



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **octobre 2022**

**La démarche projet à l'hôpital :
structurer, mobiliser, innover.**

Retour d'expériences sur 14 établissements

Sacha HAMON

Remerciements

J'aimerais pouvoir remercier l'ensemble des personnes qui me soutiennent et m'ont soutenu jusque maintenant. Qu'ils soient parents, ami(e)s, collègues ou encore simples rencontres, ils composent le professionnel que je suis aujourd'hui ainsi que les valeurs que j'incarnerai demain. Mon engagement est à la hauteur de leur confiance. La même Confiance qui, pour un malouin se remémorant Surcouf, évoque bravoure et témérité.

*Que dira-t-on du grand rafioteur
À Brest, à Londres, et à Bordeaux
Qu'a laissé prend' son équipage
Par un corsaire de six canons
Lui qu'en avait trente et si bons !*

Je remercie les personnes qui m'ont permis d'enrichir ce mémoire et d'avoir un retour d'expériences très intéressant. Professionnel(le)s investi(e)s, nos entretiens ont nourri une réflexion d'une grande qualité. Je souhaite adresser ma reconnaissance à Céline Arnoux, Émilie Barde, Étienne Brault, Fabrice Catoire, Lionel Da Cruz, Julie Delalonde, Armelle Dion, Julie Durand, Inès Fernandez, Sylvie Gamel, Catherine Gilleron, Estelle Herrard, Ghislain Measure, Elise Prault, Michel Prudhomme, Corinne Roldo, Mélanie Sick, Anne-Lise Tesson-Lecoq.

Enfin, je remercie le CHU de Nîmes de m'avoir accueilli pendant mon stage d'élève directeur d'hôpital.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1 Un changement de paradigme à l'hôpital ou l'effet structurant d'une nouvelle dynamique managériale.....	7
1.1 Le projet comme méthode de coordination et d'alignement stratégique.....	7
1.2 La persistance d'incohérences organisationnelles requiert une méthodologie originale de management des nouvelles activités	10
1.2.1 Un processus inique qui laisse place à la subjectivité s'il n'est pas formalisé10	
1.2.2 Améliorer la performance de l'organisation par l'implantation du management par projets	12
2 Le management par projets constitue une modalité de réponse aux défis du système hospitalier en période de post-crise sanitaire.....	14
2.1 Une injonction à la réactivité et à l'adaptabilité	14
2.2 Une nouvelle gouvernance hospitalière portée par la coopération médico-administrative et la reconnaissance de l'autonomie des professionnels	17
2.3 Un environnement concurrentiel et contraint économiquement	20
3 Étude sur la démarche projet au sein d'un panel d'établissements.....	23
3.1 Les éléments communs à l'ensemble des établissements	23
3.1.1 Une opportunité de faire « vivre » le projet d'établissement.....	23
3.1.2 La recherche d'une vision d'ensemble et transversale par l'instauration d'un guichet unique.....	25
3.1.3 Un facteur de reconnaissance et d'autonomie du personnel, influençant positivement le potentiel d'attractivité et de fidélisation de l'établissement	26
3.1.4 Un processus globalement bien décrit et intégré par les acteurs.....	27
3.1.5 Une activité davantage soutenue et dynamique.....	30
3.1.6 Des problématiques récurrentes dans la mise en œuvre et dans l'évaluation	31
3.1.7 Une difficulté à impliquer des pôles ou des praticiens qui ne sont pas dans une dynamique de projets.....	34
3.1.8 La place des patients s'avère restreinte, voire inexistante	35
3.1.9 L'intégration dans la démarche des spécialités dites « transversales ».....	35
3.2 Certains éléments varient selon le type, la taille et l'histoire de l'établissement	36
3.2.1 Une organisation différenciée du processus projets selon les hôpitaux.....	36
3.2.2 La définition du projet conditionne l'ensemble de la démarche.....	40

3.2.3	Une priorisation difficile.....	42
3.2.4	Des besoins de formation insuffisamment remplis	43
3.2.5	Une communication présente ... mais peu structurée	43
3.3	Analyse de l'étude du panel d'établissements.....	46
4	Proposition de méthodologie d'implantation d'une démarche projet au sein d'un établissement de santé	49
4.1	En amont de la démarche.....	49
4.1.1	Recenser les projets afin d'avoir une vision d'ensemble	49
4.1.2	Définir clairement la notion de projet retenue	50
4.1.3	Anticiper les freins au changement organisationnel	51
4.2	Au lancement de la démarche projets	52
4.2.1	Préciser les caractéristiques du processus de la démarche projets.....	52
4.3	Pendant le projet.....	56
4.3.1	Formaliser un appui méthodologique	56
4.3.2	Adapter les outils et la comitologie aux besoins des projets	57
4.4	La fin du projet	59
4.4.1	Renforcer l'évaluation	59
4.4.2	Capitaliser l'expérience.....	59
4.5	Problématiques transversales	60
4.5.1	La place du patient dans la démarche projet.....	60
4.5.2	De l'importance de la communication	60
4.5.3	Maintenir une démarche projets en période de fortes contraintes financières ou en temps de crise	61
5	Vers une culture de l'innovation interne et externe ?	62
5.1	La culture de l'innovation : une démarche globale au service des patients.....	62
5.2	Exemples étrangers et français de centres de l'innovation	63
5.2.1	Exemples étrangers	63
5.2.2	Exemples français	66
5.3	L'émergence de nouvelles problématiques	67
5.3.1	L'hôpital entrepreneur	67
5.3.2	Structurer la gouvernance de l'innovation	68
	Conclusion.....	69
	Bibliographie.....	71
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Agence française de normalisation

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

CMG : Commission médicale de groupement

COSTRAT : Comité stratégique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CTS : Contrat territorial de santé

CSP : Code de santé publique

DGOS : Directions générale de l'offre de soins

DOP : Direction des opérations et des projets

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

GHS : Groupe homogène de séjours

GHM : Groupe homogène de malades

GHT : Groupe hospitalier de territoire

HCL : Hospices civils de Lyon

MSA : Mutualité sociale agricole

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PGFP : Plan global de financement pluriannuel

PNS : Projet national de santé

PRS : Projet régional de santé

PTS : Projet territorial de santé

T2A : Tarification à l'activité

“Any substantial improvement must come from action on the system, the responsibility of management. Wishing and pleading and begging the workers to do better was totally futile.”

William Edwards Deming, *Out of the Crises* (1982)

Introduction

À l'instar d'autres structures privées ou publiques, les hôpitaux connaissent des évolutions majeures qui les astreignent à un effort constant d'adaptation et de modernisation. De manière générale, toutes les organisations sont contraintes à l'innovation et doivent perpétuellement réinventer leurs modes de management, de fonctionnement afin d'être réactives et répondre de manière appropriée aux exigences d'un environnement évoluant rapidement.

Ainsi, l'hôpital public est traversé de plusieurs mutations structurantes depuis près de 30 ans. Procédant de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « Loi Kouchner » du nom du ministre de la Santé de l'époque, la logique de « l'utilisateur-client » devient prégnante, avec une expérience patient dont la prise en compte de plus en plus systématique interroge les organisations hospitalières et les modalités de prise en charge établies. La mise en œuvre d'un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité, a renforcé l'autonomie des établissements mais elle a aussi créé un écosystème particulièrement concurrentiel autant entre hôpitaux et cliniques, qu'entre hôpitaux eux-mêmes. L'offre de soins est aussi en perpétuelle réinvention au rythme des besoins de la population et du progrès technologique révolutionnant les techniques médicales. La réglementation constitue également une injonction forte au mouvement puisque le secteur hospitalier est sans doute celui qui a le plus subi de réformes. À cela s'ajoute une modification de la gouvernance dans l'objectif de développer une coopération médico-administrative stratégique. La crise sanitaire débutée en 2020 a d'ailleurs souligné les difficultés qui pesaient sur les établissements de santé. En parallèle, elle a aussi démontré la capacité d'ajustement, le potentiel d'innovation et de créativité dont ils disposent et peuvent mobiliser lorsque l'action a du sens collectivement.

Dès lors, comment les hôpitaux peuvent s'adapter en innovant de manière performante, c'est-à-dire rapidement, à moindre coût et avec un risque minimisé ? Fort de ces constats depuis déjà plusieurs décennies, le secteur des entreprises fournit des éléments de réflexion. Des organisations plus transversales, participatives, aplaties, ont remplacé des systèmes pyramidaux, hiérarchiques, fortement centralisées, en s'appuyant sur la capacité d'autonomie et de responsabilisation de leurs salariés dans une optique d'innovation. En effet, il est désormais démontré que celle-ci ne repose pas sur un pourcentage des dépenses qu'il s'agirait de « débloquer » pour être innovant mais elle s'appuie sur un système organisationnel et managérial qui la fait émerger, la canalise, l'accompagne et en fait ressortir de bonnes pratiques à partir de l'analyse des expériences.

Dans le secteur hospitalier s'est développé, notamment avec l'essor de la tarification à l'activité, le management par projets. Bien que ceux-ci aient toujours existé dans les hôpitaux (pensons aux appels à projets en psychiatrie ou dans le cadre des missions d'intérêt général), il constitue alors un nouveau mode de management et d'organisation qui va structurer les initiatives émergentes afin de développer l'activité de l'établissement mais aussi être un moyen de reconnaître et valoriser le personnel.

Selon l'Agence française de normalisation (AFNOR), reprenant, l'Organisation mondiale de normalisation, le projet est un « processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources ». Il est à différencier d'une résolution de problèmes ou d'une simple gestion d'opérations. Alors que la deuxième suppose une organisation stable et un caractère répétitif, récurrent, le premier intervient dans un environnement plus incertain et nécessitera des décisions peu réversibles (d'où l'importance, nous verrons, des instances décisionnelles). Les aléas et les incertitudes font partie de la vie du projet.

Par ailleurs, il faut aussi la distinguer d'autres notions dont elle est proche. Tout d'abord, la gestion de projet est l'approche la plus traditionnelle inspirée par les programmes de reconstruction de l'après-guerre. Elle s'intéresse surtout à la structuration de la démarche, les outils et les méthodes de conception et de mise en œuvre d'un projet, qu'elle subdivise en sous-projets lorsque cela est nécessaire, ainsi qu'à la planification des tâches, l'anticipation et le contrôle des ressources, des coûts et des délais. Elle est centrée sur les dimensions techniques d'un projet. Ensuite, la conduite de projet s'axe davantage sur le processus d'enchaînement de séquences techniques. Chaque projet se découpe en processus décomposés en étapes, chacune se concluant par une production, un résultat, un livrable. Elle est centrée sur l'aspect technique et procédural. Enfin, le management de projet englobe la conduite telle que décrite précédemment en rajoutant la dimension managériale, la stratégie et les décisions politiques, le pilotage de projet, la conduite du changement et le management des ressources humaines. Elle introduit d'autres notions comme la capacité d'entreprendre, de prendre des risques, la compréhension des enjeux et leurs perspectives ainsi que l'aptitude à piloter en fonction des contingences. Cette approche présente l'avantage d'appréhender la spécificité du pilotage des projets dits « complexes », nécessitant des ajustements selon les aléas rencontrés. Elle met l'accent sur la fonction du chef de projet et le caractère contractuel du projet reliant les différentes parties entre elles.

Par conséquent, le management par projets fait la synthèse évolutionniste de ces notions proches et établit un lien direct avec la structure des organisations. Au-delà des aspects technique et relationnel, c'est l'établissement qui structure son fonctionnement autour de cette démarche. C'est donc ce lien entre structure et innovation qu'il s'agira d'étudier au moyen des démarches projets. Il permet aussi de matérialiser la conception abstraite qu'est l'innovation, en démontrant que son cadre peut être formalisé mais que sa dynamique intrinsèque reste néanmoins à entretenir par la gouvernance. D'autant que les établissements de santé font l'objet d'une forte incitation à l'investissement actée par le gouvernement suite aux accords du Ségur de la Santé en 2021 avec 19 milliards d'euros mobilisés sur 10 ans, ce qui suggère d'établir un cadre structurant pour cette innovation d'avenir. En effet, chacun de ces investissements devra anticiper de nouvelles pratiques et nouvelles prises en charge des patients.

Subséquemment, dans quelle mesure le management par projets peut-il être un facteur d'innovation structurant en période de post-crise sanitaire ? Quelles formes prennent les démarches projets au sein des hôpitaux, quelles en sont les caractéristiques et permettent-elles d'attendre les objectifs attendus d'alignement stratégique, de médicalisation de la gouvernance et enfin peuvent-elles être un levier de reconnaissance du personnel dans un contexte d'amélioration de l'attractivité du secteur public hospitalier ?

Si les démarches projets constituent le renforcement d'une nouvelle dynamique managériale, ayant débuté avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, et une réponse à des incohérences organisationnelles **(1)**, leur diffusion doit permettre aux hôpitaux publics d'être plus réactifs et souples en favorisant une meilleure collaboration médico-administratives dans la prise de décision et une reconnaissance du personnel par le renversement d'une organisation traditionnellement hiérarchisée et cloisonnée **(2)**. Par l'étude de démarches projets dans 14 établissements de santé différents (majoritairement publics), des éléments structurants, communs à l'ensemble, démontrent que cette dynamique managériale répond à des problématiques semblables et partagées. Cependant, plusieurs composantes conjoncturelles, propres à chaque établissement, confirment que chaque structure satisfait à des contingences que sont principalement l'âge de l'organisation, sa taille, son environnement, les personnalités de sa gouvernance **(3)**. Par l'analyse des éléments de ce parangonnage, une proposition de méthodologie d'implantation reprendra les points de vigilance et l'expérience acquise des retours du panel **(4)**. Enfin, la récente organisation de circuits d'innovation externe pourra s'inscrire dans une démarche holistique de ce concept **(5)**.

Méthodologie

Dans l'objectif d'analyser les formes que peuvent prendre les démarches projets mises en place (ou qui le seront prochainement), un panel a été étudié. Les établissements publics observés varient en tailles et en zone géographique. Leur diversité permet d'établir des tendances représentatives.

Afin de constituer ce panel, des exemples ont pu être trouvés dans la littérature, tels que la cellule d'efficience et d'organisation (CEFOR) du Centre Hospitalier de Grasse. Le reste a été rendu possible par un « appel à expériences » via le réseau social LinkedIn, relayé sur une conversation commune de directeurs d'opérations et de projets intitulée « Club des DOP ».

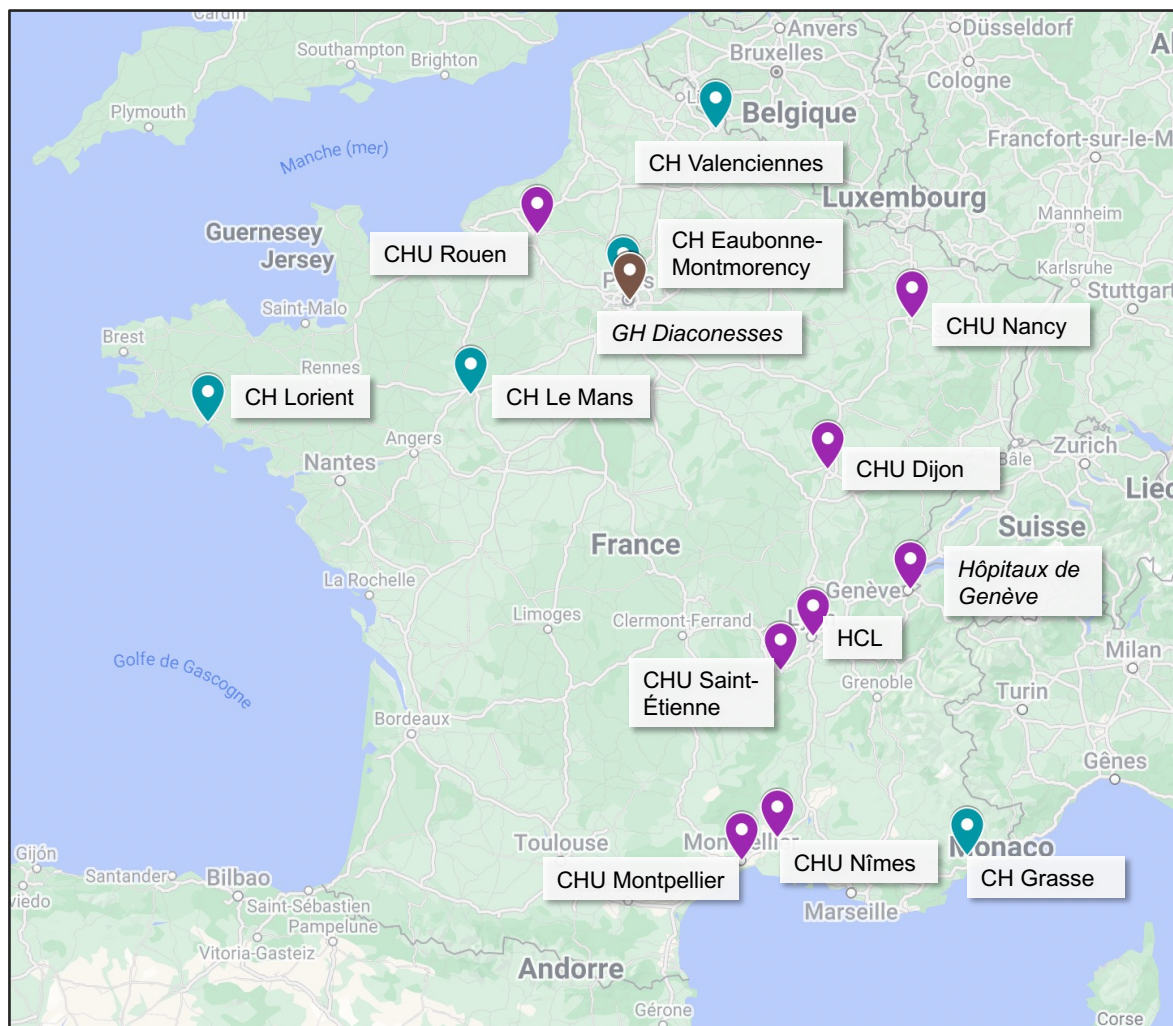
Les entretiens se sont déroulés selon une méthodologie semi-directive, au moyen de questions préparées à l'avance (*cf. annexe 1*) mais permettant d'en poser de nouvelles pendant l'entretien afin d'approfondir certains sujets ou illustrations de projets soulevés par l'interlocuteur. Quelques entretiens ont demeuré non directifs parce que sur des domaines très vastes, tels qu'avec les Directions de l'Innovation des CHU de Montpellier et des Hospices Civils de Lyon. Ces échanges ont permis d'enrichir la réflexion et de l'étoffer avec des exemples. Ceux cités explicitement dans le développement du présent mémoire ont reçu une autorisation expresse de leurs auteurs.

Sur la base de retours d'expériences, l'objectif est de présenter les apports de la démarche projets au regard des enjeux rencontrés par l'hôpital actuellement, au moyen d'une revue de littérature, et de faire ressortir les éléments tangibles et intangibles des organisations mises en place par les établissements du panel. Enfin, de formuler des propositions pour mettre en place une telle démarche, partant du principe que cette dynamique managériale va se diffuser à une majorité d'établissements publics de santé.

Récapitulatif du panel

Secteur	Type d'établissements	Nombre d'établissements	Nombre de personnes interviewées
Public	CHU	7	9
	CH	5	5
Privé non lucratif	GH	1	1
Autres	Start-up et établissement étranger	2	2

Représentation spatiale du panel étudié



(En vert les CH, en violet les CHU, et en marron le secteur privé non lucratif)

1 Un changement de paradigme à l'hôpital ou l'effet structurant d'une nouvelle dynamique managériale

La démarche projet engage une évolution managériale pour l'hôpital avec une forte implication de sa gouvernance. Bien que notion récente d'un point de vue organisationnel, la terminologie du projet s'est implantée dans les hôpitaux publics depuis près de 15 ans (1.1) accompagnant la mise en œuvre d'une logique d'efficience avec le passage à la tarification à l'activité, et l'utilisation d'indicateurs, se substituant à un raisonnement par les moyens qui prévalait jusqu'alors.

Dès lors, le projet n'étant plus seulement qu'un outil de planification stratégique mais véritable modalité d'organisation des relations entre professionnels et outil d'allocation de ressources, il se matérialise par la création de « cellules projets » qui structurent une démarche globale de cadrage de l'innovation en interne (1.2).

1.1 Le projet comme méthode de coordination et d'alignement stratégique

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée instaure pour la première fois la notion de projet dans les hôpitaux publics. Elle crée l'article L714-11 du Code de la Santé Publique (CSP) qui précise que les établissements publics de santé élaborent un projet d'établissement, qui « définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement » sur une durée maximale de 5 ans. Cet outil de planification fait référence au statut de personne morale de droit public des hôpitaux et de leur autonomie financière.

Aussi, avec la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009, la notion de projet prend une place prépondérante dans l'univers hospitalier. Elle renforce l'organisation par pôles d'activités prévue auparavant par l'ordonnance du 2 mai 2005. Cette organisation est définie par le directeur, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Les pôles d'activité comportent des structures internes de prise en charge médicale, soignante ou médico-technique. Ils revêtent une certaine cohérence médico-administrative (pôle urgences, pôle de médecine, pôle d'imagerie etc.). Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. Le directeur signe avec le chef de pôle un

contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Celui-ci met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

À cet effet, le chef de pôle doit élaborer un projet de pôle dans un délai de 3 mois après sa nomination. Il devient le « maître d'ouvrage » du projet du pôle. Ce document définit les missions et les responsabilités fonctionnelles confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles. Il précise également l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. À cette fin, il prévoit les évolutions du champ d'activité des structures internes ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le chef de pôle est en charge du pilotage et du management de son projet, selon les modalités définies contractuellement avec le directeur d'établissement.

Pour la bonne réalisation de ce projet, le chef de pôle peut s'appuyer sur une équipe composée de professionnels médicaux, soignants ou administratifs, différente qu'il mobilisera de manière différenciée selon les sous-projets (qualité, organisation du travail, des soins, prises en charge des patients, protocoles, etc.). La bonne conduite et la bonne réalisation de ces sous-projets conditionneront la réussite du projet de pôle.

