



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **octobre 2023**

Management par projet : créer les conditions de l'intelligence collective à l'hôpital

Arnaud Gillois

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour son accompagnement durant ces deux années de formation. Je remercie particulièrement Mme Paula Cristofalo pour ses précieux conseils concernant le choix du sujet et les modalités de réalisation du présent mémoire professionnel.

Je remercie bien entendu l'ensemble de l'équipe de direction des hôpitaux du bassin de Thau pour leur accompagnement bienveillant et leur aide au quotidien durant cette période de stage de direction. Je remercie en particulier Mr Benjamin Nanceau Directeur des opérations pour sa confiance et sa disponibilité. En tant que maître de stage il m'a permis d'appréhender le périmètre de l'ensemble des directions, d'intégrer les éléments techniques et managériaux de la fonction et de construire ainsi les bases de mon futur exercice professionnel.

Je remercie également les équipes administratives, médicales, paramédicales et techniques des Hôpitaux du Bassin de Thau pour leur accueil et leur participation aux projets que j'ai eu à mener ainsi qu'aux travaux qui ont permis la réalisation de l'étude présentée ci-après.

Enfin, je remercie mes proches et ma famille de m'avoir soutenu durant ces deux années de formation et au-delà.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie de l'étude :	3
1 La gestion par projet : une réponse adaptée aux grands défis contemporains de l'hôpital.....	7
1.1 Une méthode déployée à l'ensemble des strates managériales	7
1.1.1 Une méthode « d'importance primordiale » pour l'intelligence collective	7
1.1.2 Un mode de management.....	8
1.2 Un outil pour accompagner l'innovation.....	9
1.2.1 La direction des opérations chef d'orchestre des projets	9
1.2.2 Une dimension innovante à construire	10
1.3 Un levier de coopération et de mobilisation des équipes.....	13
1.3.1 D'une coopération de type « complémentaire »	13
1.3.2 ... à une coopération de type « communautaire »	14
2 L'adhésion des acteurs : un enjeu stratégique pour l'efficacité de la démarche.....	16
2.1 Une acculturation incomplète au management de projet	17
2.1.1 Le projet pas encore dans l'ADN des hôpitaux du bassin de Thau.....	17
2.1.2 Une mobilisation peu corrélée à la typologie des professionnels.....	18
2.2 Une inertie multifactorielle non spécifique aux Hôpitaux du Bassin de Thau	22
2.3 Les ressources psychologiques sources de comportements positifs	23
2.3.1 Hypothèse 1 : Les ressources psychologiques des professionnels conditionnent leur capacité à s'engager dans les projets de l'établissement.....	24
2.4 L'apprentissage organisationnel moteur de l'innovation organisationnelle.....	27
2.4.1 Hypothèse 2 : La fonction crée l'organe, c'est la culture d'établissement qui incite les professionnels envisager de nouvelles pratiques.....	28
2.5 L'engagement des professionnels à l'épreuve du poids des représentations	32
2.5.1 Hypothèse 3 : L'engagement des professionnels dans les projets est pénalisé par des représentations partiellement erronées.....	33
3 Des leviers d'action à la fois stratégiques et opérationnels.....	35
3.1 Créer des conditions favorables à l'adoption de pratiques nouvelles.....	35
3.1.1 Donner du sens, prioriser et communiquer sur les valeurs	36
3.1.2 Promouvoir l'apprentissage organisationnel et la coopération	37
3.1.3 Produire des conditions psychologiques favorables	39
3.2 Accompagner les acteurs pour faire émerger les idées	41
3.2.1 Prioriser pour fluidifier la démarche projet	41

3.2.2	Outiller la dynamique d'innovation	42
3.2.3	Mettre à profit les ressources disponibles au-delà des représentations	43
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	47
	Table des illustrations	50
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFC : Appui aux fonctions cliniques

AFITEP : Association francophone de management de projet

ANOVA : ANalysis Of VAriance

CAR : Chirurgie Anesthésie Réanimation

CdS : Cadre de santé

CSS : Cadre supérieur de santé

DOP : Direction des opérations

DRH : Direction des ressources humaines et des affaires médicales

DRM : Direction des ressources matérielles

EHSA : Est Hérault Sud Aveyron

ETP : Equivalent temps plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HBT : Hôpitaux du Bassin de Thau

IFSI : Institut de Formation aux Soins Infirmiers

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

RH : Ressources humaines

SF : Sagefemme

Introduction

« Le nouveau ne sort pas de l'ancien, mais à côté de l'ancien, lui fait concurrence jusqu'à le nuire » (J.Schumpeter)

Entre déficit d'attractivité et difficultés financières l'hôpital public est aujourd'hui en tension. D'établissement public autonome, il n'a désormais plus que le titre tant les déficits financiers grèvent sa capacité à mener des projets d'envergure sans le soutien des tutelles.

Pourtant il est indéniable que les établissements de santé peuvent compter sur des hommes et des femmes engagés au service de l'utilisateur. La vraie richesse de l'Hôpital se niche dans la capacité de ses équipes à faire progresser ses organisations et à se réinventer dans un objectif commun de soigner. Ainsi, le directeur d'Hôpital est aujourd'hui le chef d'orchestre d'une chorale qui peut rapidement virer à la cacophonie et dont il est garant des harmoniques.

L'Hôpital, parfois enfermé dans un isomorphisme autophage, peut apparaître comme une institution qui peine à réinterroger ses organisations. Pourtant, dans un contexte contraint, la capacité à se réinventer, à développer de nouvelles organisations de travail pour améliorer sa performance devient un enjeu majeur voire une condition essentielle de sa survie.

Mais l'Hôpital « système de production de soins » est fortement exposé aux processus « d'institutionnalisation ». (HUAULT.I, DIMAGGIO.P et POWELL.W, 2009). Son environnement fortement hiérarchisé, normé, contraint par une réglementation externe changeante et organisé en réseau structurants (comme les GHT par exemple ou la gradation des soins) pousse les professionnels à homogénéiser leurs méthodes de travail. Ainsi, même lorsque les organisations, en interne, souhaitent évoluer, les pressions qui s'exercent mais également parfois les intérêts individuels des acteurs conduisent à limiter leur capacité d'exprimer une pensée divergente et donc à innover.

L'innovation managériale est « l'invention et la mise en œuvre d'une pratique de management, d'un processus, d'une structure, ou d'une technique nouvelle pour l'état de l'art et destinée à favoriser l'atteinte des objectifs de l'organisation » (BIRKINSHAW.J et AL, 2008). Au-delà d'un déterminant essentiel de la performance d'un établissement, l'innovation managériale (ou organisationnelle j'emploierai les deux termes indifféremment dans ce mémoire) constitue un facteur d'amélioration des conditions de travail et de durabilité pour l'établissement (ABERNATY, UTTERBACK, 1978). *In fine* elle devient également un facteur significatif d'attractivité des établissements.

L'intérêt de ce type d'innovation de procédés est qu'elle ne nécessite la mise en œuvre d'aucune composante technologique (EDQUIST et Al, 2001) qui pourrait s'avérer coûteuse. Elle concerne notamment des aspects stratégiques, managériaux ou politiques et semble donc accessible à l'ensemble des établissements quel que soit leur taille, avec un coût d'entrée souvent relativement réduit.

Par ailleurs, l'innovation managériale peut être « soit une combinaison d'idées anciennes, soit un schéma qui modifie l'ordre du présent, soit une formule ou une approche unique perçue comme nouvelle par les individus concernés » (VAN DE VEN. A.H, 1986). Une grande partie des définitions mettent d'ailleurs en avant le caractère relatif de la nouveauté qui doit se comprendre, dans le périmètre de l'entité considérée. Ainsi, loin d'une vision élitiste née de la confusion sémantique entre innovation et recherche, une innovation peut être générée *ex nihilo* ou par l'adaptation à l'établissement d'idées provenant d'autres organisations.

Constitué de 10 établissements sanitaires et médicosociaux, avec un effectif d'environ 1400 ETP et un budget annuel d'environ 125M d'€ le centre hospitalier du bassin de Thau est établissement partie au GHT EHSA (Est Hérault Sud Aveyron) dont l'établissement support est le CHU de Montpellier. Cet établissement propose un grand nombre de spécialités en MCO, un service d'accueil d'urgence, une activité de psychiatrie dont des soins sans consentement et une offre médico-sociale étoffée auxquels s'ajoute un Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Les HBT ne font pas exception à la règle et expérimentent au quotidien l'ensemble des difficultés des hôpitaux de taille moyenne qui doivent couvrir l'ensemble des spécialités médicales pour répondre aux besoins de la population tout en atteignant difficilement la taille critique nécessaire à leur soutenabilité.

Dans ces conditions, plus que jamais, le directeur d'hôpital se doit d'organiser les conditions de l'expression de l'intelligence collective. Je me suis donc interrogé dans le cadre de la présente étude sur les freins et donc les leviers à l'innovation organisationnelle au sein d'un établissement de la taille des hôpitaux du bassin de Thau.

Après avoir présenté dans une première partie le cadre théorique qui a conduit à l'élaboration de mes hypothèses de recherche, le présent mémoire détaillera dans une seconde partie les résultats de l'étude statistique des résultats au questionnaire. Dans une troisième partie je présenterai des préconisations pour développer l'engagement de la communauté hospitalière dans une démarche de gestion de projet génératrice d'innovation.

Méthodologie de l'étude :

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire élaboré comportait tout d'abord des questions de positionnement qui ont permis de catégoriser les répondants sur des critères que j'ai estimé pouvoir influencer leur participation aux projets tels que l'âge, la fonction, l'ancienneté ou le pôle de rattachement.

Ensuite, le questionnaire utilisé pour cette étude a été construit en trois volets :

Un premier volet a permis de tester le niveau d'implication affiché par les répondants sur les projets de l'établissement pour des projets formels ou informels passés ou dans l'avenir.

Deux autres volets ont été construits sur la base de questionnaires scientifiquement validés. Néanmoins, le nombre de questions a été réduit à 10 pour chaque volet afin de conserver un temps de remplissage acceptable pour les répondants tout en recueillant les données nécessaires à l'analyse :

- « Inventaire des facilitateurs de l'apprentissage organisationnel » (BARRETTE.J et Al, 2012) Barrette et Al (2012) traduit en français (LAUZIER A et Al, 2013)
- Questionnaire PCQ Scale (LUTHANS.F, AVOLIO.B et Al, 2007) sur les 4 dimensions (autoefficacité, espoir, résilience et optimisme)

Ces deux questionnaires étaient évalués sur la base d'une échelle ordinale de type Lickert à 4 modalités qui semblait bien adaptée à la taille de l'échantillon cible (entre 100 et 200 répondants). Une échelle comportant plus de modalités aurait généré une dispersion trop grande des résultats qui seraient devenus ininterprétables au vu du nombre de répondants.

Administration du questionnaire :

Le choix a été fait d'administrer le questionnaire de manière anonyme via l'outil Microsoft Forms ©. Cet outil a permis de recueillir les données mais également de réaliser un premier rapport « à plat ». Un lien a été envoyé par mail sur l'ensemble des boîtes professionnelles de l'établissement.

Avec un objectif de 100 répondants minimum, l'échantillon devait se rapprocher de la répartition des effectifs par métier et par pôle de la population de référence *i.e.* l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Tableau 1 : Répartition des effectifs dans la population de référence

AS	20 %		GERIATRIE	25 %
IDE	20%		AUTRE	25 %
ASH	10%		MEDECINE	13 %
Médecins/pharma	10%		CAR	12%
SF	4%		DIAGNOSTIC	6 %
AMA	8%		URGENCES	6 %
CS + CSS	4%		SANTE MENTALE	5%
Ingénieur + attachés	4%		MERE ENFANT	4%
Autre (soins)	10%		AFC	4%
Autre (hors soins)	10%			

Retraitement des données

Afin de faciliter les analyses statistiques, la réponse à chaque volet a donné lieu à la production d'un score. L'échelle de type Likert (ordinaire en 4 modalités) utilisée, a été considérée comme métrique, l'intervalle entre chaque modalité étant considéré comme constant ce qui a permis d'affecter un score à chaque modalité :

- S_I = Score d'implication obtenu à partir des réponses sur l'implication passée (2 points pour les professionnels qui disent avoir mis en œuvre des projets sans les formaliser et 3 points pour la participation à des projets institutionnels ou des EPP)
- S_M = Score de motivation obtenu à partir des réponses sur les velléités d'implication à l'avenir dans les projets de l'établissement (2 points pour les professionnels qui souhaitent s'engager sur les projets de l'établissement et 3 points pour ceux qui ont eux-mêmes des idées d'amélioration qu'ils envisagent de porter)
- S_E = Score d'engagement qui collige les résultats de l'implication passée et de la motivation ($S_I \times S_M$)
- S_{CA} = Score de culture d'apprentissage obtenu à partir des résultats aux questions retenues dans le questionnaire de Barrette et Al (1 pt pour « En total désaccord », 2pts pour « en désaccord » 4 pts pour « en accord » et 5 pts pour « en total accord »)
- S_{CP} Score de capital psychologique obtenu à partir des résultats aux questions du PCQ (1 pt pour « En total désaccord », 2pts pour « en désaccord » 4 pts pour « en accord » et 5 pts pour « en total accord »)

Analyse statistique des données

L'analyse statistique des données a été réalisée au moyen de l'utilitaire d'analyse excel « Analysis Tool Pack » qui est une macro complémentaire du logiciel Excel de la suite microsoft Office. Il permet de réaliser de nombreux tests statistiques en sus de ceux réalisables directement dans excel et permet de créer des représentations graphiques.

Limite de l'étude

La présente étude est soumise à plusieurs limites liées à la méthodologie de recueil de données mais également à l'existence de biais cognitifs aussi bien chez les répondants que chez l'enquêteur.

Tout d'abord l'échantillon pourrait être plus représentatif des pôles. En effet l'impact des managers sur l'engagement des professionnels pourrait être une variable influente. Par ailleurs, le fonctionnement même du pôle pourrait jouer un rôle dans l'engagement des professionnels. En effet en psychiatrie par exemple, le temps est un élément du soin, construire un projet avec le patient est un mode de fonctionnement du quotidien.

Par ailleurs, seules les personnes ayant une adresse mail ont eu l'occasion de répondre à l'enquête. Même si de nombreux professionnels ont une adresse cela ne représente pas l'intégralité des agents des HBT.

Les réponses peuvent être soumises à un biais de désirabilité, notamment sur l'évaluation du capital psychologique. La probabilité en a été réduite en proposant une enquête anonyme.

Enfin, l'analyse des résultats elle-même a pu être soumise à un biais de confirmation car j'ai vécu 18 mois au contact des professionnels des HBT et j'ai pu me faire une opinion sur la plupart des critères testés notamment sur l'apprentissage organisationnel.

1 La gestion par projet : une réponse adaptée aux grands défis contemporains de l'hôpital

1.1 Une méthode déployée à l'ensemble des strates managériales

1.1.1 Une méthode « d'importance primordiale » pour l'intelligence collective

Récemment, la circulaire DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS sur la gouvernance a mis en avant l'importance d'un pilotage en mode projet, en particulier pour sa dimension participative qui permettrait d'inclure l'ensemble de la communauté hospitalière dans le fonctionnement de l'établissement et la construction des projets.

La circulaire préconise l'application de cette méthodologie à tous les niveaux de l'organisation :

- A un niveau macroscopique par l'élaboration et le déploiement d'un projet de service. Le rapport du Pr Claris réaffirme l'importance de l'échelon du service dans l'organisation hospitalière, néanmoins l'efficacité d'un tel projet est maximisée s'il s'inscrit pleinement dans un projet d'établissement lui-même en cohérence avec le projet régional de Santé. Dans ces conditions cette réflexion par strate permet d'inscrire les acteurs de terrain dans une stratégie territoriale voire nationale par déclinaison sans nécessiter que chacun s'approprie complètement chaque niveau.
- A un niveau plus ciblé dans le cadre des groupes de travail constitués en vue de répondre aux problématiques de terrain, améliorer le fonctionnement des organisations. Elle apparaît comme un levier indispensable de la mise en œuvre d'une « intelligence collective ». Sur le plan de la prestation de soin cette démarche permet aux équipes d'ajuster leurs méthodes de travail en fonction de leur expérience terrain en vue d'améliorer les soins et les services aux patients. Concernant la gestion des ressources humaines, elle permet d'autonomiser les acteurs, de promouvoir le travail en équipes pluriprofessionnelles et de conforter les circuits de la communication et de la coopération interprofessionnelles.

Mais au-delà des recommandations, le projet s'est progressivement imposé comme un outil incontournable au service de la performance des organisations dans tous les secteurs d'activité et notamment dans les établissements de santé.

