

PROJET STRATEGIQUE ET DYNAMIQUE DE L'HOPITAL PUBLIC

Mots-clés : stratégie, projet, management, hôpital public

Nathalie KRIEF
ATER
Université Lumière Lyon 2
Centre de Recherches ISEOR
15, chemin du Petit Bois
69130 Ecully
Tél. : 04 78 33 09 66
Fax : 04 78 33 16 61

La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991¹ incite à transposer aux établissements de soins des méthodes de management connues des entreprises, telles que la définition d'une stratégie, le management par projet... Tout comme l'industrie il y a quelques années, les hôpitaux publics connaissent aujourd'hui une « révolution » de et dans leur management : définir une stratégie et conduire des projets stratégiques innovants. L'enjeu d'une telle réforme, renforcée par l'ordonnance du 24 avril 1996² relative à l'accréditation des hôpitaux publics et privés (gestion du risque et de la qualité dans les hôpitaux), est d'engager les établissements de soins de service public sur la voie du **management stratégique**. Au-delà du cadre législatif restrictif et référentiel, il s'agit, pour ces organisations, de passer d'un système d'administration de type bureaucratique à un système de management stratégique. Il semble que les hôpitaux publics formalisent aujourd'hui leur projet d'établissement dans le cadre de la contrainte législative, davantage que dans une logique de management et de changement. Notre thèse souhaite apporter un premier élément de réponse à l'hypothèse suivante : la démarche de projet d'établissement (loi 1991) peut permettre de créer une véritable **dynamique** au sein des hôpitaux si elle est conduite selon une démarche stratégique et non comme une simple réponse à l'obligation de la loi (injonction). Une démarche volontariste, marquant la détermination des établissements, peut engendrer dynamisme et performance. Notre recherche souhaite également montrer comment, et à quelles conditions, cette démarche projet permet le dynamisme des équipes, ainsi que l'engagement et la mobilisation autour d'un projet stratégique global.

Nous présentons dans une première partie la méthodologie de notre recherche ainsi que nos terrains d'expérimentation. Puis, après avoir brossé le contexte actuel de l'hôpital public français, nous analysons les démarches de projet conduites à l'hôpital et les pistes de réflexions permettant de passer d'un système d'administration bureaucratique au management stratégique.

1. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Notre recherche souhaite répondre à une problématique touchant un type particulier d'organisations : les **hôpitaux publics français**, confrontés à une nouvelle donne économique, sociale et organisationnelle, dans le domaine du **management stratégique**. Elle vise à montrer, d'une part, que le management stratégique peut s'adapter à ces organisations, d'autre part, qu'il présente un intérêt certain pour elles. Ainsi, notre thèse se positionne à l'interface de la problématique du système de santé public français et de celle du management stratégique (cf. figure n°1).

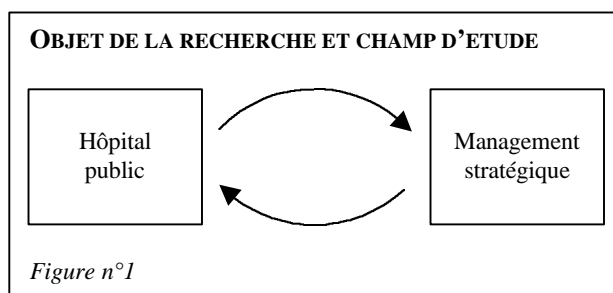


Figure n°1

1. Réforme hospitalière, loi n°91-748, Journal Officiel, juillet 1991.

2. Réforme hospitalière, ordonnance n°96-346, Journal Officiel, avril 1996.

1.1. Une recherche expérimentale

Afin de pouvoir répondre à notre problématique et valider nos hypothèses de recherche, nous avons réalisé des recherches-expérimentations au sein d'hôpitaux publics français. Le statut épistémologique que nous conférons au « **terrain** » est celui d'un **champ d'investigations approfondies**. Nous avons donc réalisé des recherches-cliniques au sein même d'organisations hospitalières françaises. Il s'agit d'une recherche ancrée au terrain, qui nous a permis d'enrichir et de faire évoluer nos hypothèses et modélisations préalables (Savall, 1987). La méthodologie de recherche-expérimentation est une méthode de recherche qui s'appuie fondamentalement sur l'élaboration et la validation d'hypothèses de connaissances à partir de l'observation et de données dites de terrain (entreprises et organisations), qui constituent l'objet et le champ de la recherche en sciences de gestion. Cette méthodologie de recherche réfute la validité des expérimentations effectuées **exclusivement** en laboratoire, qui ne visent pas, dans les disciplines de gestion, à reproduire ou analyser des situations concrètes, mais qui « cherchent à agir de façon contrôlée sur quelques variables pré-définies » (Avenier, 1989). Néanmoins, le terrain n'exclut pas toute recherche en laboratoire : une recherche approfondie sur la littérature en gestion est également intégrée.