Cet exemple illustre la centralité de la notion de projet et ses conséquences managériales au sein des hôpitaux. En ce sens, il permet un alignement stratégique entre les structures internes, les pôles, et la stratégie d'établissement. Au regard de la théorie des organisations, l'hôpital public présente des enjeux très spécifiques. Henry Mintzberg, théoricien, identifie 7 configurations structurelles, articulant différemment plusieurs composantes (sommet stratégique, centre opérationnel, ligne hiérarchique, support logistique, technostucture) avec chacune un mode de coordination prégnant. L'hôpital est rattaché aux bureaucraties professionnelles. Celles-ci mettent la standardisation des compétences au cœur de son système de fonctionnement. Elles sont dotées d'une ligne hiérarchique limitée, d'un sommet stratégique disposant de peu de pouvoirs pour défendre ses options et d'une base opérationnelle pour tout ou partie dotée d'un haut niveau de compétence lui permettant de se dispenser de toute formalisation.

Grâce à leur haut niveau de compétence, les professionnels (ici, les médecins) possèdent une large autonomie et détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur travail. L'autonomie est importante et la complexité des tâches rend difficile tout contrôle direct. L'asymétrie d'information est forte avec le sommet stratégique (la direction). Ces éléments rendent la coordination des acteurs difficile à aligner stratégiquement et à mettre en œuvre.

Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital

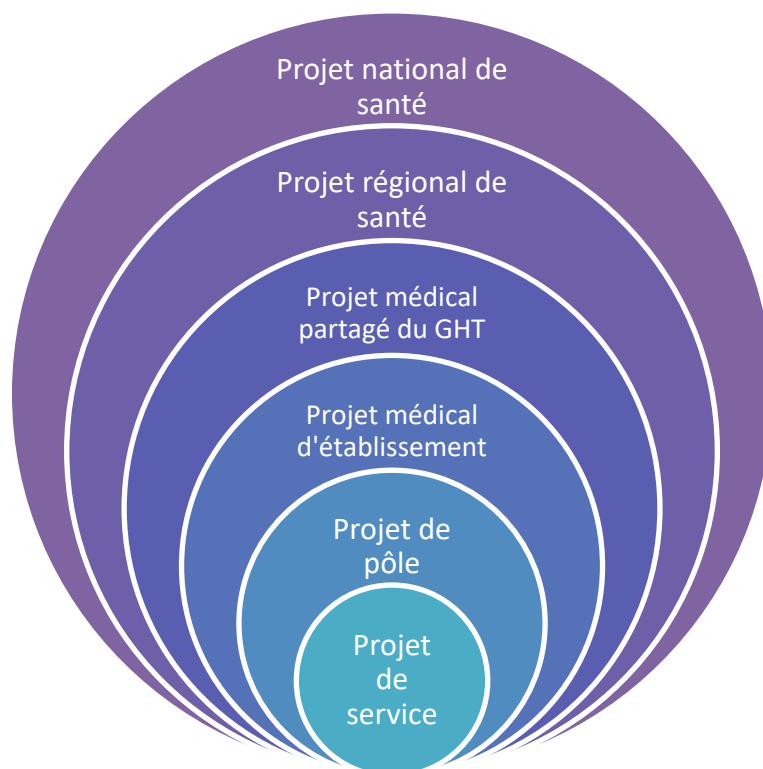
Méthode de coordination principale	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

De facto, le projet d'établissement et les contrats de pôle visent à résoudre cette difficulté de coordination des corps professionnels ayant des intérêts différents et parfois divergents. Elle se base sur la contractualisation, reconnaissant des engagements réciproques entre les parties et une certaine autonomie pour mener à bien les objectifs fixés.

Aussi, avec la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, le service devient « l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail ». Le chef de service élabore un projet de service qui doit satisfaire aux objectifs du pôle auquel il appartient.

À l'extrémité du spectre, à l'échelon territorial, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système santé prévoit que chaque établissement public de santé intègre un groupement hospitalier de territoire (GHT). Ce dernier définit également un projet médical partagé au regard des enjeux rencontrés par les établissements qui le constituent.

Par conséquent, découlant de la reconnaissance de chaque échelon d'organisation des soins (service, pôle, établissement, territoire), chaque niveau de structuration établit son propre projet et se doit de respecter le projet de l'ensemble du dessus, dans un système de boîtes « gigogne » afin de s'assurer de l'alignement stratégique avec des documents de planification stratégique tels que le projet régional de santé (PRS) et le projet national de santé (PNS).



Bien qu'ils constituent des outils stratégiques pour les hôpitaux, ils ne sont que des lignes d'horizon qui décrivent une perspective commune et partagée sur plusieurs années. Le management par projets vise alors en pratique à faire vivre ces documents structurants au sein des organisations hospitalières, à les alimenter. Cette évolution managériale, basée sur des problématiques pratiques, va modifier les modalités de délégation, les circuits de décision, les modes de coordination au sein des établissements de santé.

1.2 La persistance d'incohérences organisationnelles requiert une méthodologie originale de management des nouvelles activités

1.2.1 Un processus inique qui laisse place à la subjectivité s'il n'est pas formalisé

Les démarches projets ont pour objet de structurer l'émergence et l'accompagnement des projets. Lorsque cette formalisation n'est pas établie, les porteurs de projets disposent de plusieurs possibilités pour faire aboutir leurs idées. Ils peuvent en faire part à leur chef de pôle qui s'en fera le porte-parole devant une ou plusieurs directions fonctionnelles, ou directement à la direction générale. Aussi peut-il en référer à une direction fonctionnelle sans passer par le chef de pôle, ce qui constituerait inévitablement une source de conflits entre collègues de la communauté médicale et mettrait en porte-à-faux les membres de

l'équipe de direction. La dernière possibilité est celle de s'adresser directement à la directrice ou au directeur général, ce qu'il convient de nommer les « visiteurs du soir ». En effet, les porteurs de projets médicaux rencontrent régulièrement la direction générale à des heures tardives, et requièrent des arbitrages sur des projets dont la présentation ne peut être que partielle à tous points de vue. Avantageés par l'asymétrie d'information, ils peuvent également bénéficier de « rattrapages » sur certains effectifs médicaux et paramédicaux dans leurs services, hors de tout périmètre du projet présenté. Par la suite, peu importe le circuit entrepris, ces arbitrages passent par le Directoire afin d'entériner la décision. Enfin, les porteurs de projets s'adressent aux directions fonctionnelles afin d'apporter de la cohérence et permettre que les différentes dimensions (recrutement de personnels médicaux et paramédicaux, acquisition de matériels, alignement de la logistique etc.) soient appréhendées pour le lancement de la nouvelle activité.

Au-delà du caractère discrétionnaire et politique de tels processus découlant directement du défaut de formalisation de la sélection des projets médicaux, l'ensemble de ces saisies ont un point commun. Les chances d'aboutissement et de qualité de l'accompagnement dépendent directement du chef de pôle et/ou du directeur saisi, de la personnalité du porteur de projet, et des affinités entre les différents acteurs. Elles se basent presque exclusivement sur des critères subjectifs et la qualité de l'arbitrage sera fortement orientée par les domaines de connaissances du décisionnaire approché. À titre d'illustration, un chef de pôle aura un point de vue majoritairement médical et n'intégrera a priori pas les autres dimensions de l'activité. Cela aura pour corollaire de former un biais de sélection puisqu'il s'orientera davantage vers des projets médicaux, et en lien avec sa propre spécialité dont il connaît les enjeux. Aussi, il n'appréhendera pas des aspects plus opérationnels tels que les problématiques de recrutement, bâtementaires ou encore stratégiques au regard de l'évolution des besoins du bassin de population de l'hôpital. C'est un biais de favoritisme. Ceux-ci existent tout autant chez un directeur fonctionnel, qui privilégiera les dimensions opérationnelle et économique au détriment du médical, et chez le directeur général qui favorisera l'aspect politique ainsi que le bénéfice vis-à-vis du climat social en réponse à ce type de requêtes adressées par les praticiens. Du reste, les qualités attendues du porteur de projet spécifiques à la conduite du projet (leadership, coordination, management) sont souvent présumées, découlant de la fonction et du statut, et peu évaluées en amont.

Il ne s'agit pas ici de pointer quelque caractère opportuniste mais de présenter les écueils rencontrés lorsqu'aucune dynamique managériale des projets n'est établie.

1.2.2 Améliorer la performance de l'organisation par l'implantation du management par projets

Les projets présentent souvent des caractéristiques communes :

- Ils sont uniques et le plus souvent non reproductibles, bien que la méthodologie le soit ;
- L'étape de conception est fondamentale en termes de coût et de probabilité de succès du projet. S'agissant d'un bien classique, la courbe des coûts sur le cycle de vie (Berliner & Brimson, 1988) indique que près de 95 % des coûts sont déjà engagés et que la majorité des décisions ont déjà été prises avant la mise en fabrication. Le diagnostic initial est d'autant plus important que le niveau d'incertitude est élevé ;
- La prévision et la prévention des risques sont difficiles statistiquement ;
- Les projets ont un impact certain et modifient leur environnement, les conséquences des projets hospitaliers en sont un parfait exemple ;
- Ils sont souvent transversaux à différentes disciplines, fonctions ;
- L'exercice de la décision y est complexe et requiert un effort de scénarisation, elle suppose collégialité, confiance, partage des risques, compétence, transparence, légitimité, adaptation ;

Au regard de ces déterminants, le management par projets incarne une réponse organisationnelle qui vise à s'adapter aux aléas d'un environnement incertain et contraint, tel que celui dans lequel évoluent les hôpitaux publics.

Il suggère un dynamisme de l'activité médicale puisque l'ensemble des projets vont faire l'objet d'une attention particulière et vont pouvoir être accompagnés jusque leur terme lorsqu'ils sont pertinents et cohérents avec les objectifs généraux. La constitution d'équipes projets adaptées aux besoins vise l'adéquation des moyens alloués aux résultats recherchés. En cela, il améliore la souplesse et la réactivité d'une organisation.

Chaque projet doit respecter celui de l'échelon supérieur. Il permet de s'assurer que les structures internes s'alignent stratégiquement à une vision d'ensemble.

Aussi, son mode de fonctionnement fait évoluer la structure et améliore son efficacité. La structure définit l'allocation des moyens au sein de l'organisation. Elle précise de même les relations entre les différents niveaux et le rôle exercé par chaque agent en son sein. Elle va la segmenter et la diviser en différentes parties. Cette segmentation peut créer des

difficultés tant au sein de chaque partie mais également au niveau des relations que les parties entretiennent entre elles. Cet aspect revêt une importance particulière à l'hôpital qui souffre culturellement d'un cloisonnement, lié à sa stratification fonctionnelle, aux filières professionnelles (médicales, soignantes, administratives ...) ainsi qu'aux corporations (chirurgiens, biologistes, cliniciens etc.). Dès lors, le management par projets apporte un espace de collaboration et de transversalité puisqu'il va apporter une réponse à ces clivages et mobiliser les professionnels vers un objectif supérieur commun. Ainsi devient-il un levier de la performance, et modifie-t-il l'implication des salariés dans leur travail.

Il développe le pilotage sous contraintes spécifiques de coûts et de délais, et apparaît efficace dans un environnement incertain dont les moyens disponibles sont fortement restreints.

La contractualisation est une notion centrale dans le management par projets. Elle adjoint des marges de manœuvre pour les porteurs de projets et leurs équipes mais également des obligations en termes d'atteinte d'objectifs. Elle intègre une prise de décision et la responsabilisation des acteurs, impactant positivement l'implication de ceux-ci dans leur travail. La contribution de chacun est valorisée et reconnue. Le projet entretient un sentiment de participer à un but partagé et de permettre sa réussite, notamment s'il est particulièrement ambitieux ou difficile de prime abord. Elle développe enfin une capacité à collaborer, une montée en compétences individuelles mais aussi collectives via une plus grande cohésion d'équipe.

Si le projet en tant qu'élément structurant de la dynamique managériale existe d'ores et déjà dans le secteur hospitalier et ne fait que se renforcer au gré des réformes, notamment par l'introduction d'un mode de financement à l'activité et d'une planification stratégique hiérarchisée, cette spécificité organisationnelle pourrait permettre de relever les enjeux mis en exergue par la crise sanitaire de la Covid-19.

2 Le management par projets constitue une modalité de réponse aux défis du système hospitalier en période de post-crise sanitaire

Les hôpitaux font face actuellement à plusieurs enjeux, pour lesquelles le management par projets peut constituer une partie de la solution. La crise sanitaire, par définition, n'a fait qu'accentuer les problématiques qui existaient déjà.

Cette dynamique managériale s'accorde avec la nécessité de réactivité et d'adaptabilité enjointe aux établissements de santé (2.1) et concorde également au renforcement d'une « nouvelle gouvernance hospitalière », expression née de la création des pôles d'activité en 2005, alliant davantage les corps médicaux et administratifs (2.2). Enfin, tel que soulevé auparavant, les hôpitaux devront développer leurs projets dans un environnement concurrentiel où les moyens financiers se restreignent dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques (2.3).

2.1 Une injonction à la réactivité et à l'adaptabilité

Le système de santé a connu de nombreuses réformes depuis une vingtaine d'années. Ces mutations pèsent d'autant plus sur les hôpitaux publics comme une exigence à s'adapter au modèle souhaité par l'exécutif, sonnante la fin d'un hospitalocentrisme¹ séculaire. Trois mouvements majeurs sont identifiables et repositionnent la place de l'hôpital dans le système de santé.

Le premier concerne le développement du « virage ambulatoire ». Si l'expression désigne la promotion des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, une nuit à l'hôpital traditionnelle, elle interroge la pertinence des prises en charge hospitalières telles qu'elles l'ont été jusque maintenant. Par définition, elle doit conduire à un transfert de l'hôpital vers la ville, mais aussi la translation d'activité intrahospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour et consultations). Elle est le symbole d'une transition démographique et épidémiologique de la patientèle. En effet, le vieillissement de la population, plus d'un habitant sur quatre aura plus de 65 ans en 2040 contre 20 % aujourd'hui, entraîne une chronicisation des pathologies. Si avant la majorité des patients étaient hospitalisés pour des maladies aiguës, l'hôpital est désormais le lieu de traitement et d'accompagnement de maladies chroniques telles que les cancers, les tumeurs, les

¹ Système de soins organisé autour de l'hôpital, pensé comme élément principal.

maladies des appareils respiratoire et circulatoire, le diabète. Cela modifie la typologie des prises en charge qui vont davantage inclure des séances de radiothérapie et de chimiothérapie, des bilans utilisant les plateaux techniques, ainsi que l'intervention collective et pluridisciplinaire de professionnels de santé. Le progrès technologique permet en parallèle une extraordinaire réduction des durées moyennes de séjour pour certaines interventions telles que les prothèses de hanche qui peuvent s'effectuer désormais en ambulatoire, sans nuitée à l'hôpital.

Au-delà de cet aspect qui impose aux structures sanitaires de s'adapter, un deuxième mouvement s'est développé depuis 2009 avec la Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » dite « Loi HPST ² » avec la mise en œuvre d'une territorialisation de la réponse du système de santé aux besoins locaux de la population. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016³ a inscrit la notion de parcours dans la législation. Il s'entend comme « la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux », c'est-à-dire à ce que les moyens mis en œuvre soient en adéquation avec les besoins des patients, au bon moment et au bon endroit. Il s'agit dès lors de mieux articuler les acteurs autour du patient et qu'ils coopèrent dans une parfaite information. Au niveau hospitalier, la vision territoriale a imposé une réflexion de filières entre établissements publics afin de rationaliser les moyens et de réduire les inégalités de santé en permettant à la population un égal accès aux soins. Cette structuration appelée gradation des soins s'est faite sous l'instauration de groupements hospitaliers de territoires⁴ (GHT) obligeant tous les établissements publics de santé à se regrouper et à mutualiser certaines fonctions (achats, départements d'information médicale, systèmes d'information). Dès lors, les initiatives et les prises en charge ne doivent plus se penser à l'échelle d'un unique établissement mais de plusieurs établissements qui vont mettre en commun leurs moyens, notamment humains.

Enfin, le dernier mouvement qui s'associe aux deux précédents est celui de la coopération et de l'articulation avec la médecine de ville. La transition démographique et épidémiologique ainsi que la territorialisation de l'offre de soins ne pourront se faire sans une anticipation de l'amont et de l'aval de l'épisode hospitalier. Cette évolution s'est accompagnée d'outils de planification à l'échelon territorial : les projets territoriaux de santé (PTS). Ceux-ci vont décliner les projets régionaux de santé (PRS), eux-mêmes déclinant le projet national de santé (PNS), afin d'aligner les objectifs stratégiques du national vers le local. Les PTS constituent, pour une période de 5 ans, le cadre d'action des délégations

²Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴ En 2022, on dénombre 135 GHT en France.

départementales des agences régionales de santé (ARS) et de tous les partenaires du territoire : caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), mutualités sociales agricoles (MSA), collectivités locales, Préfecture et services de l'État. La mise en œuvre des PTS fera l'objet de contrats territoriaux de santé (CTS) qui nécessitera la coordination d'acteurs de ville, par le biais du projet médical des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁵, et des projets médicaux partagés des GHT de ce même territoire.

Par conséquent, l'ensemble de ces évolutions obligent l'hôpital à sans cesse se réinventer pour répondre aux besoins de santé de la population.

L'implantation de la tarification à l'activité dans les hôpitaux publics a modifié les modalités de gestion qui prévalaient jusqu'alors. Lorsque la dotation annuelle de financement était mise en place, la rentabilité était décorrélée de l'activité puisque l'enveloppe allouée à chaque établissement était fixée historiquement et suivait un taux d'évolution définie par le ministère. Cette logique n'encourageait pas à développer de nouvelles activités, monter de nouveaux projets puisque cela ne pouvait apporter que des coûts marginaux sans recettes associées, sauf à passer par un mécanisme d'appel à projets. Ce dernier, qui peut être retrouvée dans le secteur de la psychiatrie publique notamment, manque de réactivité de par son processus. Les appels à projets doivent être publiés par la structure financeur et/ou autorisant l'activité, permettre un temps de réponse puis font l'objet d'un délai d'analyse avant la remise des décisions. Ces procédures peuvent durer plusieurs mois.

À l'inverse, la logique induite par la tarification à l'activité est celle d'un mécanisme de recettes « tirées » par l'activité. Les hôpitaux peuvent dès lors connaître de manière relativement précise les recettes qui seront dégagées par une nouvelle activité. Il leur revient d'allouer des moyens suffisants mais inférieurs aux recettes afin d'obtenir une marge économique de cette différence entre produits et charges. Cette marge servira à financer d'autres services avec une rentabilité structurellement inférieure, ou la politique d'investissement afin de permettre le renouvellement des moyens humains et matériels ainsi que la mise en œuvre de nouveaux projets.

Cependant, si cette logique d'efficience a pu avoir des effets positifs en termes d'allocation des ressources, les analyses sont plus critiques concernant les conséquences sur la qualité des soins (raccourcissement des séjours, sélection des patients, optimisation opportuniste

⁵ La CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS

du codage) (Or & Renaud, 2009). De plus, elle induit un productivisme qui peut créer un conflit éthique chez les soignants. En 2013, dans la synthèse des travaux du Pacte de confiance pour l'hôpital, Edouard Couty et Claire Scotton indiquent que « les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique, d'une part, qualité et quantité des prises en charge, d'autre part. L'immense majorité d'entre eux réalise des efforts conséquents pour concilier ces contraintes et leur éthique professionnelle, mais ils ont le sentiment que ces efforts ne sont pas toujours reconnus et que se dégradent leurs conditions de travail et d'exercice ».

Partant de ces constats, il s'agira d'étudier en quoi le management par projets répond aux besoins de réactivité et d'adaptabilité par une meilleure définition des objectifs, selon une temporalité précise et des moyens dédiés, ainsi que par la reconnaissance de l'autonomie et des compétences d'action des professionnels.

2.2 Une nouvelle gouvernance hospitalière portée par la coopération médico-administrative et la reconnaissance de l'autonomie des professionnels

Stricto sensu, selon le Ministère de l'Économie, le gouvernement d'entreprise peut se définir comme « l'ensemble des règles qui régissent la manière dont les entreprises sont contrôlées et dirigées. Il répartit les droits et les obligations des différents intervenants au sein de l'entreprise, tels que les actionnaires ou les dirigeants, et pose les règles et les procédures de prise de décision ». Par analogie, dans le secteur hospitalier, elle désignerait l'ensemble des mesures, des règles, des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement d'un l'établissement public de santé. Elle est représentée classiquement au sein de plusieurs instances :

- Le directeur, chef d'établissement : Il est le représentant légal de l'établissement. Responsable de la gestion, il ordonne les dépenses et les recettes et veille au bon fonctionnement des services.
- Le directoire : Cet instance a pour missions de préparer le projet d'établissement, d'approuver le projet médical et de conseiller le directeur sur différents sujets : la gestion et les ressources humaines principalement. Le Directeur préside le Directoire, le Président de la Commission médicale d'établissement en est le vice-président. Les membres du Directoire sont majoritairement des professionnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

- Le conseil de surveillance : Il se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement. Il délibère sur l'organisation des pôles d'activité et des structures internes. Il dispose de compétences élargies en matière de coopération entre établissements. Il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.
- La commission médicale d'établissement (CME) : Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est à la fois consultée et informée dans tous les domaines de la vie de l'établissement : organisation, investissements, financement. Elle donne son avis sur les orientations stratégiques de l'établissement, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants ainsi que sur la gestion prévisionnelle des emplois.
- Les pôles d'activité : Le directeur général arrête la structuration en pôles après concertation avec le directoire, sur avis du président de la CME et, dans les CHU, sur avis du président de la CME et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Les pôles d'activité clinique et médico-technique peuvent comporter des structures internes mais cela, sans obligation formelle : le directeur décide de cette organisation.

A la tête des pôles, un chef de pôle peut recevoir une délégation de signature permettant ainsi de bénéficier d'une autonomie plus grande et de mener une gestion au plus près des structures internes. La durée de leur mandat est fixée par décret à quatre ans renouvelables.

Ces instances ont été enrichies à l'aune de la mise en place des GHT par l'implantation de plusieurs organes à l'échelon du groupement, notamment le comité stratégique (COSTRAT) et la commission médicale de groupement (CMG). Aussi, Les GHT peuvent élaborer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) unique, un plan global de financement pluriannuel (PGFP) unique, un programme d'investissement unique, ainsi qu'un dispositif de mise en commun de leurs disponibilités de trésorerie déposées auprès de l'État.

Dans un contexte de crise hospitalière, la gouvernance des établissements hospitaliers a été repensée pour accorder plus de place au médical au sein même de la structure ainsi que dans les Groupements hospitaliers de territoires (GHT). Tensions sociales, problématiques d'attractivité, conditions de travail difficiles, manque de moyens et de financements : le malaise hospitalier, qui s'est traduit ces dernières années par différents

mouvements de grèves et de contestations de la part du personnel, a trouvé sa réponse gouvernementale par la mise en place du Ségur de la santé de mai à juillet 2020.

