la démarche d'évaluation participative menée en collaboration avec les parties prenantes constitue déjà une première étape vers la prise en compte de ces problématiques du terrain. L'enjeu est désormais de garantir une vraie considération de ces retours dans le nouvel outil : quatre axes d'amélioration ont émergé de la consultation.

En premier lieu, la majorité des répondants fait valoir le besoin d'un document moins volumineux afin qu'il devienne plus accessible aux salariés : « il est trop dense, trop complexe, il nécessite un travail de synthèse » (entretien n°1, directeur général délégué à la stratégie), « pour être utilisé par les cadres de santé et les salariés, ce qui n'est pas le cas actuellement, il faudrait le synthétiser » (entretien n°7, responsable de site). Il n'est ainsi pas nécessaire d'approfondir davantage cette problématique : il est indispensable de réduire le volume de la prochaine version du projet. La plupart des personnes interrogées proposent de couper la partie contextuelle ainsi que de réduire la quantité d'objectifs fixés afin de ne conserver que la présentation de l'organisation et les grandes directions stratégiques, qui constituent en principe l'essence d'un tel outil (Dubost, 2010) : « la stratégie ça devrait être davantage la vision sur le personnel, les bâtiments, les activités, davantage les partenaires extérieurs aussi ... et pas sur les différents pôles. Il faudrait définir ce qui est commun à tous, vraiment l'aspect macro, où est ce qu'on va et pas comment est-ce qu'on y va » (entretien n°4, responsables communication).

Face au constat de l'inadéquation de l'outil, plus particulièrement pour les professionnels de terrain, la volonté de vulgariser le projet stratégique a aussi été particulièrement mise en valeur lors du processus de consultation. Ainsi, il semble nécessaire de simplifier le document afin que l'outil puisse réellement être approprié par toutes les parties prenantes : « c'est un outil indispensable mais il pourrait être simplifié » (entretien n°16, directrice générale), « des mots parlants et évocateurs à chacun et qui participent aussi à l'identité de \*\*\* [...] c'est vraiment fédérateur, c'est à nous d'en faire une base commune à tous, en lui donnant un format digérable » (entretien n°4, responsables communication). Pour ce faire, nous pouvons également retenir plusieurs propositions issues du travail mené avec les parties prenantes, comme une simplification du vocabulaire utilisé, des thématiques claires et bien identifiées, ou encore le changement du nom du document : « il faut aussi trouver une nouvelle façon dont on le nomme, qu'il soit moins sacralisé, par exemple projet \*\*\* 2018-2022... » (entretien n°4, responsables communication). Dans ces conditions, cet enjeu peut se résumer à la nécessité d'un outil moins complexe et surtout plus abordable dans l'objectif que ce dispositif paraisse moins inaccessible pour l'ensemble des professionnels.

S'inscrivant dans cette même logique d'un outil plus attractif, les résultats de la consultation appellent également à un outil plus visuel : « un document de 66 pages sans visuel c'est lourd pour

s'en servir au quotidien, il faudrait une dizaine de pages plus graphiques et là ça serait notre bible » (entretien n°7, responsable de site). Les responsables de la communication abondent en ce sens : « plus diffusable, à partager en infographies ou en quelques pages [...] Des choses visuelles, des chiffres, des couleurs, de quoi identifier les différentes parties : un axe majeur c'est le visuel » (entretien n°4). Cet enjeu majeur a ainsi été proposé comme axe de travail lors du séminaire d'encadrement, permettant d'ores et déjà de faire ressortir certaines propositions telles que la modélisation du contenu du projet ou encore la création d'une charte graphique qui pourrait être reprise pour chaque acte de communication relatif à la stratégie.

Enfin, se basant sur ces différents axes, la dernière recommandation relative au format est plus large et concerne davantage l'idée de concevoir plusieurs versions de l'outil afin de faciliter sa communication selon les interlocuteurs visés : « Il pourrait y avoir une idée de déclinaison pour s'approprier seulement ce qui nous concerne » (réunion n°2, pôle ressources). Ainsi, les apports du séminaire d'encadrement ont été particulièrement riches quant aux différents formats potentiels du futur projet stratégique, toujours en suivant ce fil conducteur d'un document moins complexe, plus visuel et plus accessible<sup>19</sup>. Nous pouvons ainsi retenir plusieurs déclinaisons davantage interactives : « on peut imaginer une affiche que chacun aura dans son bureau et qui représente les objectifs stratégiques au sein de chaque axe et du coup toi tu sais dans ton service à quel niveau tu t'inscris », « Il faudrait peut-être aussi passer par de la vidéo, deux trois mots du président ou de la direction générale, mais un support un peu dynamique ou aussi une animation » (entretien n°4, responsables communication). Finalement, plusieurs personnes interrogées suggéraient la possibilité d'élaborer deux déclinaisons du projet, d'une part une version complète destinée aux fonctions de management et d'une autre part une version plus simplifiée adaptée à la communication, cette proposition ayant été plus particulièrement retenue lors des délibérations avec les parties prenantes : « Il faudrait d'un côté le document fourni pour travailler la stratégie et de l'autre un document simplifié pour la communication » (réunion n°3, pôle parcours).

Dans ces conditions, il apparaît indispensable de simplifier cet outil afin d'en faciliter l'utilisation par les parties prenantes, bien que la dimension visuelle ne constitue pas l'unique voie de travail possible sur ce point.

---

<sup>19</sup> Voir Annexe 11. Résultats du séminaire d'encadrement (thème 3 : comment communiquer sur le projet stratégique pendant les années de réalisation ?)

## 2. Le contenu, vers une adaptation aux besoins des parties prenantes

D'une autre part, l'amélioration de l'accessibilité de l'outil pour les professionnels concernés doit aussi passer par une évolution de son contenu vers une meilleure adaptation aux problématiques qui concernent les professionnels impliqués.

Ainsi, la même nécessité de simplification ressort de la consultation avec notamment la demande d'une meilleure lisibilité des informations, notamment s'agissant du fonctionnement de l'organisation : « les missions sont pas bien connues, c'est complexe à comprendre, les termes sont compliqués, il y a besoin de "vulgariser" » (entretien n°14, cadre de direction). Cette nécessité d'une meilleure compréhensibilité ressort également au niveau des objectifs fixés : « les objectifs sont trop larges, pour la gestion de projet je m'en sers pas alors que normalement ça doit être en adéquation stratégique [...] Peut-être qu'il faudrait extraire un plan opérationnel du projet stratégique » (entretien n°14, cadres de direction). Sur ce point, il s'agirait donc finalement de rendre le contenu du projet plus clair afin d'en faciliter l'appropriation par les professionnels.

Dans cette même logique, au-delà de l'impératif de praticité, l'enjeu est également de développer un contenu qui touche toutes les parties prenantes : « il y a peut-être aussi une marche entre les équipes du terrain et ce projet qui n'est pas franchie » (entretien n°2, responsable parcours). La consultation met ainsi en valeur le besoin de matière plus concrète est également souligné afin de concerner davantage l'ensemble des professionnels : « il faut de la pédagogie, aussi relier à la réalité de terrain, au projet de service, dire les conséquences sur les pratiques » (réunion n°4, délégués syndicaux), « je trouvais que c'était assez général et par rapport à des documents plus précis... Comme je sais pas très bien ce qu'on attend de ce document et que j'ai pas une connaissance du document, mais on aurait pu affiner » (entretien n°10, responsable de la recherche et de l'innovation). Cet aspect paraît d'autant plus nécessaire face aux données relatives à l'utilisation des différents documents de référence, qui montrent la préférence aux documents plus concrets. Les délégués syndicaux évoquent ainsi à plusieurs reprises cette problématique : « c'est pas leur priorité, donc trouver le moyen de les intéresser à ce qui se passe à plus grande échelle » (réunion n°4, délégués syndicaux). Pour autant, nous avons également constaté que le projet stratégique ne doit pas non plus devenir un outil trop détaillé ni prétendre à remplacer des outils plus quotidiens : la conception de la nouvelle version est donc un véritable défi afin de concerner davantage les professionnels du terrain tout en respectant ces impératifs.