1.2. Les terrains d'expérimentation

Pour les besoins de cette communication, nous présentons nos résultats de recherche à travers **deux** de nos **terrains d'expérimentation** : il s'agit de deux grands hôpitaux publics d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) situé en région Rhône-Alpes.

Le premier comprend 650 lits répartis en plusieurs unités de soins relevant de la médecine interne, de la cardiologie, de la pneumologie, de la chirurgie, de la gynécologie obstétrique... et compte approximativement 1 500 agents. Cet établissement est appelé à un développement important, puisqu'il a vocation à accueillir, à terme, de nouvelles disciplines permettant une structuration de l'offre de soins et une reconversion d'autres sites. Il s'agit de constituer le troisième pôle du CHU sur le site de cet hôpital. A l'horizon 2004, qui marque la fin de la première phase de redéploiement interne de l'hôpital, il comptera 850 lits, 2 000 agents et verra sa superficie actuelle doubler, passant de 50 000 m² à 110 000 m². Ce défi concerne tout autant les services de soins et de médecine, qui seront amenés à accueillir plus de patients, que les services administratifs et techniques, pour lesquels il faudra « entretenir » et prendre soins de structures plus importantes.

Le second hôpital comporte plus de 1 200 lits dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales, et compte un effectif d'environ 6 000 agents. Il représente le premier pôle du CHU et se trouve, de fait, contraint par l'importance de sa structure qui se caractérise par une lourdeur certaine. Il est ainsi à la recherche de méthodes de management plus efficaces, afin, d'une part, de réussir l'entrée dans l'accréditation, d'autre part, de formaliser une stratégie cohérente en lien avec le développement de certaines activités. Les redéploiements internes que vont connaître ces deux établissements dans un avenir proche, les incitent à se pencher de près sur leur stratégie. Ainsi, ces deux hôpitaux sont fortement concernés par les différentes réformes hospitalières, notamment celle de 1991, incitant les organisations hospitalières à formaliser un **projet d'établissement** et celle de 1996, dont le point central concerne la mise en place d'une **démarche d'accréditation**, qui s'inscrit dans ce projet.

1.3. Les démarches entreprises sur le « terrain »

Nous avons réalisé, sur chacun de ces « terrains », un **diagnostic** et un **projet** d'innovation. La mise en place de ce processus vise à répondre à la problématique de chacun des deux hôpitaux : pour le premier, il s'agit de lui permettre d'absorber efficacement l'accroissement des demandes de prestations médicales et techniques, dans le cadre du doublement de sa superficie utile ; pour le second, il s'agit de clarifier et de stabiliser les choix stratégiques sur un grand service de médecine (hématologie), compatibles avec les enjeux et les contraintes économiques et de synergie de la Direction de l'hôpital. La phase de diagnostic a permis de mettre en évidence les principales **difficultés stratégiques** et les **dysfonctionnements internes** (de l'organisation et des différents services) et **externes** (les difficultés rencontrées dans les relations avec les usagers, les partenaires externes, la tutelle...). A l'issue du diagnostic, des groupes de projet « transversaux » ont été constitués afin de répondre aux principales problématiques de changement : il s'agit principalement de mettre en place une « méthodologie », particulièrement adaptée à ces organisations, de conception, construction, mise en œuvre et évaluation de leurs projets stratégiques. Cette deuxième phase du processus de changement s'est accompagnée de l'implantation d'outils de management, permettant notamment d'aider au pilotage et à la mise en œuvre des objectifs et actions stratégiques déclinés du projet global.

Afin de compléter les premiers résultats de l'expérimentation, nous avons réalisé une enquête par questionnaires, auprès de cadres et dirigeants de structures hospitalières publiques, portant sur leurs pratiques stratégiques. Ce questionnaire envoyé à 220 personnes a permis d'obtenir un taux de retour de plus de 21%.