Ces consultations auprès d'un large panel d'acteurs du système de santé ont eu pour objet de réfléchir au regain d'attractivité de plusieurs items tels que les carrières, les plans d'investissement dans les établissements publics de santé, le management et enfin, la gouvernance hospitalière. Elles ont marqué une volonté de « médicaliser » la gouvernance, afin d'intégrer davantage les médecins dans les décisions stratégiques de l'hôpital, et de les articuler avec le périmètre des délégations polaires auprès des chefs de pôles. À cet égard, le rapport d'Olivier Claris, président de la CME des Hospices Civils de Lyon (HCL), remis en juin 2020 intitulé « Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière » s'est axé autour de plusieurs recommandations explicites sur la volonté de cette « médicalisation » :

- Revaloriser et investir les services de soins ;
- Conforter le binôme directeur-PCME ;
- Clarifier et associer les professionnels aux décisions ;
- Redynamiser les instances de gouvernance ;
- Proposer des parcours managériaux aux responsables médicaux ;
- Mettre en œuvre des délégations de gestion fortes ;
- Simplifier et redonner du sens au quotidien des soignants ;
- Impulser de nouvelles dynamiques partenariales aux niveaux du GHT et du territoire ;
- Simplifier les processus nationaux

Plusieurs de ces recommandations ont été reprises dans la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Le service et le chef de service deviennent un échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins et d'encadrement et les chefs de service sont reconnus légalement. De surcroît, ils doivent désormais remettre un projet de service qui s'articule avec le projet de pôle et, *in fine*, le projet d'établissement. Les directoires des hôpitaux ont également pour vocation de s'élargir à d'autres catégories professionnelles telles que les soignants, les étudiants et les usagers. Aussi, au-delà de l'aspect technique de la reconnaissance et de la composition des instances, une volonté de renouveau managérial s'est mise en œuvre. Désormais, le projet d'établissement doit intégrer des objectifs managériaux ("projet de gouvernance et de management participatif") afin notamment de prévenir les risques psycho-sociaux et les conflits et d'assurer l'égalité femmes-hommes. À cette fin, à l'issue des accords du Ségur de la Santé, le guide « Mieux manager pour mieux soigner » a été publié en août 2021 par

la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) afin de préciser les termes et les conditions de la « nouvelle gouvernance hospitalière », plus médicalisée, plus souple, plus humaine.

2.3 Un environnement concurrentiel et contraint économiquement

Si l'injonction à se remodeler constamment pèse fortement sur les hôpitaux publics, ils le font sous contraintes financières fortes. Depuis 2008, les établissements publics sont financés à 100 %⁶ par la tarification à l'activité (T2A)⁷. Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes. Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie. Les activités financées par la T2A sont soumises de fait à un objectif de rentabilité puisque le GHS fixe le tarif pour chaque type de patient, et l'hôpital doit maîtriser les moyens engagés au regard de ces recettes.

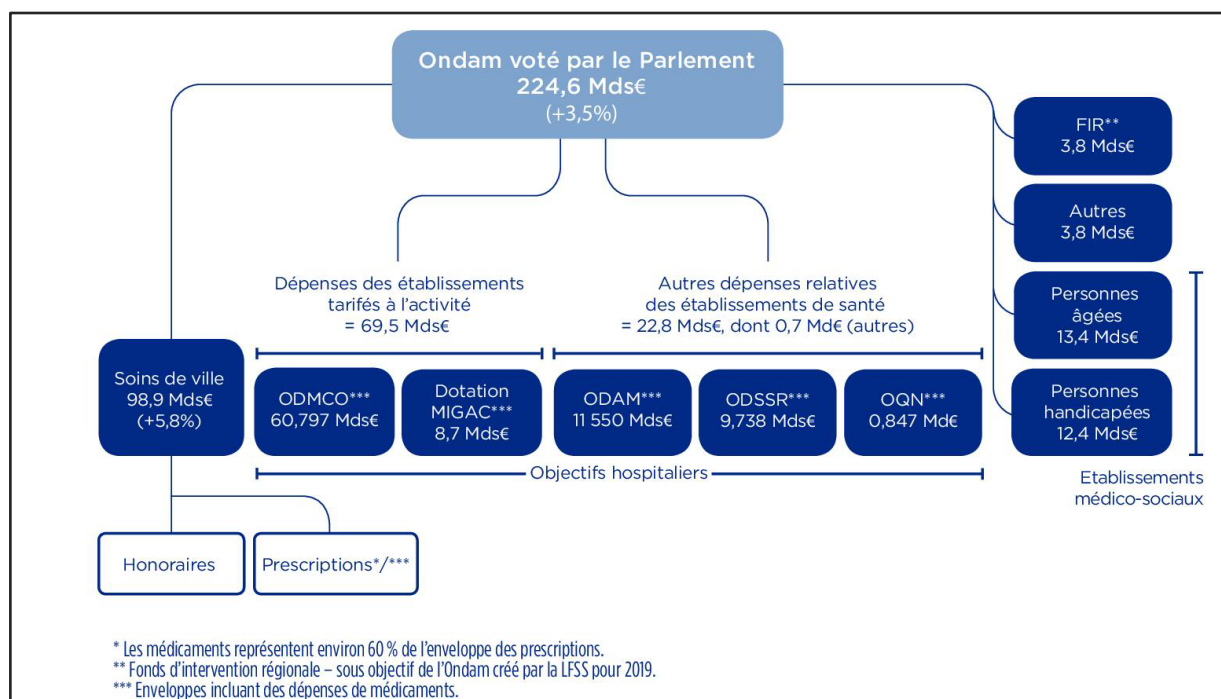
Les tarifs hospitaliers sont fixés par le Ministère de la Santé en regard de l'étude national des coûts (ENC). Leur évolution est définie, depuis les ordonnances du 24 avril 1996, par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il représente un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux. Voté par le Parlement, l'ONDAM ne constitue pas un budget mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé. En effet, le remboursement des prestations est effectué tout au long de l'année, même si les dépenses se révèlent plus importantes que prévues initialement. Jusqu'en 2010, l'ONDAM a été systématiquement dépassé. Depuis cette date, il est sous-exécuté, c'est-à-dire que les dépenses constatées sont inférieures à celles qui avaient été initialement prévues. La période de crise sanitaire de 2020 et de 2021 a interrompu cette tendance, les dépenses de santé étant fortement mobilisées pour faire face à la pandémie de la Covid-19.

⁶ Initié par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 22 à 34)

⁷ En réalité, un certain nombre d'activités demeurent financés par d'autres enveloppes que la T2A parce qu'elles sont soumises à des sujétions précises (missions d'intérêt général par exemple telles que la permanence des soins) ou parce qu'elles permettent de remplir des missions qu'on ne peut corréler à des objectifs de rentabilité (la recherche, l'enseignement). Le financement à la T2A s'élève en pratique en moyenne à environ 60 % de la totalité des budgets des établissements.

Toutefois, si l'enveloppe ONDAM peut être considérée dans son ensemble en termes de maîtrise des finances publiques, respectant en miroir des contraintes de prélèvement à l'impôt en lien avec les cotisations sociales, elle se compose de différentes sous-enveloppes qui financent des secteurs différents et évoluent différemment au fil du temps. Elles sont actuellement au nombre de quatre : les soins de ville, les établissements de santé publics et privés, les établissements médico-sociaux, les autres prises en charge. Plus finement, la sous-enveloppe des établissements de santé se décompose comme suit : les établissements publics et privés tarifés à l'activité au titre d'une part de leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO : objectif des dépenses de MCO), d'autre part de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, et de soins de longue durée : l'ODAM (objectif des dépenses d'assurance maladie) et l'OQN (objectif quantifié national).

Néanmoins, les leviers contraignant des sous-enveloppes sont inhérents à la nature des prestations. Il apparaît plus difficile de respecter l'ONDAM de soins de ville sans contrevenir aux libertés de prescription et d'installation des médecins, alors que les outils de maîtrise à l'égard des hôpitaux et de leurs directeurs sont liés à leur statut de fonctionnaire ainsi qu'aux contraintes pesant sur la gestion des hôpitaux (système de rémunérations des directeurs, supervision directe des agences régionales de santé sur la gestion).



Décomposition de l'ONDAM au titre de l'année 2021 (source : LFSS 2021)

Si l'ONDAM de soins de ville est régulièrement dépassé au regard du prévisionnel, l'ONDAM établissements de santé est systématiquement respecté, à l'exception de la

période de crise sanitaire. De surcroît, le taux d'évolution de l'ONDAM étant inférieur aux taux d'évolution naturelle des charges de personnel, les hôpitaux sont astreints perpétuellement à des mesures d'efficience afin de respecter l'ensemble des recettes qui leur sont allouées. Il est à prévoir que ces mesures seront d'autant plus fortes que le personnel hospitalier a bénéficié récemment de plusieurs mécanismes de revalorisation salariale importantes afin de répondre à une précarité croissante en lien avec un fort taux d'inflation et une réponse au défaut d'attractivité décrit ci-avant.

Par conséquent, l'hôpital doit innover, impulser une dynamique d'innovation tout en respectant des contraintes importantes qui pèsent sur lui. En parallèle, il fait également face à une révision du modèle hospitalier en interne. Ainsi se déploie dans un certain nombre d'établissements un management par projets qui structure l'organisation elle-même autour de cette démarche pour sélectionner les initiatives, les soutenir, les encadrer, les accompagner et les évaluer. Néanmoins, parce que chaque établissement détient ses propres spécificités, cette démarche prendra des formes différentes avec des caractéristiques particulières (implication des médecins, sélection et accompagnement des projets, définition des initiatives devant passer par le circuit etc.) qu'il s'agira d'étudier au moyen d'exemples s'appuyant sur des entretiens afin d'en faire ressortir des composantes communes et des plus singulières.

3 Étude sur la démarche projet au sein d'un panel d'établissements

Dans l'étude des différents établissements rencontrés, il s'agira de relever les éléments structurants, intangibles dans leur démarche projet (3.1) puis de lister à l'inverse les caractéristiques qui sont contingentes à chaque hôpital (3.2), pour enfin en faire une analyse synthétique.

3.1 Les éléments communs à l'ensemble des établissements

3.1.1 Une opportunité de faire « vivre » le projet d'établissement

Par la standardisation de leur circuit, les démarches projet assurent que les initiatives déposées et validées sont bien en adéquation avec l'ensemble supérieur, plus particulièrement avec le projet médical d'établissement. Pour nombre de professionnels, les projets médicaux d'établissement sont des « blocs monolithiques de plusieurs dizaines de pages », où chaque corps hospitalier a souhaité inscrire ses priorités, et le comité de pilotage a tâché de donner de la cohérence à l'ensemble. La difficulté émane de l'hyperspécialisation des fonctions médicales, médico-techniques (radiologie, pharmacie, biologie etc.), et logistiques (transport, blanchisserie, restauration etc.) ainsi que de la rapide obsolescence des axes stratégiques du fait d'une évolution très rapide des enjeux sanitaire et réglementaire. Pour cette exacte raison, de nombreux hôpitaux ont décidé ces dernières années, motivés par l'ère covid, de proposer un projet d'établissement nettement plus court et assis sur de grandes orientations qu'il s'agira d'alimenter au fil des cinq ans.

Les démarches projets vont permettre de conserver cette cohérence d'ensemble tout en garantissant la réactivité et l'adaptabilité nécessaires aux établissements publics de santé. La convergence des projets avec la stratégie de l'établissement peut s'effectuer de diverses manières. Durant l'instruction, ils peuvent être soumis à des critères, dont un ou plusieurs peuvent s'intéresser à la concordance avec le projet médical d'établissement. De surcroît, les fiches détaillées reprenant les caractéristiques des projets comportent le plus souvent un encart argumenté à ce propos. Aussi, les instances décisionnelles sont le plus souvent composées de membres de la communauté médicale, dont la présence permettra de juger de la pertinence au regard du projet d'établissement. Certaines sont même une sous-commission de la commission médicale d'établissement dans certains hôpitaux (*cf. l'exemple particulier du CH de Valenciennes en encadré*). Enfin, le passage quasi-obligatoire devant le Directoire, fortement médicalisé, permet également cet alignement stratégique.

L'exemple de la Commission Stratégie et Projets (CSP) au Centre hospitalier de Valenciennes

Dans le contexte particulier reconnu du CH de Valenciennes marqué par une forte délégation aux pôles d'activité médicale, la Commission Stratégie et Projets prend une forme particulière de cellule projets. Les pôles ont une délégation quasi-complète sur le portage de leurs projets avec les investissements associés qu'ils peuvent définir et financer eux-mêmes. Néanmoins, par souci d'alignement stratégique entre les pôles, tous les projets d'investissement d'envergure (d'un montant supérieur à 75 000 euros par exemple) sont soumis pour décision au Directoire après passage préalable en CSP. Cette instance, sous-commission de la CME, permet une implication globale des médecins à la fois en tant que porteurs de projets par les pôles et services concernés, qu'évaluateurs de la stratégie qu'ils souhaitent pour leur établissement en prononçant un avis défavorable ou favorable selon les règles de vote définies.

À cette fin, la CSP donne son avis sur des projets d'activités nouvelles et/ou de nouvelles organisations de structures médicales, médicotechniques et logistiques de l'établissement en :

- Se prononçant d'un point de vue stratégique sur tout investissement quelle qu'en soit la nature ;
- Contribuant au suivi de la mise en œuvre du projet médical d'établissement, en présentant annuellement bilan et évaluation des projets réalisés ou menés ;
- Évaluant les projets six mois à un an après leur fin de mise en œuvre (sauf autre recommandation de la Commission et/ou Directoire) ;
- Participant à la définition de la stratégie de l'établissement au sein du GHT, des GCS et des fédérations médicales inter établissements.

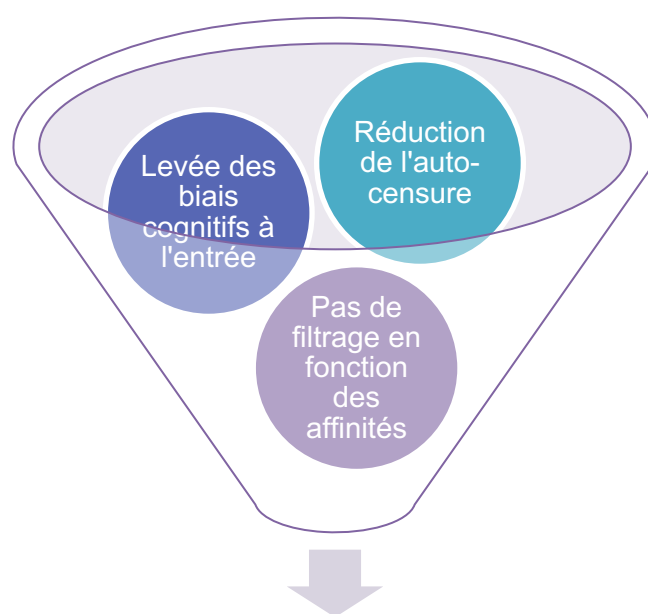
Les pôles ont un rôle de porteurs de projets. Ils désignent les personnes qui les mettront en œuvre au sein de leur structure, avec la contribution des fonctions support (l'ensemble des directions fonctionnelles, ainsi que la Cellule Méthode et Projet). Ces fonctions accompagnent les pôles porteurs de projet dans l'élaboration de leurs initiatives et de leurs *business plans* qui sont présentés à la CSP, en leur apportant une assistance technique et différentes expertises.

Sources : Délégation polaire. Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques (Guicheteau, 2019) ; Fabrice Catoire – Responsable Cellule Méthode et Projet, Direction de la Performance, CH Valenciennes.

3.1.2 La recherche d'une vision d'ensemble et transversale par l'instauration d'un guichet unique

Les démarches projets au sein des hôpitaux se matérialisent par la création d'un guichet unique, qui va devenir l'élément centralisateur de dépôt des projets et d'interlocuteur vis-à-vis des professionnels souhaitant porter de nouvelles idées.

Chaque projet doit être déposé via ce guichet unique, appelé cellule projets la plupart du temps. Il est utilisé soit l'adresse de messagerie électronique d'un professionnel de cette cellule, soit une adresse institutionnelle dédiée. Un onglet spécifique sur l'intranet est créé dans certains endroits. Ce dépôt constituera le point de départ du projet afin que sa pertinence soit évaluée au préalable de son instruction et de sa mise en œuvre. D'une part, cela permet d'éliminer le caractère discrétionnaire et subjectif de biais cognitifs ou de quelque affinité entre collègues et, d'autre part, de permettre à tout professionnel de proposer un projet, de ne pas s'autocensurer vis-à-vis d'un supérieur hiérarchique ou fonctionnel. C'est la cellule projet par la suite qui évaluera la pertinence du projet, et non la personne individuellement saisie. Dans la majorité des cas, un « visa du chef de pôle » est requis mais non limitant.



Guichet unique

« Le guichet unique est la représentation exhaustive des projets dans l'hôpital permettant à la direction de piloter » selon une responsable de cellule dans un CH. Il sert une vision d'ensemble cohérente avec la stratégie suivie. Toutefois, lorsque la notion de projet n'est pas bien circonscrite et admise par tous, beaucoup d'initiatives sont alors déposées,

demandant un travail important de tri et de pédagogie par l'instance ou la direction gérant le guichet unique.

3.1.3 Un facteur de reconnaissance et d'autonomie du personnel, influençant positivement le potentiel d'attractivité et de fidélisation de l'établissement

Selon les retours d'expériences, la dynamique de projets détient un enjeu indéniable en termes de reconnaissance et d'autonomie du personnel. Elle substitue une approche *bottom up* à une approche *top down* et implique une confiance de la part de la direction générale envers les professionnels de terrain, qui vont proposer des évolutions à partir de leur expertise. L'innovation n'est plus imposée mais découle d'un processus participatif accompagné par l'institution et les directions fonctionnelles. L'autonomie du personnel est recherchée puisque les contraintes de délais et de coûts sont négociées avec les porteurs de projets. Ces éléments peuvent être particulièrement mis en avant par la politique de communication des projets effectuée par les établissements de santé. Illustrant la légitimité du circuit et de l'importance de la direction générale dans celui-ci, plusieurs professionnels indiquent que « le visa cellule projet est recherché par les praticiens, cela symbolise un soutien institutionnel et un accompagnement pour le faire aboutir ».

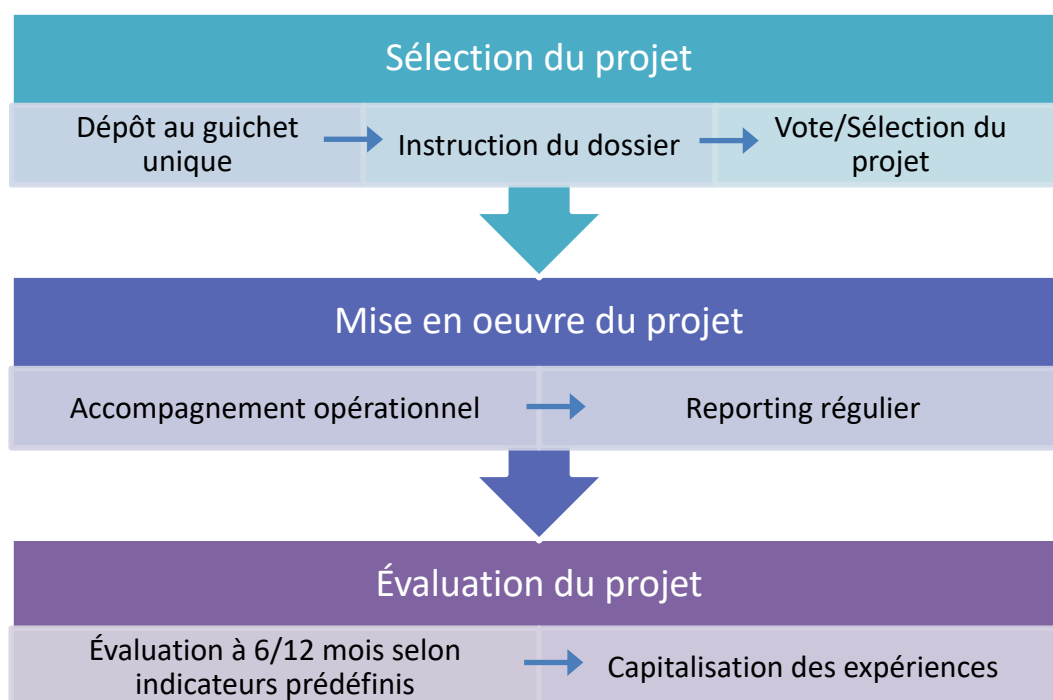
Plusieurs interlocuteurs admettent un lien de causalité positif entre cette démarche organisationnelle et l'attractivité ainsi que la fidélisation du personnel hospitalier. Elle crée un sentiment d'appartenance à une communauté dynamique et porteuse de nombreuses initiatives, lesquelles font l'objet de communication interne et externe. Aussi, parce que la démarche projet organise une sélection selon des critères transparents et une allocation des ressources décidée collectivement, le professionnel ne sent pas lésé par une procédure objective et se sent d'autant plus reconnu lorsque son projet est retenu. Cette justice organisationnelle impacte favorablement la motivation au travail (Greenberg, 1990).

Par ailleurs, le développement de marques hospitalières s'appuie sur l'esprit d'initiative et le dynamisme de leurs établissements. À ce titre, la marque Hospices Civils de Lyon s'appuie notamment sur « le sens et la force de l'engagement des professionnels et leur rassemblement autour de valeurs communes » ainsi que sur la « capacité collective d'adaptation et de réinvention positive permanente, au service des patients » (*cf. site internet des HCL*).

3.1.4 Un processus globalement bien décrit et intégré par les acteurs

La démarche projets est partout correctement décrite et illustrée par des logigrammes. Ces processus sont vivants et régulièrement revus au rythme des problématiques rencontrées. En effet, la force de cette approche est d'être organique et d'évoluer en fonction des obstacles dans une démarche d'amélioration continue de qualité des organisations.

Par exemple, certains établissements ont revu l'utilisation de critères de priorisation, qu'ils ont supprimé puisque ne les trouvant pas pertinents. Cela demeure une problématique qu'il s'agira de réintégrer, particulièrement dans une période de forte maîtrise des dépenses. D'autres s'aperçoivent que le nombre de demandes est particulièrement élevé et réfléchissent à un renforcement de l'équipe de traitement et d'accompagnement de la cellule projets ou d'une meilleure sélection des pré-projets. Enfin, la place des médecins dans les instances de la démarche projet constitue un curseur variable selon les établissements et selon la personnalité du directeur général.