Dans ces conditions, l'articulation avec les autres documents de référence est également un enjeu majeur de ce travail, puisque nous avons vu que la superposition des outils posait un véritable



problème : « Il y a une accumulation de documents donc le travail important c'est l'articulation » (réunion n°3, pôle parcours). L'élaboration du nouveau projet stratégique doit donc se faire en considération de ces documents afin de ne pas engendrer de contradictions. Plus généralement, cette problématique est un enjeu essentiel dans la mise en œuvre des outils de gestion selon Mériade, qui insiste sur la nécessité de prise en compte de l'existant par les managers lors du processus de construction des nouveaux outils de gestion (Mériade, 2019). Néanmoins, il s'agit surtout de clarifier l'emboîtement des différents documents afin d'en garantir la cohérence et d'en faciliter l'utilisation appropriée par les professionnels : « Il doit être plus proche du projet institutionnel qui reprend les valeurs de \*\*\*, préciser les ambitions par pôle d'activité qui sont ensuite déclinées dans le CPOM et les projets de service. Il devient donc ensuite utile pour les rédiger » (entretien n°1, directeur général délégué à la stratégie). Il s'agirait donc finalement de fixer une « hiérarchie des normes » entre les différents documents, hiérarchie qui pourrait justement être modélisée au niveau du projet stratégique qui se situe en surplomb des autres documents. D'après Mériade, il s'agit ainsi finalement d'un travail d'hybridation de ces documents afin d'éviter les phénomènes de concurrence ou de substitution : ce travail peut alors se décliner par un processus d'articulation ou de combinaison des dispositifs en fonction du contexte organisationnel (ibid).

Enfin, afin de s'accorder au mieux avec les besoins de ces parties prenantes, il s'agira de prendre en compte les enjeux d'avenir qui leur paraissent prioritaires afin de mieux répondre à leurs préoccupations. Ainsi, les résultats de l'évaluation ont d'ores et déjà permis de mettre en valeur certaines grandes thématiques soulevées de manière récurrente par les personnes interrogées : le maintien de la qualité des soins et de l'accompagnement est ainsi essentiel pour 81% des salariés, suivi de l'attention portée à la qualité de la relation avec les personnes accueillies pour 57% d'entre eux ainsi que les conditions de travail pour 54% d'entre eux (questionnaire interne, salariés). Dès lors que les décideurs sont en connaissance de ces données, il leur appartient alors d'acter cette prise en compte en y accordant une attention plus particulière afin d'adapter le contenu du prochain projet.

Finalement, en reprenant les réflexions de Martineau, l'enjeu s'agissant du contenu du document est donc de veiller à la fois à conserver son utilité rationnelle en tant qu'outil de management, tout en garantissant son utilité socio-psychologique, c'est-à-dire celle perçue par les acteurs concernés, en répondant à leurs besoins (Martineau, 2014). Pour autant, si ces recommandations devraient permettre de tendre vers l'élaboration d'un outil plus accessible, encore s'agit-il d'assurer les conditions de son appropriation au sein de l'organisation.

## **B. FAIRE VIVRE L'OUTIL, POINT SAILLANT DE LA PERENNITE DE MISE EN ŒUVRE (LEGITIMITE COGNITIVE)**

Au-delà de l'adaptation de l'outil en son essence, l'enjeu de la conception du nouveau projet stratégique réside également dans le travail sur son instrumentation par les acteurs : le défi est alors de parvenir à impliquer réellement et durablement les parties prenantes sur ce document. Il est alors question d'un deuxième type de légitimité dans une dimension plus cognitive, visant à promouvoir l'appropriation de l'outil comme allant de soi pour les acteurs (Martineau, 2014). Au cœur du processus d'instrumentation, il s'agit ainsi de soutenir le processus d'institutionnalisation du projet stratégique en tant qu'instrument pour les acteurs. Bien qu'il s'agisse d'un processus long, complexe et jamais fixé (Tournay, 2011), il est possible d'agir en faveur de l'institutionnalisation de l'outil en agissant pour accompagner la conduite du changement auprès des acteurs.

### **1. Impliquer pour responsabiliser : un impératif s'inscrivant dans la durée**

Même si l'implication des acteurs peut sembler évidente de manière instinctive, celle-ci n'est pas toujours garantie ou ne fait pas forcément l'objet d'une démarche sincère : la plupart des auteurs travaillant sur la mise en œuvre des outils de gestion ou plus largement sur la conduite du changement font pourtant état de la nécessité absolue d'une démarche co-produite entre les décideurs et les acteurs de l'organisation afin d'en garantir l'efficacité (Baret, 2013). Effectivement, tout particulièrement dans le contexte associatif, l'organisation se caractérise par la collaboration d'acteurs divers mais interdépendants : l'élaboration de la stratégie doit donc tenir compte de ces articulations (URIOPSS, 2014). Le travail doit alors s'appuyer sur une analyse de l'environnement et notamment des intérêts propres à chaque catégorie d'acteur afin d'orienter les choix stratégiques sur la base d'une réflexion partagée. Plus globalement, la dynamique de co-construction permet d'instaurer un climat de confiance et une compréhension mutuelle et de ce fait d'éviter les futures frictions en intégrant les différentes perceptions (Baret, 2013). Toutefois, cette démarche doit résulter d'une volonté sincère et engagée et non d'un simple acte d'apparence : elle doit par conséquent nécessairement s'inscrire dans un processus continu et pérenne (URIOPSS, 2014).

Dès lors, cette volonté d'implication doit se traduire par une véritable politique, mise en œuvre dès la conception-même de l'outil. Comme nous l'avons expliqué précédemment, la direction de l'entité a acté cette volonté par la conduite d'un travail d'évaluation et de préfiguration participatif du

projet stratégique. Cette dimension est un véritable défi selon les responsables de la communication : « « Finalement on devrait surtout développer la co-construction le brainstorming car ce sont des choses un peu ludiques et nouvelles à \*\*\*. Il faudrait participer à la co-construction et rendre tout ça accessible, sans barrière pour s'exprimer » (entretien n°4, responsables communication). Pour répondre à cet enjeu, ce travail s'est plus particulièrement inscrit dans la lignée du concept d'intelligence collective, qui ouvre à des ressources particulièrement adaptées dans un contexte de conduite du changement nécessitant l'implication des parties prenantes (Gréselle-Zaïbet, 2019). Ainsi, la conduite d'entretiens, de réunions, la diffusion de questionnaires et l'organisation d'un World Café ont été l'occasion d'interactions ouvrant à la prise en compte des différents intérêts, notamment en termes de considération des besoins des participants pour la préfiguration du prochain document. Selon Dubost, cette démarche délibérative est particulièrement intéressante dans le sens où elle permet de traduire des expériences individuelles relativement implicites en connaissances collectives explicites, via le processus de codification et de verbalisation permis par l'interaction, allant dans le sens de l'implication des acteurs (Dubost, 2010).

Pour autant, cette participation doit rester cohérente et ne pas être extrapolée inutilement : ainsi, la plupart des professionnels répondants déclarent davantage ressentir la nécessité d'être informés et consultés sur le projet stratégique plutôt que de participer directement à son élaboration (questionnaire interne, salariés). Il ne serait donc pas tant question d'élargir « l'échelle de la participation » au projet stratégique, qui correspond au degré d'implication des parties prenantes, que la profondeur de la participation, qui correspond au nombre de phases impliquant les parties prenantes (Cousins et Earl, 1992).

Dans cette logique, les résultats de l'évaluation appellent ainsi à pérenniser l'animation de l'outil auprès des acteurs : « C'est quand même un fil conducteur et on doit le faire vivre davantage » (réunion n°1, pôle ressources), « il n'y a de pas sens vis-à-vis des équipes de terrain, donc ça demande à être porté régulièrement » (entretien n°11, responsable de pôle). Dans ce sens, deux axes principaux ont été retenus sur la base des retours des parties prenantes.