2. LE CONTEXTE ACTUEL DE L'HOPITAL PUBLIC FRANÇAIS

Jusqu'au 16^{ème} siècle, l'hôpital est une **œuvre de charité** : les établissements hospitaliers sont classés dans le patrimoine ecclésiastique, les ressources proviennent de la piété et de la charité chrétienne. A cette époque, l'administration de l'hôpital est assurée par l'évêque et les personnels forment une communauté religieuse sous l'autorité épiscopale. A partir du 16^{ème} siècle, l'hôpital acquiert la fonction d'**œuvre de bienfaisance**. Ce n'est qu'au 20^{ème} siècle qu'il apparaît comme un **centre de soins**. Au-delà de cette mission, l'hôpital a un rôle primordial, puisqu'il représente en fait, le **pivot de l'action et de l'organisation sanitaires** de notre pays (Imbert, 1994). Nous proposons, à travers une présentation succincte de l'hôpital public français, de mettre en évidence, tant son importance quantitative (en termes d'établissements, d'emplois, de dépenses), que qualitative (leurs missions de régulation économique et sociale).

2.1. L'hôpital public aujourd'hui

La fonction publique hospitalière³ emploie aujourd'hui plus de **750 000 personnes**, la part de l'effectif soignant étant de 64%, celle du personnel administratif et de direction de 10%, celle du personnel médical (médecins et internes en médecine) de 9% , le reste

3. Les données relatives au nombre d'établissements de santé et aux emplois de la fonction publique hospitalière ont été constituées à partir de deux sources :

- *Tableaux de l'économie française 1998-1999*, INSEE, 1998.
- *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, SESI, 1997 et 1998.

se répartissant entre les personnels techniques et médico-techniques. Malgré une faible augmentation de l'activité (le nombre d'entrées ayant continué à croître, alors que celui des journées réalisées a légèrement diminué), les effectifs hospitaliers ont considérablement augmenté ces dernières décennies : ils ont plus que quadruplé en une trentaine d'années, l'évolution étant particulièrement significative pour le personnel médical.

En France (métropolitaine), au 1^{er} janvier 1997, on recense plus de **1 000 établissements hospitaliers publics** pour 3 000 établissements privés. Les structures publiques ont une capacité d'accueil, évaluée en termes de lits et de places, de plus de 450 000, alors que la sphère privée se situe à environ 200 000. Ainsi, en France, les hôpitaux publics représentent le quart des établissements de santé, mais plus de deux tiers de la capacité d'accueil, ce qui place les structures publiques au **premier rang des offreurs de soins**. On peut également ajouter à la sphère publique, certains établissements de droit privé participant au service public hospitalier (PSPH). On classe ainsi dans le « **secteur public hospitalier** » quatre catégories d'établissements : les établissements publics de santé (hôpitaux locaux, centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers universitaires), les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public, les établissements de santé privés ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public et d'autres établissements de santé privés pouvant être associés au fonctionnement du service public.

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les **structures d'hospitalisation publiques** se répartissent en trois grandes catégories, en fonction de la durée de l'hospitalisation et de la nature de l'activité :

- les établissements de **court séjour**, représentant la majorité des établissements de soins, prennent en charge les hospitalisations de courte durée et offrent la gamme des techniques diagnostiques et thérapeutiques spécialisées en médecine générale, en obstétrique et en chirurgie ;
- les établissements de **long séjour** concernent l'hospitalisation de longue durée liée notamment à la gériatrie et prennent en charge les personnes âgées dont l'état requiert des soins médicaux et infirmiers constants ;
- les centres **hospitaliers spécialisés** concernent surtout la psychiatrie et la toxicomanie.

Dans les faits, il existe également des établissements de « moyen séjour » offrant des soins de convalescence et de rééducation, après un passage en court séjour, mais ce terme a disparu avec la loi de 1991. On parle alors de « services de suite ou de réadaptation ».