Ils reprennent classiquement un même enchaînement d'étapes :

La naissance du projet

Le point de départ peut varier mais le projet naît d'une idée qui vise une action à accomplir dans un but déterminé. Il est nécessaire de faire une première analyse pour en dessiner les futurs contours. L'idée sera transformée en projet si elle respecte plusieurs conditions :

- Un caractère de nouveauté, ce qui dans les hôpitaux se matérialisera par des recettes d'activité nouvelles ;
- L'importance est suffisante pour justifier la mobilisation de ressources d'appui ;
- La désignation certaine de bénéficiaires, personnes ou structures.

Par conséquent, l'idée de projet passera devant une instance qui se chargera de définir si l'idée doit évoluer en projet. Cette instance décisionnelle agit comme un comité d'arbitrage, elle est plus ou moins médicalisée selon les établissements. Cependant, elle est souvent réduite pour ne pas alourdir la procédure.

Par définition, on parle ici de la future maîtrise d'ouvrage qui décidera de l'opportunité du projet, alors que la maîtrise d'œuvre tâchera de la déployer opérationnellement. Il est important de ne pas confondre les rôles, sous peine de créer une sorte de conflit d'intérêts.

L'étude d'opportunité

Une fois le projet matérialisé et avant de le lancer, il est vérifié qu'il possède les qualités requises afin d'arriver à son terme. La décision de déclencher le projet dépendra de la même instance décisionnelle, ou à défaut du Directoire lorsque la délégation n'est pas complète. L'instance décisionnelle est la plupart du temps différente de celle qui traite les dossiers.

Cette étude d'opportunité devra comporter plusieurs éléments qui permettront de fonder une décision :

- L'historique et l'origine du projet rappelant le contexte dans lequel il a émergé, ce qui a poussé le porteur à déposer son idée, les acteurs concernés et ce qui est attendu de l'étude d'opportunité.

Cette partie permettra de présenter le cadre général et de fournir des éléments de compréhension. Il est important également de saisir des aspects relationnels tels que la personnalité du porteur ou les contraintes externes fortes qui pourraient à terme empêcher le bon déroulé.

- Les objectifs généraux que le porteur souhaite donner au projet, les résultats à atteindre. Dans le secteur hospitalier, le but poursuivi peut être celui de permettre une nouvelle prise en charge à une patientèle cible (exemple d'une ouverture d'unité de dialyse à domicile afin que ces patients puissent avoir accès à une prise en charge plus compatible avec leur exercice professionnel ou leur vie personnelle).

En l'espèce, il sera attendu de cette étude des résultats concrets, mesurables, quantifiables.

- La compatibilité avec la stratégie de l'établissement, la concordance avec le projet médical d'établissement et le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.
- Un exposé des contraintes. Celles-ci sont de trois ordres : contraintes de délais, économiques, de qualité. Cependant, dans le secteur de la santé, il peut s'ajouter d'autres types de contraintes tels que les demandes d'autorisation d'activité, des compétences qualifiées, la réglementation (instructions, circulaires), les conventions juridiques avec d'autres structures.
Cette partie pourra aboutir à une révision des contraintes si elles paraissent irréalistes ou incompatibles avec les enjeux généraux.
- Une analyse des risques potentielles.

Il s'agit aussi de définir la maîtrise d'œuvre à cette étape. Alors que le maître d'ouvrage décide des projets qui doivent être lancés ou non, la maîtrise d'œuvre vise à déterminer qui sera le plus à même de le conduire, au moyen de la constitution d'un comité de pilotage. Dans le secteur hospitalier, le maître d'œuvre est généralement le porteur de projet, c'est-à-dire un médecin, qui possède déjà un haut niveau de compétences et un leadership reconnu dans la structure. Une fois le projet validé et lancé, le comité de pilotage deviendra l'organe décisionnel principal.

L'initialisation du projet

L'objet de cette phase est de définir les processus et les successions de tâches qui permettront au projet d'arriver correctement à son terme. Elle se base sur la contractualisation.

- Le choix du chef de projet est la première action à mettre en œuvre. Il est nommé par le maître d'ouvrage. Souvent le porteur de projet, mais pas systématiquement, il doit réunir différentes qualités : compétences techniques sur le sujet, des qualités relationnelles, managériales (savoir déléguer, savoir négocier, assertivité, savoir communiquer, contrôler).
- Une négociation s'engage entre le maître d'ouvrage et le chef de projet sur la faisabilité, les contraintes à respecter, une définition claire de l'objectif à atteindre.
- La remise d'une lettre de mission, généralement après validation définitive par l'instance décisionnelle (maître d'ouvrage).

Le lancement du projet

Une fois le projet officialisé, le chef de projet va s'atteler à suivre les tâches à suivre, leur ordonnancement, leur enchaînement et les risques potentiels. C'est à cette étape que va être constitué le comité de pilotage, une fois la répartition des tâches identifiée et les responsabilités afférentes.

Un peu plus tard pourra se mettre en place une première communication interne et externe du projet.

La vie du projet

Sans rentrer dans une description détaillée des actions à effectuer, les tâches et leur ordonnancement doivent être suivis. Ce suivi peut s'effectuer au moyen d'un tableau de bord qui permet de repérer les écarts entre le prévisionnel et le réalisé. Celui-ci devra être synthétique, lisible avec un délai de parution adapté pour ne pas alourdir le management par projets. Il devra faire un état des lieux des délais, des coûts, de la qualité.

La clôture du projet

Une fois le projet terminé, il faut capitaliser l'expérience acquise, faire une évaluation finale, rédiger le bilan, communiquer en interne et en externe, valoriser le travail de l'équipe projet.

3.1.5 Une activité davantage soutenue et dynamique

Par la centralisation des projets via le guichet unique ainsi que la transversalité des ressources mobilisées, l'activité semble plus dynamique et réactive grâce à cette démarche. Les projets peuvent se mettre en place rapidement. Un directeur d'un CH relève qu'« un projet d'hospitalisation de jour en pneumologie reçu du médecin en mars 2021 a pu être déployé en septembre 2021, soit 6 mois après, ce qui démontre l'efficacité du circuit ». Complétant cet aspect, une responsable médicale dans un autre CH ajoute que la démarche contribue à une certaine « agilité et une réponse rapide aux responsables médicaux, alors qu'auparavant ces demandes étaient noyées dans nombre de requêtes et que les réponses pouvaient mettre longtemps à arriver ». Cependant, elle relève que cette formalisation a pour conséquence que « la charge de travail est importante pour la direction », cela nécessite d'avoir « les bonnes ressources et les bonnes compétences ».

La moyenne annuelle des dossiers validés et portés dans les hôpitaux interrogés est de 20, sachant que les cellules projets traitant les projets se réunissent généralement 1 à 2 fois par mois alors que ce rythme est d'1 fois par mois pour les instances décisionnelles (les

membres sont souvent plus difficile à rassembler). Les dossiers peuvent être présentés plusieurs fois devant ces instances.

3.1.6 Des problématiques récurrentes dans la mise en œuvre et dans l'évaluation

Après l'étape de conception et de décision de « go » (étude de faisabilité), le projet va se mettre en œuvre puis s'évaluer à une échéance plus ou moins rapprochée. Cependant, c'est toute une phase d'action qu'il apparaît difficile à correctement exécuter pour une majorité d'établissements.

Concernant la phase de mise en œuvre, il revient régulièrement que la transversalité des projets complexifie leur déroulement. Tel que développé précédemment, un projet peut avoir besoin du concours de plusieurs directions. Notamment, il pourra être nécessaire d'effectuer des recrutements de soignants, d'agents administratifs et de médecins, impliquant les Directions des Ressources humaines et des Affaires médicales. Leur coordination demeure capitale car la période de recrutement n'est pas anodine et doit s'accorder avec les « sorties d'école » ou des fenêtres temporelles particulières. Celles-ci ne sont qu'à des moments précis dans l'année (à la fin de l'année universitaire, en fin d'été, pour simplifier). De surcroît, le délai de recrutement doit être anticipé puisqu'avant que le nouvel agent ou médecin soit embauché au sein de cette activité nouvelle, il est nécessaire de sonder en interne les possibilités de recrutement, et à défaut, publier une offre d'embauche sur les plateformes habituelles, faire passer des entretiens et choisir un(e) candidat(e). En parallèle des ressources humaines, il y a de nombreux aspects à appréhender également, tels que l'achat de matériels, biomédicaux notamment, assurer les travaux nécessaires en lien avec le planning d'ouverture prévisionnel. Cette dimension intègre parfois l'obligation à faire appel à des marchés publics (travaux de construction, achat d'équipements biomédicaux lourds, logiciels ...), avec parfois des demandes d'autorisation d'activité à acquérir auprès des agences régionales de santé (ARS). Les aspects logistiques (accessibilité, parcours patient, transports) sont aussi à prévoir, au même titre que la dimension communicationnelle d'un projet. Une mauvaise coordination peut nuire, voire mettre en péril, à la réussite du projet et conduire à une dégradation significative du bilan médico-économique. En effet, un décalage des moyens (humains et matériels) et de l'activité ne peut qu'impacter le budget réalisé au regard du prévisionnel, et *in fine*, avoir des conséquences sur la sincérité de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'hôpital.

De nombreux retours d'expériences affirment que cette coordination dans la mise en œuvre s'avère souvent difficile. Elle manque souvent d'une vision d'ensemble et d'une véritable méthodologie de conduite de projet qui requiert des outils (répartition des tâches, rétroplanning, délégations) qui ne sont pas systématiquement mis en place, où l'articulation des différentes phases du projet n'est pas tout à fait anticipée. Le motif le plus récurrent est celui du recrutement, articulé de manière perfectible avec les besoins du projet, même si ceux-ci ont été correctement identifiés initialement. De plus, la difficulté d'avoir une remontée d'informations des données de terrain revient régulièrement, spécifiquement les acteurs et les outils de la circulation de l'information.

Afin d'assurer une meilleure coordination, plusieurs hôpitaux ont mis en place une Direction des Opérations et des Projets (DOP). « Largement implantée dans le monde industriel et des services, la fonction de direction des opérations (DOP) assure un lien très opérationnel entre la vision stratégique, les projets d'optimisation/transformation internes et les outils de pilotage associés. Transposée à l'hôpital, il s'agit d'apporter une véritable expertise interne et un support méthodologique sur les problématiques d'optimisation des processus, de soins et médico-techniques, afin de soutenir et épauler les professionnels de santé » (ARS Île-de-France. 2016. La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante en établissements de santé). Elles peuvent avoir pour mission de coordonner la démarche projet mais aussi la mise en œuvre de ceux-ci en termes méthodologiques et managériaux. Dans les établissements où les espaces de coordination et de discussion n'ont pas été correctement clarifiés, des réunions informelles palliatives se sont formées.

Les missions d'une DOP : L'exemple du CHU de Rouen

« La direction des opérations et de la performance (DOP) a pour objectif de piloter en direct ou en coordination différents projets de modernisation de notre CHU. L'innovation doit permettre d'être performants pour améliorer la qualité de la prise en charge et des soins au service du patient. S'appuyant sur les compétences d'une équipe pluridisciplinaire, la DOP met en place une méthodologie de management agile et propose des outils adaptés à chaque projet. Elle contribue à favoriser la synergie, l'auto organisation en privilégiant l'intelligence collective, pour obtenir des décisions concertées, et assure la communication auprès de tous les acteurs concernés à chaque phase d'avancement des projets. »

Source : Site internet du CHU de Rouen (<https://www.chu-rouen.fr/service/direction-operations-performance/>)

La phase d'évaluation du projet est primordiale dans la démarche. Les instances de décision la fixent généralement à 6 ou 12 mois selon les projets, et précisent également les indicateurs qui serviront à conditionner de la bonne réussite de l'initiative. Cependant, plusieurs difficultés remontent quant à celle-ci, et dans une grande majorité d'établissements interrogés. Les évaluations sont systématisées, généralement devant les instances décisionnelles, mais sont souvent sans conséquence, ou alors peuvent faire l'objet d'une rectification des objectifs et des moyens alloués. Elles n'ont que peu de conséquences pour diverses raisons :

- La dimension politique et les bénéfices autres que financiers d'un projet : À la différence d'une entreprise industrielle ou prestataire de services, l'hôpital public conserve un lien fort avec la sphère politique parce qu'il fournit un service public de première nécessité, dont l'importance pour l'exécutif (national, régional, départemental, communal) est significative. Chaque strate politique détient un intérêt à ce que l'offre territoriale de soins soit maximale et que les dernières technologies soient disponibles au niveau local. Cet enjeu s'est vu renforcé avec les débats polémiques autour du nombre de lits de réanimation ou du nombre de soignants ces dernières années, débats qui se sont intensifiés pendant la crise sanitaire de la Covid-19. Du reste, certains porteurs de projet peuvent jouir d'une place imposante dans l'échiquier des personnalités de l'établissement (au premier duquel se place le président de la commission médicale d'établissement). Les indicateurs d'évaluation sont fixés par l'instance décisionnelle. Ils sont le plus souvent axés sur l'activité (nombre d'entrées, nombre d'hospitalisations, nombre d'actes techniques) et sur le financier (recettes d'activité) alors que les avantages peuvent être autres. Par conséquent, certains projets ne peuvent être arrêtés ou diminués, voire conduire à la reprise de moyens, sans un coût politique certain, ce qui explique que l'évaluation ne donne lieu le plus souvent qu'à une action modérée, voire aucune.
- Une mise en œuvre insuffisante : « Pour parler d'évaluation, il faut assurer une bonne mise en œuvre ». En effet, il semble régulièrement admis que l'évaluation, bien que négative, ne donne lieu à aucune conséquence lorsque la « faute » découle d'un défaut de coordination des directions fonctionnelles.
- Pour fait exceptionnel : Des faits extraordinaires ont pu contrarier le projet, et donc son évaluation. Celui-ci est généralement praticien-dépendant, son absence a pu le ralentir. Aussi, la crise sanitaire constitue une « excuse » facile de difficulté de mise en œuvre d'un projet. Dès lors que la crise n'est pas tout à fait terminée et que ses

effets se font encore ressentir sur l'activité ou sur le recrutement de personnels, l'évaluation peut être régulièrement remise en cause.

Une évaluation non rectifiée ou des moyens non repris lorsque le projet n'a manifestement pas les bienfaits escomptés peut impacter durablement la santé financière d'un établissement. Elle provoque un « effet cliquet » dans les dépenses qui ne sera pas couvert par des recettes d'activité suffisantes, équivalent à une marge d'exploitation négative, réduira durablement la capacité d'autofinancement. Si cette dernière se dégrade, la capacité d'investissement suivra la même tendance et entravera les possibilités d'innovation ou de renouvellement des immobilisations et équipements médicaux. *De facto*, une évaluation dépossédée de moyens d'action pourra avoir des effets durables sur la gestion si elle n'est pas maîtrisée ou quantifiée.

3.1.7 Une difficulté à impliquer des pôles ou des praticiens qui ne sont pas dans une dynamique de projets

Le management par projets s'appuie sur la capacité d'initiative des porteurs de projets. Si les délégations de pouvoir et de gestion se développent afin de renforcer l'autonomie des professionnels, notamment les chefs de pôle, cette dynamique managériale présuppose que tous les professionnels adhèrent à cette « philosophie » et seront force de proposition en termes de projets.

À ce titre, les établissements du panel remontent deux difficultés. La première est celle d'une inégalité dans l'initiative des pôles d'activité. Certains proposent beaucoup de projets alors que d'autres non. Cette différence est due à la personnalité des professionnels, chefs de pôle, plus qu'à des secteurs plus innovants que d'autres. Reconnaisant l'autonomie à ces professionnels, il est difficile pour la direction générale de substituer à un chef de pôle qui ne formule que peu de projets. Aussi, la deuxième difficulté en lien avec la première est celle d'un projet médical que la direction générale souhaite mettre en œuvre mais qu'aucun praticien ne se saisit véritablement, alors même qu'il est en lien avec le projet d'établissement.

Il s'agit là de pointer aussi le « côté sombre » du management par projets, celui du mythe d'une dynamique heureuse et exaltante de porter des projets, ainsi que d'une perpétuelle mise en mouvement de l'organisation. Le projet peut aussi être destructeur de sens, d'une déstabilisation du système, et peut à ce titre provoquer inquiétude et stress (Asquin, Garel, Picq, & Mellott, 2010).

Enfin, il est difficile d'établir un intéressement au dynamisme de projets. Plusieurs établissements ont pu penser mettre en place un système de rétribution en fonction de divers critères (respect des contraintes d'absentéisme, objectifs d'activité etc.) et y ont rajouté le nombre de projets menés à leur terme durant l'exercice.

Cependant, le décret du 22 juillet 2021 rajoute une gratification supplémentaire puisqu'il précise le contenu de la prime d'engagement collectif, décidée suite aux accords du Ségur. Cette prime a pour objet de « favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches ». La base de référence de la prime est fixée à 300 euros bruts.

Rattacher les projets à cette mécanique d'intéressement soulève deux questions. Il suggère que tous les pôles d'activité sont égaux dans leur capacité d'initiatives alors que ce n'est pas le cas, et que, du reste, leur acceptabilité est liée à leur concordance avec le projet d'établissement. La fixation des critères d'éligibilité devra être équitable. Il suppose également que la rémunération est un facteur suffisant de propension à l'innovation pour les équipes alors que celle-ci repose davantage sur l'organisation établie pour faciliter et accompagner les nouveaux projets.

3.1.8 La place des patients s'avère restreinte, voire inexistante

Au-delà d'une simple mesure de leur satisfaction, les patients sont peu, voire pas, impliqués dans la démarche projets, que cela soit dans l'instruction, la sélection, la mise en œuvre ou l'évaluation des projets. Les établissements admettent qu'il est de leur responsabilité de les intégrer davantage et que c'est un versant important de la démocratie en santé mais ne savent pas tout à fait comment, au sein de quelles instances, sous quelles modalités, les faire participer à la dynamique. Les patients sont présumés peu compétents pour donner leur avis sur des projets complexes, ou pour aider concrètement à leur mise en œuvre.

3.1.9 L'intégration dans la démarche des spécialités dites « transversales »

L'incidence des projets sur les spécialités transversales est souvent sous-évaluée. Les activités nouvelles, telles que le développement d'une spécialité en hospitalisation de jour ou le déploiement d'un nouveau type de radiologie interventionnelle, ont systématiquement des effets sur les spécialités transversales. Ces dernières sont la biologie, l'imagerie, la

pharmacie mais aussi des fonctions support telles que la stérilisation, la logistique (brancardage, transports sanitaires), la restauration.

Or, une activité nouvelle peut nécessiter une demande supérieure en actes techniques mais peut également dans certains requérir une articulation organisationnelle différente avec les spécialités transversales. À titre d'illustration, reprenant l'exemple d'un développement en hospitalisation de jour, cela suppose que le plateau technique soit disponible pour ces patients le jour de leur venue, le cas échéant les critères de codage ne sont pas retenus, et que son parcours soit formalisé. Aussi, cette incidence n'est souvent pas intégrée à l'évaluation médico-économique du projet alors que des initiatives d'envergure peuvent entraîner à terme un recrutement de personnels médico-techniques ou l'acquisition de nouveaux équipements.

3.2 Certains éléments varient selon le type, la taille et l'histoire de l'établissement

3.2.1 Une organisation différenciée du processus projets selon les hôpitaux

Si la démarche projets est correctement décrite dans chaque établissement, elle varie d'une structure à l'autre, selon son histoire, sa taille, l'implication de la direction générale. Il existe plusieurs alternatives de modélisation du processus. Cette différenciation pourra se constater par l'observation de l'organigramme et le positionnement de la cellule projet dans celui-ci. À l'exception des petits établissements, la cellule projets qui va recevoir les dossiers, accompagner les porteurs dans l'étude d'opportunité, voire dans la mise en œuvre, est à distinguer de l'instance décisionnelle.

A) Rattachée à la Direction des affaires financières

Dans cette organisation, la démarche projet est cadrée par la Direction des finances, qui fait office de guichet unique pour les projets. Elle coordonne la sélection et la mise en œuvre des projets. La décision « go or no go » reste de la responsabilité du Directoire ou de la Direction générale.

Les instances (décision et projet) du processus sont souvent peu médicalisées.

Cette configuration se retrouve surtout dans les démarches « jeunes ».

Exemple d'organisation n°1 : Le CHU de Saint-Étienne

Sortant d'une longue période d'assainissement financier, le CHU de Saint-Étienne souhaite stimuler son activité par la mise en place courant 2022 d'une démarche projet et une méthodologie d'encadrement de l'investissement soutenu par une nette amélioration de la capacité d'autofinancement⁸. Il figure aujourd'hui parmi les CHU avec la marge brute d'exploitation la plus élevée. Les projets existaient auparavant mais ils manquaient d'instruction et de suivi, notamment par un défaut de coordination et de circulation de l'information.

Dans ce futur circuit, la Direction des finances et du contrôle de gestion (DAFCG) fait office de guichet unique en recevant une fiche d'opportunité par projet. Suite à cela, le comité projets (réunissant DGA ou SG, DAM⁹ et Directeur de la Recherche, CSS, Président de la commission des équipements médicaux de la CME, Président de la commission de recrutements médicaux de la CME) rend un avis circonstancié selon l'opportunité et une première instruction technique, juridique et économique du projet.

Ensuite, ceux retenus devront passer devant la Coordination projets (COPROJ) dont la finalité est plus administrative et vise à en arbitrer selon différents aspects du projet (amélioration de la qualité de prise en charge, efficacité, organisation, attractivité et recherche). Cette instance réunit l'équipe de direction (DGA, DAFCG, DRH, DAM, DS, DRM, DirCom, Directeurs délégués de pôle¹⁰). Cette instance donnera une première fois sa décision pour approfondir l'instruction entre les directions et le pôle (le cadre administratif de pôle, rattaché à la DAFCG, a un rôle de relais), puis une deuxième fois pour acter son lancement.

Une fois la décision de déploiement prise, le projet passera devant différentes instances pour avis (particulièrement le nouveau comité social et économique (CSE) s'il impacte les organisations de travail) puis le Directoire pour obtenir une décision formelle.

À la phase d'évaluation, le bilan de la mise en œuvre du projet sera présenté au Directoire, qui pourra reprendre les moyens si les effets prévus ne sont pas effectifs.