D'une part, il s'agirait de renforcer et d'améliorer la communication interne relative au projet stratégique afin d'y sensibiliser davantage les acteurs. Selon Lacour, le travail de communication est essentiel, tout particulièrement dans ce contexte d'organisation en santé, puisqu'il permet de donner du sens aux activités et de témoigner une certaine reconnaissance aux professionnels en renforçant le lien avec eux : cela nécessite néanmoins de développer une politique de communication forte basée sur les valeurs et l'engagement de l'organisation portés par les décideurs (Lacour, 2018). D'après les apports de l'évaluation, cet axe devrait ainsi se traduire par la fixation d'un plan de communication

spécifique sur la durée du projet stratégique instituant des temps de communication dédiés, mais également la diversification des méthodes de diffusion matérielles, notamment basées sur des supports plus visuels et plus interactifs, et immatériels : « les salariés ne le connaissent pas et il faudrait notamment travailler sur l'accès numérique qui est compliqué » (réunion n°3, pôle parcours). Cet axe devrait également intégrer un élargissement du public visé par la communication, actuellement largement limité aux fonctions d'encadrement, vers des moyens de communication ouverts à l'ensemble des salariés : « moi je pense que l'avenir c'est ça, c'est l'open source, être tout à fait clairs et transparents sur notre stratégie » (entretien n°18, cadre hors-les-murs).

D'une autre part, il s'agirait plus largement d'assurer une animation plus régulière de l'outil vers les professionnels concernés. Conformément aux propositions des personnes interrogées, cette dimension d'animation pourrait se baser sur l'institution d'une méthode de suivi du projet, pouvant par exemple reposer sur l'instauration d'une instance de suivi dédiée ou de points d'étape réguliers dans chaque service avec la désignation de référents sur le projet stratégique : « les CPOM sont utilisés plus fréquemment car il y a des revues annuelles, c'est une bonne idée car ça impose un rythme » (entretien n°1, directeur général délégué à la stratégie). Cet enjeu nécessiterait également de faire davantage le lien entre les objectifs stratégiques et les activités opérationnelles, notamment en élaborant un plan d'actions articulé avec les activités, voire en développant l'idée de labellisation « projet stratégique » des projets conduits sur le terrain.

Cependant, face à la distance qui avait été soulignée entre les décideurs s'inscrivant dans une logique managériale, et les professionnels contraints par des impératifs plus pragmatiques, cette problématique demeure un véritable enjeu pour l'avenir de l'outil de gestion, face au risque encore prégnant d'une communication à sens unique qui ne favoriserait pas l'implication des salariés.

## **2. Le rôle des fonctions d'encadrement dans la conduite du changement, pivot entre les logiques soignantes et managériales**

Face à cette problématique persistante, il peut alors être intéressant d'approfondir davantage le rôle des fonctions d'encadrement dans cette dynamique : véritable lien entre la direction et les salariés, celles-ci pourraient avoir un rôle majeur à jouer dans l'appropriation des outils imposés par les décideurs et plus globalement afin de réhabiliter la relation entre les deux catégories d'acteurs.

Effectivement, la conduite du changement repose avant tout sur des acteurs moteurs qui doivent se prévaloir de certaines compétences techniques mais surtout relationnelles. Tout en ouvrant à une démarche sur-mesure adaptée à la situation et notamment aux temporalités des parties

prenantes, ceux-ci doivent accompagner les évolutions en transformant les conditions environnementales en un contexte favorable au changement et en encourageant le processus d'apprentissage (Minvielle et Contandriopoulos, 2004). Aussi, le management par projet, utilisé dans le cas étudié, est une déclinaison possible de la conduite du changement mais ce mode de gestion nécessite une évolution profonde des rôles des acteurs concernés (Garel, 2011). Il nécessite donc un accompagnement solide et régulier, à la fois du point de vue des missions de pilotage, mais également de celui des fonctions d'organisation, qui concernent alors tout particulièrement les postes d'encadrement et de coordination (ibid).

Finalement, la littérature relative à la conduite du changement relie largement ce concept au rôle de leader, qui repose sur des personnes motrices de ce changement. Orvain et Somme évoquent ainsi la notion « d'entrepreneur institutionnel » qui va soutenir le processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation exigé par les évolutions (Orvain et Somme, 2018). Ces acteurs ont donc un rôle essentiel puisqu'ils doivent mobiliser leur légitimité au sein de l'organisation pour bouleverser l'ordre préexistant et routiniser de nouvelles pratiques : cette dimension est essentielle s'agissant de la « légitimité morale » de l'outil. Face aux tensions entre les différentes logiques institutionnelles, Orvain et Somme considèrent que ce rôle ne peut reposer sur la direction qui se situe davantage sur la phase d'émergence, mais plutôt sur des fonctions intermédiaires aux différentes institutions qui s'inscrivent dans une logique de médiation.

Dans ces conditions, les fonctions d'encadrement apparaissent particulièrement concernées. Bien que leur rôle demeure encore aujourd'hui encore ambigu, ces professionnels initialement axés sur les activités de soins et d'accompagnement voient aujourd'hui leur fonction se complexifier et toucher aux missions de gestion. Dans la lignée des réformes liées à la performance et à la rationalisation, les cadres de santé ont notamment été placés en première ligne de l'importation de la logique managériale et vu leur mission se transformer (Feroni, 2018). Enrichie de ces différentes logiques, la fonction d'encadrement a ainsi progressivement atteint un « rôle pivot » au sein de l'organisation, relai entre la réception des directives issues de la direction et les activités de terrain (Franchistéguy-Couloume, 2015). Par le biais de cette place intermédiaire qui est progressivement appropriée par les professionnels concernés, les fonctions d'encadrement pourraient plus précisément jouer un rôle dans le soutien à la mise en œuvre des outils managériaux, et occuper cette place de leader essentielle dans le processus d'institutionnalisation du dispositif.

Cet axe de réflexion a pour l'instant été encore peu exploré s'agissant du projet stratégique, l'outil restant encore surtout promu au niveau de la direction : « pour moi qui pilote oui, mais l'encadrement ils ont un quotidien, ils y touchent en animant les activités mais on a des choses

beaucoup plus pratiques » (entretien n°5, responsable parcours), « pour le management stratégique un peu plus [...], mais pour le management opérationnel au quotidien avec les équipes non » (réunion n°3, pôle parcours). Pour autant, les retours issus de l'évaluation vont bien dans le sens de ces potentialités et encouragent donc à approfondir cette fonction sur la conception et l'animation de la prochaine version du document : « Pour tous les professionnels je sais pas, pour les fonctions transversales oui. Après dans les services de soins il faut peut-être réussir à toucher davantage les cadres de santé » (entretien n°8, cadre).

Dans ces conditions, au-delà d'une amélioration de l'outil en lui-même, il apparaît indispensable d'associer davantage les salariés dans son élaboration et sa mise en œuvre, les fonctions d'encadrement étant alors appelées à jouer un rôle d'accompagnement dans cette démarche. Cependant, cette position intermédiaire est complexe et peut s'avérer difficile à gérer face aux tensions de rôle qu'elle implique : une implication managériale semble alors plus largement indispensable afin de faciliter la conciliation de ces logiques et ainsi faciliter les évolutions dans lesquelles sont impliqués ces professionnels (Commeiras et Loubes, 2013).

### **C. LES PERSPECTIVES STRATEGIQUES DE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL, APPEL A UNE EVOLUTION PLUS GLOBALE ? (LEGITIMITE MORALE)**

Finalement, les réflexions qui viennent d'être développées démontrent que l'existence d'une vision approuvée ne suffit pas à l'appropriation des outils de gestion par les acteurs concernés, mais que ce processus nécessite plus généralement l'existence d'un environnement favorable à la démarche d'apprentissage (Orvain et Somme, 2018). Effectivement, l'instrumentation est un mécanisme long qui ne s'arrête pas à la conception ni même à la mise en œuvre du dispositif, mais s'étend jusqu'aux routines d'appropriation qui s'avèrent elles même en constante évolution et ne sont donc jamais fixées (De Vaujany, 2006). Plus précisément, ce processus d'apprentissage implique de bouleverser les habitudes et les valeurs que les acteurs tenaient pour acquises et la conduite du changement implique ainsi de construire une nouvelle institution en modifiant les comportements (Orvain et Somme, 2018). Face à ce défi de taille, il est possible de conclure ces propositions en élargissant nos pistes de réflexion : plusieurs choix stratégiques sont alors possibles pour accompagner le changement organisationnel. Puisque la stratégie hiérarchique apparaît relativement peu adaptée dans ce

contexte, il paraît alors cohérent d’approfondir davantage les stratégies dites « historique » et de « développement organisationnel » (Soparnot, 2013).