Concernant les **dépenses**, 60% de celles de la Sécurité Sociale servent à financer l'hôpital et 90% des dépenses de l'hôpital sont financées par la Sécurité Sociale (Coca, 1995). L'hôpital représente à lui seul près de la moitié des dépenses de santé : environ 250 milliards de francs en 1996, soit près de 50% des dépenses de santé. Ces chiffres marquent à eux seuls la **solidarité objective** qui existe entre les difficultés de chacun des deux secteurs : lorsque les dépenses hospitalières dérapent, le déficit de la Sécurité Sociale se creuse, et lorsque la Sécurité Sociale doit limiter l'augmentation de ses dépenses, cela ne peut se faire sans contrainte forte pour l'hôpital. Il est important de

noter que les dépenses de personnel représentent, selon les établissements, entre les deux tiers et les trois quarts des dépenses hospitalières. Ainsi, toute politique susceptible de générer des économies devra nécessairement prendre en compte la **dimension sociale et humaine** du problème.

Dans un contexte de crise économique et de chômage, l'hôpital est un pourvoyeur d'emploi essentiel. En effet, l'hôpital est lié aux villes et est souvent le premier employeur de la ville. Par ailleurs, le maire de la ville préside de droit le conseil d'administration de l'hôpital. De plus, dans un contexte de crise de la cohésion sociale et de risque de marginalisation de populations fragiles, l'hôpital apparaît souvent comme le dernier rempart contre l'exclusion ou la maladie. Enfin, il se positionne comme un vecteur essentiel d'aménagement du territoire. Ces critères donnent à l'hôpital public un rôle de **régulation économique et sociale**.

Aujourd'hui l'hôpital est en crise, et compte tenu de son importance **quantitative** et **qualitative** dans le paysage économique et social français, on ne peut l'ignorer. Nous analysons dans la section suivante les fondements et les caractéristiques de la crise actuelle de l'hôpital public.

2.2. La crise de l'hôpital public français

Le mot crise vient du latin *crisis*, mot lui-même emprunté au grec *krisis* qui signifie « décision », au sens de décisif (phase décisive d'une maladie). La crise, pour une organisation, est un moment difficile qui se caractérise par une perte des points de repères. C'est un état d'instabilité de toutes les fonctions de l'entreprise, face à des changements imposés ou décodés. Cet état de crise signe le passage à un autre état, la crise étant un processus qui rompt avec une situation connue, pour amener à une autre situation en devenir (Mucchielli, 1993). Ainsi, on ne peut dissocier, dans le concept de crise, l'organisation de son environnement. S'il y a crise, c'est que l'organisation n'arrive pas à s'adapter à l'évolution de son environnement, et ce pour plusieurs raisons : d'une part parce que les variables à prendre en compte sont de plus en plus importantes et complexes, d'autre part parce qu'elles sont en perpétuelle évolution. C'est en ce sens que l'on parle d'un **environnement complexe et turbulent**.

L'hôpital est confronté à plusieurs problèmes qui remettent en cause sa légitimité et qui ébranlent son identité.

2.2.1. La crise de l'environnement externe : la légitimité remise en cause

La légitimité d'une **organisation** place celle-ci **face au reste du monde** (la société dans son ensemble), au travers de la question « à quoi sert notre organisation ? ». Cette légitimité est jugée par le public. La cohérence entre les finalités de l'organisation et les finalités de la société est une condition nécessaire à la légitimité des organisations, toute contradiction entre les premières et les secondes exprimant une crise de légitimité (Laufer, 1985). La légitimité est donc la justification de l'action d'une organisation face aux besoins et aux finalités de la société.

La légitimité du secteur public est généralement remise en cause à deux niveaux : quant à **l'existence même du secteur public**, mais également au niveau de l'intérêt et des

performances des actions du secteur public. Sans revenir sur le débat qui oppose secteur public et secteur privé, nous nous intéressons plus précisément au deuxième niveau d'analyse, à savoir **la légitimité de fonctionnement du secteur public hospitalier.** Nous analysons cette légitimité de fonctionnement interne comme la **pertinence** et la **cohérence** des choix et des pratiques des acteurs pour faire face aux défis de l'environnement (Bartoli, 1997). Ce débat sur la performance du secteur public hospitalier oppose généralement les « défenseurs » du service public, qui dénoncent la perte de valeurs et des principes d'intérêt général au profit de la logique privée, aux « innovateurs » qui pensent pouvoir améliorer sa performance en le modernisant.