1.1.2 Un mode de management

Pour l'Association francophone de management de projet (AFITEP) un projet est « un ensemble d'actions à réaliser avec des ressources données, pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin » (source site web AFITEP.org)

On parle de management par projets lorsque « des organismes structurent leur organisation et adaptent leurs règles de fonctionnement à partir et autour de projets à réaliser ». (Norme NF X50-115 de décembre 2017 : « Management de projet et de programme - Présentation générale »). En pratique, le management par projets offre aux organisations qui l'adoptent l'agilité nécessaire dans un environnement fortement évolutif (JANCOURT.D, SIMART.M, 2015). C'est particulièrement le cas dans le monde de la santé ou technologie et réglementation évoluent rapidement.

Néanmoins la gestion de projet ne doit pas constituer une fin en soi. Les projets sont des objets managériaux dont la finalité doit être de permettre à l'établissement d'atteindre ses objectifs stratégiques. Ils doivent être créateurs de valeur (mais pas forcément de recettes) en prenant en compte le contexte, l'ensemble des opportunités et des menaces.

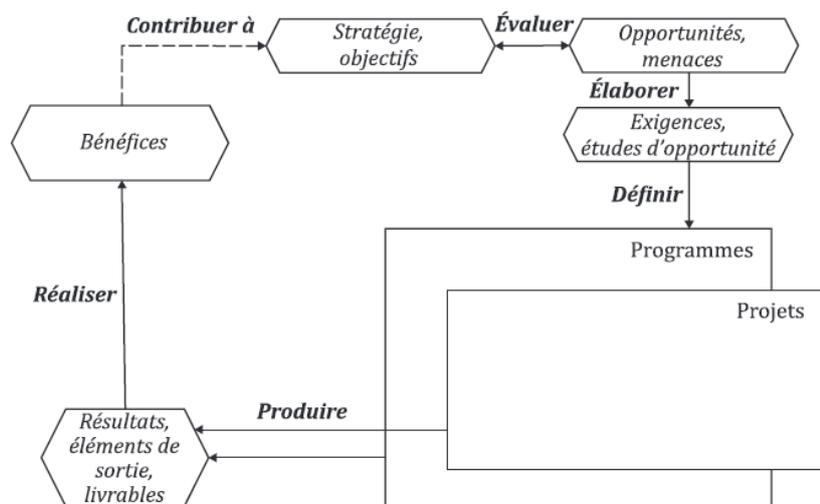


Figure 1 : Création de valeur par les projets et programme (NF ISO 21502 : 2021)

Néanmoins la mise en œuvre d'un management de projet efficace à l'hôpital public se heurte à des contraintes spécifiques liées à la fois à son organisation matricielle et plus généralement à la culture hospitalière. Elle nécessite notamment l'acceptation par les promoteurs des projets d'un certain niveau d'incertitude et pour les managers de donner de l'autonomie à l'équipe projet. Il s'agit donc de mettre l'intelligence collective à contribution pour optimiser les organisations et anticiper les évolutions. C'est à ces conditions seulement que les projets proposés pourront être innovants et créatifs.

1.2 Un outil pour accompagner l'innovation

1.2.1 La direction des opérations chef d'orchestre des projets

Sur le terrain, de plus en plus de chefs d'établissement ont fait le choix de créer une « direction projet » ou « direction des opérations ». Cette direction est par nature transversale et sa principale fonction est de fluidifier les processus complexes de l'hôpital en décroissant un système qui fonctionne historiquement en silo. Comme le précisait la directrice des Hôpitaux Universitaires de Genève dans la revue *Gestions Hospitalières* (MEGEVAND.V, 2014), les gains attendus sont nombreux : transversalité, optimisation des ressources, qualité mais également d'ordre financier en améliorant la rentabilité des processus les plus coûteux.

Depuis 2019 les hôpitaux du bassin de Thau se sont dotés d'une direction des opérations chargée notamment d'accompagner les projets structurants de l'établissement. Dans le cadre du management polaire de l'établissement, la Direction des Opérations (DOP) formalise les études médico-économiques qui mettent en lumière les apports qualitatifs (offre de soins, bénéfice patient, ...) et quantitatifs (équilibre économique) de chaque projet proposé.

En pratique, après concertation avec les acteurs du pôle concerné, un porteur de projet (en théorie, tout professionnel de l'établissement) formalise celui-ci dans une fiche projet (cf. annexe 1). Il est ensuite accompagné par la direction des opérations pour une évaluation des ressources (travaux, équipements, RH...) qu'il sera nécessaire d'engager pour la réalisation du projet. Une fois structuré, celui-ci est ensuite présenté dans un comité des projets puis en Directoire (fréquence mensuelle) pour en évaluer la pertinence et la faisabilité. A noter qu'à ce stade, la dimension innovante du projet n'est pas clairement identifiée comme un critère de pertinence. *In fine* c'est le chef d'établissement qui décide de sa mise en œuvre, de son report ou de son abandon.

Pour autant sa maîtrise d'œuvre reste dévolue au porteur du projet identifié, assisté de l'équipe projet qu'il a constituée. Ils mobilisent les directions fonctionnelles appropriées autant que nécessaire dans la phase de réalisation. Néanmoins (JANCOURT.D, SIMART.M, 2015) estiment que la contractualisation est consubstantielle à la notion de projet et que « les différentes parties prenantes au projet s'engagent réciproquement sur un résultat collectif ». La fiche projet validée devient donc un support d'engagement contractuel entre l'établissement et le porteur de projet. Du côté du porteur de projet elle comporte des engagements en termes d'activité prévisionnelle et ainsi que des engagements qualitatifs. Du côté de la direction elle comporte des engagements sur les moyens à mettre en œuvre le cas échéant.

A distance du démarrage (environ 6 mois), la Direction des Opérations formalise une évaluation de suivi et la soumet au Comité des projets et au Directoire afin de s'assurer de l'atteinte des objectifs contractualisés et, le cas échéant, mettre en œuvre les actions correctives appropriées.

A titre d'illustration, au sein des Hôpitaux du bassin de Thau, sur l'année 2021 : 23 fiches d'appel à projet ont été analysées, 12 évaluations médico-économiques et 22 évaluations de suivi ont été réalisées.

1.2.2 Une dimension innovante à construire

A l'échelle du territoire, le CHU de Montpellier qui est l'établissement support du GHT EHSA met à disposition une structure *ad hoc* appelée « extracteur d'innovation ». Tous les professionnels du CHU mais également ceux des autres établissements peuvent être accompagnés pour le développement de leur idée. Ce concept s'est bâti autour du constat que, au quotidien, les professionnels développent une expertise terrain qui peut les conduire à imaginer des solutions innovantes pour « gagner du temps, mieux diagnostiquer, mieux soigner, mieux prévenir, mieux gérer, mieux organiser, pour moins courir de risques, pour l'amélioration de l'éducation des patients ou des soignant » (<https://www.chu-montpellier.fr/fr/recherche-et-innovation/innover-avec-le-chu/lextracteur-dinnovation>).

Les supports de communication élaborés par le CHU mettent par ailleurs l'accent sur le caractère occasionnel ou informel des projets qui sont accompagnés dans ce cadre afin qu'ils ne se télescopent pas avec d'autres circuits comme les programmes de recherche qui sont eux, beaucoup plus structurés. L'extracteur d'innovation a donc vocation à transformer des idées même celles qui peuvent paraître simples, en projet puis à les valoriser.

Pourtant à ce jour aucun professionnel des HBT interrogé ne connaissait l'existence de ce dispositif et, à ma connaissance aucun n'a participé. Il n'existe d'ailleurs pas de filière structurée depuis les HBT qui permettrait de faire remonter les projets très innovants vers le CHU de Montpellier.

Concernant les hôpitaux du bassin de Thau, à ce jour le critère d'innovation n'est pas retenu *stricto sensu* pour évaluer la pertinence des projets accompagnés par la direction des opérations. Sur un plan purement sémantique, le concept d'innovation y est d'ailleurs plutôt associé aux nouvelles technologies par la plupart des acteurs rencontrés et non pas à l'adoption de nouvelles pratiques.

Au reste, il est important de noter que l'aspect innovant d'une pratique doit être lu à l'aune d'une organisation donnée mettant ainsi en évidence son caractère relatif : « Pour qu'il y ait innovation, il suffit que l'innovation présente un caractère nouveau pour l'organisation qui l'adopte » (ZALTMAN.G., DUNCAN.R. and HOLBECK.J., 1973).

Ainsi, une nouvelle pratique adoptée par les Hôpitaux du Bassin de Thau, même si elle a déjà été éprouvée dans d'autres établissements ou d'autres organisations en dehors de la santé sera donc qualifiée ici d'innovation. Lors de l'étude des fiches, les projets ont été considérés comme innovants, dès lors qu'ils comportaient un changement perçu comme une nouveauté (*i.e.* une façon de faire les choses différemment) pour l'entité considérée dans le périmètre du projet.

Enfin, la littérature sur le sujet (KANTER.R, Dec.2006) et (DAMANPOUR.F, 1991) suggère que les organisations disposant de ressources abondantes auront plutôt recours à des innovations technologiques alors que celles ayant des ressources limitées privilégieront plutôt les innovations organisationnelles. Aussi, sur la base des fiches collectées auprès de la direction des opérations (cf. annexes 2 et 3), les projets considérés comme innovants ont donc été catégorisés selon une double typologie (BOURGEON.L, DEMIL.B, 1999) dérivée de celle proposée dans une méta-analyse des déterminants de l'innovation organisationnelle faisant référence en la matière (DAMANPOUR.F, 1991)

- **Technologique vs organisationnelle** : Pour cela nous avons retenu la principale composante de chaque projet. Lorsque l'influence de la technologie était secondaire et venait se mettre au service d'une modification de pratique nous avons retenu le caractère organisationnel. Lorsque l'évolution organisationnelle découlait du déploiement d'une nouvelle technologie nous avons retenu le caractère technologique.
- **Produit vs Process** : est-ce que le projet permet à l'établissement de proposer une nouvelle activité à ses patients (innovation produit) ou le projet constitue-t-il uniquement une amélioration d'une prestation existante (innovation process)

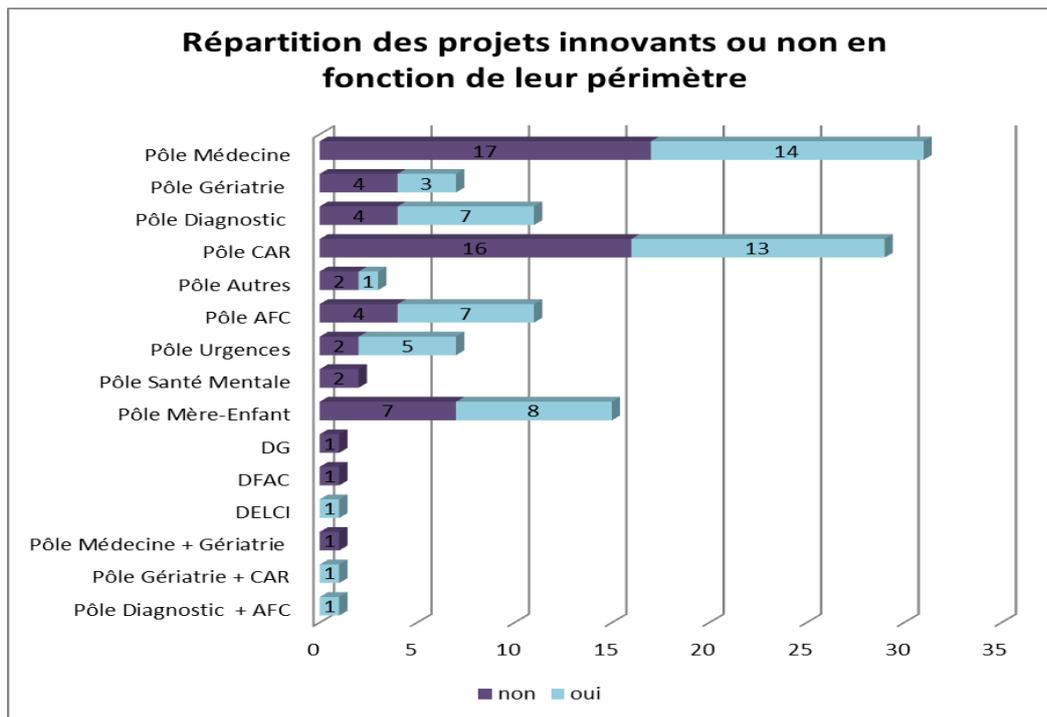


Figure 2 : Répartition des projets institutionnels innovants ou non par pôle/Direction

L'analyse des fiches projets montre qu'à peine 50% des projets peuvent être considérés comme des projets « innovants » c'est-à-dire induisant une pratique nouvelle au sein du /des service(s) ou pôle(s) concernés. Cette proportion tombe à 30% pour les projets d'engagement collectif. Par ailleurs, seuls 3 projets ont concerné plus d'un pôle dans leur périmètre.

Tableau 3 : typologie des projets institutionnels

Type d'innovation	Nb de projets
Process	
Organisationnelle	32
Technologique	3
Produit	
Organisationnelle	22
Technologique	4
Total général	61

Tableau 2 : Typologie des projets d'engagement collectif

Type d'innovation	Nb de projets
Process	4
organisationnelle	3
Technologique	1
Produit	1
Technologique	1
Total général	5

Comme le laissait supposer l'analyse de la littérature, les projets conduits aux hôpitaux du bassin de Thau, lorsqu'ils revêtent un caractère innovant, sont essentiellement de nature organisationnelle. La majorité d'entre eux portent sur les process et lorsqu'ils portent sur de nouvelles prestations ils sont souvent formalisés à l'initiative de la direction.

1.3 Un levier de coopération et de mobilisation des équipes

Par nature stratégique et transversal, le projet est source de coopération interprofessionnelle. Il nécessite l'association de plusieurs expertises pour atteindre un objectif partagé. En pratique, cette coopération peut prendre deux formes distinctes qui ne s'excluent pas forcément et qui peuvent s'exprimer plus ou moins fortement dans les phases successives du projet (DAMERON.S, 2005/5).

Dimensions	Attributs	
	<i>Coopération complémentaire</i>	<i>Coopération communautaire</i>
Finalité	Congruence des intérêts individuels	Objectifs partagés
Interdépendance	Division du travail	Appartenance au groupe
Engagement	Engagements internes	Interaction avec des groupes externes

Tableau 4 : dimension et attributs de la coopération (DAMERON.S, 2005/5)

1.3.1 D'une coopération de type « complémentaire » ...

En premier lieu, la gestion en mode projet crée les conditions propices à l'émergence d'une coopération dite « complémentaire », motivée par l'obtention de ressources auxquelles les acteurs n'auraient, individuellement, pas accès. Cette forme de coopération est basée sur le calcul. Dans l'esprit de la sociologie de l'acteur (CROZIER.M, FRIEDBERG.E, 1981) elle a une durée de vie limitée tant que les gains seront supérieurs aux coûts, ce qui correspond à une équipe projet.

L'exemple le plus simple de ce type de coopération est l'engagement collectif. Initialement prévue par la loi du 9 janvier 1986 mais jamais mise en œuvre faute de décret d'application, la prime d'intéressement est devenue, depuis la Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, la prime d'engagement collectif. Cette incitation financière a pour objet principal 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 ».

Les équipes se mobilisent donc collectivement pour l'obtention d'une prime qu'individuellement chaque professionnel ne peut pas obtenir. Le montant de base de la prime est fixé par l'arrêté du 20 juillet 2021 à 300 euros bruts. Cependant le décret n° 2021-964 permet désormais de moduler ce montant entre 200 à 1200 euros en fonction d'indicateurs de résultats réalistes et collectivement définis. Tous les membres d'une équipe perçoivent le même montant quel que soit leur statut.

Néanmoins au-delà de l'obtention d'une prime pour les porteurs, ces projets bénéficient bien *in fine* à l'établissement et aux patients. En effet, les projets, pour être éligibles doivent répondre aux orientations et priorités définies par le chef d'établissement après avis du CSE et de la CME.

Aux HBT, les orientations cadres définies sont :

- Qualité, sécurité et pertinence des soins
- Qualité de vie au travail (hors temps de travail et planning)
- Organisation interne des services (hors temps de travail et planning)

Les projets proposés doivent en outre être en adéquation avec le projet d'établissement, inclure plusieurs personnes et être réalisés à ressources humaines constantes et avec les équipements et matériels dévolus au service.

Au-delà de la récompense financière qu'offre le dispositif d'engagement collectif, la conception et le déploiement d'un projet, innovant ou non, constitue une opportunité pour les équipes d'accéder collectivement à des ressources qu'elles n'auraient pas pu obtenir individuellement. En pratique, la plupart des fiches projets proposées au comité des projets des hôpitaux du bassin de Thau ont pour principal objet d'obtenir des moyens en contrepartie de la création ou de la consolidation d'une activité (sur un plan quantitatif ou qualitatif).

1.3.2 ... à une coopération de type « communautaire »

Mais le projet est également vecteur d'un autre type de coopération dite « communautaire », motivée par le désir de s'intégrer dans un groupe social dont les membres poursuivent des objectifs partagés. Ce type de coopération se retrouve plus facilement au sein de groupe de petite taille (ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., 1994) comme une équipe de soin, une « groupe de travail » chargé d'identifier les solutions à un problème ou encore une équipe projet.