⁸ « La capacité d'autofinancement (CAF) est un ratio financier qui montre la capacité de l'entreprise à autofinancer son cycle d'exploitation et à générer de la richesse. La CAF représente un flux potentiel de trésorerie pour l'entreprise, soit sa rentabilité. » (*L-expert-comptable.com*)

⁹ DGA : Directeur général adjoint / SG : Secrétaire général / DAM : Directeur des affaires / CSS : Cadre supérieur de santé

¹⁰ DRH : Directeur des ressources humaines / DAFCG : Directeur des finances et du contrôle de gestion / DS : Directeur des soins / DRM : Directeur des ressources matérielles / DirCom : Directeur de la communication

B) Rattachée à la Direction Générale

Dans cette situation, la démarche est rattachée à la direction générale, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une DOP ou d'une Direction de la stratégie (le plus souvent). La direction générale préside les instances d'instruction et décision, le passage en Directoire n'est généralement qu'informatif. Les instances sont assez médicalisées. Cette organisation reflète d'une démarche plus « mature » qui a industrialisé son processus pour faire face à la demande des projets et proposer un appui méthodologique par une direction ou un service dédié. Le soutien du directeur général confère la légitimité nécessaire à l'instruction et la coordination de la mise en œuvre des projets.

Exemple d'organisation n°2 : Le CH d'Eaubonne-Montmorency

Les projets sont déposés auprès de la Cellule projets, créée en 2021, dépendante de la Direction de la stratégie et de la performance. Cette direction va faire le lien avec les autres directions fonctionnelles.

La cellule projets est peu médicalisée et davantage dans un format d'opérationnalité (« il y a une volonté d'aller assez vite » selon le Directeur de la stratégie et de la performance) puisqu'elle contient le Directeur de la stratégie et de la performance, le PCME, les porteurs de projets et des contrôleurs de gestion, d'autres services selon les besoins (ingénieurs biomédicaux, direction des travaux). À l'inverse d'une organisation en silos qui prévalait auparavant, la cellule apporte de la transversalité et un accès aux éléments facilité par l'appui de la direction générale.

Une fois validé par la cellule projets, les projets sont présentés pour décision de lancement au Directoire par le Directeur de la Stratégie et le médecin référent du projet.

Les critères de sélection sont la concordance avec la stratégie médicale (renforcer le positionnement territorial), l'amélioration du service rendu au patient, l'efficacité des moyens utilisés (évaluations médico-économiques en coûts complets, étalées sur plusieurs phases).

Exemple d'organisation n°3 : Le CHU de Nancy

À l'instar du CHU de Saint-Étienne, le CHU de Nancy a connu un endettement financier important. La création de la Cellule d'étude des projets (CEP) en 2017 a permis de redonner du souffle dans un tel contexte. Selon la Cheffe du Département Stratégie, Innovation et Territoire, « ce n'est pas parce qu'un établissement est endetté qu'il ne peut pas innover ». Dépendant de ce département, la cellule accompagne l'instruction, donne son avis sur l'opportunité des projets avant la présentation en directoire, et fournit les outils d'évaluation.

Elle n'étudie que les nouvelles activités, présentées par un médecin ou un cadre supérieur de santé, ou les projets dont l'objet est l'amélioration du parcours patient. Elle ne s'intéresse pas au renouvellement de l'existant.

Sa composition est paritaire entre médecins et directeurs (PCME, médecins représentatifs nommés, chefs de pôle, équipe de direction (*dont Directeur des soins et Directeur de l'Information médicale*)).

L'objectif poursuivi à terme est celui d'un élargissement de la notion de projet afin d'inclure des innovations d'autres domaines, sans créer de nouvelles instances, et d'encourager davantage de projets soignants.

C) Rattachée à la CME

Un établissement étudié dans le panel, le Centre Hospitalier de Valenciennes (**exemple n°4 d'organisation**), a fait le choix de placer une majeure partie de sa démarche projets sous la responsabilité d'une sous-commission de la commission médicale d'établissement. Les instances sont donc fortement médicalisées et révèlent une culture d'organisation marquée par une délégation approfondie envers les pôles, plaçant les directions fonctionnelles en support de la bonne gestion de ces structures internes. Le circuit projets est présenté précisément en *annexe n°3*.

D) Une organisation mixte : le CHU de Nîmes

La gouvernance du CHU de Nîmes est fortement médicalisée. Elle s'articule autour de délégations médico-administratives (recherche et innovation, projets médicaux, parcours patient, systèmes d'information et intelligence artificielle, information médicale et activité, qualité et gestion des risques) impliquant un transfert de compétences. La présidence de chaque délégation est assurée par un praticien hospitalier.

Exemple d'organisation n°5 : Le CHU de Nîmes

La délégation aux projets médicaux est présidée par un praticien nommé par le PCME. Elle est co-animée par le Directeur adjoint en charge de la direction de l'offre de soins. Elle fait office de guichet unique de dépôt des projets.

Selon un circuit détaillé en *annexe n°2*, la délégation analyse et instruit les projets médicaux d'extension d'activités médicales existantes ou de nouvelles activités.

Les perspectives à terme sont celles d'une formalisation du circuit projet. S'il est admis désormais par l'ensemble des professionnels de l'établissement, le CHU souhaite identifier clairement un processus adapté aux demandes qui n'apportent pas de révision d'un projet médical de service ou dont les moyens sont relativement mesurés (renforcement d'équipe, recrutement d'une infirmière en pratiques avancées), ainsi qu'à l'inverse à propos de projets particulièrement stratégiques s'appuyant sur le schéma directeur immobilier et requérant l'acquisition d'équipements lourds biomédicaux.

3.2.2 La définition du projet conditionne l'ensemble de la démarche

Les établissements ont retenu des définitions différentes de la notion de projet, ce qui conditionne la démarche en elle-même. Certains ont restreint l'éligibilité à la démarche exclusivement aux projets médicaux. Les porteurs de projet sont praticiens hospitaliers (médecins, pharmaciens) et les projets d'autres natures (logistique, recherche) sont renvoyées aux directions fonctionnelles auxquelles il revient d'organiser le traitement et l'accompagnement de ceux-ci. En effet, intégrer au périmètre de la démarche l'ensemble des projets conduit d'une part à une augmentation d'activité de la cellule projets qui requiert

du temps humain mais aussi des compétences particulières, lesquelles il est nécessaire d'arbitrer parfois afin de décider d'une prestation internalisée ou externalisée sur des activités très spécifiques, et peut déposséder les directions fonctionnelles d'une partie de leurs prérogatives, d'autre part. Cependant, la démarche projets, via des cellules d'appui méthodologique, s'avère pertinente pour tout type de projets. Aussi est-il également nécessaire de définir si les activités associées à des appels à projets (psychiatrie, missions d'intérêt général) rentrent dans le périmètre de la démarche, auquel cas ils requièrent une charge de travail supplémentaire significative pour une moindre valeur ajoutée.

À cet effet, plusieurs établissements ont tenté de cadrer les demandes selon des circuits mobilisant graduellement les ressources :

- Si la demande ne concerne que des moyens supplémentaires sans recettes : Elle ne rentre pas dans la démarche projets. Elle est adressée à la direction fonctionnelle correspondante ou suit un circuit dédié de dialogue de gestion, dont le risque est que la procédure demeure toutefois lourde.
- Si la demande concerne un projet avec des moyens et des recettes supplémentaires : Elle rentre dans le circuit projets.
- Si la demande concerne un projet d'envergure, particulièrement transversal avec d'importants investissements : Soit elle intègre le circuit projets, soit la direction générale affirme que son enjeu requiert un suivi particulier avec un comité de pilotage dédié.

Cependant, les frontières sont floues entre ces différents niveaux de projets. La discussion peut se faire sur l'expression de « recettes supplémentaires ». Les parties peuvent être en désaccord sur les bénéfices attendus, parfois surestimés par le porteur de projet, aboutissant à ce que la demande soit déposée au guichet unique, *a priori* le plus adapté pour ce dernier.

Aussi, les projets de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation ne sont pas toujours intégrés à la démarche, notamment parce qu'ils sont encore largement sous dotation globale. Les activités nouvelles se font par appels à projets en réponse à des financeurs externes.

Enfin, bien que nombre d'initiatives intègrent de plus en plus des filières territoriales, les GHT ne sont pas encore impliqués dans la démarche, du moins pas en termes d'instruction et de sélection des projets. Les difficultés invoquées sont celles d'une intégration insuffisante des établissements, et d'outils à disposition (financier, humains, système

d'information). Cette perspective rendrait la démarche significativement plus lourde avec des instances dédiées au niveau territorial, qui se superposeraient à celles en place dans chaque structure.

3.2.3 Une priorisation difficile

L'engagement dans une démarche projet entraîne une augmentation significative de la charge de travail, pour l'instance qui fait office de guichet unique, pour la cellule d'appui si elle existe, ainsi que pour les directions fonctionnelles. En effet, lorsque la démarche projet n'est pas formellement structurée, les contraintes de délais et de coûts sont nettement moins fortes sur le professionnel coordonnant la mise en œuvre ou sur les directions sollicitées. Afin de répartir équitablement la charge de travail et respecter les contraintes de chaque projet, il peut être envisagé de prioriser les projets. Des directions telles que la Direction des Ressources Humaines et Médicales, la Direction des Soins, sont systématiquement sollicitées. Une mauvaise répartition de la charge de travail fait peser le risque de goulots d'étranglement. Certains établissements admettent une priorisation « naturelle » par les pôles qui vont lisser en fonction de leurs moyens humains.

Cette volonté de priorisation se constate également dans des établissements où la maîtrise budgétaire est élevée, soit parce qu'ils sont engagés dans un plan de redressement (PRE) et contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) ou soit parce qu'ils souhaitent conserver une marge d'exploitation élevée en vue d'entretenir une dynamique d'investissement suffisante.

Les critères utilisés varient mais s'intéressent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'efficience médico-économique, l'efficience organisationnelle, l'intérêt en termes d'attractivité et de projet de recherche.

Néanmoins, si les critères de priorisation existent, ils sont peu utilisés et le manque de priorisation est un axe d'amélioration qui revient régulièrement, particulièrement si la démarche projet devient la principale modalité de déploiement des projets médicaux d'établissement en sortie de crise sanitaire. Le cas échéant, la priorisation se fait « naturellement » par les directions fonctionnelles ou les pôles dans la répartition de leur charge de travail, ce qui manque de pertinence stratégique et est donc source d'inefficience.

3.2.4 Des besoins de formation insuffisamment remplis

Il ressort que la formation est un levier majeur de performance de la démarche projets. En effet, le management par projets induit des compétences particulières et un esprit d'initiative à inculquer aux agents de l'hôpital. Plus spécifiquement, le degré d'acculturation des médecins au management et à la gestion est très variable d'un établissement à l'autre. Historiquement, certains hôpitaux connaissent un meilleur climat social et entretiennent de longue date une étroite collaboration entre la communauté médicale et la direction administrative. Aussi, lorsque la délégation est approfondie envers les pôles, les managers médicaux sont davantage rompus aux questions managériales et à la logique de gestionnaire, celle-ci englobant l'acceptation de la dimension médico-économique aux projets. Par conséquent, cette différence de culture selon l'hôpital conditionne aussi la forme que prendra la démarche projet. Elle sera fortement médicalisée dans des établissements où la délégation aux pôles est traditionnellement étendue.

Par ailleurs, cela nécessite de disposer de professionnels ayant des compétences en gestion de projets, tels que des ingénieurs. Ce sont des profils difficiles à obtenir, en interne et en externe.

Les porteurs de projets doivent bien comprendre les attendus de la culture projet, savoir faire preuve de leadership, œuvrer à la cohésion d'équipe en rappelant constamment les attendus ainsi que les échéances fixées. Cela requiert de savoir utiliser les outils, des techniques managériales, accessibles par la formation. De la même manière, les équipes doivent être formées à la démarche projets. La formation conditionne et assure la réussite des projets ainsi que la capitalisation de l'expérience.

Si c'est un point de vigilance, c'est toutefois un besoin qui peut être formalisé en interne et servir par conséquent à valoriser des professionnels « pilotes ».

3.2.5 Une communication présente ... mais peu structurée

La communication est systématiquement intégrée à la modélisation du projet et à la mise en œuvre. Elle est soit directement déléguée à la Direction de la Communication, soit demeure de la responsabilité du porteur de projet.

Toutefois, elle demeure peu formalisée et se limite bien souvent au consensus partagé qu'il faut communiquer via les réseaux sociaux ou le journal interne, pour seul objectif de « faire

connaître » l'initiative. Pour autant, la communication revêt beaucoup plus d'avantages que la simple visibilité. Elle peut avoir des effets en termes de marketing hospitalier, c'est-à-dire d'image de l'établissement qui se veut dynamique et à l'écoute de ses praticiens, afin d'être plus attractifs dans un contexte de pénurie de personnel hospitalier. Elle a également un volet de positionnement concurrentiel lorsqu'elle vise à communiquer aux médecins et soignants libéraux les projets novateurs à l'hôpital dans l'objectif d'expliquer le parcours patient type et que ces derniers orientent de préférence leurs patients vers la structure publique sur telle pathologie.

À l'image du CHU de Nîmes (*cf. encadré ci-dessous*), la communication contribue aussi à la reconnaissance envers des agents qui ne sont habituellement pas mis en lumière (cadres de santé, infirmiers) puisque les projets sont souvent portés par des chefs de service ou chefs de pôle, alors même que leur travail est autant indispensable à leur réussite. Aussi le projet, s'appuie sur une large communication aux médecins libéraux afin de présenter les avantages de la cardiologie interventionnelle pour leurs patients.

Cardiologie interventionnelle

Ouverture d'une Unité de Cardiologie Interventionnelle Ambulatoire

Photo des nouveaux locaux d'HDJ

Depuis début avril, le service de cardiologie du Pr Guillaume Cayla a développé son offre de soins de cardiologie en ouvrant 8 places de cardiologie interventionnelle ambulatoire. Situé dans le hall 1 au niveau -1 au sein des anciens locaux du laboratoire d'Anatomie pathologique, le service permettra d'effectuer un grand nombre de gestes en ambulatoire : coronarographie diagnostique, angioplastie en contexte stable, ablation des troubles du rythme par radiofréquence, choc électrique externe, remplacement de boîtier, fermeture de foramen ovale perméable (FOP). Une nouvelle offre de soins qui allie modernité et qualité pour les patients du territoire.

Photo Pr Cayla

Pr Guillaume Cayla
Chef de service de
cardiologie

Le développement de l'ambulatoire en cardiologie va permettre de réduire le temps d'hospitalisation pour une prise en charge plus efficace. « L'objectif de ce type de structure tel qu'elle a été imaginée est de limiter au maximum l'anxiété du patient au moyen d'une ambiance chaleureuse dans des locaux clairs et confortables », précise le Professeur Cayla. L'organisation se veut « à taille humaine, avec une petite équipe, où le patient est pris en charge par les mêmes soignants durant sa venue ». Les deux services (cardiologie ambulatoire et les salles de cardiologie interventionnelle) se trouvent sur une même unité de lieu au même niveau, avec un simple couloir à traverser, une véritable valeur ajoutée en terme d'efficacité et de réactivité. Par ailleurs, l'ouverture de ces places en hospitalisation de jour permettra de fluidifier les parcours des patients en cardiologie en libérant des lits d'hospitalisation pour des cas

complexes (un certain nombre de patients étaient pris en charge en hospitalisation de semaine mais relevaient de l'ambulatoire) et d'augmenter l'activité des salles de cardiologie interventionnelle. A cette fin, une quatrième salle de cardiologie interventionnelle sera ouverte prochainement, les travaux sont actuellement en cours. Cette nouvelle possibilité dans la prise en charge en cardiologie au CHU va faire l'objet d'une large communication interne et externe à l'établissement afin que l'ensemble des habitants du Gard puissent en profiter.

QR Comm' !

Afin de faire connaître cette nouvelle prise en charge ambulatoire, les cardiologues libéraux et les hôpitaux voisins vont recevoir un courrier personnalisé de présentation, avec un QR code renvoyant vers une courte vidéo présentant le projet.



Un projet de soin pensé collectivement

Madame Fesc

Cadre de santé

Rythmes : Quels sont les points forts de ce projet selon vous ?

Exemple d'article dans la revue interne Rythmes du CHU de Nîmes (rédigé par moi-même pendant mon stage)

3.3 Analyse de l'étude du panel d'établissements

L'analyse des démarches projets dans les établissements du panel étudié démontre qu'elles sont globalement jeunes (moins de cinq ans sauf des cas « précurseurs » tels que Nîmes, Valenciennes, Dijon), que leur essor se renouvelle en période post crise sanitaire avec notamment un appui significatif du gouvernement au moyen de son plan de soutien à l'investissement et de restauration des marges financières dans le cadre du Ségur de la Santé (dont 9 milliards d'euros prévus pour financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé et 6,5 milliards d'euros pour réduire leur endettement selon des critères bilantiels).

L'organisation des démarches projets est évolutive, d'année en année, et se perfectionne selon la nécessité d'intégrer de nouveaux enjeux tels que celui des patients qui est une volonté forte mais difficile à mettre en place, celui de la territorialisation des projets qui répondent à une gradation des soins et qui devrait être concertée avec les autres acteurs de santé. L'implantation de cellules projets, et donc de guichet unique, donne l'avantage d'avoir une « tour de contrôle » et une vision d'ensemble du dynamisme de l'hôpital ainsi que de sa répartition par service. Parce que l'environnement des hôpitaux semble toujours plus complexe et mouvant, de plus en plus d'établissements rédigent un projet d'établissement reprenant les grands axes stratégiques à suivre, dits « dynamique », « vivant » ou « ouvert », et visant à remplacer de longs documents s'étendant sur plusieurs dizaines de pages rapidement obsolètes au bout de quelques années. Le projet d'établissement, dès lors, énonce des grands axes structurants dans lesquels les projets déposés au fil de l'eau s'inséreront (la vérification de la concordance se fera durant le processus). *De facto*, cela renverse la logique puisqu'au lieu d'être hiérarchique et descendante, ce sont les praticiens (ou tout agent selon le périmètre des projets) qui font désormais vivre leur projet médical d'établissement, auquel ils ont généralement contribué de manière participative. Cependant, le chef d'établissement peut parfois se trouver déposséder de sa capacité d'initiative. Il peut lui être difficile de mobiliser sur certains projets qu'il juge incontournable.

Il existe plusieurs motifs d'échec d'un projet. En premier lieu, il peut avoir pâti d'un défaut de coordination dans sa mise en œuvre pour quelque raison qui ne lui permet pas d'être lancé dans les meilleures conditions. En second lieu, les projets sont fortement personnel-dépendant, et le départ ou l'indisponibilité d'un praticien ou d'un professionnel-clé conduise à un dysfonctionnement. En dernier lieu, l'hypothèse fondatrice peut s'avérer erronée, à l'instar d'une projection d'activité incorrecte. Cependant, un échec constitue la plupart du temps un enrichissement et un enseignement pour la démarche projet. Si le retour

d'expériences est organisé de manière sincère et transparent, il va permettre d'améliorer la procédure, la gouvernance du circuit, les modalités d'accompagnement. Dans le management par projets, l'échec conduit à une amélioration de la qualité et de la pertinence de la structure de l'établissement. En pratique, cela explique pourquoi les observations démontrent que les démarches ont évolué au fil des années dans un souci d'apprentissage organisationnel afin de s'adapter aux causes des revers.

La centralisation et la transparence de l'information dans un management par projets sont utiles aux chefs d'établissement dans le pilotage de l'organisation ainsi que dans l'exercice prospectif dont ils ont besoin. Ainsi, elle requiert une définition claire des rôles dans la circulation de l'information et ses modalités de remontées dans le suivi des projets. Elle induit aussi un climat de confiance et de responsabilisation envers les équipes instruisant et accompagnant les projets, mais également aux porteurs de projet qui les mettent en œuvre. De surcroît, elle permet d'intégrer des enjeux actuels tels que l'implication des patients, la responsabilité sociale et environnementale, en les rajoutant dans les critères à satisfaire au sein des études d'opportunité et de faisabilité des projets. À l'instar de la communication, ce sont de nouvelles compétences à acquérir, à appréhender et à intégrer qui feront partie de « l'hôpital de demain ».

Toutefois, le management par projets peut pâtir de son immaturité, mais aussi du fait que les organisations hospitalières sont complexes, composées de nombreux corps professionnels dont les zones d'influence varient dans le temps et dans l'espace. L'une des difficultés rencontrées est celle d'une collaboration équilibrée entre la communauté médicale et l'équipe de direction, reprise des constats de la « nouvelle gouvernance hospitalière » et du rapport Claris.

La démarche projet semble constituer *a minima* l'une des composantes de la nouvelle gouvernance et renforcer le binôme DG-PCME, non seulement au *top management* mais au cœur de la dynamique managériale. Néanmoins, lorsqu'elle est fortement médicalisée, elle peut être ambivalente. Il peut exister des antagonismes s'il y a une divergence d'alignement stratégique et d'objectifs à suivre.

Du reste, il reste à renforcer les compétences à disposition de la démarche projets, que cela soit en termes d'organisation humaine et matérielle (création d'une direction des opérations fournissant un appui méthodologique disposant des compétences et des outils adéquats) et de la formation envers le personnel afin de s'approprier les prérequis attendus. De plus, dans de nombreux cas les porteurs de projets sont désignés chefs de projet, nécessitant des compétences et des qualités précises, des prédispositions qui ne sont pas

toujours évaluées. Le management par projets nécessite d'être accompagné par un large plan de formation, d'une part parce qu'il implique aux professionnels et aux porteurs de projets d'avoir les compétences requises à cette méthode managériale, d'autre part car ce changement organisationnel peut rencontrer des résistances qu'il s'agit d'anticiper à tous les niveaux hiérarchiques et fonctionnels. Toutefois, cet aspect est encore insuffisamment appréhendé dans le panel étudié.

4 Proposition de méthodologie d'implantation d'une démarche projet au sein d'un établissement de santé

Au regard des retours d'expériences et de l'analyse des établissements du panel, il est possible de proposer une méthodologie de mise en place d'une démarche projet en reprenant les différentes étapes, (en amont (4.1), au lancement (4.2), pendant (4.3), à la fin (4.4)) et les points de vigilance qui constituent autant d'éléments critiques à la bonne réussite de cette dynamique managériale et organisationnelle (4.5).