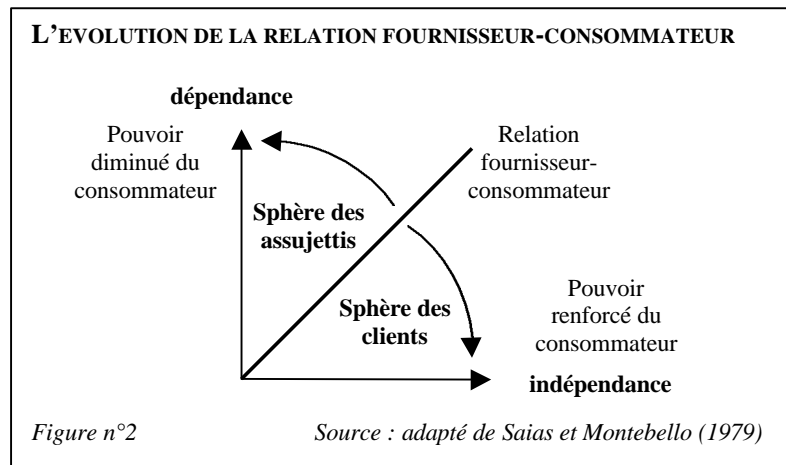
Selon nous, la crise de légitimité du secteur public trouve ses principaux fondements dans le « détournement » de l'application des principes fondateurs du secteur public :

- le principe de **légalité** : pour limiter à l'origine la liberté des fonctionnaires, ce principe a dérivé, la règle étant devenue une procédure tatillonne, multipliant les formalités à l'encontre des usagers. Ainsi, on pourrait dire qu'on est passé d'un principe de légalité à un principe de « légalisme », traduisant la rigidité et le formalisme qui s'y rattachent ;
- le principe d'**égalité** de tous par application uniforme de la loi, a dérivé vers une égalité de traitement des usagers, ces derniers étant considérés comme des « numéros », des invariants sans tenir forcément compte de leurs particularités ;
- le principe de **neutralité** connaît également une dérive, qui se caractérise par une dépersonnalisation dans la relation avec le consommateur, celui-ci n'étant pas traité comme un client à part entière, mais comme un assujetti ;
- le principe de **continuité** pour la satisfaction de l'intérêt général, s'est traduit par une peur de tout conflit social (grèves notamment) engendrant de ce fait un manque de pilotage des relations sociales ;
- le principe d'**adaptation** : on constate souvent dans les organisations publiques que tout avantage acquis à un instant t est considéré comme un acquis définitif. Or, « l'intérêt général n'est pas une donnée immuable, le service public doit pouvoir évoluer en fonction de ses exigences et s'adapter aux changements » (Georges, 1986, p. 304).

Les organisations publiques se retrouvent alors dans une **spirale bureaucratique**, c'est-à-dire « un système d'organisation incapable de se corriger en fonction de ses erreurs et dont les dysfonctions sont devenues un des éléments essentiels de l'équilibre » (Crozier, 1965, p. 239).

Le « détournement » dans l'application de ces principes s'est notamment traduit par une exigence accrue des usagers : les usagers sont de plus en plus informés de leurs droits et des devoirs de l'organisation publique. Ainsi, on voit se développer certains mouvements consuméristes pour défendre l'intérêt des consommateurs. Par ailleurs aujourd'hui, le consommateur est de moins en moins dépendant du fournisseur, ce qui déplace son statut de « l'utilisateur-assujetti » vers celui « d'utilisateur-client » (cf. figure n°2). Selon cette schématisation de la relation consommateur-fournisseur à l'hôpital, force est de constater que le statut du consommateur a fortement évolué vers celui de client, abandonnant ainsi une relation d'assujettissement. Cela vient principalement du fait que l'hôpital public est de plus en plus concurrencé par des structures privées, qui ont davantage pris le pas du changement et qui développent une réelle volonté stratégique et d'adaptation à l'environnement et aux exigences des consommateurs. Ainsi, le **pouvoir**

du consommateur est renforcé, les patients pouvant indifféremment choisir de se faire hospitaliser dans une structure publique ou privée conventionnée avec la Sécurité Sociale (les structures privées le sont pratiquement toutes).



Ce pouvoir renforcé du consommateur vient de la remise en cause de la qualité de service du secteur public hospitalier : accueil, prise en charge, suivi, information... La « charte du patient hospitalisé », présentée comme une volonté d'améliorer la qualité de séjour du patient, ne semble pas être suivie de réalisations concrètes pour le patient. En effet, ce n'est pas parce que l'hôpital multiplie les enquêtes de satisfaction des usagers et formalise des documents relatifs au « bien-être » des patients, que des actions sont véritablement mises en œuvre dans ce sens... Il s'agit davantage d'intention ou d'ambition.