Ses membres n'appartenant pas forcément à la même unité de travail voire pas au même corps de métier une équipe projet se constitue le temps du projet et se dissout ensuite. Cette diversité des profils est une richesse car « les compétences variées des membres permettent l'innovation et la gestion de l'incertitude propre au projet » (LANGEVIN.P, 2004). Mais en dépit de cette hétérogénéité faciale on constate qu'une forme *d'affectio societatis* pousse les membres d'une équipe projet à coopérer.

Dans sa théorie des conflits réels Sherif (1966) postulait que les relations entre différents groupes d'individus peuvent prendre la forme d'une compétition ou d'une coopération selon le contexte. La poursuite d'un objectif commun (qu'il appelle but supra ordonné) par les membres de groupes sociaux distincts les pousse ainsi à coopérer. De fait, participer à un projet construit autour d'objectifs et de valeurs partagées, soumet les professionnels à un phénomène d'auto-catégorisation. Bien que venant d'horizons différents ils développent un sentiment d'appartenance au groupe social « équipe projet » qui les place *de facto* en position favorable pour coopérer.

A titre d'exemple les Hôpitaux du Bassin de Thau ont, sous l'impulsion d'une angiologue souhaité proposer une activité de phlébologie. En pratique cette activité devait combiner phlébologie médicale et chirurgicale (pour les cas les plus complexes) afin de proposer une prestation globale aux patients. Au quotidien, pôle médecine et chirurgie collaborent rarement. Pourtant dans ce cas, le projet nécessitait de mobiliser différents professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les secrétariats de services différents ainsi que de nombreux « prestataires » comme le service biomedical ou la cellule hygiène. Une équipe projet a donc été constituée, avec pour objectif clair de répondre à un besoin de santé exprimé par la population. *In fine*, en dépit de cultures différentes voire de langages différents, l'équipe projet s'est comportée comme un unique groupe social pour atteindre son objectif de début d'activité dans le délai imparti.

En conclusion, au-delà des gains escomptés, le management d'un projet qui nécessite la définition d'objectif fédérateurs, partagés et acceptés de tous met les équipes en capacité de se mobiliser et de coopérer dans une logique décloisonnée et interprofessionnelle.

2 L'adhésion des acteurs : un enjeu stratégique pour l'efficacité de la démarche

Dans les hôpitaux publics comme ailleurs, l'émergence de pratiques réellement innovantes interroge fortement la capacité de l'établissement à mobiliser ses équipes autour d'un objectif partagé. Selon la théorie de changement du système social (VAN DE VEN.A, POOLE.MS, 1995) des changements comme l'innovation organisationnelle peuvent être induits par un mécanisme d'ordre dialectique lorsque différents services ou pôles entrent en compétition pour les ressources disponibles. De la confrontation des finalités de chaque entité naît alors un projet innovant permettant de respecter leur diversité.

Mais la genèse d'un projet innovant peut également participer d'un phénomène téléologique de l'ordre de l'apprentissage collectif lié notamment à l'exposition des équipes à des sources de connaissances internes ou externes.

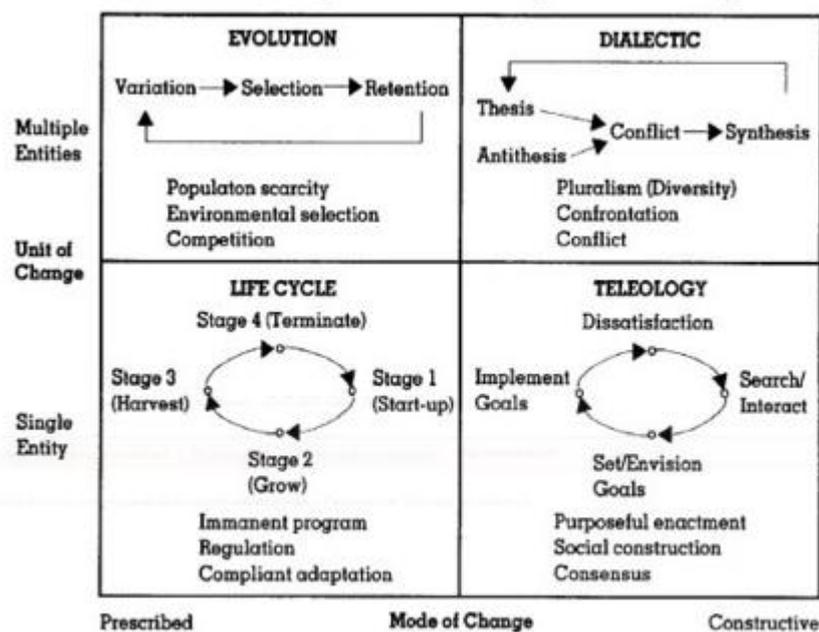


Figure 3 : La matrice du changement de Van de Ven et Poole

Ainsi l'aptitude d'un établissement à proposer et adopter des pratiques nouvelles (telles que nous avons défini les innovations précédemment) ne relèverait pas d'une compétence intrinsèque de l'institution elle-même ou des professionnels qui la composent à titre individuel mais de sa capacité à développer des interactions productives au sein de la communauté hospitalière. (TISSIOUI.M, SCOURANEC.A, JOFFRE.C, 2016/2).

2.1 Une acculturation incomplète au management de projet

Le questionnaire administré auprès de l'ensemble des professionnels des HBT a permis de recueillir 103 réponses avec une répartition de l'échantillon proche de celle la population cible pour les variables « type de professionnel » et « pôles d'origine ». Les variables « âge » et « ancienneté » n'avaient été retenues que comme critères complémentaires en raison d'une taille d'échantillon trop faible. Les données recueillies ont permis de conduire une première analyse sur l'appropriation de la démarche projet par les professionnels des HBT et sur l'influence des variables de positionnement (type de professionnel, âge, ancienneté et pôle) sur l'implication des répondants dans les projets de l'établissement et leur motivation pour les périodes à venir.

2.1.1 Le projet pas encore dans l'ADN des hôpitaux du bassin de Thau

Lors de l'enquête, 70 répondants ont affirmé avoir connaissance du processus de gestion de projet déployé aux hôpitaux du bassin de Thau. Pour autant, 42 ont indiqué avoir mis en place un projet d'amélioration de leur service ou de leur équipe sans vraiment le formaliser. Parmi eux, 17 n'avaient d'ailleurs participé à aucun projet plus formel alors même que 10 d'entre eux indiquaient connaître le fonctionnement du processus de gestion de projet.

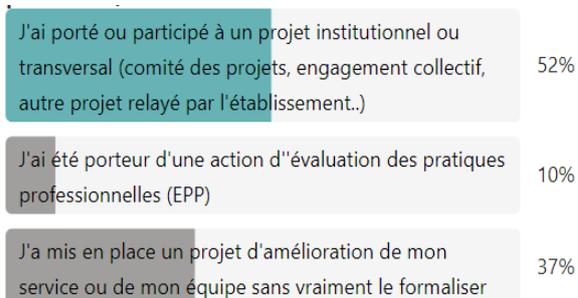


Figure 4 : Implication des professionnels dans les projets menés sur les 18 derniers mois

Ces projets « informels » échappent donc au processus d'évaluation *ex ante* qui permet de statuer sur leur pertinence et leur faisabilité c'est-à-dire de répondre à la question « cette initiative est-elle en cohérence avec les objectifs stratégiques et les valeurs de l'établissement » et « cette initiative a-t-elle une valeur ajoutée pour l'établissement ».

Ils échappent également à l'évaluation *a posteriori* qui permet de statuer sur l'atteinte des objectifs du projet (qui ne sont pas obligatoirement financiers voire qui sont uniquement qualitatifs) et donc de potentiellement abandonner une évolution de pratique qui n'apparaîtrait pas créatrice de valeur. Il existe donc un risque non négligeable de régression de pratiques.

Par ailleurs il est à noter que 25 répondants, qui ont pourtant pris le temps de répondre à l'enquête, ont indiqué n'avoir participé à aucun projet formel ou informel pour le compte de l'établissement.

Pour autant, interrogés sur leurs vellétés de participation aux projets de l'établissement dans l'avenir, 28 professionnels ont exprimé le souhait de s'investir plus dans les projets de l'établissement à l'avenir et 48 indiquent avoir des idées d'améliorations organisationnelles qu'ils aimeraient faire remonter et peut être même le porter. Néanmoins 23 professionnels ayant répondu à l'enquête ne souhaitent pas s'investir dans les projets de l'établissement dans un futur plus ou moins proche.

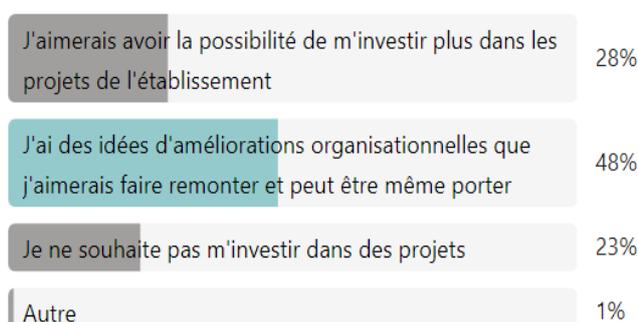


Figure 5 : Motivation des professionnels pour les projets à venir

2.1.2 Une mobilisation peu corrélée à la typologie des professionnels

Une première analyse des résultats aux questions de positionnement avait pour objectif d'étudier l'éventuel lien statistique qui pourrait exister entre les professionnels eux-mêmes (fonction, âge, ancienneté, pôle) et l'engagement passé ou à venir dans les projets de l'établissement.

Tableau 5 : répartition des âges dans l'échantillon de l'enquête

Age	Nombre	Moyenne des Si	Moyenne des Sm
moins de 50 ans	63	3	3,06
50 ans ou plus	39	3,31	2,90
Total général	102	3,12	3,00

Pour la variable âge, nous pouvons constater *de visu* que la différence de moyenne semble peu significative même si, pour les plus de 50 ans le souhait de s'impliquer dans les projets futurs semble moins important que leur implication dans les projets passés ce qui semble cohérent.

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'ancienneté

Ancienneté	Nombre	Moyenne des Si	Moyenne des Sm
> 60 mois	67	3,07	3,06
25 à 60 mois	21	3,10	2,71
0 à 24 mois	13	3,54	3,31
Total général	101	3,14	3,02

Au regard des moyennes la variable ancienneté semble influencer le résultat du score de motivation c'est-à-dire l'envie de s'impliquer dans les projets à venir de l'établissement.

Une analyse ANOVA un facteur ne corrobore pourtant pas ce constat. La p-value nettement au-delà des 5% ne permet pas de rejeter l'hypothèse d'égalité des variances.

ANALYSE DE VARIANCE DU SCORE DE MOTIVATION S_M AU REGARD DE L'ANCIENNETE

Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	3,14425695	2	1,57212848	1,12609954	0,32845526	3,08920301
A l'intérieur des groupes	136,816139	98	1,39608305			
Total	139,960396	100				

Tableau 7 : Répartition des pôles de rattachement dans l'échantillon d'enquête

Pôle de rattachement	Nombre	Moyenne des Si	Moyenne des Sm
Diagnostic et appui aux fonctions cliniques	15	3,13	2,53
Administratif et technique	34	3,12	3,00
Pôles cliniques	52	3,15	3,13
Chir. Anesth. Réa.	11	2,82	2,73
Gériatrie	10	2,80	3,10
Médecine	11	3,91	3,45
Mère enfant	4	2,75	2,50
Santé mentale	10	3,30	3,30
Urgences	6	3,00	3,50
Total général	101	3,14	3,00

Une fois les pôles regroupés par type (pôles cliniques, administratif/technique, diagnostic/appui aux fonctions cliniques), la variable « pôle de rattachement » semble influencer la moyenne des scores de motivation. Mais à nouveau l'analyse ANOVA un facteur ne corrobore pas ce constat. La p-value nettement au-delà des 5% ne permet pas de rejeter l'hypothèse d'égalité des variances.

ANALYSE DE VARIANCE DU SCORE DE MOTIVATION S_M AU REGARD DU POLE DE RATTACHEMENT

Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	4,20897436	2	2,10448718	1,47534323	0,23373468	3,08920301
A l'intérieur des groupes	139,791026	98	1,42643904			
Total	144	100				

Tableau 8 : Répartition du type de professionnel dans l'échantillon d'enquête

Type de professionnel	Nombre	Moyenne des Si	Moyenne des Sm
Administratif	29	2,14	2,69
Educatif et social	2	2,50	3,50
Médecin	16	3,19	3,50
Médecotechnique	8	2,88	2,38
Soignant	37	3,86	3,14
Technique et ouvrier	10	3,4	3
Total général	102	3,12	3,00

La variable « type de professionnel » semble influencer sur le score d'implication. L'analyse de variance corrobore en partie cette impression. En effet une p-value à 0,0053 permet de rejeter l'hypothèse d'une égalité des variances avec une marge d'erreur d'environ 5,3 % ce qui, même au-delà du seuil fixé pour l'indice de confiance à 95% reste significatif.

ANALYSE DE VARIANCE

Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	43,3797797	3	14,4599266	4,50801142	0,00528964	2,6993926
A l'intérieur des groupes	307,93022	96	3,20760646			
Total	351,31	99				

Au terme de cette primo-analyse, il ressort que le seul facteur d'ordre « descriptif » qui influence significativement l'implication des professionnels de l'établissement serait donc la catégorie professionnelle. Les soignants et médecins semblent s'être plus impliqués dans les projets de l'établissement durant les 18 derniers mois. Pour autant ce facteur ne semble pas influencer la volonté de s'impliquer à l'avenir dans les projets de l'établissement. En pratique ce constat est cohérent avec l'origine plutôt institutionnelle des projets étudiés qui mobilisent souvent les médecins notamment comme porteurs de projet. A l'heure actuelle les professionnels des Hôpitaux du Bassin de Thau sont très peu proactifs dans l'émergence des projets qui intègrent le processus « formel » de gestion de projet.

Depuis la création du comité des projets en 2016, 122 projets ont été accompagnés dont 51 étaient initiés par la direction de l'établissement. Parmi les autres projets, l'analyse des intitulés montre qu'une part significative répond directement à une demande institutionnelle de rationalisation des organisations et est donc indirectement diligentée par la direction de l'établissement.

Par ailleurs depuis la mise en œuvre du dispositif d'engagement collectif en 2022, 22 projets ont été proposés par les équipes dont 16 ont été retenus. Les projets d'engagement collectif sont par essence des démarches à l'initiative des équipes.

In fine 36% des projets (tous types confondus) déployés dans l'établissement le sont à l'initiative de la direction.

Tableau 9 : Origine des projets (institutionnels et engagement collectif)

Promoteur	Nombre de Projets
Direction	51
Pôle	7
Porteur de projet	80
Total général	138

Dans ce contexte il semble donc essentiel de comprendre les leviers qui permettront d'obtenir l'adhésion des acteurs de l'établissement à la démarche projets et de créer les conditions propices à l'intelligence collective pour *in fine* faire progresser l'établissement grâce à des innovations organisationnelles

2.2 Une inertie multifactorielle non spécifique aux HBT

Outre la méconnaissance du processus de gestion de projet aux HBT, le niveau relativement faible d'appropriation de la démarche par les professionnels pourrait s'expliquer *a priori* de plusieurs manières. Une analyse de la bibliographie de référence portant sur quinze années dans la littérature internationale traitant de la culture de l'innovation dans les organisations publiques, (BOUKAMELO, EMERY.Y, 2018/2) a permis d'identifier trois types de freins culturels qui semblent transposables aux établissements de santé et qui serviront de base aux hypothèses de la présente étude :

Des freins psychologiques

- Une aversion au risque de professionnels qui évoluent dans un domaine sensible de la santé, qui peut les conduire à s'opposer à l'évolution de leurs pratiques professionnelles qu'ils perçoivent comme un risque pour eux-mêmes ou pour le patient.
- Une faible capacité d'apprentissage organisationnel, qui permet de s'approprier et expérimenter de nouvelles pratiques, dans un contexte très réglementé et normé à la fois du soin et de l'administration (marchés publics par exemple)
- Un manque d'ouverture d'esprit qui pousse les acteurs à privilégier les pratiques connues et éprouvées, sécurisantes, confortés par un entre-soi de la fonction publique hospitalière qui intègre peu de professionnels extérieurs même si la tendance est à l'ouverture.

Des freins organisationnels

- Une rigidité horizontale liée au manque de coopération interprofessionnelle notamment entre les agents administratifs, techniques et soignants (incluant les médecins).
- Un faible esprit d'équipe ou un effet silo produit par des organisations cloisonnées comme le fonctionnement polaire ou la dichotomie administration/soins
- Une rigidité verticale liée à une relation hiérarchique très présente souvent associée à un faible niveau d'autonomie laissée aux équipes.