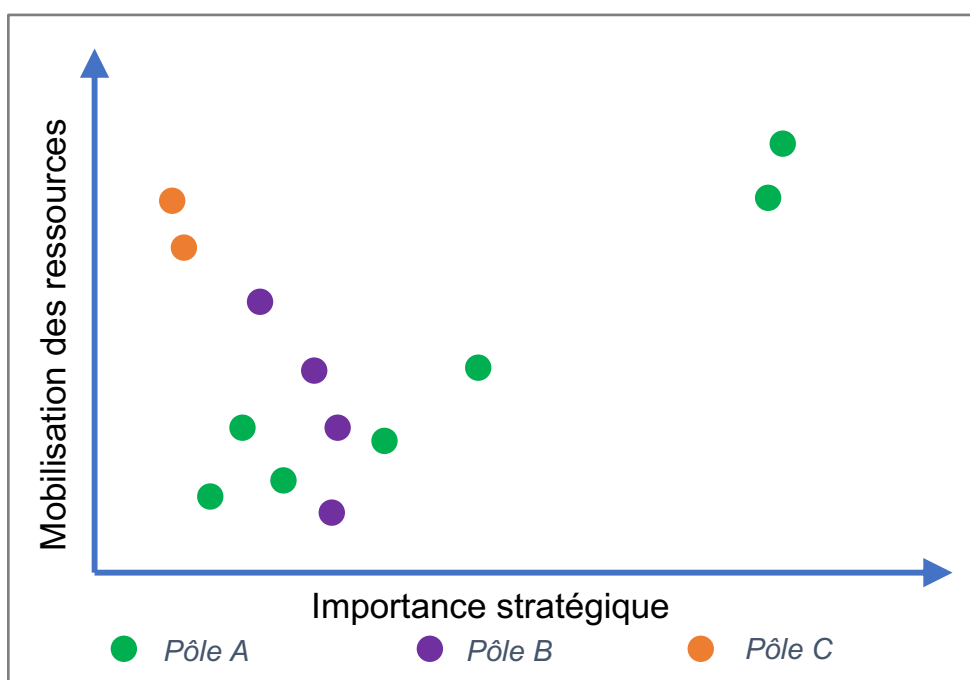
4.1 En amont de la démarche

4.1.1 Recenser les projets afin d'avoir une vision d'ensemble

Afin de se lancer dans ce type de démarches, il est essentiel de passer en revue l'ensemble des projets qui ont eu lieu dans l'établissement sur les trois ou quatre dernières années, soit l'horizon temporel d'un projet d'établissement. Chaque projet pourra être placé sur un graphique en prenant comme abscisse l'importance qu'il a stratégiquement, et comme ordonnée sa consommation estimée de ressources matérielles et humaines.

Cette répartition permettra d'avoir une vue d'ensemble des projets, d'obtenir un aperçu du dynamisme de chaque pôle et de directions fonctionnelles. Ainsi, elle indiquera une estimation de la charge de travail nécessaire.

Exemple de représentation de matrice



Suivant cette illustration, on remarque que le pôle A est nettement plus dynamique que les autres avec des projets très stratégiques pour l'établissement, alors que le pôle B lance davantage des petits projets dont la mobilisation des ressources demeure variable. À l'inverse, les projets du pôle C sont fortement consommateurs de moyens alors que l'importance stratégique est réduite.

Ce type d'analyse rappelle [la matrice stratégique établie par le Boston Consulting Group \(BCG\)](#) créée dans les années 1960 représentant son portefeuille d'activité selon la croissance du marché ciblé et la part de marché relative de l'entreprise. De la même manière, l'idée sous-jacente de la matrice BCG était de donner une vision d'ensemble des projets (un produit et/ou une activité en l'espèce) afin de prendre des décisions stratégiques. L'analogie dans le cas ci-dessus est identique, proposer un aperçu d'ensemble afin d'estimer les ressources à mobiliser, leurs types et leur adéquation avec la ligne stratégique, selon les pôles.

4.1.2 Définir clairement la notion de projet retenue

L'analyse du panel étudié a montré que le projet présentait des différences d'interprétation. Comme le démontrait Alfred Korzybski, fondateur de la sémantique générale, « *la carte n'est pas le territoire* ». Chaque individu se construit sa propre vision du monde et, par conséquent, en a sa propre représentation. Il n'existe pas de carte unique. Notre perception des mots est subjective et elle doit être objectivée pour être partagée par tous sur des notions communes. Tel est le cas de celle de projet.

La définition du terme conditionnera ainsi toute la démarche, les initiatives qu'elle intégrera, la charge de travail que cela entraînera ainsi que les risques qui pèseront sur ces différents projets. En effet, plusieurs établissements ont fait remonter qu'au début de leur engagement dans la démarche projets, ils avaient opté pour ne pas trier les dossiers déposés en admettant une définition large du projet. Ceux-là ont vite été submergés et ont dû redéfinir rapidement leurs circuits d'instruction, en renvoyant notamment les initiatives n'intégrant pas de recettes nouvelles (seulement des moyens supplémentaires pour renforcer une équipe soignante par exemple), soit vers les directions fonctionnelles dédiées (Direction des ressources humaines, Direction des affaires médicales), soit en créant un nouveau circuit spécifique. Cette dernière option présente le risque d'alourdir considérablement de « petites demandes » et rajouter une inertie supplémentaire aux structures, aux dépens de

la réactivité. Cela démontre que si le projet peut se définir à partir d'une « activité supplémentaire rapportant des recettes », il faudra organiser le traitement des autres types d'initiatives, soit les renvoyer vers la délégation de pôles en proposant un appui méthodologique, soit prévoir une réponse administrative.

Par ailleurs, il s'agira de définir le périmètre du projet, s'il demeure exclusivement à caractère médical ou non, s'il intègre les projets logistiques, de recherche ... qui peuvent avoir tout autant besoin d'un appui méthodologique. Cela revient à la question discutée ci-avant de la définition du terme. Du reste, une cellule d'appui méthodologique peut être mobilisée pour d'autres initiatives, sous respect de la maîtrise de la charge de travail.

4.1.3 Anticiper les freins au changement organisationnel

La mise en place d'une organisation managériale par projets représente un changement important, destructeur de sens (Asquin, Garel, Picq, & Mellott, 2010) afin d'en recréer de nouveau, pour un établissement public de santé pour lesquels il existe de nombreux freins de la part des professionnels qui peuvent entraîner des réponses comportementales ambivalentes, de l'indifférence à la combattivité en passant par un support actif (Bareil, 2009).

De facto, cela requiert l'application d'une méthodologie de conduite du changement qui nécessitera un appui institutionnel. Cela passera par 3 enjeux indispensables qui se baseront sur l'encadrement (Bareil, 2009) :

- Légitimer le changement par un dialogue soutenu avec les cadres et un accompagnement étroit afin de composer avec les déséquilibres et protéger leur intégrité ;
- Réaliser le changement en amenant les cadres à adopter un mode de gestion de projet et utiliser cette évolution pour développer de nouvelles capacités ;
- Favoriser l'appropriation du changement par lequel les cadres devront exercer leur leadership, accompagner les équipes à modifier leurs comportements et habitudes, considérer le changement comme une situation d'apprentissage, et l'aborder dans la perspective d'une démarche d'amélioration continue.

4.2 Au lancement de la démarche projets

Le management par projets constitue une démarche stratégique complète. Il faut en préciser clairement ses éléments : le processus, les instances, les outils, les moyens mis à disposition, ce qu'il est attendu à chaque étape. L'implication de la direction générale est indispensable. Chaque décision devra être consignée et mise à disposition des agents de l'hôpital.

4.2.1 Préciser les caractéristiques du processus de la démarche projets

A) Le degré de médicalisation

Il s'agit de déterminer collectivement le processus le plus adapté à l'établissement et à son histoire. Certains décideront de fortement le médicaliser, avec une représentation majoritaire de médecins dans les comités d'arbitrage et une direction générale renvoyée à une « validation administrative » sans réelle possibilité de refuser les projets validés sans assumer *a posteriori* un coût politique, ou à l'inverse mettre en place une majorité d'administratifs, les directions fonctionnelles, auquel cas cela perd une partie de son avantage de collaboration médico-administrative et de sa transparence. Toutefois, l'exemple du CH de Valenciennes montre la difficulté pour la Direction générale à faire instruire ses dossiers prioritaires lorsque la démarche projets est déléguée en grande partie à la communauté médicale.

B) La décomposition de tâches et de sous-tâches

La décomposition du processus doit être suffisamment précise et empêcher les « angles morts » qui créeraient des coûts cachés, dans une optique de qualité. Il est indispensable de bien consigner chaque décision prise et de prévoir à chaque étape l'ensemble des situations potentielles. Les processus étudiés ne font pas état de différences significatives entre eux. Il y a la première phase d'opportunité du projet où il sera étudié dans les grandes lignes afin soit d'être renvoyé vers un autre circuit, soit demandé à être davantage précisé, soit amené à engager une étude de faisabilité.

Suite à l'étape de faisabilité, le projet passera devant une instance décisionnelle qui prononcera son lancement, ou une demande de renseignements complémentaires. Par exemple, au CHU de Nîmes, il peut être décidé de s'appuyer sur la Délégation à

l'Information Médicale et à l'Activité (DIMA), présidée par un médecin, afin de renforcer l'étude de faisabilité par une analyse des données territoriales et du potentiel de file active sur la région, via la plateforme logicielle DIAMANT.

L'instance décisionnelle peut soit être une commission donnant un avis circonstancié, avec une validation par le Directoire (et donc la Direction générale par la suite), soit une instance avec une délégation. Dans cette dernière option, l'instance est souvent présidée, voire co-présidée, par la direction générale (ou adjoint).

Une fois le « go » décidé, le projet sera mis en œuvre, encore faut-il préciser les ressources que le porteur de projet pourra mobiliser.

Enfin, l'évaluation, un aspect important qui repose sur une mobilisation suffisante de moyens lors de la mise en œuvre.

C) Les instances

La place des instances est à préciser, leur composition ainsi que l'implication de la direction générale.

Schématiquement, 3 sont à relever dans la démarche :

- Le guichet unique : Il va recevoir les projets, rediriger vers un autre circuit le cas échéant. Il va organiser avec le porteur de projet l'étude d'opportunité et de faisabilité. Généralement administratif (DOP, DAF, autres), il peut être médicalisé dans des systèmes très délégatifs, même si l'accompagnement continue de s'effectuer par les directions fonctionnelles.
- L'instance décisionnelle : Elle décide du « go » ou « no go » du projet suite à l'étape de faisabilité. Si son degré de médicalisation dépend de plusieurs facteurs, l'implication et la confiance de la direction générale en celle-ci est indispensable. Aussi, toute décision doit donner lieu à une trace écrite. Dans certains cas, elle peut être incarnée par le Directoire, mais avec un fort travail au préalable d'instruction et de fiabilisation du projet. Elle s'occupe aussi des décisions suite à l'évaluation.
- La cellule d'appui méthodologique : Soit DOP ou structure *ad hoc*, elle va accompagner la mise en œuvre.

D) Le besoin de formation et la montée en compétences sur le management par projets

Les retours d'expériences ont montré que la prise en compte des besoins de formation induite par la démarche projet n'est pas systématique alors même qu'elle nécessite de nouvelles compétences qui conditionnent la réussite de celle-ci.

Cela requiert la diffusion globale de formations en dialogue de gestion dans l'établissement afin de comprendre les éléments d'attention et d'évaluation des projets. Aussi, les instances devront s'assurer que les équipes projets disposent des compétences adéquates.

E) Les évaluations médico-économiques

L'évaluation médico-économique est une étape importante de l'instruction du projet. Si elle n'est pas et ne doit pas être le seul critère d'analyse préalable, elle constitue souvent la condition *sine qua non* de la validité de la demande. Elle met en regard les coûts du projet avec les recettes attendues.

L'exhaustivité de ces évaluations dépendra de plusieurs éléments :

Les coûts directs/indirects, variables/fixes

Les coûts directs sont imputables à une prestation de services (exemple : charges de personnel), alors que ce n'est pas le cas des coûts indirects (exemple : charges d'administration). Certains peuvent être qualifiés de « semi-directs » parce qu'ils sont imputables au moyen d'une clé de répartition, à l'instar des charges de restauration (la clé de répartition serait certainement le nombre de repas commandés). Aussi, une autre classification s'intéresse aux charges variables, dont le montant suit le niveau d'activité (exemple : les dispositifs médicaux consommés), et les charges fixes, indépendantes de ce même niveau d'activité (exemple : le loyer).

Il est important de circonscrire les coûts qui seront calculés. Certains établissements ne se concentrent que sur le coût marginal du projet. Néanmoins, cela ne prend pas toujours en compte les mesures d'efficience attendues (mutualisation des équipes, meilleure durée moyenne de séjour etc.). À l'inverse, un calcul en coûts complets requiert une comptabilité analytique solide et des éléments loin du terrain pour le porteur du projet (de l'exemple de kilos de blanchisserie et de repas commandés en plus ...).

L'affichage des coûts fixes permet par ailleurs d'alimenter le plan d'investissement.

Le phasage

Le projet ne sera pas opérationnel dès la première année. Il faut donc établir les coûts et les recettes prévus pour chaque phase. Cela permet aussi d'avoir un aperçu de l'impact sur la trésorerie.

Le seuil de rentabilité

C'est le niveau d'activité qui permet, grâce à la marge réalisée (différence entre le niveau des ventes et les charges variables découlant implicitement du chiffre d'affaires) d'avoir les moyens de payer toutes les autres charges de l'exercice, c'est-à-dire les charges fixes. Le taux moyen sur coûts discrétionnaires (TMCD), proposé par Erwan Ollivier, professeur à l'EHESP, peut constituer un élément d'évaluation pour le niveau de rentabilité à retenir. Il présente l'avantage de se concentrer sur des charges et des recettes sur lesquelles le porteur de projet aura des leviers à disposition, telles que les charges de personnel et les produits d'activité.

Toutefois, la rentabilité intrinsèque de chaque domaine d'activité est variable. Certaines spécialités auront plus de difficultés à atteindre le niveau de rentabilité attendu parce que leur valorisation par les GHS est historiquement plus faible. Cet aspect doit s'intégrer dans l'analyse, cela conduirait à pénaliser systématiquement les initiatives de certains pôles.

Les activités transversales

D'autres spécialités peuvent être impactées par les projets à l'instar de l'imagerie, la pharmacie, la biologie. C'est une dimension à prendre en compte dans l'évaluation, sinon elles formeraient des coûts cachés qui pourraient erroner l'analyse médico-économique initiale.

Côté recettes, il s'agira de décider si les produits annexes doivent être intégrés ou non, tels que les produits liés à l'activité de recherche suite au recrutement d'un nouveau praticien.

F) Définir des critères de priorisation

Il s'avère indispensable d'établir une méthodologie de priorisation entre les projets. D'une part, pour sélectionner les projets, et d'autre part, pour répartir la charge de travail de la cellule d'appui méthodologique, des directions fonctionnelles et des pôles.

4.3 Pendant le projet

4.3.1 Formaliser un appui méthodologique

Le déploiement des projets dans les établissements publics de santé est un point faible à ne pas négliger. Aussi, sans mise en œuvre solide, pas d'évaluation légitime. Les projets sont généralement transversaux et une bonne coordination est indispensable. Un projet est toujours pluridimensionnel qui requiert une intégration des enjeux en plusieurs domaines tels que :

- Des recrutements de personnels (DRH/DAM/DS) ;
- Des travaux à effectuer (DRM) ;
- Des équipements à acquérir (DRM) ;
- Un système d'information à optimiser et à interfacier (DSI) ;
- Une réorganisation médico-soignante des services (Chef de service/DRH/DAM/DS) ;
- Des problématiques logistiques, économiques et financières (DRM/DAF) ;
- Un plan de communication (DirCom).

Qu'elle se fasse au sein d'une DOP ou sous une autre organisation (l'exemple de la Cellule Méthodologie et Projets (CMP) du CH de Valenciennes), cette structure d'appui doit réunir plusieurs qualités :

Une reconnaissance et/ou une délégation par la Direction générale

La position de la cellule d'appui méthodologique dans l'organigramme est importante. Elle requiert une légitimité suffisante pour que ses préconisations de coordination soient suivies par les directions fonctionnelles et les responsables médico-soignants, « il faut qu'elle soit relativement haute pour ne pas tomber dans les jeux de pouvoir entre directions ».

À cet effet, les DOP sont des directions créées *ex nihilo* et rattachées directement à la Direction générale.

Une équipe avec des compétences (ingénieur projets)

Ces cellules d'appui méthodologiques nécessitent des compétences en termes de structuration et d'accompagnement des projets. À cette fin, elles peuvent aussi assumer la chefferie de projet en propre. Elles sont composées de plusieurs ingénieurs projets (seuls les Hôpitaux Universitaires de Genève se démarquent par une équipe importante de personnels qualifiés dans le domaine de la gestion de projet), soit recrutés en interne dans

le corps des ingénieurs hospitaliers ou attachés d'administrations hospitaliers, soit recrutés en externe, ces compétences étant difficiles à acquérir parmi le personnel hospitalier.

Les ingénieurs projets sont polyvalents et sont spécialisés dans les processus industrialisés et la gestion de projet, ce qui leur permet de calquer une méthodologie sur n'importe quel type de projet.

4.3.2 Adapter les outils et la comitologie aux besoins des projets

Le comité projet

Lorsque la décision d'engager le projet a été prise par l'instance décisionnelle, le comité projet doit être constitué. Sa mission est de mener à terme celui-ci en respectant les contraintes de délais, de coûts et de qualité. Celui-ci est composé du chef de projet, du cadre de santé, du cadre administratif de pôle ainsi que de représentants des directions fonctionnelles concernées. Il intègre également un membre de la cellule d'appui méthodologique si elle n'assure pas elle-même la conduite du projet.

Des outils adaptés (production de tableaux de bord, Lean management etc.)

La mise en œuvre des projets doit s'appuyer sur des outils adaptés aux besoins de coordination et de respect des contraintes.

Ceux-ci doivent permettre au :

- Suivi de l'avancement du projet : Cet aspect contribuera à avoir une circulation de l'information et des enjeux mais permettra également d'avoir une remontée de l'avancement aux strates décisionnelles (chefs de pôles, directions fonctionnelles, direction générale) afin de définir si le projet poursuit son cours normal, s'il nécessite des ajustements institutionnels le cas échéant ou la prévision de moyens supplémentaires (délais, ressources).
Ce suivi peut être effectué par des tableaux de bord reprenant les indicateurs d'évaluation fixés au préalable ou au moyen de tableaux de bord prospectifs (*balanced scorecards*). Le rythme de diffusion le plus adapté est mensuel ou trimestriel. La cellule d'appui méthodologique pourra s'assurer que les éléments sont productibles au rythme souhaité.
- Méthodologie de gestion de projet : Chaque établissement détient ses propres outils de gestion de projet. Cependant, il est de plus en plus recherché des méthodes de fonctionnement agile, provenant des Etats-Unis suite à l'étude de points communs

dans l'échec de projets au début des années 2000 dans des entreprises industrielles. Elle repose sur une approche plus flexible avec des objectifs à court terme, ce qui permet de laisser de la place aux imprévus et aux changements qui demeurent inévitables. Le Lean management fait partie de ses méthodes et s'intéressent à des une résolution concrète et collective des problèmes rencontrés, notamment au moyen de réunions courtes et de repères visuels.

- La coordination des différentes directions et leur ordonnancement : Les projets peuvent impliquer plusieurs directions fonctionnelles, dont le bon ordonnancement est indispensable pour maîtriser les contraintes. Ces outils ne seront efficaces que si la légitimité du « donneur d'ordres », la DOP par exemple, est effective. Ils peuvent être créés en interne, ou via des logiciels type Asana, Planzone etc.

Directions		Actions	2022						2023							
			juil-22	août-22	sept-22	oct-22	nov-22	déc-22	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23	juin-23		
CHU Nîmes	DRH/DSI	Etat des lieux organisation actuelle (A)														
		Définition des besoins (B)														
		Accompagnement au changement (A->B)														
	DAM	Revoir maquettes de la nouvelle organisation														
		Etablir convention de coopération CHU Montpellier-CHU Nîmes														
	DRM	Marché logiciel numérisation														
		Achat/Installation Scanner 1														
		Achat/Installation Scanner 2														
	DSF	Achat stations de travail														
		Mettre à jour EPRD/PPI														
	DSIH	Sécurisation des financements (/!\ Subventions)														
		Remplacement de DIAMIC par DA VINCI														
Implantation logiciel de numérisation																
CHU Montpellier	Achat solutions de stockage															
	Implantation de la solution de numérisation															

Proposition de rétroplanning fait par moi-même sur un projet transversal et inter-CHU

4.4 La fin du projet

4.4.1 Renforcer l'évaluation

L'évaluation demeure souvent le point faible des démarches projets dans les hôpitaux publics. Les indicateurs d'évaluation doivent être définis par l'instance décisionnelle en accord avec le porteur de projet, ainsi que les conséquences d'une mise en œuvre défectueuse. Il est opportun de les décliner dans les contrats de pôle ou contrats de service. Elle peut se faire à 12 mois.

Il est important que les actions post-évaluation soient admises collectivement puisque les moyens engagés peuvent constituer des « effets cliquet », dont l'efficacité limitée est difficile à identifier par la suite si les ajustements (ou la reprise de moyens) ne sont pas effectués. L'instance décisionnelle devrait cependant pouvoir être saisie avant les 12 mois si les indicateurs de suivi du projet montrent que l'activité ne sera définitivement pas au niveau attendu ou si la coordination des ressources s'avère difficile. L'équilibre est à trouver entre délégation envers le comité projet et les prérogatives demeurant à l'instance décisionnelle.

Du reste, il peut être opportun d'introduire d'autres indicateurs d'évaluation, plus qualitatifs que ceux reprenant classiquement les niveaux d'activité ou la rentabilité financière. S'ils sont à conserver, l'aspect apprentissage par l'équipe est importante ainsi que l'apport en termes de cohésion d'équipe ou d'apport dans l'épanouissement au travail.

4.4.2 Capitaliser l'expérience

Les retours d'expériences s'insèrent dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il s'agit de revenir collectivement sur les problèmes rencontrés pendant la durée du projet et d'expliquer de quelles manières ces difficultés ont été surmontées.

Tout comme les autres phases, celle de capitalisation doit être organisée. Le bilan pourra être présenté à l'évaluation devant les instances, ou lors de communications de l'activité de la démarche associée à un bilan de l'expérience acquise par les équipes. Ces retours pourront enrichir un guide de bonnes pratiques.

4.5 Problématiques transversales

4.5.1 La place du patient dans la démarche projet

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, les deux dernières décennies ont été marquées par l'affirmation des droits individuels et collectifs des patients, et tout particulièrement de leur rôle dans la prise en charge de leur santé. La loi de 2002 pose ainsi le principe que « toute personne prend, avec le professionnel de santé [...] les décisions concernant sa santé ». Cette reconnaissance juridique entend répondre à l'aspiration croissante des patients à plus d'autonomie et de participation à la gestion de leur santé, ainsi qu'à l'établissement de relations plus équilibrées avec le corps médical. Elle prend également acte de leur capacité à orienter leur prise en charge grâce à la connaissance intime et l'expérience qu'ils détiennent sur leur maladie, conformément au concept d'*empowerment*.