Cette crise de légitimité est également connectée aux différentes « affaires » touchant le secteur public hospitalier : l'affaire du sang contaminé est, dans ce domaine, la première aux bancs des accusés. Ainsi, la crise de légitimité, au-delà de ses manifestations critiques du consommateur, est directement liée à une crise d'éthique et de déontologie du système médical.

2.2.2. La crise de fonctionnement interne : l'identité ébranlée

Originellement, l'identité est définie, pour l'individu, comme le sentiment d'exister en tant qu'être cohérent et spécifique, assumant son passé, ayant sa place dans la collectivité et reconnu comme tel par les autres. Pour les spécialistes des sciences humaines, l'identité d'un individu ou d'un groupe est l'ensemble des caractères permanents de l'être observé : « l'essence ». Le concept d'identité a ensuite été étendu aux organisations, entendu comme l'ensemble des éléments constitutifs de la spécificité d'une entreprise et comme le fondement de son développement (Larçon et Reitter, 1979). L'identité d'une entreprise ou d'une organisation est ce qui fait son originalité, sa spécificité à un moment donné de son existence (Anastassopoulos, Blanc, Nioche, Ramanantsoa, 1985). Ainsi, on conçoit l'identité comme l'**image collective** de ce qu'est l'organisation pour tous ceux qui y travaillent. La légitimité étant entendue comme l'organisation face au reste du monde, nous définissons l'identité comme l'**organisation face à elle-même**. Il y a crise de légitimité lorsque le champ d'intérêt de l'individu dans l'organisation, n'est plus compatible avec les objectifs de l'organisation.

La crise d'identité, qui affecte les établissements de soins, a pour origine le changement des modèles de référence sur lesquels ont été bâtis les comportements et les croyances des acteurs hospitaliers, conjugué à un renforcement des contraintes économiques imposées au système de santé (Crémadez et Grateau, 1992). Ainsi, les fondements de la crise d'identité sont de deux natures : le changement des paradigmes et la rupture du contrat psychologique.

Concernant le **changement de paradigmes**, trois paradigmes sous-tendent l'identité des établissements de soins :

- Le **paradigme de la médecine** : la forte différenciation entre l'administratif, en charge de la structure, et le médical, en charge des soins, qui prédomine à l'hôpital, se traduit par des effets pervers pour l'organisation, notamment en termes d'efficacité de fonctionnement, engendrant une spirale bureaucratique qui émerge vers un nouveau paradigme de la médecine : il s'agit pour le médical de raisonner en termes de liens et non plus d'oppositions. Dorénavant, le médecin se doit de considérer l'individu dans son environnement : l'efficacité de son action dépend de sa capacité à associer des compétences non médicales dans ses schémas d'actions, à intégrer dans ses modes de réflexion, attentes des usagers et qualité global du service rendu. Le médecin spécialiste ne peut plus agir seul, il doit apprendre à exercer en collectivité, et à faire fonctionner des équipes et organiser des processus complexes. Il devient le **partenaire-manager de l'action collective** : « abandonner la grandeur et les servitudes de l'individualisme pour la satisfaction de l'action collective » (Crémadez et Grateau, 1992, p. 240).
- Le **paradigme du service public** : l'exercice de responsabilités, que seule la collectivité nationale pouvait assumer convenablement, semble s'être transformé en une défense de monopoles, caractérisée par immobilisme et démobilité. Aujourd'hui, le service public est confronté à une concurrence accrue, à l'obligation d'évaluation, à la nécessité de prendre en compte les besoins des usagers... Cela se traduit, dans le contexte réglementaire, à plus de liberté et d'autonomie pour les acteurs locaux, l'action des organismes de tutelle se déplaçant du contrôle du respect des normes vers la définition concertée de politiques nationales et régionales intégrant et orientant les stratégies de développement des acteurs. Cette évolution se traduit par la nécessité de faire évoluer les comportements des acteurs internes, qui doivent oublier les réflexes technocratiques pour s'orienter vers une démarche stratégique.
- Le **paradigme du professionnel** : aujourd'hui, l'expérience n'apparaît plus comme la base essentielle de la compétence professionnelle. Elle demeure un élément indispensable à la compétence clinique, mais l'apparition de nouvelles approches diagnostiques et les apports croissants de disciplines fondamentales conduisent à une obsolescence plus rapide des connaissances et des pratiques.