Des freins managériaux

- Une valorisation insuffisante des succès. Dans un contexte où les marges du manager pour agir sur l'avancement professionnel sont faibles la reconnaissance du travail bien fait demande une agilité managériale importante.
- Une orientation performance et une vision court-termiste qui ne laissent que peu de place à l'exploitation d'un éventuel slack organisationnel pour l'innovation

2.3 Les ressources psychologiques sources de comportements positifs

Le capital psychologique se définit comme « Un état psychologique positif de développement de l'individu (LUTHANS.F, YOUSSEF et AL, 2007). Dans le monde du travail certains auteurs ont pu démontrer une relation positive entre ce capital psychologique la satisfaction de vie professionnelle et une relation négative indirecte sur l'intention de quitter son emploi. (AMIR NASRIA et AL, 2019/4).

Selon Luthans qui est à l'origine du concept en 2004, le capital psychologique s'exprime à travers 4 caractéristiques :

- **L'auto-efficacité** c'est-à-dire la croyance d'un individu dans sa capacité à atteindre un certain niveau de performance. Les nouvelles expériences sont vécues comme des opportunités.
- **L'espoir** c'est-à-dire l'évaluation d'un individu de sa capacité à agir sur le monde qui l'entoure, avoir une attitude proactive et savoir comment atteindre ses objectifs
- **L'optimisme** c'est-à-dire l'attitude d'un individu en regard d'un futur social et matériel perçu comme désirable.
- **La résilience** c'est-à-dire la capacité d'un individu à rebondir face à l'adversité, à l'incertitude, aux conflits, aux échecs ou même face à des changements positifs.

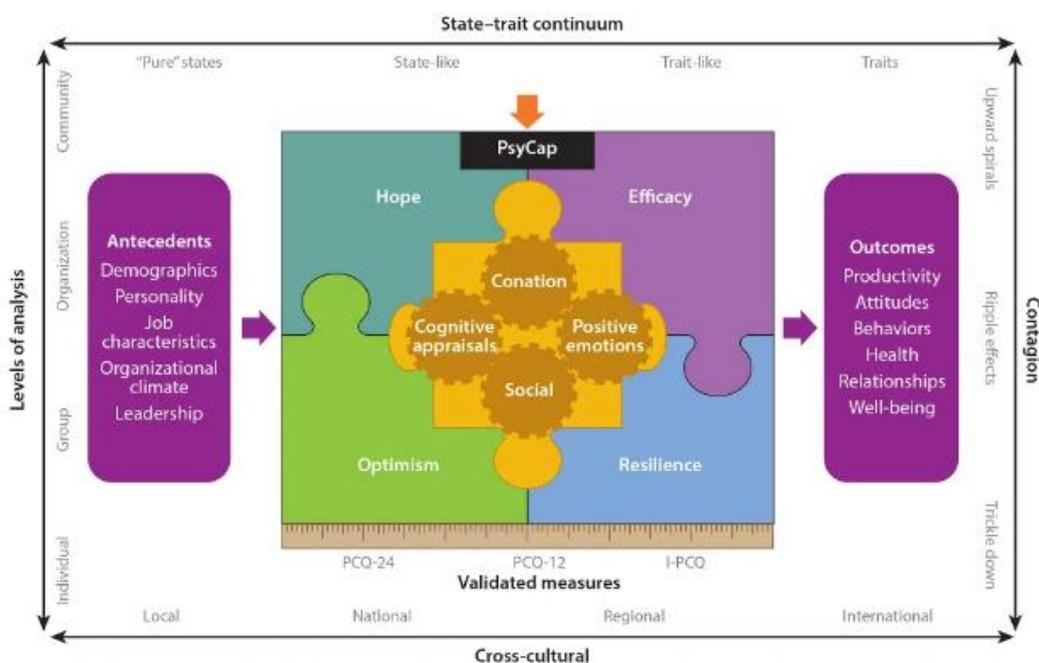


Figure 6 : PsyCap conceptual framework (Luthans et AL, 2017)

Ces ressources psychologiques deviennent donc désormais stratégiques pour l'ensemble des organisations, y compris pour les hôpitaux publics, dont elles sont susceptibles d'influencer positivement la performance (NEWMAN.A, UCBASARAN.D et Al, 2014).

En effet, les individus ayant un capital psychologique élevé ont un état d'esprit positif qui conduit à l'amélioration de leurs performances professionnelles. Les recherches menées sur le sujet tendent à démontrer qu'il influence positivement certains comportements comme l'attachement à leur organisation et l'engagement dans leurs missions institutionnelles (LUTHANS.KW, JENSEN.SM, 2005). Ils font également preuve de plus d'autonomie et une association positive a été démontrée entre capital psychologique et comportement social au travail appelé « extra-role behaviors ». (AVEY.J, HUGHES.LW, NORMAN.SM & LUTHANS.K, 2008).

2.3.1 Hypothèse 1 : Les ressources psychologiques des professionnels conditionnent leur capacité à s'engager dans les projets de l'établissement

Après analyse de la littérature il est apparu qu'il pourrait exister une relation statistique négative entre le capital psychologique des professionnels et leur capacité à s'engager dans les projets de l'établissement.

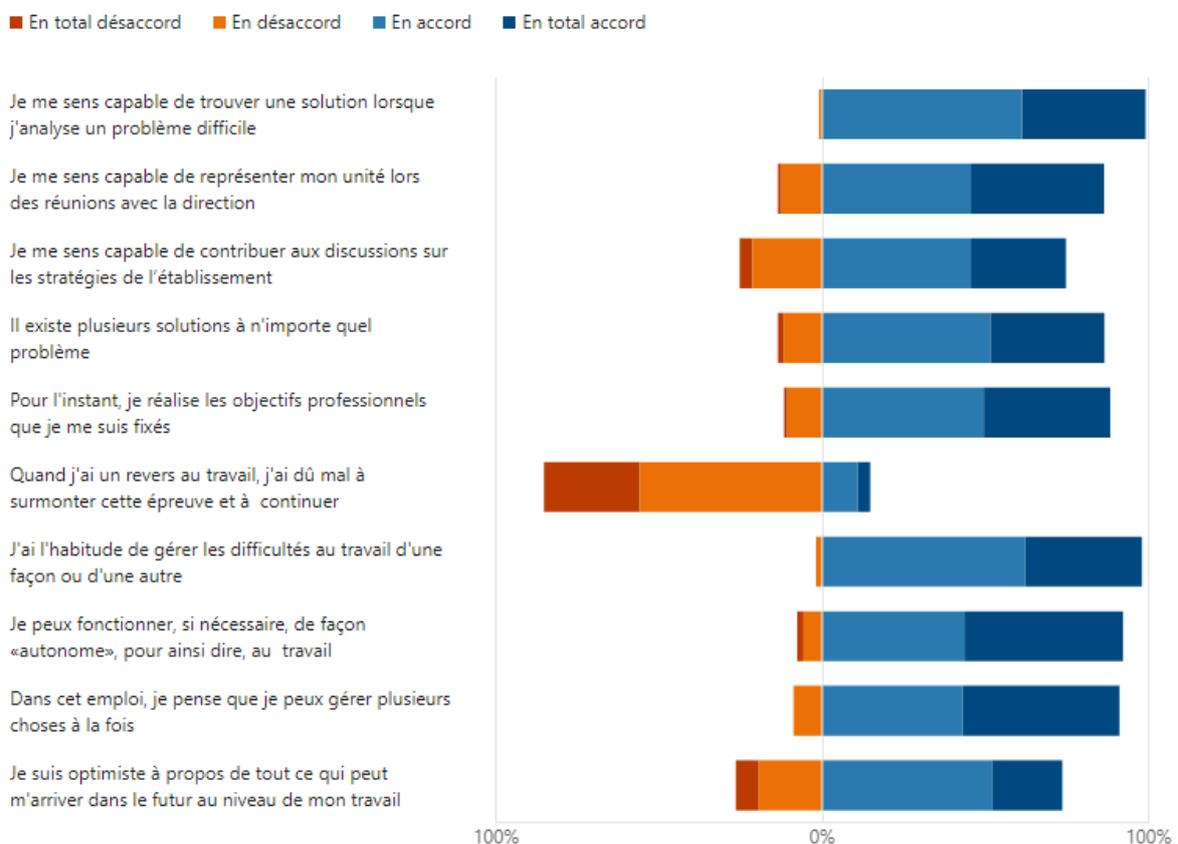


Figure 7 : Evaluation du capital psychologique des agents des HBT

Comme le montrent les statistiques descriptives de la série présentées dans le tableau 11, sur les 4 dimensions (autoefficacité, espoir, résilience et optimisme) du questionnaire PCQ Scale les répondants se sont montrés plutôt positifs ce qui a produit des scores de capital psychologique élevés et homogènes dans l'échantillon. A noter un coefficient d'aplatissement négatif qui signe également cette répartition homogène sur une plage relativement restreinte.

Tableau 10 : statistiques descriptives de la variable score de capital psychologique

<i>Score Capital Psychologique</i>	
Moyenne	7,78627451
Médiane	7,8
Écart-type	0,877105864
Variance de l'échantillon	0,769314696
Kurtosis (Coef. d'aplatissement)	-0,824938834
Plage	3,6
Minimum	6,2
Maximum	9,8
Nombre d'échantillons	102

Si il n'est pas exclu qu'un biais de désirabilité perturbe le résultat du questionnaire (NEWMAN.A, UCBASARAN.D et Al, 2014) ceux-ci semblent néanmoins suffisamment significatifs au-delà de l'éventuelle marge d'erreur pour conclure. Il est pourtant intéressant de s'arrêter sur deux critères qui sont évalués légèrement moins positivement que les autres :

Tableau 11 : réponse aux critères contribution stratégique et optimisme du PCQ Scale

	en total désaccord	en désaccord	en accord	en total accord
Je me sens capable de contribuer aux discussions sur les stratégies de l'établissement	4	22	46	30
Je suis optimiste à propos de tout ce qui peut m'arriver dans le futur au niveau de mon travail	7	20	52	22

Le contexte financier difficile associé à une contraction de l'activité qui dure, obligent actuellement des hôpitaux du bassin de Thau à mettre en place un plan d'action visant à maîtriser les dépenses. Ces éléments ont probablement un effet sur l'optimisme mais créent également un sentiment de n'avoir pas de prise sur les événements qui se reflète dans les résultats.

En revanche, l'analyse de corrélation n'a pas montré de lien statistique significatif entre les 3 dimensions de l'engagement/implication et le capital psychologique.

	<i>Score implication passée</i>	<i>Score de motivation</i>	<i>Score d'engagement</i>	<i>Score Capital Psychologique</i>
Score implication passée	1			
Score de motivation	0,363913945	1		
Score d'engagement	0,914399835	0,646816425	1	
Score Capital Psychologique	0,075999651	0,10319891	0,107848498	1

Au regard de ces résultats il n'est donc pas possible de conclure à une relation entre le score de capital psychologique et l'engagement des professionnels dans les projets institutionnels.

Pour autant, l'analyse des résultats obtenus permet de conclure que le capital psychologique des répondants, basé sur une autoévaluation, est significativement positif. Ce résultat signifie que les professionnels de l'établissement estiment être en capacité d'atteindre le niveau de performance requis pour accomplir les travaux qui leur sont demandés de manière efficace mais aussi d'expérimenter de nouvelles pratiques de travail.

Au reste les données semblent indiquer chez une partie des répondants (25 à 30% cf. tableau 12) une forme de fatalisme et une sensation de subir les décisions stratégiques de l'institution. L'analyse des comptes rendus de réunions ou d'instances corrobore cette impression. Avec certains professionnels (notamment médicaux) pouvant aller jusqu'à un sentiment relevant de l'impuissance acquise, décrite par le psychologue Martin Selligman cité dans (ARNAUD.B, MELLET.E, 2019) comme "Un état psychologique qui résulte de la venue d'événements incontrôlables menant à des états émotionnels, cognitifs et motivationnels déficitaires »

Dans ces conditions ils ne font pas confiance au top management pour prendre les bonnes décisions qui leur permettront de construire un avenir socialement désirable pour eux ce qui pénalise potentiellement leur implication dans les projets et, en corollaire, leur capacité à innover.

En conclusion, au regard de la littérature sur ce sujet, il semble pertinent de travailler à construire une représentation optimiste de l'avenir qui incitera les professionnels à s'impliquer d'avantage mais également à expérimenter de nouvelles pratiques qu'ils estiment être en mesure de déployer.

2.4 L'apprentissage organisationnel moteur de l'innovation organisationnelle

L'Apprentissage Organisationnel représente la capacité d'un individu ou d'une organisation à remettre en question ses pratiques pour les modifier dans le sens du résultat attendu (LAUZIER A et Al, 2013). Culture d'apprentissage et performance sont intimement liées. La capacité à apprendre devient une compétence stratégique désormais érigée en critère de recrutement dans certaines organisations. Il appartient à l'établissement de créer les conditions qui vont permettre cet apprentissage en permettant aux professionnels de questionner les organisations en place et les pratiques de travail (notamment par le droit à l'erreur, le partage des connaissances, la créativité ou le travail en équipe). Dans ces conditions, l'organisation apprenante favorise l'émergence de projets et d'idées nouvelles et *in fine* conforte leur engagement dans les projets.

Pour ce faire, cinq « facilitateurs » de l'apprentissage organisationnel ont été identifiés par (BARRETTE.J et Al, 2012) :

- **L'acquisition et la transformation des connaissances** : c'est-à-dire la possibilité pour les professionnels d'avoir accès à des informations et de nouvelles connaissances.
- **La culture d'apprentissage** c'est-à-dire « le degré auquel une organisation met en place des valeurs et comportements organisationnels qui favorisent les apprentissages individuels et collectifs » (LAUZIER M, BARRETTE et Al, 2018).
- **Le leadership axé sur l'apprentissage** : c'est-à-dire la capacité des managers de l'établissement à créer et entretenir un contexte favorable à l'apprentissage (tolérance face à la prise de risque et circulation des idées)
- **Le soutien organisationnel à l'apprentissage** : c'est-à-dire les actions mises en œuvre par l'établissement pour favoriser l'acquisition de connaissances et le développement de compétences par les professionnels.
- **La gestion stratégique des connaissances et des apprentissages** c'est-à-dire la capacité de l'établissement à faire comprendre aux professionnels de quelle manière leur travail contribue à sa propre finalité (sa « raison d'être ») et *in fine* leur permettre d'appréhender les écarts entre la situation actuelle et la cible.

2.4.1 Hypothèse 2 : La fonction crée l'organe, c'est la culture d'établissement qui incite les professionnels envisager de nouvelles pratiques

Fort de ces éléments théoriques, la seconde hypothèse explorée a été l'existence d'une relation entre le sentiment d'appartenir à une organisation apprenante et la capacité des professionnels à s'investir dans les projets de l'établissement.

Dans un premier temps, les réponses au questionnaire issu de l'« Inventaire des facilitateurs de l'apprentissage organisationnel » (BARRETTE.J et Al, 2012)) ont permis d'évaluer la perception des répondants sur la posture des HBT concernant :

- l'acquisition et transformation des connaissances :

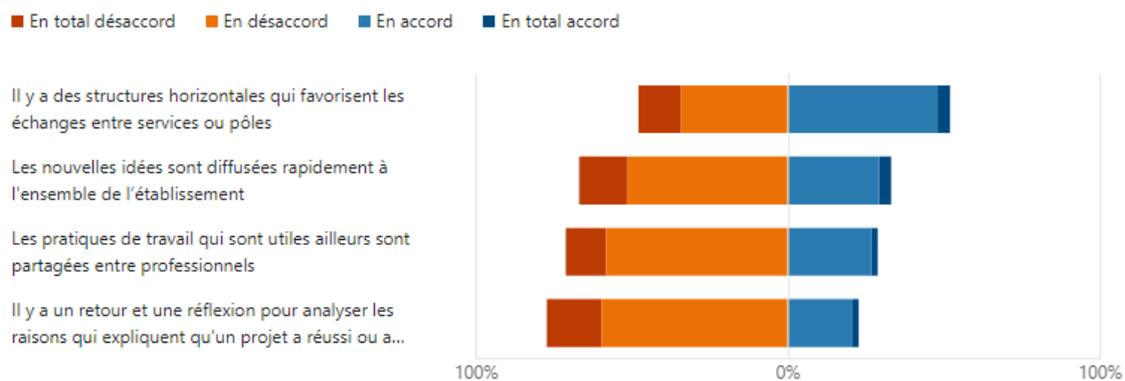


Figure 8 : Perception de la posture des HBT concernant l'acquisition et la transformation des compétences par les agents

- La culture organisationnelle des HBT

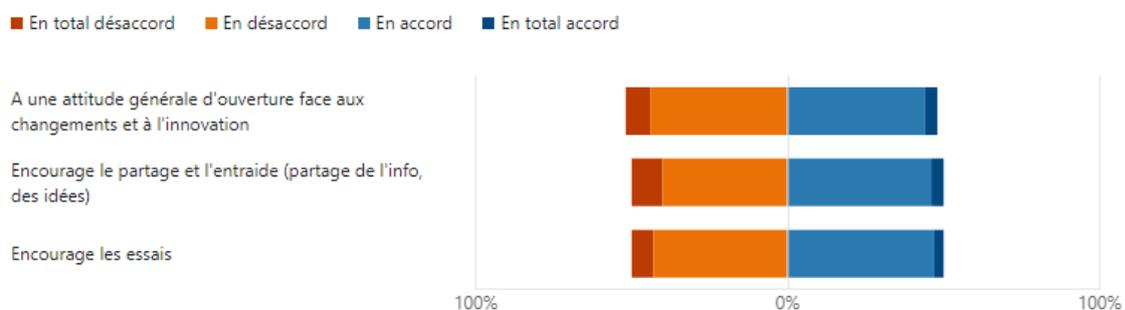


Figure 9 : Perception de la culture organisationnelle des HBT par les agents

- L'attitude de leur encadrement vis-à-vis du changement et de l'innovation



Figure 10 : Perception de la posture de l'encadrement vis-à-vis du changement et de l'innovation par les agents

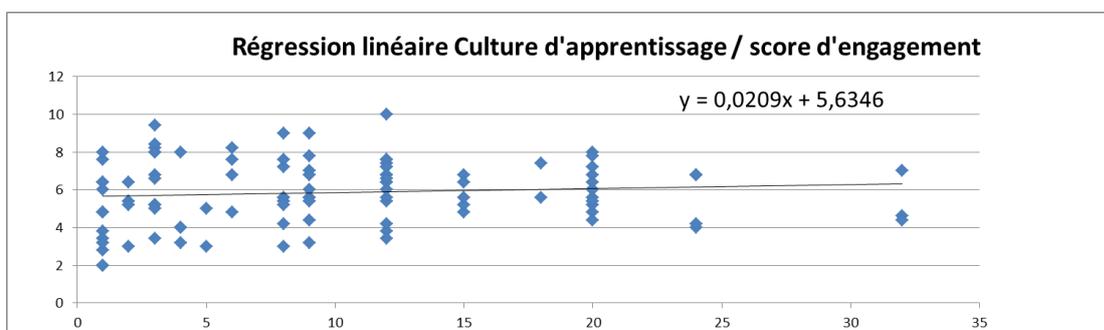
La recherche d'une éventuelle corrélation statistique entre la perception de la culture d'apprentissage par le répondant et le niveau d'implication dans les projets passés ou à venir, matérialisé par le score d'engagement n'a pas produit de résultats statistiquement significatifs.