### **1. L’institution d’une perspective commune, support vers l’institution d’un outil commun**

D’une part, la « stratégie historique » prend en compte l’importance des décisions passées ainsi que de la culture et des traditions intrinsèques à l’organisation qui modèlent son fonctionnement actuel, appelant davantage à privilégier des évolutions profondes. Dans le cas de l’entité ici étudiée, l’histoire marquée par les mouvements de fusion peut ainsi s’avérer contraignante en limitant la cohésion interne nécessaire à l’adoption d’un outil commun (Soparnot, 2013).

En effet, dans ce contexte post-fusion et comme le démontrent les données issues de la consultation, la notion de culture commune est une problématique essentielle au niveau stratégique. Ainsi 64% des professionnel(e)s considèrent aujourd’hui qu’il n’existe pas de cadre de référence commun à tous les acteurs. Pour les personnes interrogées, cette notion de culture commune émerge progressivement à l’échelle des fonctions d’encadrement, mais cette vision globale de l’entité est encore peu développée chez les salariés du terrain : « c’est encore balbutiant car dans les services on ne sait pas comment ça se passe ailleurs dans les autres pôles » (entretien n°6, cadre), « les salariés sont plutôt rattachés à leur site donc surtout c’est surtout les cadres qui sont attachés à \*\*\* » (entretien n°9, responsable parcours).

Ainsi, les salariés consultés font état de la nécessité de progresser sur cet enjeu face à un « groupe trop grand et anonyme » : « point à améliorer : une meilleure connaissance des autres sites pour les salariés » (questionnaire interne, salariés). Si les efforts mis en œuvre en faveur d’une cohésion entre sites sont reconnus, les résultats obtenus demeurent encore insuffisants selon les professionnels interrogés : « il y a eu un énorme travail de fait mais c’est un travail assez lent » (entretien n°14, cadre de direction), « ça ne se décrète pas, c’est dans le temps et ça évolue favorablement. [...] c’est surtout les actions \*\*\* qui configurent cette culture » (entretien n°19, cadre de direction). Pour autant, ce travail n’est pas vain puisque cette culture commune a aussi été renforcée par la prise de conscience par les salariés des intérêts d’appartenir à entité unie du fait des dimensions de solidarité et de partage, qui ont été mises en exergue notamment par la crise Covid.

Néanmoins, afin de faciliter les activités de management par la suite et ainsi indirectement de soutenir la mise en œuvre de dispositifs tels que le projet stratégique, ces efforts nécessitent d’être approfondis et renforcés du fait de l’importance du contexte organisationnel dans le processus de mise

en œuvre (Waelli et David, 2018). Effectivement, le partage de références communes et d'éléments partagés, notamment sur l'histoire de l'organisation, est essentiel pour communiquer de manière uniforme sur les décisions de la direction : « la communauté d'un établissement se définit par une histoire commune, nourrie d'événements successifs et par des codes qui la mobilisent et la réunissent. Ce collectif [...] constitue un levier pour le management » (Lacour, 2018).

Ainsi, malgré une histoire complexe, l'organisation dispose de marges d'amélioration qu'il serait possible d'exploiter en ce sens. L'étude menée au niveau des professionnels permet de relever un niveau de fierté d'appartenance assez élevé à l'entité, atteignant un score de 3,9 sur une échelle de 5. Celle-ci pourrait notamment être liée aux valeurs partagées et au sentiment commun de reconnaissance du service rendu : « on sent aussi quelque chose de fédérateur autour des valeurs » (entretien n°4, responsables communication), « ils sont fiers d'appartenir à leur propre établissement déjà car on travaille bien » (réunion n°4, délégués syndicaux). Dans ces conditions, de nombreuses actions ont déjà été mises en place en faveur du développement de cette culture dans une logique de marque employeur, mobilisant notamment les fonctions de communication et de ressources humaines : les professionnels interrogés citent par exemple « les initiatives des gourdes, des participations à des défis, la lettre d'information » (questionnaire interne, salariés). Ces mesures sont particulièrement importantes selon le service communication : « nous on le constate aussi sur les réseaux sociaux avec les post sur les réseaux sociaux sur les abris, sur les gourdes, donc c'est un sentiment d'appartenance » (entretien n°4, responsables communication). Bien que la politique de marque employeur demeure également à améliorer selon 33% des salariés, ces retours s'avèrent encourageants quant au développement progressif d'une culture commune.

Afin d'accompagner ces efforts dans le contexte particulier, il est plus globalement nécessaire de développer une politique de communication visant à soutenir la cohésion et réduire les distances entre les différents sites. Plusieurs recommandations spécifiques au fonctionnement multisite peuvent alors être prises en compte afin d'accompagner ces évolutions, à savoir notamment la conduite d'une communication transversale et multidirectionnelle, la mise en valeur des réussites communes, le renforcement du sentiment d'appartenance, l'encouragement à faire remonter les retours du terrain, la mise en valeur des actions de la direction auprès des professionnels de terrain dans une logique d'adhésion, et la simplification de l'organigramme afin de fluidifier les relations internes, qui devraient plus généralement permettre de mettre fin à la dimension anonyme de l'organisation interne (Talkspirit, 2019). Ainsi, la politique de communication interne doit s'appuyer sur la notion de communauté afin de dépasser les complexités de l'organisation et l'hétérogénéité de ses acteurs (Lacour, 2018). De manière plus concrète, il sera pour ce faire nécessaire en préambule d'identifier la temporalité et les outils adaptés pour promouvoir ce sentiment d'appartenance : dans le cas d'une



organisation de taille importante et subdivisée en plusieurs sites, la piste des outils digitaux est ainsi à approfondir davantage (ibid).

Toutefois, cette nécessaire adaptation aux caractéristiques de l'organisation nécessite également d'émettre un point de vigilance quant au renforcement de la culture commune. Effectivement, les décisions managériales ne sont cohérentes qu'en tenant compte et en respectant l'histoire de l'organisation et ne doivent pas non plus tendre à en effacer toutes les particularités de la structure (Laville, 2014). De ce fait, la politique développée en faveur de la culture commune ne doit pas être confondue avec une politique d'harmonisation excessive qui serait imposée aux acteurs et irait à l'encontre du soutien à l'appropriation des dispositifs développés par la direction : « c'est important pour les salariés de terrain de savoir que les décisions prises sont aussi sur leur site, qu'on prenne en compte les spécificités des sites même si les décisions sont prises par la direction générale. Chaque site a son histoire, sa culture, il faut des efforts pour un cadre commun mais il faut aussi respecter la culture et l'histoire de chaque site. C'est un peu comme au niveau pays : il y a des langues régionales et des spécificités, il faut valoriser ça et pas toutes les décisions centralisées et unifiées » (entretien n°18, cadre hors-les-murs), « il y a l'envie d'un cadre commun mais il faut faire attention à l'histoire des services avec des spécificités » (réunion n°4, délégués syndicaux). Finalement, ce travail devrait à nouveau s'inscrire dans une logique de conciliation des logiques managériales et professionnelles, en soutenant cette culture commune indispensable tout en respectant la marge d'autonomie de chaque site ou service : « on a parlé au début des fusions, moi je vois ça de manière très positive mais la prochaine étape selon moi c'est de retourner à la logique de site, mais une fois que toute la culture commune est là, revenir à la culture de site » (entretien n°18, cadre hors-les-murs), « les différences c'est plus au niveau des cultures professionnelles et des façons de faire. L'objectif que tout le monde fasse de la même façon ça voudrait dire qu'on a le même contexte, [...] mais après en termes d'organisation on est pas sur les mêmes organigrammes, donc que les pratiques divergent c'est assez sain car l'organisation va être différente. Les pratiques différentes c'est pas gênant tant qu'on a des grands principes généraux » (entretien n°11, responsable de pôle).