Au-delà de l'aspect réglementaire, impliquer les patients doit améliorer la qualité des soins et l'observance ainsi que la compliance aux soins. Par conséquent, il faut une offre de prise en charge adaptée aux besoins des patients.

Il revient aux hôpitaux de définir comment les intégrer dans la démarche projets. Il est sans doute peu opportun de les inclure au sein de l'instance décisionnelle. Toutefois, il demeure une vraie valeur ajoutée à les faire participer au comité projet pour adapter au plus près les enjeux pratiques et avoir une autre vision des problèmes concrets. Cette inclusion de patients pourrait s'effectuer dans le cadre des programmes de patients partenaires.

Enfin, l'apport de la vision patient est indéniable dans l'évaluation des projets. Il pourrait être mis en place des patients traceur afin de revenir sur le parcours patient, sur leur expérience, et compléter les regards qu'ont les médecins et les soignants.

4.5.2 De l'importance de la communication

La communication est souvent négligée et ne fait pas l'objet d'un plan avec des objectifs associés à des moyens. Pourtant, elle permet de fédérer l'équipe projet, de lui donner une existence dans son environnement, ce qui contribue à maintenir sa motivation. Cela informera également le reste de l'organisation des projets qui se font et participera au sentiment d'appartenance à un collectif. Enfin, il est important de communiquer vers l'extérieur de l'établissement pour renforcer la pertinence d'une offre territoriale de soins.

Le plan de communication devra prévoir :

- Que communiquer, à qui, quand et pourquoi ?
- Comment communiquer vers chacune de ces cibles ?
- Quels risques si pas de communication ?

Il apparaît opportun d'impliquer l'équipe projet dans l'enrichissement du plan de communication. Les patients, s'ils sont impliqués, peuvent également être un fort vecteur.

4.5.3 Maintenir une démarche projets en période de fortes contraintes financières ou en temps de crise

Parce que l'objectif de la démarche est que le management par projets constitue le socle de la dynamique organisationnelle, son adaptation à des périodes de forte maîtrise financière ou de crise doit être envisagée et adaptée aux contraintes rencontrées.

En période de fortes contraintes financières

Les projets devront être priorisés selon des critères admis collectivement. En conséquence de ces contraintes, la prise de risque est diminuée. La rentabilité des projets devra être optimisée avec une vision d'ensemble des moyens à engager grâce à une matrice telle que celle présentée en 4.1.1). Il sera envisagé en priorité des projets qui ne requièrent pas de moyens supplémentaires.

Cependant, même en période « difficile », la démarche projets continue de structurer la dynamique managériale et réduire à zéro la capacité d'initiative de ses professionnels conduirait à une asthénie de toute l'organisation.

En période de crise

Lors d'une crise, telle que celle du coronavirus, les procédures et les rôles sont bouleversés. La conservation d'une démarche projet a pu continuer à donner du sens à des équipes soignants exsangues.

5 Vers une culture de l'innovation interne et externe ?

Si les parties précédentes de l'analyse s'attachaient à étudier les processus d'innovation interne, au moyen des démarches projets, de plus en plus d'établissements, en France ou à l'étranger (5.2) structurent une culture globale de l'innovation, interne et externe (5.1), formant alors un écosystème. Cependant, cette nouvelle orientation interroge les fonctions de l'hôpital et pourrait l'obliger à revoir sa gouvernance (5.3).

5.1 La culture de l'innovation : une démarche globale au service des patients

Si la démarche projets décrite jusqu'ici s'intéressait exclusivement aux initiatives émanant des professionnels en interne, de plus en plus d'établissements d'envergure, des CHU *a minima*, développent une culture d'innovation, visant à la faire émerger autant en interne qu'en externe.

En sus d'une structuration de l'innovation, elle a pour objectif de faire émerger un besoin représentant une difficulté pratique et le partager à des acteurs externes, souvent des start-ups, qui expérimenteront avec les professionnels de l'hôpital un produit qui pourra potentiellement être commercialisé par la suite. Elle représente le passage de l'invention à l'innovation. Une invention est une découverte scientifique et technique qui répond à un problème pratique donné. Cependant, lorsqu'une invention voit le jour, il n'y a pas forcément de marché lui correspondant. Toutes les inventions ne se développent pas ni ne rencontrent un enjeu commercial. Une innovation représente l'amélioration d'un concept existant grâce à de nouvelles caractéristiques. L'innovation est également liée à la diffusion massive d'une invention. L'innovation est la transformation de l'invention par l'esprit ajoutée à son intégration commerciale. Contrairement à l'invention, l'innovation a donc trouvé son marché.

Parce qu'elle requiert l'adaptation à de nouvelles missions, des réglementations spécifiques et une ouverture à une coopération territoriale, elle envisage une culture de l'innovation globale.

5.2 Exemples étrangers et français de centres de l'innovation

5.2.1 Exemples étrangers

A) Cas espagnol : Hôpital pédiatrique SJD de Barcelone

L'hôpital pédiatrique SJD de Barcelone a créé un département innovation en 2009. L'objectif principal de ce dernier était d'apporter un accompagnement et un débouché aux idées innovantes de son personnel, que ces idées concernent directement le soin ou non. En s'appuyant sur l'excellence de la recherche clinique et des soins de l'établissement, la mission du département innovation est de les transformer en de nouveaux produits ou services. Ces innovations doivent permettre d'améliorer l'expérience des patients et la santé de la population tout en réduisant le coût de la santé par habitant.

Sur les 100 projets analysés par le département depuis sa création, 50 ont été approuvés et 35 demeurent actifs à ce jour. Par ailleurs, le département met l'accent sur les coopérations établis au sein de ces projets auprès d'organisations de santé espagnoles mais également internationales. 44 % des projets retenus impliquent des collaborations avec d'autres établissements.

L'hôpital pédiatrique s'appuie sur des méthodologies de conception du risque afin de le réduire au maximum lors de la mise en œuvre des projets, telles que le Design Thinking¹¹, l'innovation des modèles commerciaux par la collaboration avec des entreprises du secteur privé, le prototypage rapide¹² et l'agilité. Les projets d'innovation relèvent de 5 domaines : les produits pharmaceutiques, les matériaux et appareils, les technologies d'information et de la communication en santé, l'organisation des soins, les biotechnologies et diagnostics moléculaires. La réussite éprouvée des projets lancés au sein de l'hôpital SJD de Barcelone lui a permis d'exporter et de diffuser ses bonnes pratiques à d'autres acteurs. C'est le cas par exemple de son important programme de simulation avancée réunissant plus de 50 instructeurs de simulation, 150 séances de simulation internes et 70 séances de simulation interne dans de nombreux domaines (urgences, obstétrique, anesthésie, réanimation, néonatalogie, chirurgie, transport pédiatrique, hémodynamique). Associé avec une application mobile, les professionnels ont l'opportunité de prolonger leurs exercices hors des séances. Les études montrent que la simulation peut réduire la morbidité/mortalité de près de 20 %.

¹¹ Le design thinking est une approche de l'innovation centrée sur l'humain. C'est une méthode ou un processus de conception globale, centré sur l'utilisateur (ou l'humain), en vue de réaliser des services ou produits innovants.

¹² Le prototypage rapide désigne les techniques permettant de fabriquer rapidement des maquettes de pièces ou d'assemblages grâce à des données 3D CAO (conception assistée par ordinateur).

Aussi, le programme PrevenGo vise à prévenir l'obésité infantile dont la prévalence est importante en Espagne. Constatant que 40 % ne revenaient pas après leur première visite, l'hôpital a mis en place un programme hybride, s'appuyant sur la technologie et les professionnels, pour améliorer l'adhésion des enfants au traitement. La fourniture d'appareils de surveillance de l'activité physique aux enfants ainsi qu'aux membres de leur famille permet d'encourager les enfants à l'exercice mais aussi de créer un environnement améliorant les conditions de vie et prévenant les risques cardiovasculaires.

B) Cas suisse : Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

En 2017, les Hôpitaux Universitaires de Genève ont créé un centre d'innovation pour permettre à l'hôpital d'évoluer et de s'améliorer continuellement, en s'appuyant sur l'ensemble de ces collaborateurs. Ce centre d'innovation est présenté comme une plateforme d'échange qui favorise l'intelligence collective pour concrétiser les meilleures idées de ses collaborateurs.

Le Centre de l'Innovation se donne comme missions premières d'identifier et de catalyser les idées créatives, de fournir un appui méthodologique, valoriser les projets en lien avec ses partenaires (incubateurs notamment), de protéger la propriété intellectuelle des projets et le transfert technologique, de tisser des collaborations avec « l'écosystème local de l'innovation » représenté par l'Université, les Hautes Écoles, l'industrie et la « Health Valley » lémanique. Le centre de l'innovation s'efforce de lever les différents obstacles sur le parcours qui s'étire entre la survenance d'une idée et sa concrétisation, voire le dépôt d'un brevet ou d'une marque, et sa commercialisation. Une équipe d'experts est mise à disposition à cet effet. Le centre propose également un panel de prestations telles que des formations aux outils d'idéation et de prototypage, de workshops de co-création, du *speedsolving* pour débloquer rapidement des projets, des simulateurs de processus cliniques et administratifs, une veille technologique et interventionnelle.

Au-delà de ces aspects pratiques, les HUG ont développé une véritable culture de l'innovation au sein ce Centre au moyen de nombreux événements dont l'objet est de trouver des solutions à des problèmes de manière collaborative et créative. À cet effet se tiennent chaque année un hackathon, ainsi que la remise de récompense à l'adresse de projets innovants lors de Journées de l'Innovation. C'est aussi lors de cafés de l'Innovation ouverts au public que les HUG peuvent communiquer sur leurs projets et avoir un retour de l'expérience des patients.

Le Centre de l'innovation est un des pionniers au niveau européen dans le milieu hospitalier. Il a fait évoluer le modèle d'intrapreneuriat en tissant des liens étroits avec la plateforme Patients partenaires. Cette collaboration étroite a déployé ses effets et ses bénéfices dans le développement de solutions proches des besoins des patientes et patients. Depuis son lancement en 2017, quelque 800 collaborateurs et collaboratrices ont participé aux événements et sessions organisés. On dénombre près de 60 projets innovants catalysés, en accompagnant la recherche de financements et en soutenant l'optimisation des ressources existantes.

C) Cas suédois : L'Hôpital universitaire de Karolinska

Ces dernières années, l'hôpital universitaire de Karolinska a développé une politique d'innovation basée sur des partenariats à long terme. En identifiant les besoins et les opportunités cliniques, son objectif est d'améliorer et de développer des soins innovants en collaborant avec l'industrie, le milieu universitaire et les patients.

Grâce à ces partenariats, l'hôpital développe des solutions basées sur des besoins identifiés et les industriels les commercialisent dans d'autres domaines ou d'autres parties du monde. L'hôpital universitaire de Karolinska se place ainsi comme le tremplin de son environnement économique, permettant aux entreprises, de toutes tailles, de se développer et de prospérer.

Tout comme les Hôpitaux universitaires de Genève, il intègre un Centre de l'Innovation par lequel une culture de l'innovation se diffuse auprès de l'ensemble des agents de l'établissement. Elle est appelée « approche holistique ». En effet, afin de soutenir l'innovation, des supports de formation sont mis à disposition sur 3 niveaux (stratégique, tactique et opérationnel) et sont adaptés en fonction des besoins des services cliniques. L'Hôpital de Karolinska a également mis en place des cours d'innovation à l'échelle régionale par le biais d'une académie de formation européenne afin de doter ses professionnels actuels et futurs des compétences nécessaires dans la conduite du changement en santé. Au moyen de formations managériales dédiées, les cadres peuvent faire émerger, diffuser et conduire l'innovation. Par ailleurs, le rapport d'activité de 2021 affiche une volonté d'impliquer davantage le patient dans ce processus afin de lier l'innovation avec des réalités concrètes individuelles.

5.2.2 Exemples français

A) Le CHU de Montpellier

Le CHU de Montpellier fait partie des premiers établissements qui s'est intéressé à l'innovation appliquée en lien avec d'autres acteurs du champ de la santé. Sous l'impulsion de sa Direction de la Recherche et de l'Innovation, il a été créé un extracteur d'innovations. Il prospecte dans l'établissement. Il recherche les besoins qui pourraient aboutir à un produit. Il s'agit alors de travailler avec le professionnel et l'accompagner dans le concept et le prototypage. Cet extracteur fera le lien avec les entreprises et les accompagnera vers l'extérieur, notamment par le moyen de sociétés d'accélération du transfert de technologies (SATT) qui assurent le relais avec les entreprises et financent les phases de maturation des projets et de preuve de concept. Cela aboutit à une forme de co-développement puisque les entreprises arrivent avec leurs prototypes, et l'hôpital fournit en retour des « bêta-testeurs » et une expertise métier. L'établissement travaille en relation avec les pôles de compétitivité lyonnais qui sont des porteurs d'affaires sollicités par des entreprises. Une contractualisation est faite pour rémunérer le temps de « bêta-testing » ou les brevets, ou avoir une utilisation gratuite de l'application.

Aussi, dans l'écosystème montpellierain s'est aussi créée MedVallée en 2021, une initiative portée par le Président de la métropole. Elle constitue un lieu d'échanges entre acteurs de santé (entre autres) et entreprises privées. En effet, la principale difficulté est de mettre en relation l'ensemble des acteurs de manière pertinente et efficace.

B) Les Hospices Civils de Lyon (HCL)

Depuis 2021, les HCL se sont également engagés dans une large stratégie d'innovation et externe. Une culture de l'innovation qui a pour ambition de faire émerger des projets innovants dans de nombreux domaines : équipements médicaux, dispositifs médicaux stériles, innovation numérique et intelligence artificielle, l'impression 3D, les innovations organisationnelles et managériales.

« Ceci passe notamment par l'organisation d'un Appel à Projet Innovation (API) interne qui sélectionne, deux fois par an, les projets les plus prometteurs pour les financer à hauteur de 2,5M€ par an. Parmi les premiers lauréats se trouvent 4 plateformes d'innovation transversales, véritables structures d'appui pour accompagner efficacement le développement de l'innovation sous toutes ses formes. »

Ces plateformes pourront se matérialiser différemment, en des lieux physiques ou en des réseaux de partenaires, afin d'innover sur un sujet précis. Par exemple, le projet « PLATINES (PLATeforme Innovation Environnement, soins et Santé mettra en relation des professionnels de santé, patients, experts et acteurs privés du numérique et laboratoires de recherche pour améliorer les parcours de soins, au bénéfice des patients et des soignants. ».

Afin de structurer et piloter cette stratégie, la Direction de l'Innovation a été créée en avril 2021. Constituant un guichet unique pour les sollicitations externes, ses missions « incluent le repérage précoce des initiatives, le conseil aux porteurs de projets et la mise en relation accélérée avec des acteurs internes et externes facilitateurs, le suivi des projets lauréats, l'organisation régulière de formations et d'événements permettant la diffusion de la culture de l'innovation, et l'animation d'un réseau de partenaires internes et externes. »

5.3 L'émergence de nouvelles problématiques

5.3.1 L'hôpital entrepreneur

L'organisation d'une politique d'innovation en collaboration avec opérateurs externes à l'hôpital s'est vue renforcer par la reconnaissance de nouvelles prérogatives. L'article 177 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques (dite loi « Macron ») a introduit, à l'article L. 6145-7 du code de la santé publique (CSP), la possibilité pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de prendre des participations dans des sociétés commerciales et de créer des filiales.

En effet, des développements de produits peuvent se faire en collaboration entre un CHU et une entreprise, une start-up par exemple. Cela peut conduire à une prise de participation dans une société, à condition toutefois que son objet social est en lien direct avec l'un ou plusieurs des objets listés à l'article R. 6145-75 du CSP. Aussi, l'article R. 6145-74 I. du CSP dispose que les CHU peuvent créer des filiales ou prendre des participations « sous réserve que leur situation financière » soit conforme avec des critères fixés par arrêté du 26 février 2016, notamment :

- D'un total des produits du compte de résultat principal supérieur ou égal à 500 millions d'euros ;
- D'un compte de résultat principal présentant un résultat excédentaire ou un déficit inférieur à 1 % des produits ;
- D'une durée apparente de la dette inférieure à dix ans.

Cela pourrait conduire à une nouvelle facette de l'identité de l'hôpital, celui d'entrepreneur gérant un portefeuille de participations, sans que cela devienne bien entendu son activité principale. Or, cette fonction requiert des compétences spécifiques de gestion de capital et de maîtrise de la prise de risque qu'il s'agirait d'internaliser afin de rendre cohérente une telle politique.

5.3.2 Structurer la gouvernance de l'innovation

Au même titre que la notion de projet, celle d'innovation peut être protéiforme et concerner plusieurs domaines (logistique, parcours patient, recherche, ressources humaines). En ressources humaines par exemple, plusieurs start-ups cherchent à résoudre des problématiques managériales (remplacement de soignants, intelligence artificielle dans les campagnes de recrutement etc.) et souhaitent développer leurs logiciels avec des hôpitaux publics.

Plusieurs hôpitaux s'attachent à réorganiser leur politique d'innovation afin de mieux la coordonner et d'acquérir une vision d'ensemble. Les Hospices Civils de Lyon font office de précurseur avec la création d'une Direction de l'Innovation qui vise à établir un interlocuteur unique dans la mise en œuvre de projets innovants internes et externes. Cela requiert un soutien important de la part de la Direction générale. D'autres CHU interrogés réfléchissent à des « Cercle de l'Innovation » ou des « Club de l'Innovation » afin de coordonner les directions entre elles et partager l'information.

Conclusion

Si les démarches projets ne sont pas « la réponse à tout », elles permettent de structurer le processus d'innovation dans les hôpitaux publics et matérialisent une notion abstraite et opaque. Par le renversement d'organisation managériale hiérarchique descendante, elles valorisent l'autonomie et la responsabilisation des personnels qui deviennent des acteurs « écoutés », porteurs d'initiatives et de projets. Ainsi, elles sont un facteur de réactivité qui fournit de la souplesse aux établissements de santé pour s'adapter au mieux à un environnement évoluant rapidement.

Par le retour d'expériences de plusieurs hôpitaux, une méthodologie d'implantation a été proposée afin de permettre la diffusion de cette nouvelle dynamique managériale qui contribue à améliorer la qualité des organisations par l'apprentissage continu. En effet, le management par projets est un système organique qui s'ajuste au fil de ses réussites et de ses échecs. Il nécessite néanmoins une acculturation de la communauté médicale et une appropriation par les instances de gouvernance, deux éléments qui lui accorderont sa légitimité. Il figure indéniablement parmi les piliers sur lesquels repose le futur de l'hôpital public. Un hôpital intégratif, ouvert, participatif, responsabilisant.

Bibliographie

Publications

Asquin, A., Garel, G., Picq, T., & Mellott, N. (2010). The gloomy side of projects : when working on a project jeopardizes individuals and groups. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, N° 100(2), 25-36.

Bareil, C. (2009). Décoder les préoccupations et les résistances à l'égard des changements. *Gestion*, 34, 32-38.

Rondeau, A. & Bareil, C. (2009). Comment la direction peut-elle soutenir ses cadres dans la conduite d'un changement majeur ?. *Gestion*, 34, 64-69.

Couty E, Scotton C. (2013) Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux.

Dion, A. (2022). Innovations aux HCL : Un dispositif ambitieux au service d'un changement culturel. *Gestions hospitalières*, 616.

Dormont, B., & Pierru, F. (2020). La tarification à l'activité (T2A) à la française. *Revue française d'administration publique*, N°174(2), 487.

Fayn, M. G., des Garets, V., & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, N° 119(2), 55-73.

Garel, G. (2011). Le management de projet. *Repères*.

Gautier, F., & Glard, V. (2000). Vers une meilleure maîtrise des coûts engagés sur le cycle de vie, lors de la conception de produits nouveaux. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 6(2), 43.

Greenberg, J. (1990). Organizational Justice: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399-432.

Guicheteau, J. (2019). Délégation polaire : Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques. *Infodium*.

Haliday, H., & Naudin, D. (2019). Comment qualifier l'impact des réformes de santé sur la qualité de vie au travail des soignants ? Leçons de l'implémentation de la tarification à l'activité et de l'informatisation des services de soins dans les hôpitaux français. *Éthique & Santé*, 16(2), 51-58.

Jancourt, D., & Simart, M. (2015). Le management par projets. *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 167-184.

- Korzybski, A. (1998). Une carte n'est pas le territoire. *Eclat*.
- Laude, L. (2018). Chapitre 2. Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français. *Le management en santé*, 165-178.
- Mintzberg, H. (1998). Structure et dynamique des organisations. *Pearson*.
- Néré, J. (2021). Le Management de projet. *Que sais-je*.
- Nobre, T. (1999). L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. *20^{ème} congrès de l'AFC*.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre. *DUNOD*.
- Nobre, T. (2020). L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience. *EMS Editions*.
- Or Z, Renaud T. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères.
- Pélicand, J., Fournier, C., & Aujoulat, I. (2009). Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 66.

Rapports et Guides

- Agence régionale de santé Île-de-France. (2016, février). *La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante en établissements de santé. 15 DOP soutenues par l'ARS d'Île-de-France. Retour d'expérience après 1 an d'accompagnement*. https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Ars_IdF/2016/DOP_Retour_experience.pdf
- Direction générale de l'offre de soins. (2021, août). *Guide « Mieux manager pour mieux soigner »*. <https://snphare.fr/assets/media/guide.pdf>
- Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS*. (2020, juin). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf
- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022*. (2021, octobre).
- Sénat. (2022, mars). *Rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*. <http://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>

Textes réglementaires

LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

LOI n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économique

LOI n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009

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

DECRET n° 2021-964 du 20 juillet 2021 modifiant le décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'intéressement collectif lié à l'engagement collectif lié à la qualité du service rendu

DECRET n° 2016-211 du 26 février 2016 relatif aux filiales et aux prises de participation des centres hospitaliers universitaires

Sites internet

Centre de l'Innovation. HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. <https://www.hug.ch/centre-innovation/>

CHU de Montpellier. <https://www.chu-montpellier.fr/fr/>

Direction des opérations et de la performance. CHU de Rouen. <https://www.chu-rouen.fr/service/direction-operations-performance/>

Hôpital Sant Joan de Déu Barcelona. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/fr>

Hospices Civils de Lyon. Innovation : dessiner la médecine et l'hôpital de demain. <https://www.chu-lyon.fr/innovation>

Karolinska University Hospital. <https://www.karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/>

MedVallée. Entreprendre à Montpellier. <https://www.entreprendre-montpellier.com/fr/medvallee>

Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://solidarites-sante.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Grille d'entretien

Annexe n°2 : Exemple du processus de la Délégation des Projets Médicaux (DPM) du CHU de Nîmes

Annexe n°3 : Exemple du processus de la démarche projet du CH de Valenciennes

Annexe n°4 : Exemple de la fiche de cadrage de projet du CHU de Dijon

Annexe n°1 : Grille d'entretien – Mémoire de DH

Présentation

- 1) Présentation (poste actuel, depuis combien de temps, carrière etc.)