De la même façon, l'analyse de corrélation entre les scores d'implication passée, score de motivation, score d'engagement global et Culture d'apprentissage n'a pas montré de lien statistique significatif. Il n'est donc pas possible d'écarter l'hypothèse qu'il n'existe pas de différence entre les variances des différentes variables étudiées.

La corrélation observée pour les scores d'implication, de motivation et d'engagement est liée au fait que les variables ne sont pas indépendantes. La variable la plus corrélée à la culture d'apprentissage serait le score de motivation S_M qui représente le souhait de s'engager à l'avenir dans les projets de l'établissement.

	Score implication passée	Score de motivation	Score de Score d'engagement	Score Culture Apprentissage
Score implication passée	1			
Score de motivation	0,363913945	1		
Score d'engagement	0,914399835	0,646816425	1	
Score Culture Apprentissage	0,057850787	0,191503393	0,095898887	1

Mais une régression linéaire du score de motivation en regard du score de perception de la culture d'apprentissage corrobore le fait que ces deux variables ne sont pas significativement liées. Même si une légère liaison semble apparaître sur le graphique, la forme du nuage de point disposé en pointe de flèche est relativement typique.



Pour autant l'analyse qualitative des réponses au questionnaire sur les facilitateurs de l'apprentissage organisationnel tend à montrer que les répondants ont une perception plutôt négative de la culture d'apprentissage des Hôpitaux du Bassin de Thau. Il est également intéressant de noter que les critères les plus dégradés sont ceux qui concernent l'organisation et les pratiques de travail. L'attitude des cadres face à l'innovation est, elle, jugée plutôt positivement par les professionnels interrogés.

Tableau 12 : Réponses défavorable sur la culture d'apprentissage des HBT

	En total désaccord	En désaccord	En accord	En total accord
Il y a des structures horizontales qui favorisent les échanges entre services ou pôles	13%	34%	47%	4%
Les nouvelles idées sont diffusées rapidement à l'ensemble de l'établissement	15%	51%	29%	4%
Les pratiques de travail qui sont utiles ailleurs sont partagées entre professionnels	13%	57%	26%	2%
Il y a un retour et une réflexion pour analyser les raisons qui expliquent qu'un projet a réussi ou a échoué	17%	59%	20%	2%

En conclusion, même si les tests statistiques n'ont pas montré de lien entre les différents scores composites calculés à partir des réponses, certains des critères les plus dégradés nécessitent une attention particulière. Ils peuvent être aisément améliorés et pourraient avoir individuellement une influence sur les projets proposés.

En effet, au regard de la littérature sur le sujet, le partage des pratiques de travail et la diffusion des informations en interne et en externe sont des facteurs essentiels pour la vitalité du processus d'innovation. (DUBOULOZ.S, BOCQUET.R, 2013/6).

Ainsi construire une culture d'apprentissage et faire de l'hôpital une « organisation apprenante » favoriseraient probablement la participation aux projets des professionnels mais surtout permettrait de renforcer la dimension innovante de ceux-ci.

2.5 L'engagement des professionnels à l'épreuve du poids des représentations

Les représentations sociales sont un ensemble de croyances, opinions et images partagées par un groupe d'individus. Elles concourent à la construction d'une réalité sociale qui évolue au grès des influences de l'environnement interne et externe du groupe. Cette influence s'exerce en particulier via les canaux de communication.

Les représentations sociales associées à l'hôpital par les professionnels qui y travaillent sont un facteur d'attachement et de motivation. Elles influencent la capacité des équipes à se projeter et peuvent agir « comme un prisme déformant qui donne à chaque individu un sens différent aux mêmes objets ou événements » (BOUZON.A, 2002).

Aujourd'hui, entre caricature et dramatisation, la représentation de l'hôpital est malmenée dans les médias. L'inconscient collectif est finalement miné par un hôpital-bashing dévastateur (SAADA.D, 2018). Au-delà des usagers, ce discours omniprésent infuse dans la communauté hospitalière. Plateau technique insuffisant, manque de moyens humains et de matériels, déficit de compétence.... Autant de représentations négatives, pas toujours étayées (même si les problèmes existent) qui grèvent la capacité des professionnels de l'hôpital à trouver des solutions en interne. Pour Didier Saada Directeur stratégie et GHT au CHU d'Amiens, elles cantonnent les équipes au rôle de victimes, leur « déniaient la capacité de penser et d'agir ».

Or si l'innovation organisationnelle ne comporte pas de dimension technologique, elle n'en nécessite pas moins la mise en œuvre de moyens humains ou financiers. Dans ces conditions il est raisonnable de penser que ces représentations négatives, véhiculées par des canaux de communication porteurs comme les grands médias ou les réseaux sociaux peuvent influencer la capacité des équipes à s'investir dans des projets d'envergure et *a fortiori* dans des projets innovants.

2.5.1 Hypothèse 3 : L'engagement des professionnels dans les projets est pénalisé par des représentations partiellement erronées.

Pourtant, si la situation financière des hôpitaux du Bassin de Thau s'est fortement dégradée, avec un résultat négatif et une Insuffisance d'auto-financement qui pénalise sa capacité à investir sur les projets, les indicateurs objectifs de fonctionnement sont plutôt satisfaisants.

Tout d'abord sur la qualité des soins l'établissement vient d'obtenir la certification de l'HAS au niveau « Qualité des Soins confirmée » suite à une visite qui s'est déroulée en juin 2022 avec un score global de 87,67 %, et 96 % pour la prise en charge du patient. A noter deux Evénements Indésirables Graves survenus à 2 ans d'intervalle qui ont pu pénaliser l'image de l'établissement.

Sur la stratégie ensuite. Un projet médico-soignant est en phase de finalisation. Lancée en novembre 2022 la démarche a vu l'ensemble des spécialités entamer des réflexions sur les besoins des patients du territoire et la façon dont l'établissement sera en mesure d'y répondre à l'avenir. Par ailleurs, l'établissement met en place notamment grâce à l'appui de la Commission Médicale de Groupement, des circuits de collaboration avec le CHU de Montpellier qui est l'établissement support du GHT : assistants en temps partagé, Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisée (PIMM), Equipe d'imagerie de territoire.

Sur l'équipement : l'établissement bénéficie d'un plateau technique moderne à la fois pour l'imagerie (4 tables de radiologie conventionnelle, 1 scanner, 1 IRM, 1 mammographe, 2 salles d'échographie et 1 osteodensitomètre), la biologie ou le bloc opératoire (7 salles pour le bloc central + 1 bloc obstétrical). Les HBT disposent également d'une stérilisation centrale qui permet une bonne réactivité pour l'activité de chirurgie et d'une PUI au sein de laquelle sont réalisées certaines opérations assez pointues comme la préparation des médicaments anticancéreux qui n'est pas réalisée dans toutes les PUI et qui offre un confort de travail pour les activités d'oncologie médicale.

Concernant le personnel avec un effectif stable de 1456 ETP non médicaux et 135 ETP médicaux (en augmentation de 3,7%), les ratios au lit du malade sont en cohérence avec les moyennes observées dans les établissements de configuration similaire voire plutôt favorables aux équipes notamment en journée. Par ailleurs le pool de remplacement et le recours aux heures supplémentaires sont très largement répandus dans les services de soins.

Pourtant, les échanges avec les professionnels sur le terrain sont contradictoires avec les données objectives. Les instances sont régulièrement le théâtre de débats avec les organisations syndicales autour de demi-vérités voire de contre-vérités concernant notamment le taux de remplacement du personnel, les ratios d'effectifs ou la vétusté de certains matériels.

Aussi au regard des représentations négatives exprimées par les professionnels des HBT au cours des instances ou réunions. Il est intéressant de se demander comment inverser cette tendance lourde qui pénalise l'établissement en limitant la capacité des professionnels à s'engager dans un établissement qu'ils considèrent ne pas être en mesure d'assurer des projets innovants voire ambitieux sur le moyen terme.

En conclusion il existe donc un enjeu communicationnel fort afin d'ancrer dans l'inconscient collectif des constructions positives à même de changer l'image de l'établissement pour les professionnels qui y travaillent au quotidien.

3 Des leviers d'action à la fois stratégiques et opérationnels

L'analyse des déterminants de la mobilisation des équipes dans les projets de l'établissement tend à montrer qu'il existe une double origine à la faible implication des professionnels. Dès lors, les actions devraient se concentrer sur deux volets distincts mais complémentaires :

Un premier niveau d'action devrait s'attacher à définir un cadre propice au développement des initiatives à la fois sur le plan individuel et sur le plan collectif. Ce cadre nécessite l'adhésion à des objectifs connus et partagés mais également la communication autour d'une posture bienveillante et favorable à l'innovation managériale

L'autre volet devrait permettre de proposer des outils ou d'améliorer les outils existants pour compléter le processus de gestion de projet en amont et en aval du processus existant et accompagner les porteurs dès le constat d'une opportunité pour aller jusqu'à la valorisation de l'initiative ou son extension à un champ plus large voire sa globalisation à l'échelle de l'établissement.

3.1 Créer des conditions favorables à l'adoption de pratiques nouvelles

La typologie des répondants exerce une influence négligeable sur l'engagement passé et à venir des professionnels (cf 2.1). Aussi l'élargissement maximum du recrutement des porteurs de projet semble indispensable pour augmenter les chances de faire émerger des innovations. Pour ce faire, la communauté hospitalière doit s'approprier la démarche au-delà de l'encadrement et des médecins qui sont aujourd'hui les principaux pourvoyeurs de projets, souvent d'ailleurs sous l'impulsion de l'institution voire à sa demande explicite.

Le rôle des managers consisterait donc plus à créer les conditions favorables à l'expression de la créativité en encourageant les initiatives tout en fixant un cadre indispensable à la pérennité de l'établissement, à la sécurité des patients et du personnel. Ils sont également à même d'évaluer le potentiel d'un projet et d'éventuellement l'élargir à d'autres usages ou d'autres services/pôles. Enfin ils deviennent les pivots d'un management qui motive voire récompense les professionnels qui s'impliquent dans l'amélioration des pratiques et la coopération interprofessionnelle au travers de projets.

3.1.1 Donner du sens, prioriser et communiquer sur les valeurs

La première étape vers une organisation apprenante est d'inscrire l'action de tous les acteurs dans un cadre partagé et largement communiqué. Le Code de la santé publique - Article L6143-2 prévoit que « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement ». En ce sens, le projet médico-soignant et le projet d'établissement, déclinés en projet de pôle et/ou de service sont des outils très structurants. Dans ce cadre, les CPOM voire la politique qualité permettent également de faire apparaître les priorités stratégiques de l'établissement.

C'est à cette condition que des projets « locaux » pourront émerger en s'inscrivant dans ces priorités bien identifiées. Les travaux d'Ocasio en 2011 cités par (ORVAIN.J, 2014/5) décrivent les mécanismes de l'attention de perspective qui désigne « la capacité des organisations à se concentrer sur une perspective ». L'élaboration et la diffusion (qui nécessite un accompagnement pour en assurer l'appropriation) de priorités lisibles et partagées sont donc des préalables indispensables pour orienter l'attention des acteurs et *in fine* leur capacité à inscrire leur action dans certaines orientations ou enjeux plutôt que d'autres.

Si les missions d'un établissement de santé sont fixées par l'article L6111-1 du code de la santé publique il est important de s'interroger au-delà, sur sa finalité, c'est-à-dire sa raison d'être. Par exemple le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité inhérent au service public hospitalier, mais également les valeurs institutionnelles plus spécifiques qui lui sont propres et qui constituent son identité. Celles-ci sont définies en fonction de son contexte spécifique : type de population, structuration de l'offre sur le territoire, ancrage culturel des professionnels de l'établissement, besoins de santé ...

Co-construire un référentiel de valeur du groupe et le communiquer largement permet à chaque professionnel d'y adhérer pleinement et ainsi d'inscrire son action individuelle dans un projet qui fait sens. Le management de projet est par essence une construction « gigogne » dans lequel des projets d'envergures diverses s'imbriquent. Les valeurs de l'établissement constituent le liant qui incite les équipes à la mobilisation.

A contrario, lorsque les professionnels ont le sentiment que les valeurs véhiculées par l'organisation ne sont pas ou plus en résonance avec les leurs, ils vont avoir tendance à réduire la dissonance cognitive en se désengageant de la vie institutionnelle. Ils ne seront donc pas moteurs dans la démarche projets et la dynamique d'innovation. Il est important de noter que c'est la perception qui est importante et non pas la réalité des valeurs présentes dans l'établissement.

Une fois la finalité de l'établissement clairement définie, le projet médico-soignant et le projet d'établissement élaboré il est indispensable d'accompagner leur diffusion afin de construire une représentation commune. Chaque professionnel de l'établissement doit s'approprier ces éléments essentiels du projet commun et comprendre en quoi son apport individuel contribue au projet collectif, aux valeurs de l'établissement, à la prise en charge des patients et aux usagers. Les instances ne permettent pas toujours de décliner efficacement ces informations jusqu'au niveau opérationnel. Il faut donc prévoir des temps de communication en utilisant un langage clair et compréhensible par tous.

3.1.2 Promouvoir l'apprentissage organisationnel et la coopération

L'innovation au sein d'un établissement de taille moyenne comme les hôpitaux du bassin de Thau n'est que très rarement de nature radicale (ABERNATY, UTTERBACK, 1978). Elle résulte le plus souvent de l'adaptation d'une pratique déjà expérimentée et adoptée ailleurs. Une organisation apprenante est « une organisation capable de créer, acquérir et transférer des connaissances et de modifier son comportement pour refléter de nouvelles connaissances » (GARVIN.A et Al, 2008).

Or les études menées sur le sujet montrent que l'accès à des sources externes de connaissances favorise l'adoption de nouvelles pratiques organisationnelles (DUBOULOZ.S, BOCQUET.R, 2013/6). Cependant, une trop grande quantité d'informations peut rendre plus difficile leur traitement par les professionnels et obérer la capacité de l'hôpital à les transformer en innovation organisationnelle. L'adoption de nouvelles pratiques ne se fait plus en fonction du contexte et des priorités de l'établissement mais s'oriente en première intention vers des idées dont la valeur ajoutée n'est pas démontrée ou qui ne bousculent pas les pratiques existantes (Ocasio, 1997) cité dans (DUBOULOZ.S, BOCQUET.R, 2013/6).

En conséquence, pour favoriser l'adoption de pratiques nouvelles, il apparaîtrait donc pertinent de mettre en place un système de management des connaissances et en premier lieu de développer une stratégie de gestion de l'ensemble des informations disponibles au sein de l'établissement ou accessibles en externe. Celles-ci peuvent relever d'expertises individuelles des professionnels de l'établissement ou collectives développées empiriquement dans le cadre de leurs activités par les équipes. Il s'agit donc de capitaliser sur ces ressources immatérielles pour développer des projets innovants.