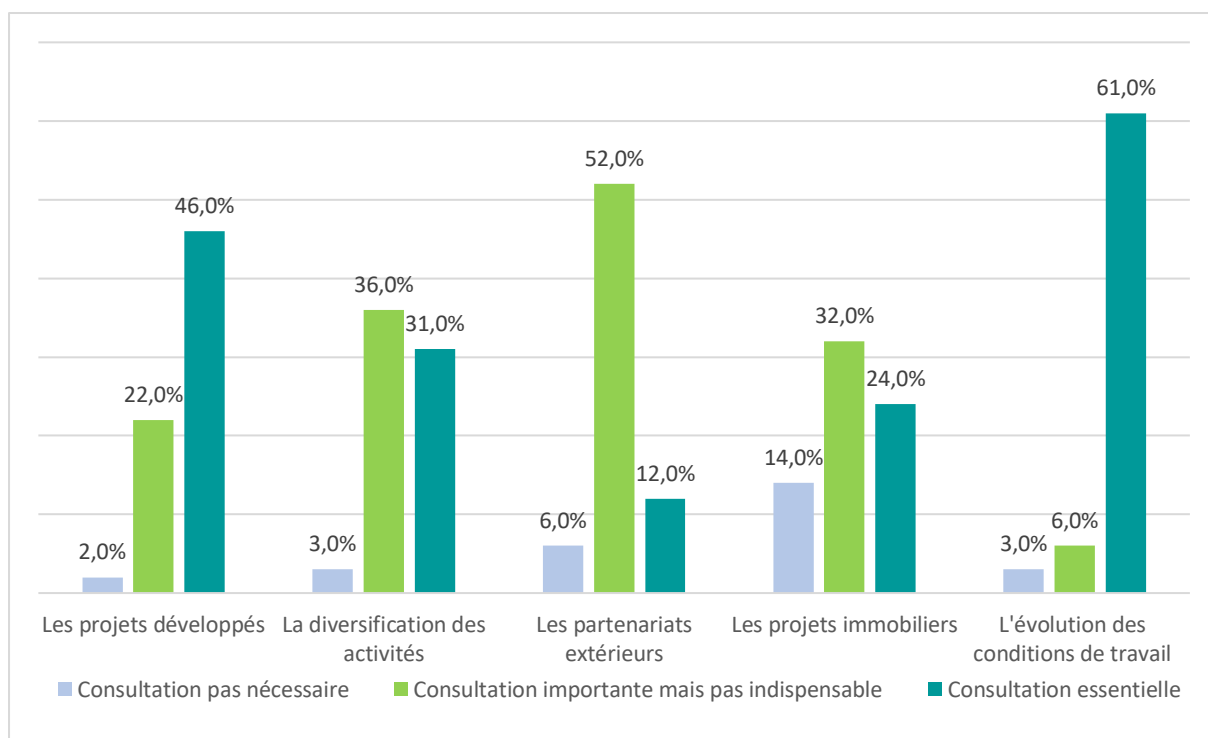
Par conséquent, le développement d'une culture commune s'avère aujourd'hui une piste de réflexion incontournable pour soutenir l'appropriation des décisions et actions mises en œuvre par les décideurs sur le terrain. Pour autant, il s'agit d'un processus long et il est donc important de ne pas forcer la démarche afin de respecter les temporalités des acteurs impliqués et plus globalement le passé de l'organisation : ces mesures permettront alors de s'inscrire dans la logique de la stratégie historique afin de soutenir le changement organisationnel.

## **2. Réduire la distance entre la direction et le terrain : un impératif jusqu'au mode de gouvernance**

D'autre part, si le premier axe de réflexion reposait principalement sur des enjeux de communication envers les professionnels de l'organisation, il paraît de manière complémentaire nécessaire de renforcer le lien entre la direction et les acteurs de terrain afin d'accompagner l'appropriation des évolutions. D'un point de vue théorique, la « stratégie de développement organisationnel » appelle en effet à accompagner le changement auprès des parties prenantes afin de tendre vers le consensus, la considération de la dimension humaine s'avérant alors indispensable. Dès lors, face à l'importance des caractéristiques environnementales dans le processus de changement, l'implication des acteurs sur l'élaboration d'un outil ne peut suffire : elle doit s'inscrire dans une évolution plus globale vers un meilleur dialogue avec les parties prenantes au sein de l'organisation.

Ainsi, dans le cas ici mobilisé, certaines difficultés internes semblent pouvoir expliquer indirectement les difficultés de management. Dès lors, les réponses au questionnaire permettent d'établir un score de satisfaction de 3,2 sur une échelle de 1 à 5 concernant le fonctionnement interne de l'organisation. De nombreux retours précisent ce résultat mitigé et font état de marges d'amélioration sur ce point, principalement sur le climat de travail : « à améliorer : la communication de la hiérarchie envers les salariés ainsi que la considération, la reconnaissance, et les relations humaines. », « organisation assez pyramidale, différence de considération selon le poste » (questionnaire interne, salariés), « aujourd'hui il y a des difficultés relations entre salariés, notamment autour des RH, il y a une certaine distance donc la relation passe uniquement par [...] des contacts assez froids, donc les personnes ressentent pas la bienveillance que \*\*\* veut diffuser » (entretien n°11, responsable de pôle).

D'emblée, il semble ainsi nécessaire d'approfondir la dynamique de participation des salariés à la vie de l'organisation de manière plus large que sur la seule élaboration du projet stratégique. Ainsi, Baret souligne l'importance primordiale des mécanismes de co-construction au sein de l'organisation, afin de développer un climat de confiance favorable au changement en ouvrant des temps de dialogue qui permettent de renforcer le lien entre les décideurs et les équipes (Baret, 2013). Les retours de l'évaluation confirment cette nécessité puisque si certains salariés ne s'avèrent pas particulièrement enclins à participer davantage sur l'élaboration de la stratégie, ils se montrent au contraire très favorables à un renforcement de leur implication sur des sujets qui les concernent davantage comme l'évolution des conditions de travail ou les projets développés par l'organisation (voir Figure 8).



**Figure 8. Degré de consultation nécessaire par thématique (source : questionnaire interne)**

Les personnes interrogées abondent également en ce sens : « quand on est travailleur de terrain [...] on est experts dans ce qu'on fait et on peut avoir des idées [...] C'est clair que sur le terrain on a des idées et si on arrivait selon les groupes à aller chercher l'avis des gens... Maintenant à ma place je sais que je peux donner mon avis mais quand j'étais éducatrice j'avais des idées d'innovation et jamais on me demandait mon avis » (entretien n°18, cadre hors-les-murs), « je pense que oui, c'est ça qui fera participer le sentiment d'appartenance : des grandes journées thématiques, des moments dans l'année où \*\*\* fait corps. Toute la dimension réflexion commune, réaliser la taille de \*\*\*, c'est pas simple quand on est professionnel donc des grands évènements » (entretien n°11, responsable de pôle). Pour ce faire, plusieurs pistes d'action ont été développées en collaboration avec les professionnels ayant participé au séminaire d'encadrement, notamment en faveur de la dynamique de co-construction. Il est possible de citer par exemple l'utilisation plus régulière des outils de l'intelligence collective et le développement de la communication ascendante, ou a minima d'un dialogue horizontal sur les nouveaux projets. Néanmoins, comme le soulignent certains professionnels encore dubitatifs, cette démarche doit être sincère et s'inscrire dans la durée pour être réellement fructueuse et ainsi éviter un décalage entre la volonté affichée et la réalité (Brehaux, 2015) : « il faut pas faire pour faire, il faut de la sincérité dans la démarche » (entretien n°18, cadre hors-les-murs).