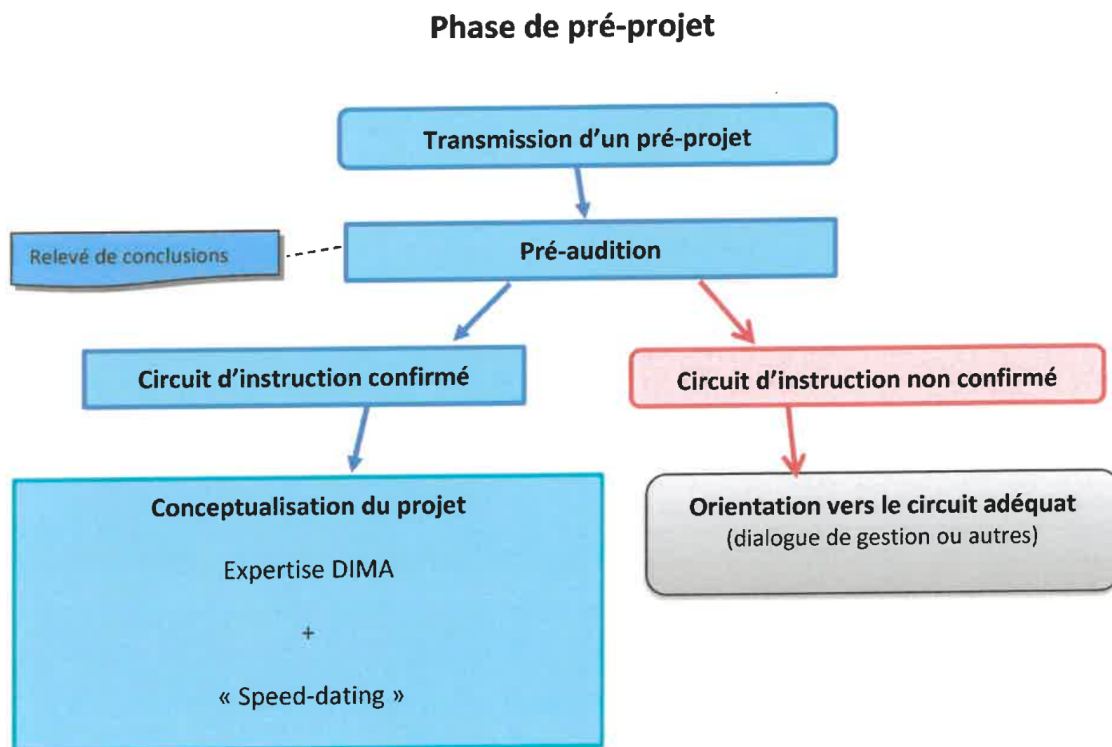
Cellule Projets

- 2) Pouvez-vous me parler de la cellule projets ?
 - a. Historique
 - b. Missions / Périmètre
 - c. Composition (qui préside ?)
 - d. Dépend-elle d'une direction ? Où se situe-t-elle dans l'organigramme ?
 - e. Processus de traitement des projets (comment sont-ils déposés, instruits, validés) / Indicateurs d'instructions, validation ?
 - f. Typologie des projets / activité de la cellule
 - g. Financement des projets
 - h. Communication ?
 - i. Vision psy/SSR ? Visio GHT ?
 - j. Lien avec projet médical d'établissement ? (Nouvelle gouvernance hospitalière, Rapport Claris etc.)
- 3) S'articule-t-elle avec d'autres instances de l'établissement (Commission stratégique, Directoire etc.) ? Quel est le circuit de validation ?
- 4) Quel est le niveau de délégation laissé à la cellule ?
- 5) Quelle est la place des médecins dans celle-ci ? Des soignants ? Des patients ? D'entreprises extérieures (type startups) ?
- 6) Comment l'opérationnalité est-elle assurée ? Est-ce une direction à part, la même commission, une autre commission ?
- 7) Quels outils sont mis à disposition pour cette mise en œuvre opérationnelle ?
- 8) À quelles échéances se font les évaluations ? Par qui ? Quels indicateurs d'évaluation ? Quelle(s) dimension(s) prédomine(nt) ? Que se passe-t-il à l'issue de ces évaluations ?
- 9) Quelles sont les points forts et les points faibles de cette cellule/processus projets selon vous ?
- 10) Impacts en termes de dynamisme médicale ? d'attractivité ? d'image ?

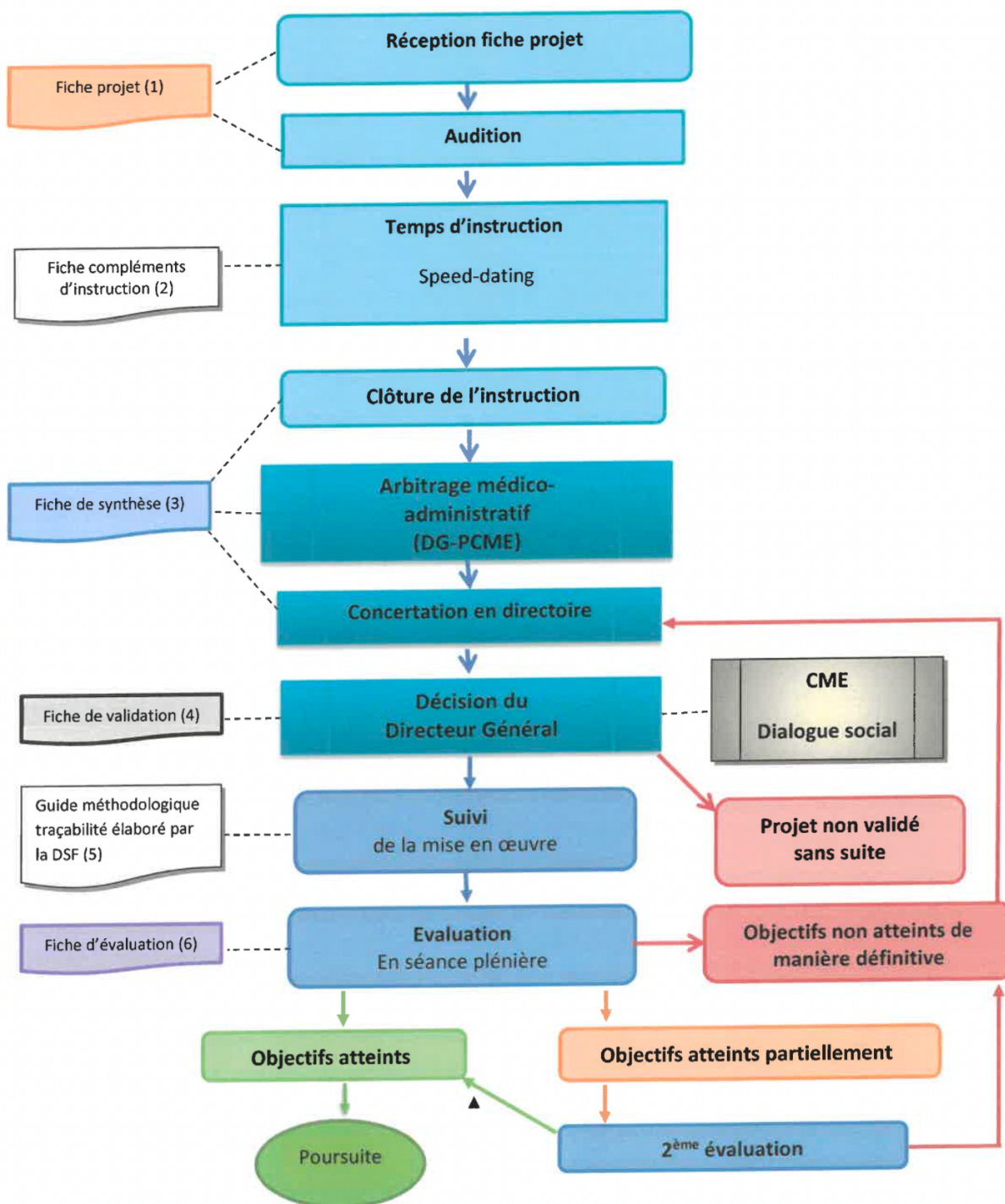
Démarche d'innovation

- 11) Quelle est la culture d'innovation ? Comment est-elle soutenue dans votre établissement ?
- 12) Quelle direction ? Quels partenaires ?
- 13) Comment la cellule projets s'insère dans cette démarche d'innovation ? Perspectives ?

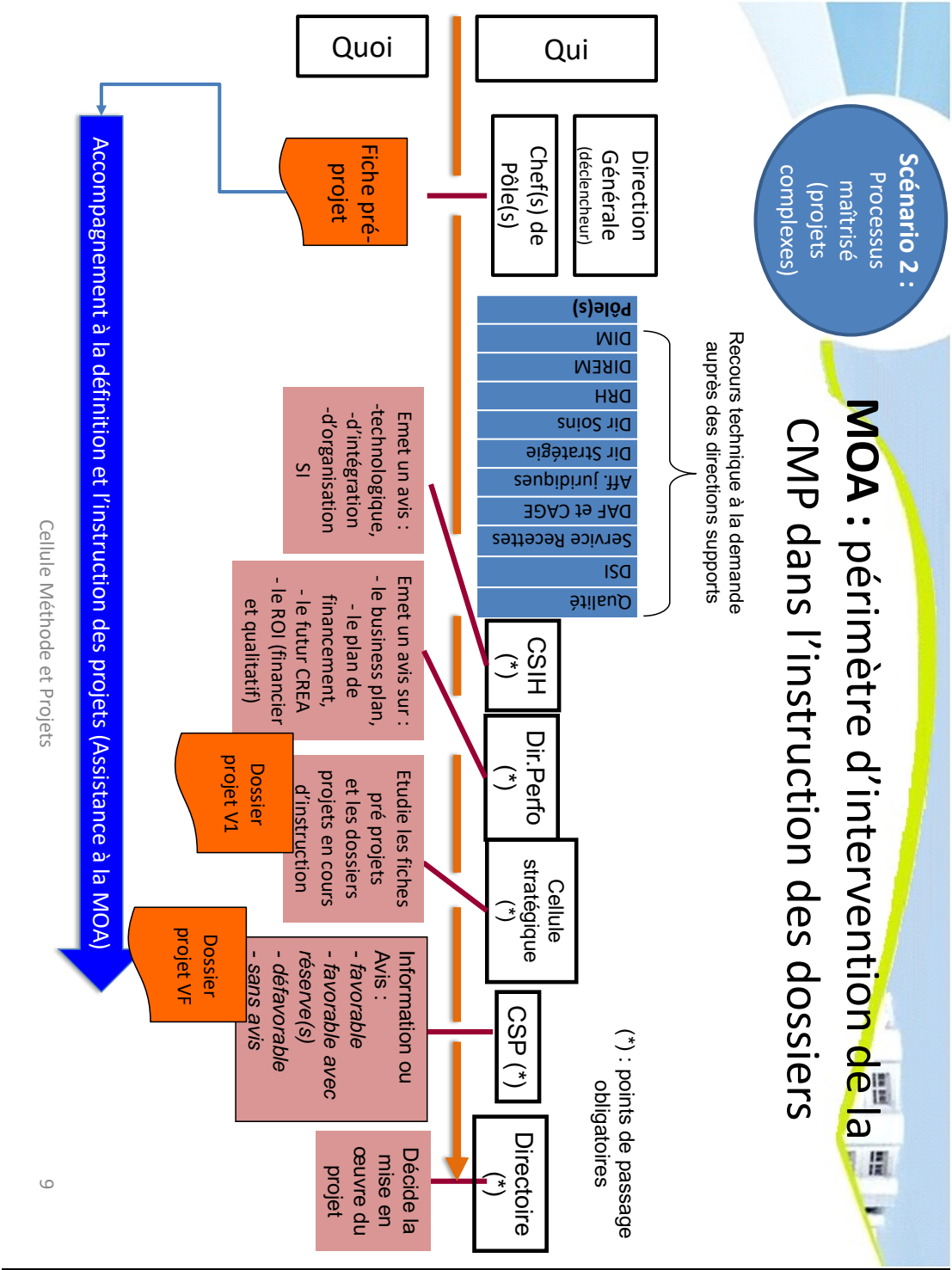
Annexe n°2 : Exemple du process de la Délégation des Projets Médicaux (DPM) du CHU de Nîmes



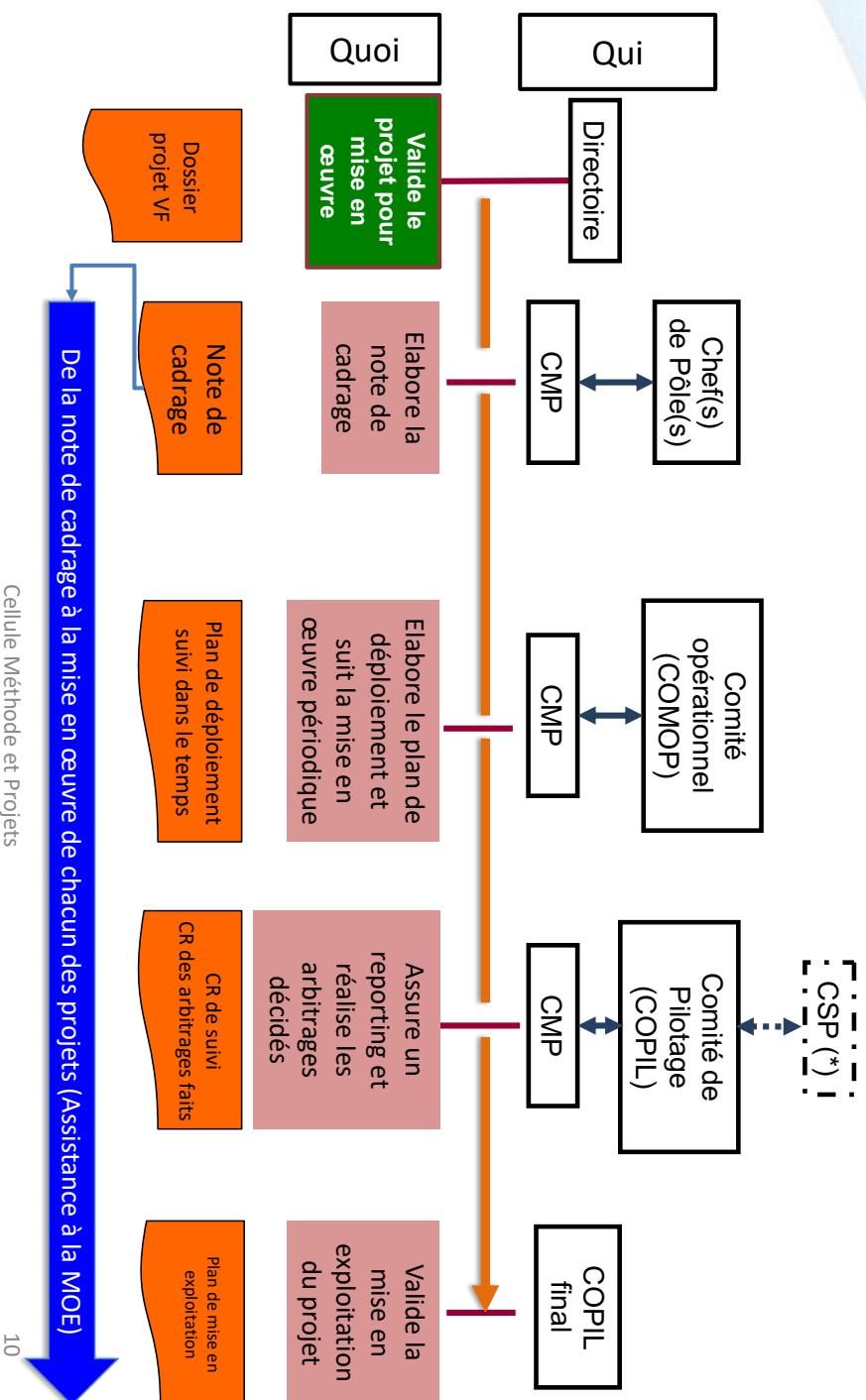
Phase projet



Annexe n°3 : Exemple du processus de la démarche projets (complexes) du CH de Valenciennes



MOE : mission de la CMP



Cellule Méthode et Projets

Annexe n°4 : Exemple de la fiche de cadrage de projet du CHU de Dijon



FICHE Cadrage

1. GENERALITE

Nom du projet	
Origine de la demande (réglementation, audit, EIG, institution externe, ...)	
Sponsor (exprime le besoin, appuie le chef de projet sur le terrain, client interne du projet)	
Chef de projet	
Description générale du projet (en particulier parcours patients, type PEC (programmés/non programmés, consultations, HC, ...), profils des patients, contexte, objectifs stratégiques et bénéfiques, risques y compris si le projet n'aboutit pas, ...)	
Périmètre	
Objectifs (finalités qualitatives, cibles quantitatives, <i>bénéfices patient</i>)	
Livrables (éléments concrets attendus)	

2. FINANCEMENT ET SYNTHÈSE DES IMPACTS

Financement	<input type="checkbox"/> T2A		<input type="checkbox"/> Mission d'intérêt général (MIG)	
	<input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Sans	
	Joindre l'Etude Médico Economique (EME) en annexe.			
Synthèse des impacts (à reporter dans la matrice en X)				
Ressources et ETP estimés <i>(préciser pour chaque catégorie)</i>	XX ETP	Médical	Coût ESTIME du projet hors RH <i>(travaux, achats, etc.)</i>	Coût Travaux :
	XX ETP	Paramédical		Coût Achat :
	XX ETP	Autres à préciser		Coût SI :
	XX ETP	Autres à préciser		Coûts autres :
	Soit en €/an : _____			
Schéma immobilier patrimonial	Prévu : Oui / Non		Schéma directeur SI	Prévu : Oui / Non
	Date planifiée :			Date planifiée :
	Commentaires :			Commentaires :

**Toutes Dépenses Confondues*

3. DATE DE FIN SOUHAITEE

Date de fin souhaitée	
------------------------------	--

4. DETAIL DES IMPACTS

	Intitulé	Impact		Précisions si nécessaire (liens avec autres services en amont et en aval...)
		Oui	Non	
ORGANISATION	Nécessité de revoir les organisations internes du service concerné par le projet			
	Impact sur services cliniques			
	Impact sur pôle médico-technique : Pharmacie, Labo, Imagerie, Blocs			
	Impact sur services logistiques : (Transport, Logistique, Gestion des déchets, BIH, Garage, Cuisine, Entretien ménager, Vaguemestre, Jardin, Magasin)			
	Impact sur acteurs transversaux (Assistante sociale, Rééducation, Secrétariats médicaux, Bureau entrées, ...)			
	Impact sur l'organisation des directions fonctionnelles			
RH	Evolution/ transformation d'effectif			
	Conditions de travail			
	Formation			
Qualité / gestion des risques				
Equipement nécessaires	Biomédicaux			
	Hôtelier			
	Informatiques			
	Téléphonie			
Travaux	Locaux existants			
	Nouveaux locaux			
Réglementation	Autorisation d'activité			
	Convention avec établissement extérieur			

5. IDENTIFICATION DES RISQUES PENDANT LA REALISATION DU PROJET

A COMPLETER

6. OBJECTIFS STRATEGIQUES

Objectif	Cotation (<i>impact : 0 nul à 4 fort</i>)
Accroître l'activité recherche et l'innovation	
Accroître les compétences	
...	

7. VALIDATION INSTANCE DE PILOTAGE DES PROJETS

GO / NO GO	<input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> NO GO
	Date : Raisons :

8. INDICATION PASSAGE AUX INSTANCES PAR INSTANCE PILOTAGE DES PROJETS

Instance	Pour avis	Pour information	Date prévue de passage
CS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIRECTOIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CHSCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CLIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CSIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CDU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CLUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CLAN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CAPL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CSIRMT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HAMON

Sacha

Octobre 2022

Directeur d'hôpital
Promotion 2021-2022

La démarche projet à l'hôpital : structurer, mobiliser, innover.
Retour d'expériences sur 14 établissements

Résumé :

En période de sortie de crise sanitaire de la covid-19, les hôpitaux connaissent plus que jamais des évolutions majeures qui les astreignent à un effort constant d'adaptation et de modernisation. S'inscrivant dans un paradigme posé par la loi HPST de 2009, ils doivent innover afin de répondre aux enjeux de réactivité, d'une meilleure coopération médico-administrative, d'un environnement territorial concurrentiel entre établissements de santé, et enfin d'une pression constante en termes de maîtrise de la dépense publique.

Dans ce contexte, la démarche projet constitue un cadre structurant et dynamique dont l'objectif est de sélectionner les initiatives émanant des professionnels, de les soutenir, de les accompagner puis *in fine* de les évaluer. Par l'analyse d'un retour d'expériences réunissant 14 hôpitaux, il s'agira d'étudier les composantes des démarches mises en œuvre dans ces établissements, d'en relever les éléments communs à tous, *a priori* intangibles, et ceux différenciés en fonction des spécificités de chaque organisation. Si la démarche projet démontre des bénéfices en termes d'alignement stratégique, de soutien à l'activité, de reconnaissance et de valorisation du personnel, de création de sens et de mobilisation du collectif, elle requiert cependant une évolution de la gouvernance et des circuits de décision ainsi qu'une implication forte de la direction générale. De surcroît, elle nécessite de s'interroger sur les compétences et les valeurs qui vont contribuer à la réussite de ce changement organisationnel.

Enfin, si la démarche projet est tournée vers le fonctionnement interne, de plus en plus d'établissements, inspirés par des exemples étrangers, mettent en place une politique d'innovation globale dans une approche holistique et diffuse, visant une amélioration continue de la prise en charge des patients au plus près de leurs besoins.

Mots clés :

Innovation ; projet ; organisation ; gouvernance ; théorie des organisations ; stratégie ; management ; management par projet ; démarche projet ; structure.

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