Une première étape consisterait donc à identifier et structurer les connaissances disponibles dans l'établissement autour, par exemple, de la démarche qualité qui peut déborder le cadre classique de la sécurité des soins pour s'étendre à l'ensemble des secteurs.

Le logiciel Qualios utilisé pour la gestion documentaire de la démarche qualité aux hôpitaux du Bassin de Thau permettrait par exemple de constituer une base qui pourrait être enrichie par les professionnels dans le cadre de la dynamique d'amélioration continue.

Mais cette approche documentée de la gestion des connaissances, si elle est éminemment structurante, peut sembler fastidieuse et générer des lourdeurs que l'Hôpital ne peut se permettre. Une approche complémentaire consisterait donc à créer un maximum d'interactions entre les professionnels de l'établissement ou avec des professionnels extérieurs lors de formations, de journées d'échange (type vis ma vie) ou via la création d'un réseau social d'entreprise. Une réflexion a d'ailleurs été entamée au sein des HBT sur la création d'un tel réseau. Même si l'objectif initial était plutôt la consolidation de la marque employeur et la communication institutionnelle, l'outil Viva Engage de microsoft, semble présenter des caractéristiques intéressantes pour remplir ce rôle de partage de connaissances.

Enfin, le rôle moteur de la Direction des Ressources Humaines est également crucial à travers ses actions de management des compétences. La diversification des canaux de recrutement et par conséquent de l'origine des nouveaux collaborateurs permet notamment d'insuffler de nouvelles pratiques dans les services. La formation professionnelle est quant à elle un déterminant essentiel de la capacité à innover. Elle permet aux agents les plus anciens de s'appropriier les nouvelles pratiques apportées par les nouveaux. Elle offre également la possibilité d'être en contact avec des sources externes de connaissances qui permettront d'importer de nouvelles pratiques issues directement de l'apport en formation ou indirectement par le contact avec d'autres stagiaires. Enfin elle permet de développer le sentiment d'appartenance et en corolaire le potentiel d'innovation de l'agent.



Figure 11: lien entre formation continue et innovation (TOURABI & AIT ERRAYS 2019)

3.1.3 Produire des conditions psychologiques favorables

En premier lieu pour créer un climat favorable à l'émergence de projets et à l'innovation, l'encadrement de proximité devra veiller à installer un sentiment de sécurité chez les professionnels. L'instauration d'une culture de l'erreur apprenante et d'une attitude bienveillante face aux remises en question des pratiques établies permettra aux porteurs de projet de proposer en toute sérénité des évolutions qui leur semblent innovantes.

Néanmoins, comme l'a montré Salomon Asch au milieu du 20^e siècle, il faut rester vigilant à l'influence du groupe qui peut être contreproductive pour cette dynamique d'innovation par un effet de conformisme. La portée innovante des projets peut se heurter à la force de l'habitude. L'innovation organisationnelle peut parfois être plus complexe à imaginer pour les équipes que l'innovation technologique. Aussi, pour favoriser la créativité et donc l'émergence de projets réellement innovants voire disruptifs, il est impératif de prendre en compte l'ensemble des points de vue, même minoritaires et de les valoriser.

Mais le groupe peut aussi jouer un rôle facilitateur par un effet de normalisation. Lorsque l'encadrement de proximité pilote les évolutions organisationnelles au sein du service en mode projet, cette méthode devient la norme. L'ensemble des acteurs s'implique au quotidien et les propositions d'améliorations organisationnelles s'inscrivent naturellement dans ce mode de fonctionnement. Cet effet est néanmoins plus facilement observé dans des groupes sociaux plus restreints, par exemple à l'échelle d'un service ou d'une équipe de travail.

Kotter (1992) cité dans (PLUCHART.JJ, 2006/4) disait que : « tandis que le manager pilote l'organisation, le leader conduit le changement ». De fait, c'est très souvent le leadership de son encadrement qui conduit l'ensemble de l'équipe à s'investir dans des projets de manière plus ou moins formelle. Aussi, le choix des chefs de pôle, chefs de services ou des cadres apparaît comme un enjeu essentiel pour le développement d'innovations organisationnelles. Pourtant, dans les faits, pour des raisons diverses : manque de candidats, difficultés de promouvoir des professionnels méritants autrement que dans la voie de l'encadrement... ce choix apparaît souvent réalisé par défaut.

Par ailleurs, il est à noter que les innovations organisationnelles ont par essence, à la fois un poids social interne élevé et un poids sur l'efficacité organisationnelle élevé (JOULE.RV, BEAUVOIS.JL, 2004). Pour que des propositions d'innovation organisationnelle voient le jour, il est nécessaire de vaincre des résistances au changement importantes.

Aussi, induire l'idée que l'hôpital est une entité innovante augmente la probabilité que les professionnels qui y travaillent proposent des pratiques innovantes et s'engagent dans les projets. De la même façon, solliciter un professionnel pour ses qualités intrinsèques et non pas par un appel à candidature augmente la probabilité qu'il s'engage dans le projet concerné.

Sur le thème de la communication, un travail important a été mené depuis 2020 aux hôpitaux du bassin de Thau. Une équipe a été constituée et de nombreuses actions ont été conduites. La communication interne s'appuie essentiellement sur un journal interne, mais une grande partie des 6000 abonnés Facebook ou des 1100 abonnés twitter sont des professionnels de l'établissement. Des outils de communication originaux ont été utilisés comme des vidéos ou des affiches créées par des artistes locaux. Ces vecteurs pourraient être utilisés pour véhiculer un message positif sur la dimension innovante de l'établissement.

A l'échelle d'un établissement de santé, le fait de mettre en concurrence les différentes entités qui le compose (services, pôles, filières) dans un objectif commun d'améliorer les recettes ou de réduire les coûts directs tout en maintenant la qualité des prestations peut également conduire les équipes à innover. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'un comité des projets représentatif de la communauté hospitalière est un préalable indispensable.

L'étape complémentaire serait la sanctuarisation d'un budget lisible (malgré les difficultés financières de l'établissement) qui pourrait conduire les différents porteurs de projet à entrer en compétition et à faire preuve de créativité, pour bénéficier de ces ressources disponibles à condition que les règles du jeu soient être lisibles et connues de tous. Il est impératif de fixer les critères d'attribution par exemple : réponse aux priorités institutionnelles (définies en regard du projet médico-soignant et projet d'établissement), dimension innovante, apport pour les usagers, retour sur investissement. La liste des priorités pourrait être révisée annuellement par le directoire en regard des objectifs du projet médico-soignant et du projet d'établissement.

Si la dimension médico-économique du projet ne peut être occultée, elle ne doit pas constituer le principal critère au risque de vider de son sens la démarche aux yeux des acteurs qui s'en désintéresseront pour réduire la dissonance cognitive avec leur système de valeur altruiste.

3.2 Accompagner les acteurs pour faire émerger les idées

En sus de créer les conditions propices à l'innovation, le manager doit construire un système de management qui permettent aux projets d'être inventés, de voir le jour et d'être testé voire étendus. L'accompagnement d'un projet ne devrait pas commencer avec la fiche projet mais dès le constat de départ qui justifie celui-ci. De plus, dans un contexte où les ressources affectées au suivi des projets sont limitées, il semble important de rationaliser cette activité.

3.2.1 Prioriser pour fluidifier la démarche projet

Il semble peu opportun de faire un tri en fonction de la portée initiale des projets, de leur seul caractère radical ou d'innovation produit au détriment des innovations de process. En effet, un projet initialement de faible envergure peut voir son périmètre étendu dans un second temps s'il répond à un réel besoin des usagers ou de la communauté hospitalière.

Néanmoins le lancement d'un trop grand nombre de petit projets simultanément peut nuire à la démarche en créant de la confusion à la fois chez le patient (surtout si ils portent sur les produits c'est-à-dire si ils ont vocation à proposer de nouvelles prestations) mais également chez les professionnels voire dans les équipes qui accompagnent ces projets. Selon les auteurs spécialisés sur ce sujet (KANTER.R, Dec.2006), la stratégie la plus efficace serait de sélectionner quelques projets de grande envergure qui matérialisent les axes de développement privilégiés par l'établissement tout en accompagnant l'émergence de quelques projets prometteurs. En complément il est nécessaire de constituer base importante de projets encore au stade d'idée ou de petits projets « incrémentaux » (c'est-à-dire qui viennent modifier des produits ou process existants)

Par ailleurs, dans la gestion d'un projet, la méthodologie même rigoureuse doit être un facilitateur de l'innovation et pas un frein. Si un suivi rapproché est important, il ne faut pas que celui-ci se matérialise par un planning trop resserré ou un formalisme trop important qui pourrait décourager les promoteurs. Les acteurs rencontrés au sein des Hôpitaux du Bassin de Thau mettaient l'accent sur la difficulté de participer à des réunions ou trop d'acteurs sont conviés. Au regard de ces constats il semble nécessaire de proposer une méthodologie rigoureuse mais souple avec une certaine flexibilité dans les plannings et les outils.

3.2.2 Outiller la dynamique d'innovation

La génération de projets innovants et leur intégration dans le fonctionnement de l'établissement nécessitent qu'un dialogue permanent se noue entre les porteurs de projet (potentiels ou avérés) et les équipes de direction (KANTER.R, Dec.2006) afin d'identifier précocement les opportunités qui constitueront le terreau de l'innovation. Pour ce faire, les spécialistes du design thinking mettent en œuvre différentes techniques comme les enquêtes, les entretiens ou l'audit de terrain. Là encore la démarche qualité de l'établissement peut représenter une source intéressante de remontée d'informations pour mettre à jour des pratiques « profondément ancrées chez des utilisateurs mais qui peuvent être invisibles à première vue » (BEUDON.N, 2017/1).

La principale difficulté à ce stade consiste à ne pas aller trop vite de la phase de constat à la solution. Il est impératif de procéder avec méthode pour identifier la réponse la plus pertinente et/ou efficiente à une situation donnée. Aujourd'hui c'est dans ce domaine que l'effort doit se porter. Là où la démarche actuelle de gestion de projet consiste en l'accompagnement du déploiement d'une solution déjà identifiée par le porteur elle gagnerait à débiter cet accompagnement précocement pour faire émerger des solutions réellement innovantes.

En pratique on constate que les porteurs de projet sont très souvent les managers médicaux ou non médicaux. Or si on en croit le sociologue Richard Senett cité par (MOREL.C, 2012), les compétences des professionnels de terrain sont souvent supérieures à celles de leur encadrement. Aussi dans une logique de « hiérarchie restreinte impliquée » il semble pertinent de transférer le choix des solutions les plus adaptées à des acteurs sans position hiérarchique mais qui disposent de la compétence terrain adéquate. Pour autant ce mode de fonctionnement nécessite un courage managérial et une prise de position pour le moins iconoclaste à l'hôpital public.

L'enquête menée auprès de professionnels des HBT semble montrer que le dispositif d'accompagnement des projets, bien que connu d'une majorité de professionnels de l'établissement, n'est pas toujours utilisé. Sur un plan individuel, le déploiement d'un système de mentorat permettrait de rendre le dispositif plus accessible et faciliter le passage d'une idée au stade de projet formel. Le « parrain » pourrait accompagner le porteur de projet dans le processus et faciliter la prise de contact avec les interlocuteurs pertinents. Le parrain pourrait être formé aux outils de gestion de projet, à l'innovation en interne par l'équipe de la direction des opérations.

Sur un plan collectif, afin d'augmenter la production de projets innovants, il est possible d'utiliser des formes « d'innovation collaborative » par l'organisation d'un hackathon par exemple. Il s'agit d'un événement durant lequel un groupe plus ou moins important de professionnels va se pencher de manière intensive et ludique, sur une durée déterminée sur des problèmes qui n'avaient pour l'heure pas trouvé de solution. Il s'agit d'une sorte de concours d'innovation qui doit avoir une forte dimension ludique afin d'impliquer une grande variété d'acteurs qui habituellement ne s'inscrivent pas dans ce type de démarche. « Cette approche tend même aujourd'hui à s'élargir à des solutions sociotechniques ou organisationnelles, comme la conception de nouveaux processus » (DIONNE.KE, CARLILE.P, 2016/2).

Enfin, portée par la Direction Interministérielle de Transformation Publique (DITFP) la méthode du co-développement fait appel également à la créativité et à la coopération. Elle s'appuie sur l'intervention d'un facilitateur qui accompagne le groupe dans la résolution de situations professionnelles concrètes. Elle peut être mise en place dans les établissements de santé assez facilement sous réserve de solliciter des professionnels formés. Cette méthode ne demande pas de moyens importants et peut aboutir à l'émergence de solutions originales pour des problèmes déjà bien identifiés.

3.2.3 Mettre à profit les ressources disponibles au-delà des représentations

Aujourd'hui aux Hôpitaux du Bassin de Thau, l'ensemble des projets proposés sont soumis à une lecture médico-économique dont l'objet est principalement d'évaluer le potentiel de recettes et le retour sur investissement au regard de l'apport pour les patients, les usagers ou les professionnels. Les projets sont ainsi validés ou non sur la base d'une analyse financière alors même que les porteurs de projet mettent en avant l'intérêt des patients. De ce décalage d'intérêts naît une incompréhension qui contribue à renforcer les représentations négatives d'un établissement qui n'est pas en capacité d'innover.

Le slack organisationnel peut être défini comme la marge de manœuvre dont dispose l'établissement pour amortir les chocs externes mais également pour initier des changements (BOURGEON.L, DEMIL.B, 1999). Cette marge est constituée de ressources financières mais également de temps ou de ressources matérielles. Elle permet aux professionnels d'expérimenter de nouvelles pratiques et de construire des projets innovants qui sans cela seraient rejetés *de facto* par l'établissement. Ainsi le slack organisationnel, en favorisant la prise de risque, permet à des initiatives d'émerger alors même que le retour sur investissement n'est pas garanti. (NOHRIA.N, GULATI.R, 1997).

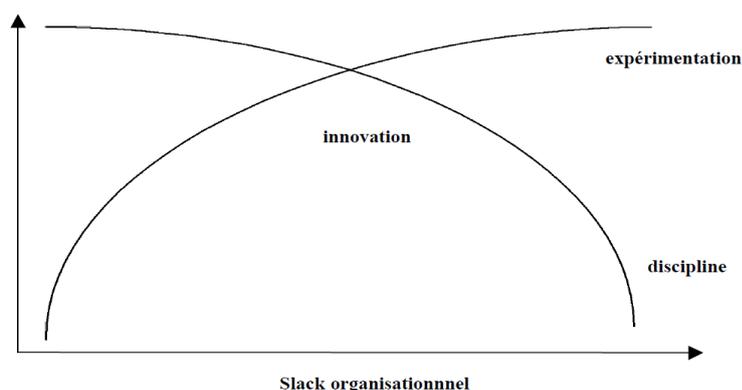


Figure 12 : relation entre slack organisationnel et innovation (Nohria & Gulati 1997)

Malheureusement les tentatives successives de retours à l'équilibre financier et des investissements structurels importants (sur la sécurité par exemple) ont réduit à la portion congrue le slack organisationnel dont disposait l'établissement pour mener à bien des projets innovants. Mais si la situation financière actuelle difficile laisse peu de marge à la prise de risque, les ratios de personnel médical et paramédical offrent la possibilité, selon les spécialités, de s'investir sur la conception et le déploiement de projets. C'est donc à nouveau sur les professionnels eux-mêmes qu'il est possible de capitaliser pour générer des innovations, notamment organisationnelles.

Néanmoins sur le plan managérial il serait préjudiciable de scinder les professionnels de l'établissement en deux catégories : ceux qui portent des projets et qui innovent et ceux qui réalisent « simplement » les tâches de leur fiche de poste. La capacité d'une entité à innover repose autant sur ceux qui conçoivent et déploient les projets que sur ceux qui assurent la prise en charge des patients libérant par-là du temps qui vient nourrir l'indispensable slack organisationnel.

Aussi il serait pertinent de construire, sur un plan collectif un système de récompense qui pourrait prendre place dans le cadre de la démarche de contractualisation interne avec les pôles. A ce jour, des réunions de dialogue de gestion permettent de présenter des chiffres d'activité, de recette et de dépense qui sont discutés entre l'administration et l'encadrement médico-soignant. Sur la base de ces chiffres et en dépit de la situation financière de l'établissement il serait envisageable de construire un système de rétrocession vers les pôles d'une part des gains de productivité pour la conduite de projets ultérieurs. Par ailleurs dans le budget sanctuarisé de la direction des projets il serait intéressant d'en réserver une part pour des projets sans possibilité de calculer un retour sur investissement.