Dans cette logique, ces efforts devraient finalement se traduire par l'institutionnalisation d'une véritable culture de participation constante au sein de l'organisation : il revient alors aux

fonctions de management le rôle d'implanter cette approche, par exemple en partant des instances délibératives déjà existantes pour implanter progressivement un lien plus régulier (Ollivier, 2018). A terme, cette perspective pourrait ainsi déboucher sur une évolution plus profonde de la gouvernance, via l'implication des professionnels du terrain dans cet « espace de régulation collective » ne se caractérisant plus uniquement par une prise de décision descendante (Contandriopoulos, 2008).

Dans les faits, cet impératif participatif ne peut être atteint sans l'existence plus globale d'un climat de confiance au sein de l'organisation : « c'est difficile car la participation ne se décrète pas il faut créer une ambiance, si le sujet les concerne ils vont le faire mais sinon ils vont se sentir illégitimes » (entretien n°4, responsables communication). Ainsi, cette dimension a également été évoquée par les professionnels lors du séminaire d'encadrement, ayant fait ressortir une recommandation axée sur la préparation de l'implication des salariés en amont. Cet axe repose notamment sur le développement du sentiment de reconnaissance envers les équipes mais également sur une plus grande transparence envers elles ainsi que sur la prise en compte constante de leurs retours. Face à l'importance de l'environnement dans le processus d'appropriation des outils de gestion, l'instauration de ce climat de confiance apparaît alors comme une condition sine qua none aux différentes recommandations que nous avons développées précédemment. Ces recommandations engagent effectivement une implication managériale puisque l'amélioration des conditions de travail est essentielle pour soutenir les processus de changement qui impliquent les acteurs (Commeiras et Loubes, 2013). Appliquée à la gestion du changement, cette perspective implique d'ouvrir le dialogue entre la direction et les salariés mais surtout de respecter les temporalités de chacun et ainsi laisser le temps nécessaire à l'assimilation et l'appropriation des décisions et outils imposés par les décideurs (Baret, 2013).

Dans ces conditions, ces évolutions ne peuvent se faire sans changement du contexte managérial et nécessitent ainsi de rééquilibrer la relation entre les décideurs et les professionnels en rétablissant une relation de confiance, avec un rôle essentiel des fonctions de management dans l'ouverture de ce dialogue (Jaspard, 2018). Plus concrètement, cet enjeu peut notamment être abordé via la politique de qualité de vie au travail, qui permet de repenser l'organisation et les rôles internes afin de donner du leadership aux professionnels et de leur assurer une meilleure reconnaissance dans les processus internes (Cristofaldo et al., 2018). Elle peut plus largement s'inscrire dans une démarche de « management éthique », qui repose non seulement sur la tenue d'une certaine éthique managériale vis-à-vis des salariés mais surtout sur l'institutionnalisation d'une véritable posture de respect dans les relations entre acteurs, découlant sur les autres activités (Brehaux, 2015). Alliée au travail sur la cohésion interne, l'instauration de ce climat de confiance devrait ainsi permettre à long terme de faciliter la mise en œuvre des décisions de management auprès des acteurs de terrain.

---

Par conséquent, il est important de comprendre que si l'amélioration intrinsèque de l'outil en fonction des besoins des acteurs est un enjeu essentiel afin d'ouvrir à son appropriation, cette dimension ne peut suffire à elle seule à supporter l'entièreté du processus. Ainsi, il est également indispensable de dépasser les oppositions entre les logiques managériales et professionnelles qui pouvaient engendrer des résistances au changement, afin d'inclure réellement les parties prenantes à la démarche et ainsi d'assurer à terme leur implication. Néanmoins, au vu de l'influence du contexte organisationnel et des caractéristiques environnementales sur l'instrumentation, il paraît aujourd'hui indispensable d'élargir ces réflexions au-delà du seul outil pour opérer des évolutions plus profondes au sein de l'organisation, et ainsi restaurer la cohésion et la confiance nécessaire au bon déroulement des processus de management.

## CONCLUSION

Alors que l'importation des outils de gestion dans les organisations de santé tend à se généraliser depuis plusieurs décennies du fait de l'imposition des impératifs budgétaires et de performance, le cas du projet stratégique pose la question de l'inadéquation entre les objectifs affichés et les résultats réels de tels dispositifs et ainsi des différents facteurs qui peuvent conditionner ce processus de mise en œuvre.

Afin d'approfondir ces enjeux, nous avons d'emblée adopté une perspective sociohistorique afin de mieux comprendre ce processus de développement de la logique gestionnaire dans les établissements de santé. Si les outils de gestion ont avant tout été importés dans une perspective de rationalisation et d'amélioration du fonctionnement interne face à des contraintes économiques de plus en plus importantes, ces dispositifs inspirés du monde entrepreneurial se sont néanmoins confrontés aux spécificités du monde de la santé. Effectivement, les organisations de santé se caractérisent par à la fois par un environnement complexe et changeant mais également par un cadre réglementaire strict ainsi que des cultures professionnelles fortes et peu ouvertes au changement, induisant des frictions entre la logique soignante traditionnelle et le développement plus récent de la logique managériale. Dans ces conditions, l'illustration offerte par les résultats de l'évaluation du projet stratégique d'une organisation de santé semblait particulièrement cohérente pour approfondir cette analyse, dans la mesure où ce travail allait dans le sens d'un décalage entre la dimension fonctionnelle et la dimension processuelle de l'outil, affectant dès lors son efficacité.

Dans les faits, il apparaît que ce décalage entre objectifs et résultats ne réside pas intrinsèquement dans le dispositif mais est davantage lié à l'inadéquation entre l'utilisation prévue et l'utilisation réelle qui en est faite par les acteurs. Effectivement, le processus d'appropriation de l'outil, qui correspond à son usage par les parties prenantes en tant qu'instrument, ne dépend pas uniquement des fonctions de management mais du collectif organisationnel dans son ensemble, et doit donc faire l'objet d'un processus d'apprentissage qui dépend de nombreux facteurs (Michel et Schweyer, 2018). Ainsi, le cas du projet stratégique démontre que contrairement aux attentes des décideurs, le dispositif peut s'avérer être une contrainte plutôt qu'un outil réel pour les acteurs, à la fois du fait de son incohérence avec leurs besoins mais également du fait de son inadéquation avec les contraintes du terrain. De manière plus profonde, l'outil cristallise également la confrontation entre les logiques managériale et professionnelle que nous évoquions précédemment. Cette problématique confirme ainsi l'importance de l'environnement dans le processus d'appropriation des outils puisque

le manque de lien et de confiance entre les différentes catégories d'acteurs peut s'avérer particulièrement limitante pour la mise en œuvre des décisions centrales sur le terrain. Pour autant, il serait incorrect d'affirmer que les parties prenantes se voient enfermées dans une position passive face à cette imposition : elles se comportent au sein de l'organisation en tant qu'acteurs stratégiques et peuvent donc développer certaines réactions de résistance au changement particulièrement bloquantes pour la mise en œuvre du dispositif. Il serait alors finalement plus cohérent d'évoquer une situation de régulation conjointe puisque si les décideurs exercent leur pouvoir de contrôle via la conception et l'injonction à la mise en œuvre de l'outil, les acteurs ont la capacité d'exercer une certaine marge d'autonomie dans l'usage voire le détournement qu'ils peuvent effectuer vis-à-vis de cet outil (Raynaud, 1989).