Conclusion

Aujourd'hui, au regard des difficultés expérimentées par les établissements de taille moyenne comme les hôpitaux du bassin de Thau, la capacité d'un établissement à mener des projets innovants, notamment sur le plan organisationnel, devient un enjeu stratégique. Virage ambulatoire ou domiciliaire, consumérisme sanitaire, évolutions du rapport au travail, précarité, transition épidémiologique, financiarisation de la santé, sont autant de défis pour la capacité d'adaptation de l'Hôpital Public. Il est désormais de la responsabilité du directeur d'hôpital d'encourager mais aussi de créer les conditions favorables pour que puisse s'exprimer pleinement l'agilité de ses organisations internes.

Aussi, le management des projets voire le management par projet est-il encouragé par les décideurs comme par les tutelles. Un grand nombre d'établissements se sont dotés d'une direction *ad hoc* afin de piloter les grands projets structurants voire d'un comité des projets chargé d'accompagner l'émergence et le déploiement des initiatives portées par les acteurs eux-mêmes.

Pourtant, sur le terrain, force est de constater que la réalisation n'est pas à la hauteur de l'intention. Les acteurs de l'hôpital interrogés dans le cadre de la présente enquête, affirment avoir des idées d'amélioration de leurs pratiques de travail pourtant la mobilisation de la communauté hospitalière dans la démarche projet ne semble pas suffisante pour générer une réelle dynamique d'innovation même organisationnelle. Les projets restent ancrés dans une habitude confortable et ne revêtent que rarement une dimension innovante. En réalité le processus d'innovation tel qu'il est conçu aujourd'hui ne répond pas à l'impérieux besoin d'agilité qui permettrait d'absorber les chocs sociétaux auquel l'Hôpital doit faire face.

Pour cette étude menée auprès des professionnels des HBT, une analyse liminaire de la littérature avait permis de faire émerger des pistes intéressantes concernant les déterminants de l'implication de la communauté hospitalière dans la dynamique projet que la direction des opérations tente d'insuffler. En dépit de liens statistiques peu significatifs entre les scores composites, la présente étude a permis de mettre en lumière certaines variables qui pourraient influencer sur l'engagement des professionnels et qui méritent d'être considérées.

Tout d'abord, il est apparu que les ressources psychologiques des professionnels ne semblaient pas jouer un rôle significatif dans la faible appropriation du processus de gestion de projet constatée aux hôpitaux du bassin de Thau. En revanche les professionnels interrogés ne semblent pas percevoir l'établissement comme étant à même de les accompagner dans l'identification et le déploiement de nouvelles pratiques.

C'est la structure et son fonctionnement et non les personnes (notamment l'encadrement) qui est questionnée par les professionnels dans ce qui relève néanmoins plus de la représentation sociale que d'une réalité tangible sur certains aspects. Ce sont aussi ces représentations, partiellement erronées des ressources disponibles qui semblent éroder l'optimisme d'une partie d'entre eux.

Aussi, sur la base de cet éclairage, j'ai essayé de proposer des actions qui portent à la fois sur la consolidation de la dimension apprenante de l'organisation, sur la fluidification d'un processus de gestion de projet perçu comme complexe voire décourageant ainsi que sur les représentations qui ont cours dans l'établissement.

Bibliographie

- ABERNATY, UTTERBACK. (1978, Juin). Patterns of industrial innovations. *technological Review*, 40-end.
- AFNOR. (Décembre 2017). *La norme NF NF X50-115 : Management de projet et de programme - Présentation générale.*
- AMIR NASRIA et Al. (2019/4). LE CAPITAL PSYCHOLOGIQUE ET SON INFLUENCE SUR L'INTENTION DE QUITTER : LE RÔLE MÉDIATEUR DE LA SATISFACTION DE VIE PROFESSIONNELLE. Dans *Le travail humain* (p. p 317 à 337). Presses Universitaires de France.
- ANZIEU D. et MARTIN J.-Y. (1994). *La dynamique des groupes restreints*, (éd. 10è éd.). Paris: P.U.F.
- ARNAUD.B, MELLET.E. (2019). *La boîte à outils de la psychologie positive au travail* (éd. Bào La Boîte à Outils). Paris: Dunod.
- AVEY.J, HUGHES.LW, NORMAN.SM & LUTHANS.K. (2008). Using Positivity, Transformational Leadership and Empowerment to Combat Employee Negativity. . *Leadership and Organization Development Journal*, 29, pp. 110-126.
- BARRETTE.J et Al. (2012). Organizational learningfacilitators in the public sector. *International Journal of Public Administration*, 35, 137–149.
- BEUDON.N. (2017/1). Mener un projet avec le design thinking . *I2D - Information, données & documents (Volume 54)*, p. pages 36 à 38.
- BIRKINSHAW.J et Al. (2008). Management innovation. *Academy of Management Review* 33 : 4, 825-845.
- BOUKAMEL.O, EMERY.Y. (2018/2). Les freins culturels à l'innovation dans l'administration publique : spécificités helvétique. *Gestion et management public (Volume 6 / n° 4)*, pages 25 à 43.
- BOURGEON.L, DEMIL.B. (1999). Slack organisationnel et innovation : le cas du secteur hospitalier français. *VIIIème Conférence Internationale de Management Stratégique*. Laboratoire Stratégie et Technologie Ecole Centrale de Paris.
- BOUZON.A. (2002). Homogénéité des représentations dans l'entreprise : illusions et réalités. *Communication et organisation [En ligne]*, 22 .
- CAMIOT.CA, LAUZIER.M. (2021/2). L'influence de la culture d'apprentissage sur l'intention de quitter, l'engagement affectif et la performance dans la tâche : le rôle médiateur du capital psychologique. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, pages 67 à 86.
- CROZIER.M, FRIEDBERG.E. (1981). *L'ACTEUR ET LE SYSTÈME : Les contraintes de l'action collective*". Editions du Seuil.

- DAMANPOUR.F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. *Academy of management Journal*, 34, 555-590.
- DAMERON.S. (2005/5). LA DUALITÉ DU TRAVAIL COOPÉRATIF . *Revue française de gestion no 158*, p. p 105 à 120.
- DGOS. (2021, Aout 26). CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en oeuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière.
- DIONNE.KE, CARLILE.P. (2016/2). Le pouvoir transformationnel des hackathons . *Gestion (Vol. 41)*, p. pages 62 à 63.
- DITFP. (s.d.). *Mieux comprendre le co-développement modernisation.gouv.fr*. Consulté le 08 25, 2023, sur site web de la DITFP modernisation.gouv.fr: <https://www.modernisation.gouv.fr/outils-et-formations/mieux-comprendre-le-co-developpement#:~:text=Le%20co%2Dd%C3%A9veloppement%20part%20du,solutions%20%C3%A9mergent%20du%20collectif%20intelligent>.
- DUBOULOZ.S, BOCQUET.R. (2013/6). Innovation organisationnelle S'ouvrir pour innover plus ? . *Revue française de gestion N° 235*, p. p129 à 147 .
- EDQUIST et Al. (2001). Innovation and employment : Process versus product innovation, Cheltenham, Edward Elgar. Dans H. L. Edquist C., *Innovation and employment : Process versus product innovation, Cheltenham, Edward Elgar*. (p. 214 pp). Edward Elgar Publishing, Cheltenham,.
- GARVIN.A et Al. (2008, April). Is Yours a Learning Organization? *Harvard Business Review*, p. 134.
- HUAULT.I, DIMAGGIO.P et POWELL.W. (2009). Des organisations en quête de légitimité. Dans *Les Grands Auteurs en Management*,. EMS.
- JANCOURT.D, SIMART.M. (2015). Le management par projets un défi pour les établissements de santé . Dans B. & Fermon, *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p. pages 167 à 184). Paris: Dunod.
- JODELET.D. (2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.
- JOULE.RV, BEAUVOIS.JL. (2004). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Presses Universitaires de Grenoble.
- KANTER.R. (Dec.2006). Innovation the classic traps. *Harvard Business Review*, 72-83, 154.
- LANGEVIN.P. (2004). Quels facteurs de performance pour quels types d'équipe ? L'avis des managers. *Actes du 2ième congrès de l'AFC*.
- LAUZIER A et Al. (2013). Validation francophone de l'inventaire des facilitateurs de l'apprentissage organisationnel (IFAO) : étude comparative de l'apprentissage perc, u au niveau des individus, des groupes et de l'organisation. *Revue européenne de psychologie appliquée* 63, pp. 353–362.

- LAUZIER M, BARRETTE et Al. (2018). Validation of a short form of the Inventory of Organizational Learning Facilitators. *J Work Learn* 30(4), 245-261.
- LUTHANS.F, AVOLIO.B et Al. (2007, September). Positive psychological Capital : measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*.
- LUTHANS.F, YOUSSEF er Al. (2007). *Psychological capital*. Oxford University Press.
- LUTHANS.KW,JENSEN.SM . (2005). The Linkage between Psychological Capital and Commitment to Organizational Mission: A Study of Nurses. . *Journal of Nursing Administration*, 35, pp. 304-310.
- MEGEVAND.V. (2014, Mai). DOP : Le bilan aux HUG. *Gestions hospitalières N°536*, pp. 315-318.
- MOREL.C. (2012). *Les décisions absurdes II*. Gallimard.
- NEWMAN.A, UCBASARAN.D et Al. (2014). Psychological capital: A review and synthesis. *Journal of Organizational Behavior, J. Organiz. Behav.* 35, , pp. S120–S138 .
- NOHRIA.N, GULATI.R. (1997, December). What is the optimum amount of organizational slack?: A study of the relationship between slack and innovation in multinational firms. *European Management Journal Volume 15*, pp. Pages 603-611.
- ORVAIN.J. (2014/5). Le Qui-Vive organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action. *M@n@gement Vol. 17*, p. p 346 à 370.
- PLUCHART.JJ. (2006/4). Créativité et leadership des groupes de recherche. *Dans Revue française de gestion (no 163)*, p. pages 31 à 44.
- SAADA.D. (2018, octobre). L'hôpital bashing. Des réalités aux caricatures de la dramatisation à l'instrumentalisation, de la compassion à la violence. *Gestion Hospitalière (579)*, pp. 512-514.
- TALBI.CL. (2018/5). Le Management des connaissances, levier de l'innovation managériale dans les entreprises apprenantes. *Gestion 2000 (Volume 35)*, p. p73 à 101.
- TISSIOUI.M, SCOURANEC.A, JOFFRE.C. (2016/2). L'innovation au cœur de la dynamique des métiers : application au secteur de la santé,. *Revue de gestion des ressources humaines (N° 100)*, pages 21 à 40.
- TOURABI.A & AIT ERRAYS.N. (2019). L'effet de la formation continue sur la capacité d'innovation : Cas de l'agence Nationale des Ports au Maroc. *Revue de l'Entrepreneuriat et de l'Innovation (vo II N° 8)*.
- VAN DE VEN. A.H. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management Science, vol. 32, n° 5,*, p. 590-607.
- VAN DE VEN.A, POOLE.MS. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review Vol. 20, No. 3*, pp. pp. 510-540.
- ZALTMAN.G., DUNCAN.R. and HOLBECK.J. (1973). *Innovation and Organizations*. John Wiley New york.

Table des illustrations

Figure 1 : Création de valeur par les projets et programme (NF ISO 21502 : 2021).....	8
Figure 2 : Répartition des projets institutionnels innovants ou non par pôle/Direction	12
Figure 3 : La matrice du changement de Van de Ven et Poole	16
Figure 4 : Implication des professionnels dans les projets menés sur les 18 derniers mois	17
Figure 5 : Motivation des professionnels pour les projets à venir	18
Figure 6 : PsyCap conceptual framework (Luthans et Al, 2017).....	23
Figure 7 : Evaluation du capital psychologique des agents des HBT	24
Figure 8 : Perception de la posture des HBT concernant l'acquisition et la transformation des compétences par les agents	28
Figure 9 : Perception de la culture organisationnelle des HBT par les agents.....	28
Figure 10 : Perception de la posture de l'encadrement vis-à-vis du changement et de l'innovation par les agents.....	29
Figure 11: lien entre formation continue et innovation (TOURABI & AIT ERRAYS 2019)...	38
Figure 12 : relation entre slack organisationnel et innovation (Nohria & Gulati 1997).....	44
Tableau 1 : Répartition des effectifs dans la population de référence	4
Tableau 2 : Typologie des projets d'engagement collectif	12
Tableau 3 : typologie des projets institutionnels.....	12
Tableau 4 : dimension et attributs de la coopération (DAMERON.S, 2005/5).....	13
Tableau 5 : répartition des âges dans l'échantillon de l'enquête.....	18
Tableau 6 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'ancienneté.....	19
Tableau 7 : Répartition des pôles de rattachement dans l'échantillon d'enquête.....	19
Tableau 8 : Répartition du type de professionnel dans l'échantillon d'enquête	20
Tableau 9 : Origine des projets (institutionnels et engagement collectif)	21
Tableau 10 : statistiques descriptives de la variable score de capital psychologique	25
Tableau 11 : réponse aux critères contribution stratégique et optimisme du PCQ Scale....	25
Tableau 12 : Réponses défavorable sur la curlure d'apprentissage des HBT.....	30

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche projet des HBT

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 2 : Liste des projets institutionnels

Annexe 3 : Liste des projets d'engagement collectif

ANNEXE 1 : FICHE PROJET HBT

ELEMENTS GENERAUX

+ Nom Porteur de Projet :

+ Fonction :

+ Pôle présentant le projet :

+ Le projet intégré :

- Dans le projet de pôle OUI NON
- Dans le projet médical/projet d'établissement des HBT OUI NON
- Dans le projet médical de territoire OUI NON
- Initiative personnelle OUI NON

+ Le projet répond à une recommandation/ réserves de la HAS, de l'ANESM ou de tout autres organismes externes :

OUI NON

+ Présentation du projet :

- Bureau de Pôle OUI NON
 - Si oui, Date :
 - Avis : FAVORABLE DEFAVORABLE
- Autres instances ou réunions : OUI NON
 - Si oui, Date :
 - Avis : FAVORABLE DEFAVORABLE
- Communication informelle :
 - Chef de Pôle : OUI NON
 - Présidente de CME : OUI NON
 - Direction : OUI NON
 - Direction des Soins : OUI NON

+ Pôle(s) / Direction(s) partenaire(s) (projet commun à plusieurs pôles ou projet commun entre un pôle et une Direction) :

• Pôle(s) :

- Chir.-Anest.-Réa. Médecine Mère-Enfant
Urgences
- Santé mentale Gériatrie-Soins de suite Appui aux fonctions cliniques
Diagnostic

• Direction(s) :

- Direction générale DRHAM DRM DOP
- DAMSE Direction des soins DSI DAF

DESCRIPTIF DU PROJET

+ Périmètre concerné / UF / Activité concernées :

+ Caractéristiques principales du projet :

- Le projet vise-t-il à ? :

- Augmentation de l'activité

Type d'activité	Nombre de séjours/actes/consultations avant projet	Nombre de séjours/actes/consultations après projet

- Substitution d'activité

Nature de l'activité avant substitution	Nombre de séjours/actes/consultations avant substitution	Nature de l'activité après substitution	Nombre de séjours/actes/consultations après substitution

- Transfert d'activité vers un autre secteur

Nature de l'activité avant transfert	Nombre de séjours/actes/consultations avant substitution	Service d'origine	Service de destination

- Amélioration de la qualité/sécurité de la PEC/parcours patient
- Attractivité des HBT / activité concernée
- Recherche / innovation
- Amélioration des conditions de travail

+ Nature et présentation synthétique du projet, motivations et enjeux (en quelques lignes) :

+ Ya-t-il un impact sur un autre pôle ou secteur au sein du pôle ?

★ Services de soins :

- Service d'hospitalisation complète
- Service HDJ
- Service de consultations
-

Urgences

Si oui, précisez le / les services concernés / la nature / le volume :

★ Logistique médicale :

- Pharmacie
- Stérilisation
-

Hygiène

Si oui, précisez la nature / le volume : (ex : consommables, dispositifs, etc...)