Dans ces conditions, la conduite du changement implique nécessairement une situation de bouleversement au sein de l'organisation mais celle-ci est une étape nécessaire qui ne doit pas empêcher de mener à bien les évolutions de l'institution (Fontanet, 2007). Pour autant, le cas du projet stratégique démontre qu'il est possible pour le manager de faciliter ce processus et ainsi d'encourager la démarche d'instrumentation via plusieurs leviers. D'une part, il est indispensable pour les décideurs de se montrer à l'écoute des besoins des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'outil afin d'adapter celui-ci et de permettre la transition d'un dispositif contraignant vers un dispositif habilitant, qui facilitera nécessairement sa mise en œuvre. Néanmoins, il est aussi important de noter que ces évolutions sont inutiles si elles ne s'accompagnent pas d'un contexte favorable à l'appropriation de l'outil, qui doit se baser sur une plus grande implication des parties prenantes tout au long de la démarche : cet enjeu pourrait alors davantage mobiliser les fonctions d'encadrement dans leur rôle de pivot entre la direction et les professionnels. Dans tous les cas, l'appropriation des décisions managériales est un processus long et il est donc nécessaire de respecter les temporalités pour ne pas déstabiliser les acteurs impliqués.

Par conséquent, face à des outils imposés de manière descendante et parfois peu adaptés au contexte des organisations de santé, l'instrumentation s'avère être un processus complexe et souvent peu conforme aux attentes des décideurs. De manière plus concrète, l'exemple du projet stratégique ici étudié illustre l'importance du rôle joué par les acteurs via la démarche d'appropriation dans la mise en œuvre de ces dispositifs : les réflexions qui ont été conduites permettent donc de mettre en valeur la place essentielle qu'occupent les parties prenantes en tant que véritable moteur du changement. Pour autant, l'analyse ici menée met aussi en valeur l'influence indirecte mais primordiale de l'environnement dans ce processus, sur lequel les décideurs peuvent et doivent donc agir afin d'encourager la conciliation des logiques managériales et professionnelles. Finalement, la problématique des outils de gestion ne se limite pas intrinsèquement au seul outil en son essence,

mais concerne de manière bien plus large l'ensemble du contexte organisationnel. Au terme de ces réflexions, il apparaît alors indispensable d'étendre la problématique et de questionner plus profondément le fonctionnement de l'organisation. Dès lors, le cas ici mobilisé appelle de manière plus générale à une évolution des modes de gouvernance vers la construction d'une cohésion interne forte reposant sur le renforcement du lien entre les décideurs et le terrain, impliquant à l'avenir un véritable changement de paradigme dans l'organisation de santé.



---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

ANDREWS, K. (1971). *The Concept of Corporate Strategy*. Homewood: Irwin.

ARNAUD, B., CARUSO CAHN, S. (2019). Outil 47. Le world café. Dans : , B. Arnaud, S. Caruso Cahn (Dir), *La boîte à outils de l'intelligence collective* (pp. 134-137). Paris: Dunod.

BLOCH, M. (2018). 9. Manager l'évaluation des approches parcours. Dans : Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 181-198). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0181>

BLOCH, M., BATAILLON, R., FERY-LEMONNIER, É., GIRAULT, A. (2018). Chapitre 7. Le management au service du parcours des usagers. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 267-285). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0267>

BOUTINET, J. (2012). *Anthropologie du projet*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi : <https://doi.org/10.3917/puf.bouti.2012.01>

CARRICABURU, D., MENOIRET, M. (2004). *Sociologie de la santé: Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin. doi : <https://doi.org/10.3917/arco.carri.2004.01>

CHIAPELLO, È., GILBERT, P. (2013). *Sociologie des outils de gestion: Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*. Paris: La Découverte. doi : <https://doi.org/10.3917/dec.chiap.2013.01>

CROZIER, M., FRIEDBERG, E. (1978). *L'acteur et le système*. Paris, France: Editions du Seuil

DE KERVASDOUE, J. (2015). Une organisation complexe. Dans : Jean de Kervasdoué éd., *L'hôpital* (pp. 5-10). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

GALLOPEL-MORVAN, K., ORVAIN, J., SOMME, D. (2018). 3. Comprendre les comportements pour les changer : un enjeu managérial. Dans : Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 53-74). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0053>

Manon FERELLOC-RICHARDSON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020-2021

HAYO-VILLENEUVE, S., HUSSON, J. (2019). Chapitre 5. La qualité au service du management des processus hospitaliers [1]. Dans : Omar Bentahar éd., *Supply Chain Management de la santé* (pp. 94-110). Caen, France: EMS Editions. doi : <https://doi.org/10.3917/ems.bent.2019.01.0094>

JASPARD, H. (2018). Chapitre 2. Politique sociale et performance. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 429-448). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0429>

KOTTER, J. (1996). *Leading Change*. Cambridge, MA : Harvard Business School Press

LACOUR, L. (2018). Chapitre 4. La communication. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 471-491). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0471>

LAUDE, L., MICHEL, L., SCHWEYER, F. (2018). 4. Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ?. Dans : Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 75-97). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0075>

LEWIN, K. (1951). *Field theory in social science*. New York, NY : Harper & Row

LOUAZEL, M. (2018). Chapitre 4. Le pilotage stratégique des établissements de santé. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 73-95). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0073>

LOUBAT, J. (2015). *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. Paris, France: Dunod. doi : <https://doi.org/10.3917/dunod.loub.2015.01>

MARRAULD, L., OLLIVIER, R. (2018). Chapitre 3. Manager en impliquant les usagers et les citoyens dans le pilotage des établissements et services de santé. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 179-202). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0179>

MOISDON, J. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*. Paris, France: Seli Arslan. doi : <https://doi.org/10.4000/sdt.38611>

NAGEL, R. N., DOVE, R. (1991). *21st Century Manufacturing Enterprise Strategy: An IndustryLed View*. Darby: PA.

NERE, J. (2012). *Le management de projet*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi : <https://doi.org/10.3917/puf.nere.2012.01>

OLLIVIER, R., BOHIC, N. (2018). Chapitre 1. Manager dans un cadre réglementaire et un contexte spécifique. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 143-164). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0143>

ORVAIN, J. (2018). Chapitre 1. Les paradoxes de la production des soins : innovation, sécurisation et spécialisation. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 407-427). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0407>

ORVAIN, J. (2018). Chapitre 4. Le management par la qualité. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 379-402). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0379>

PATTON, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. 4<sup>ème</sup> édition. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications

PATTON, M. Q. (2012). *Essentials of utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications

PESQUEUX, Y. (2020). *La résistance au changement*. s.n.

REYNAUD, J. (1989). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris, France: Armand Colin

ROSSI, P.H., LIPSEY, M.W. FREEMAN, H.E. (2004). *Evaluation. A systematic approach*. 7<sup>ème</sup> édition. Thousand Oaks, Californie: Sage Publications

SCHWEYER, F. (2018). Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 121-137). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0121>

SCRIVEN, M. (1967). *The Methodology of Evaluation*. s.l. : Social Science Education Consortium

SICOTTE, C. (2018). 2. Rechercher l'amélioration continue de la performance : point de mire de l'action managériale. Dans : Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences*

*de gestion* (pp. 37-52). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0037>

TOFFEL, K. & TAWFIK, A. (2019). *Le New Public Management et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles*. *Revue française d'administration publique*, 172, 1077-1091. doi : <https://doi.org/10.3917/rfap.172.0205>

TOURNAY, V. (2011). *Sociologie des institutions*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi : <https://doi.org/10.3917/puf.tourn.2011.01>

WAELLI, M., DAVID, J. (2018). 6. Mettre en œuvre des outils de gestion dans les organisations de santé. Dans : Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 121-137). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0121>

ZARINPOUSH, F. (2006). *Project Evaluation Guide for Nonprofit Organizations*. Toronto, Canada: Fundamental Methods and Steps for Conducting Project Evaluation, Imagine Canada

### **Articles scientifiques**

BARET, C. (2013). *Les défis de la gestion du changement dans les organisations de santé: Commentaire*. *Sciences sociales et santé*, 2(2), 65-69. doi : <https://doi.org/10.3917/sss.312.0065>

BEAUCOURT, C., LOUART, P. (2011). *Le besoin de santé organisationnelle dans les établissements de soins : l'impact du care collectif*. *Management & Avenir*, 9(9), 114-132. doi : <https://doi.org/10.3917/mav.049.011>

BEDE, D., BEDE, S., FIORELLO, A., MAUMON, N. (2012). L'appropriation d'un outil de gestion de la qualité à travers le prisme de la légitimité : le cas d'un Institut d'Administration des Entreprises. doi : <https://doi.org/10.3917/mav.054.0083>

BEGUIN, P., RABARDEL, P., (2000). *Designing for instrument-mediated activity*. *Scandinavian Journal of Information Systems* (12), 173-190.

BERTHEL, M., PETER-BOSQUILLON, M. (2012). *Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires: Acteurs et métiers du soin*. *Gérontologie et société*, 3(3), 15-30. doi : <https://doi.org/10.3917/gs.142.0015>

BOURGEOIS, I., HURTEAU, M. (2018). *L'implication des parties prenantes dans la démarche évaluative: Facteurs de succès et leçons à retenir*. Canadian Journal of Program Evaluation, 33.2, 236–246. doi : 10.3138/cjpe.42205

BREHAUX, K. (2015). *Le management éthique ?*. Les Tribunes de la santé, 4(4), 77-89. doi : <https://doi.org/10.3917/seve.049.0077>

CHANIAL, P. (2010). *Le New Public Management est-il bon pour la santé : Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin*. Revue du MAUSS, 1(1), 135-150. doi : <https://doi.org/10.3917/rdm.035.0135>

COUSINS, B., EARL, L. (1992). *The Case for Participatory Evaluation*. Educational Evaluation and Policy Analysis, 14(4), 397-418

CRISTOFALDO, P., DARIEL, O., ROUTELOUS, C. (2018). 5. *La qualité de vie au travail : un levier sous-estimé de la performance*. Dans : Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 99-119). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi : <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0099>

CONTANDRIOPOULOS, A. (2008). *La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance*. Santé Publique, 20, 191-199. doi : <https://doi.org/10.3917/spub.082.0191>

DAIGNEAULT, P.M. (2011). *Les approches théoriques en évaluation*. Cahiers de la performance et de l'évaluation, 4, 1-49

DE VAUJANY, F. (2006). *Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage*. Management & Avenir, 3(3), 109-126. doi : <https://doi.org/10.3917/mav.009.0109>

DUBOST, N. (2010). *La création de nouveaux savoirs dans une association : le projet associatif comme support à l'externalisation des savoirs tacites*. Management & Avenir, 5(5), 293-306. doi : <https://doi.org/10.3917/mav.035.0293>

FERONI, I. (2018). *Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle: Commentaire*. Sciences sociales et santé, 1(1), 65-70. doi : <https://doi.org/10.3917/sss.361.0065>

FONTANET, A. (2007). *L'environnement hospitalier : un environnement complexe*. Le Journal des psychologues, 9(9), 26-28. doi : <https://doi.org/10.3917/jdp.252.0026>

GAREL, G. (2011). *Qu'est-ce que le management de projet ?*. Informations sociales, 5(5), 72-80. doi : <https://doi.org/10.3917/inso.167.0072>

FRANCHISTEGUY-COULOUME, I. (2015). *Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation*. Projectics / Proyéctica / Projectique, 1(1), 37-50. doi : <https://doi.org/10.3917/proj.013.0037>

GRESELLE-ZAIBET, O. (2019). *Mobiliser l'intelligence collective des équipes au travail : un levier d'innovation agile pour transformer durablement les organisations*. Innovations, 1(1), 219-241. doi : <https://doi.org/10.3917/inno.058.0219>

HOLCMAN, R. (2009). *Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir: Réflexions sur la relation hiérarchique*. Revue française de gestion, 196, 67-80. doi : <https://doi.org/>

IMBERT, G. (2010). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers, 3(3), 23-34. doi : <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

JACOB, S., OUVRARD, L. (2011). *Comprendre et entreprendre une évaluation participative. Guide de synthèse*. Cahiers de la performance et de l'évaluation, 1, 1-32.

LAVILLE, J. (2014). *Décider en association*. Connexions, 1(1), 79-92. doi : <https://doi.org/10.3917/cnx.101.0079>

LE BEZVOET, E. (2007). *L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ?*. Le Journal des psychologues, 252, 29-34. doi : <https://doi.org/10.3917/jdp.252.0029>

MARTINEAU, R. (2014). *Proposition d'une grille d'analyse de l'usage des outils de gestion : application à un outil de reporting hospitalier*. Gestion et management public, 2(2), 21-43. doi : <https://doi.org/10.3917/gmp.024.0021>

MAYNE, J. (2017). *Théories du changement : comment élaborer des modèles utiles*. Canadian Journal of Program Evaluation, 32(2), 174–201. doi : <https://doi: 10.3138/cjpe.31144>

MERIADE, L. (2019). *L'hybridation des instruments de gestion. L'exemple du pilotage de la performance universitaire en France*. Management & Avenir, 108, 13-42. doi : <https://doi.org/10.3917/mav.108.0013>

MINVIELLE, É. (2003). *De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé: Le cas de la qualité hospitalière*. *Revue française de gestion*, 5(5), 167-189. doi : <https://doi.org/10.3166/rfg.146.167-189>

MINVIELLE, É., CONTANDRIOPOULOS, A. (2004). *La conduite du changement: Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?*. *Revue française de gestion*, 3(3), 29-53. doi : <https://doi.org/10.3166/rfg.150.29-53>

PAPAY, J. (2009). *Évaluation des pratiques et responsabilités : les conditions de la convergence*. *Vie sociale*, 3(3), 83-92. doi : <https://doi.org/10.3917/vsoc.093.0083>

PIERRU, F., WEBER, L. (2013). *Grand entretien avec André Grimaldi. L'hôpital entreprise n'est pas une solution*. *Savoir/Agir*, 25, 63-73. doi : <https://doi.org/10.3917/sava.025.0063>

SEGRETAIN, P. (2015). *Le projet d'entreprise: Jalons pour une évaluation éthique*. *Études*, , 45-53. doi : <https://doi.org/10.3917/etu.4217.0045>

SOPARNOT, R. (2013). *Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus*. *Recherches en Sciences de Gestion*, 4(4), 23-43. doi : <https://doi.org/10.3917/resg.097.0023>

RIVIERE, A., COMMEIRAS, N., LOUBES, A. (2013). *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital*. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2(2-3), 142-162. doi : <https://doi.org/10.3917/jgem.132.0142>

VAN DER LINDEN, B. (2011). *Principes généraux d'évaluation des effets d'un dispositif*. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 1(1-2), 13-22. doi : <https://doi.org/10.3917/rpve.501.0013>

## **Littérature grise**

ANESM (2008). *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article 312-8 du CASF*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

ANESM (2009). *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article 312-8 du CASF*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

CNESMS (2006). *L'évaluation interne. Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux*

GRAINE GUYANE (2017). *Des outils d'animation pour mettre en œuvre la participation*

TALKSPIRIT (2019). *Communication interne : les 7 défis des entreprises multi-sites*

URIOPSS (2014). *Comment élaborer une stratégie au service du projet associatif ?*

## **Règlementation**

ARS (2018). *PRS 2018-2022. Cadre d'orientation stratégique*

ARS (2018). *PRS 2018-2022. Schéma régional de santé*

Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (JORF du 16 mai 2007)

Décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux (JORF du 5 novembre 2010)

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (JORF du 3 janvier 2002)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF du 22 juillet 2009)

Loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat (JO du 24 juillet 1987)

Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

## **Documentation interne**

**[ Confidentiel ]**



---

## Annexes

---

Annexe n°0. Organigramme.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°1. Contenu du projet stratégique actuel.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°2. Diagramme de Gantt.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°3. Modèle logique du projet stratégique.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°4. Référentiel d'évaluation.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°5. Liste des entretiens.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°6. Grilles d'entretien.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°7. Liste des réunions animées.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°8. Grilles de réunion.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°9. Questionnaires diffusés.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°10. Exemple de grille d'analyse.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°11. Résultats du séminaire d'encadrement.....	Erreur ! Signet non défini.
.....	Erreur ! Signet non défini.
Annexe n°12. Synthèse du rapport d'évaluation.....	Erreur ! Signet non défini.