★ Médico-technique :

- Imagerie médicale
- Laboratoire
- Bloc opératoire
- Bloc obstétrical

Anesthésie

- Explorations fonctionnelles
- Rééducation fonctionnelle

Si oui, précisez la nature / le volume :

★ Logistique et administratif :

- Blanchisserie
- Restauration
- Bureau des entrées
- Secrétariat médicaux

Brancardage

- Archives
- Transports
- Autres

Si oui, précisez la nature / le volume :

EVALUATION DES MOYENS/RESSOURCES

+ Capacitaire : Le projet nécessite-il

+ Des lits et places supplémentaires ? OUI NON

+ Une transformation de lits et places ? OUI NON

+ Des plages de consultations supplémentaires OUI NON

+ Des vacations au bloc ? OUI NON

+ Des locaux supplémentaires ? OUI NON

+ Ressources Humaines

+ Le projet est-il réalisé à moyens constants au niveau de l'établissement ? OUI
 NON

+ Le projet est-il réalisé à moyens constants au niveau du pôle OUI
 NON

+ Le projet nécessite-t-il des ressources humaines supplémentaires ? OUI
 NON

Si oui détaillez la nature et le temps supplémentaire

+ Le projet génère-t-il des économies de ressources humaines ? OUI NON

Si oui détaillez la nature :

+ Le projet modifie-t-il les organisations, le temps et conditions de travail ? OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

+ Le projet génère-t-il des besoins en formation ? OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

+ Equipement médicaux

+ Equipement supplémentaire OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

+ Renouvellement matériel et équipements existants OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

+ Mutualisation de matériel et équipements OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

+ Mise à disposition de matériel et équipements OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

Equipements non médicaux

+ Equipement supplémentaire OUI
 NON

Si oui détaillez la nature :

+ Renouvellement matériel et équipements existants OUI
 NON
Si oui détaillez la nature :

+ Mutualisation de matériel et équipements existants OUI
 NON
Si oui détaillez la nature :

+ Réalisation de travaux : le projet nécessite- il des travaux ?
 OUI NON
Si oui détaillez la nature :

Autres :
Si oui détaillez la nature :

+ Le projet génère-t-il des économies (économies autres que ressources humaines) ?
 OUI NON
Si oui détaillez la nature :

+ Le projet peut-il faire l'objet d'un financement externe ?
 OUI NON
Si oui détaillez la nature :

+ Date envisagée de mise en œuvre du projet :

Date de réception de l'appel à projet :

Date avis : / /

Avis :

Projet retenu pour étude médico-économique approfondie
 - *Coordonnateur de l'évaluation médico économique :*

Projet à retravailler en amont d'une éventuelle étude médico-économique approfondie

Recommandations :

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Afin de d'identifier des pistes pour améliorer la gestion des projets au sein de l'établissement nous souhaitons en savoir un peu plus sur votre participation aux projets institutionnels et votre vision de l'établissement

Je vous remercie par avance

Ce questionnaire est anonyme, néanmoins si vous acceptez d'être recontacté pour un entretien d'approfondissement vous pouvez indiquer vos noms prénoms et service :

Je suis : Un homme / Une femme
Je suis un professionnel : Médical, paramédical, administratif, technique
Je suis âgé de : – de 25 ans entre 25 et 50 ou plus de 50 ans ?

Niveau d'engagement dans les projets institutionnels durant les 18 derniers mois ?

J'ai été impliqué dans une fiche projet institutionnelle Oui / Non
J'ai proposé un projet dans le cadre de l'engagement collectif Oui / Non
J'ai été porteur d'une Evaluation de Pratique Professionnelle Oui / Non

Volonté de s'engager dans les projets institutionnels à l'avenir

Je souhaiterais m'impliquer dans un projet institutionnel
Oui / Non
J'ai des idées d'amélioration des organisations pour mon service
Oui / Non

Etes-vous en accord avec les affirmations suivantes ?	En total désaccord	En désaccord	Plutôt en accord	En total accord
Mes ressources individuelles				
1. Je me sens capable de trouver une solution lorsque j'analyse un problème difficile.				
2. Je me sens capable de représenter mon unité lors des réunions avec la direction.				
3. Je me sens capable de contribuer aux discussions sur les stratégies de l'établissement				
4. Il existe plusieurs solutions à n'importe quel problème.				
5. Pour l'instant, je réalise les objectifs professionnels que je me suis fixés.				
6. Quand j'ai un revers au travail, j'ai dû mal à surmonter cette épreuve et à continuer.				
7. J'ai l'habitude de gérer les difficultés au travail d'une façon ou d'une autre.				
8. Je peux fonctionner, si nécessaire, de façon «autonome», pour ainsi dire, au travail.				
9. Dans cet emploi, je pense que je peux gérer plusieurs choses à la fois.				
10. Je suis optimiste à propos de tout ce qui peut m'arriver dans le futur au niveau de mon travail.				
L'acquisition et la transformation des connaissances - Dans l'établissement				
11. Il y a des structures horizontales qui favorisent les échanges entre services ou pôles				
12. Les nouvelles idées sont diffusées rapidement à l'ensemble de l'établissement				
13. Les pratiques de travail qui sont utiles ailleurs sont partagées entre professionnels				
14. Il y a un retour et une réflexion pour analyser les raisons qui expliquent qu'un projet a réussi ou a échoué				
La culture organisationnelle - l'établissement :				
15. A une attitude générale d'ouverture face aux changements et à l'innovation				
16. Encourage le partage et l'entraide (partage de l'info, des idées)				
17. Encourage les essais				
18. Perçoit le changement comme une occasion à saisir et non comme une menace				
Le leadership axé sur l'apprentissage - Dans l'établissement :				
19. Les cadres encouragent leurs agents à essayer de nouvelles façons de faire le travail				
20. Les cadres sont ouverts aux dialogues et aux idées différentes				
21. L'encadrement nous expose à des idées qui m'aident à questionner mes façons de faire				

ANNEXE 2 : EXTRAIT DU TABLEAU DE SUIVI DES PROJETS INSTITUTIONNELS

Innovation ?	technologique/ organisationnelle	Produit / process	FICHE APPEL A PROJET					Réunion de pré cadrage	Date de la réunion de pré-cadrage	Date de réunion de cadrage avec les acteurs	EVALUATION MEDICO-ECONOMIQUE			DIRECTOIRE		Directrice			Etat Suivi 1	Etat Suivi 2	Etat Suivi 3	Commentaire		
			Provenance projet	Date demande	Nom porteur de projet	Lien fiche projet	Retenue pour évaluation médicale				Nom coordinateur médico-économique	Etat de réalisation étude médicale	Date présentation Comité des projets	Date de présentation au Directoire	Décision de la Directrice	Lien évaluation médico-économique	Date de mise en œuvre	Date Suivi 1					Date Suivi 2	Date Suivi 3
non			Direction	02/02/2021			OUI				M.FRAISSE	Finalisée	/	16/02/2021	Favorable avec observations	L'Eval HDJM		NC	NC	NC	NC	NC	CF suivi Réorganisation des services	
non			Direction	02/02/2021	MLEPCIER		OUI				M.FRAISSE	Finalisée	/	22/03/2021	Favorable	Reorganisation des services 2020-2021.pdf							Date spécifique à chaque service (cf supra)	
oui	Technologique	Produit	Direction	02/02/2021	Dr EL ALAM		NON				M.FRAISSE	Abandon										Equipement prévu dans le plan d'équipement		
non			Porteur de projet	02/02/2021	Dr FEBBARO		NON				NC	Abandon										coloscope : renvoi au plan d'équipement optique gynéco : besoin de secours intégré plan équipement ?		
oui	Organisationnelle	Process	Direction	24/02/2021	Dr DANIELSON	L' Développement de l'activité de nutrition	OUI	Finalisée			K.MUNCK	Finalisée	10/05/2021	07/06/2021	Favorable	Eval Développement des bilans nutritionnels du HDJM Développement		10/03/2022	09/11/2022		Finalisée	Finalisée		
oui	Organisationnelle	Produit	Porteur de projet	24/02/2021	Dr ZARRAD		OUI				K.MUNCK	NC										Activité à inclure dans les évaluations médico-économique de médecine, de la cardiologie et cf fiche projet phlébologie		
non			Porteur de projet	05/02/2021	Dr BLONDIN	L' fiche appel à projet Temps pharmaceutique sur les DM	OUI	Finalisée			K.MUNCK	Finalisée	/	22/03/2021	Favorable	Reformulation du temps pharmaceutique/Plan d'équipement du temps		11/10/2021				Finalisée	NC	Présentation au comité des projets le 07/10/2021 En attente de connaître la valeur du nouveau module de traçabilité COPILOTE
non			Direction	22/02/2021	Dr PLOUD	L	OUI				K.MUNCK	Abandon												
oui	Technologique	Produit	Direction	22/02/2021	Dr COLIN	L	OUI	Finalisée			K.MUNCK	Finalisée	/	15/11/2021	NC	Centre de sénologie							Favorable sous réserve de mise en œuvre des recommandations et nouvel examen par le Directoire le 16 décembre 2021	
oui	Technologique	Produit	Direction	22/02/2021	Dr COLIN	L	OUI	Finalisée			K.MUNCK	Finalisée	14/12/2021	16/12/2021	Favorable avec observations									
non			Direction	22/02/2021	Dr HOARAU		OUI	Finalisée			M.FRAISSE	NC												
oui	Organisationnelle	Produit	Porteur de projet	24/03/2021	Dr TOURNI HAMONET	Cs d'encop, pétresse doc	OUI	Finalisée			K. MUNCK	Finalisée	02/07/2021	06/07/2021	Favorable	Développement d'une activité de diagnostic - sésame.pdf		03/02/2022	01/10/2022			Finalisée	Finalisée	
oui	Organisationnelle	Process	Porteur de projet	26/03/2021	Dr PLOCH et Mme CHAVE	IDE soins et parcours patients, les étapes aux Urgences des HST	OUI				K. MUNCK	Finalisée	/	26/03/2021	Favorable	IDE soins et parcours patients en attente, aux urgences des HST, le rail.pdf		NC	NC	NC	NC	NC	NC	IDE recruté
non			Direction	15/04/2021	Dr ETTORI	L	OUI	Finalisée			K. MUNCK	Finalisée	07/04/2022	11/04/2022	NC	Extension des consultations de médecine - le rail.pdf								Ajouter 0,5AMA (M. BOUVIER)
non			Direction	15/04/2021	Dr ETTORI	L	OUI	Finalisée			K. MUNCK	Finalisée	12/05/2022	17/05/2022	Favorable avec observations	Extension des consultations de médecine - le rail.pdf	01/01/2022	01/07/2023					A lancer	
non			Porteur de projet	03/05/2021	Dr ANTOINE	L	OUI				K. MUNCK	Finalisée	01/07/2021	05/07/2021	Favorable	Extension des consultations de médecine - le rail.pdf		10/03/2022	01/01/2023			Finalisée	Finalisée	
oui	Organisationnelle	Process	Porteur de projet	07/06/2021	Dr THIRION	IDE Transversale Béa	NON	NC			NC	NC	NC	NC	NC	NC		NC	NC				Demande RH uniquement	
non			Porteur de projet	07/06/2021	Dr THIRION et Dr REYSSEGIER	Formation paramédicale en péa	OUI	Finalisée			K. MUNCK	NC												
non			Porteur de projet	07/06/2021	Dr EL ALAM	QPS - Chirurgie reconstructive doc	OUI				M.FRAISSE	Abandon	NC	NC	NC	NC		NC	NC					Renouvellement de l'équipement intégré dans le plan d'équipement
oui	Organisationnelle	Process	Porteur de projet	24/06/2021	M. DODERO	IPA pneumologie et endocrinologie doc	OUI	Finalisée			E. CHEMINOT	Finalisée	03/02/2022	07/02/2022	Favorable	IPA en diabète et endocrinie	01/09/2022	02/12/2023	?			A lancer	A lancer	Evaluation à prévoir après le retour du congé maternité de l'IPA
non			Direction	24/06/2021	DOP	Fiche mission - Chirurgie polyvalente.pdf	NC	NC			NC	NC	NC	NC	NC	NC		?	31/12/2023			A lancer	A lancer	
non			Direction	24/06/2021	DOP	Fiche mission - Chirurgie orthopédique.pdf	NC	NC			NC	NC	NC	NC	NC	NC		?	31/12/2023			A lancer	A lancer	
non			Direction	24/06/2021	DOP	Fiche mission - UCA.pdf	NC	NC			NC	NC	NC	NC	NC	NC		16/03/2023	31/12/2023			Finalisée	A lancer	Evaluer les horaires d'entrées + horaire de fin de poste des Ide (17h30) semble limiter fortement les entrées l'après.
non			Direction	24/06/2021	DOP	Fiche mission - HDJM.pdf	NC	NC			NC	NC	NC	NC	NC	NC		01/02/2022	NC			Finalisée	NC	

ANNEXE 2 : EXTRAIT DU TABLEAU DE SUIVI DES PROJETS D'ENGAGEMENT COLLECTIF

Dispositif d'engagement collectif - Projets reçus										
Fenêtre octobre & novembre 2022										
COPII en formation sélection - 21/11/2022										
N°	Intitulé du projet	Moyens nécessaires à la réalisation du projet	Objectif(s) prioritaire(s) du projet	Innovation	Technologique / organisationnelle	Process / Produit	Durée du projet (mois)	Montant max de la prime	Composition de l'équipe projet	Retenu par le COPII
1	Enrichir l'accompagnement pluridisciplinaire en addictologie avec la pair-aidance	Utilisation des moyens existants	Qualité, sécurité et pertinence des soins	oui	organisationnelle	Process	12	9 186 €	3 psychologue, 3 IDE, 1 PH, 1 AMA et 1 conseillère éco sociale et familiale	OUI
2	S'y retrouver en pédiatrie	Feuilles cartonnées, support véléda, morceaux de bois aux normes incendie, développement des photos	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT + Organisation interne des services	oui	Technologique	Process	6	6 384 €	3 IDE, 2 auxiliaire puer et 1 PH	
3	Développement durable en maternité	Poubelle de tri, réceptacles pour papier et barquettes, mousseurs de robinet	Développement durable + Organisation interne des services	oui	organisationnelle	Process	12	3 213 €	3 SF	
4	Amélioration des pratiques professionnelles en pré-analytique	Support de formation (diapo, planning de jours et d'horaires prévus), support de communication (affiches, livret d'accueil), documentation intranet et outils statistiques	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT	non			11	6 356 €	1 CDS, 2 PH biologistes, 2 techniciens de labo et 1 IDE	
5	Guide pédiatrique : préparation et dilution des médicaments IV	Feuilles plastifiées + anneaux pour les relier + sollicitation de la reprographie	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT + Organisation interne des services	non			9	5 236 €	3 PH et 2 IDE	
6	Fresque murales en peinture - USLD 2 & 3	10 pinceaux, 10 feutres noirs et peintures	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT	non			9	6 377 €	4 AS, 1 ASH et 1 OPQ	
7	Rénovation des sanitaires de l'hôpital St Clair	Réalisation de support de formation avec l'UPIAS (papier ou dématérialisé)	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT	non			9	4 284 €	3 ASH	
8	Communication Instagram en maternité	RAS	Organisation interne des services	non			6	2 190 €	3 SF	
9	Création d'un tuto-vidéo prévention escarre	Utilisation des moyens existants	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT + Développement durable + Organisation interne des services	non			- de 6 mois	3 775 €	2 ergo, 2 pharmaciens et 1 IDE	RETENUE SOUS RESERVE D'AJUSTEMENT DU PROJET
10	Passeport post syndrome coronarien	Documents déjà présent, documents gratuits et disponibles "fédération française de cardiologie et sollicitation d'aide financière auprès de l'association "Cœur et santé"	Qualité, sécurité et pertinence des soins	non			- de 6 mois	1 530 €	1 IDE et 1 CDS	
11	Décoration du secteur pédiatrique des urgences	Demande de subvention de l'artiste par des associations	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT + Organisation interne des services	non			- de 6 mois	3 825 €	5 IDE	
12	Harmonisation et amélioration des soins entre les urgences et la pédiatrie	Support vidéo et photo + mise sur l'intranet des protocoles	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT + Organisation interne des services	non			- de 6 mois	3 825 €	6 IDE des urgences	
13	Bien être des soignants	1 table, 2/3 chaises, papiers et stylos, carafe d'eau, verres, lampe lumière tamisée et local.	QVT	non					1 kiné et 1 AS	NON
14	Espace bien être	Achat d'un chariot snoezelen : entre 5 600 € et 8K€	Qualité, sécurité et pertinence des soins	oui	Technologique	Produit			3 AS	
15	Diminution du taux d'escarres	Pansement hydrocolloïde sur le talon du membre opéré + désignation d'IDE référents aux urgences, ortho et SSR Sète	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT	oui	organisationnelle	Process			1 IDE et 1 ergo	
		Réalisation d'affiche, communication	Qualité, sécurité et pertinence des soins + QVT					1 PH, 1 CDS, 1 IDE et 1		

GILLOIS

ARNAUD

Octobre 2023

Directeur d'hôpital

Promotion 2023

Management par projet : créer les conditions de l'intelligence collective à l'hôpital

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Alors que les établissements de santé publics font face à de profondes mutations et parfois à des difficultés structurelles, l'intelligence collective représente une ressource précieuse qu'il convient d'organiser et de préserver.

A travers le cas du Centre hospitalier du bassin de Thau, qui peut être considéré comme représentatif des établissements hospitaliers de taille moyenne, la présente étude s'intéresse aux déterminants de l'innovation organisationnelle.

Comment la démarche de gestion de projet déployée depuis 2016 et renforcée en 2019 par la création d'une direction des opérations peut-elle favoriser la nécessaire agilité qui permettra de répondre aux évolutions de l'hôpital d'aujourd'hui. Quel rôle le directeur d'hôpital peut-il jouer pour la consolider ?

La réponse se construit en deux volets à la fois stratégiques et opérationnels. Elle relève de deux champs distincts mais complémentaires que sont la psychologie sociale et l'ingénierie qui interrogent leadership du directeur d'hôpital.

Mots clés :

Projet – innovation – coopération – organisations – mobilisation – équipe – capital psychologique – culture d'apprentissage

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