Le changement des paradigmes a contribué à une **rupture du contrat psychologique** qui liait les individus à l'organisation hospitalière. Ce contrat psychologique est fragile et repose sur un *statu quo* dans lequel ni l'organisation ni l'individu n'attendent beaucoup de l'autre. Ainsi, tout ce qui est susceptible de modifier cet état de fait, déjà fragile, entraîne une remise en cause du contrat qui lie les individus à leur organisation. Cela se traduit alors par un climat défaitiste faisant émerger conflits et blocages de tous ordres : c'est une **crise d'identité**.

Les deux types de crise que nous venons de décrire sont étroitement liés. Sans développer ici l'origine de l'influence de l'une sur l'autre, on peut avancer que toute remise en cause du public (légitimité) se traduit par un malaise interne (identité), de même qu'une crise de légitimité vient du malaise croissant des individus qui composent l'institution, selon une logique qui admet que l'on ne projette à l'extérieur que ce que l'on est capable de mobiliser à l'intérieur. Cette situation de crises entraîne une **menace stratégique** pour les organisations, qui prennent conscience de la nécessité du changement, mais qui se trouvent « paralysées » en raison de différents paramètres, que nous avons regroupés sous le terme de **crise de management** et de **crise stratégique**.

2.2.3. Une crise de management et une crise stratégique

« La crise qui touche les établissements de soins est avant tout une crise du management des ressources humaines. » (Saulquin, 1997, p. 537). Cette crise de management et de mobilisation du potentiel humain peut être abordée au travers de quatre caractéristiques : les rapports de pouvoir, la technicité des métiers, la diversité des logiques d'acteurs et les carences managériales.

Concernant les **rapports de pouvoir**, deux niveaux d'analyse sont à prendre en compte :

- Les **rapports de pouvoir entre l'organisation et sa tutelle** : beaucoup qualifient cette relation de « malsaine », où la tutelle exerce un pouvoir *a posteriori* : rôle de sanction, de vérification de l'exécution des règles. Cela se traduit par une faiblesse de la relation de confiance. Dans cette relation, l'organisation fait pour être tranquille vis-à-vis de sa tutelle, afin d'éviter toute sanction, et n'agit pas consciemment pour son propre compte. Chacun fait ainsi le **minimum nécessaire** pour conserver son pouvoir et sa tranquillité vis-à-vis de l'autre. Cette relation est peu encline à faire émerger des comportements stratégiques.
- Les **rapports de pouvoir entre les acteurs au sein de l'organisation** : l'hôpital accorde une place prépondérante au corps médical, dans le système de pouvoir, au détriment de la direction administrative. Qui gouverne à l'hôpital ? Dans ce contexte, les objectifs de l'institution pâtissent des stratégies individuelles médicales. La répartition conflictuelle des pouvoirs ne favorise pas l'émergence de règles claires, et chacun a intérêt à laisser perdurer ce flou pour pouvoir user de manœuvres permettant d'influencer les décisions. Or, il est difficile de conduire une institution sans vision forte et sans stratégie, en convainquant non par des résultats mesurables, mais par des compromis (Crozier et Friedberg, 1977). Cette relation de pouvoir se traduit par une faiblesse du management qui ne peut s'exercer de manière optimale et efficace. « L'optimisation des ressources disponibles sur le plan humain et matériel n'est possible, la maximisation du service rendu ne peut être atteinte, sans que les partenaires de l'hôpital ne s'entendent concrètement sur des **objectifs globaux qui dépassent les préoccupations parcellaires de chaque service ou de chaque acteur individuel**. » (Guyot, 1982, p. 309).

Le pendant des relations au sein de l'hôpital entre le pouvoir médical et le pouvoir gestionnaire, se caractérise par la **prééminence du métier technique** de base (la technique médicale), reléguant en dernière place la dimension managériale et organisationnelle. Or aujourd'hui, on juge un responsable sur sa compétence technique,

mais aussi et surtout sur sa **capacité à manager**, animer une équipe, travailler dans la **transversalité** : il y a véritablement un changement du paradigme du professionnel. Les différentes « affaires » qui pouvaient auparavant s'appuyer sur la remise en cause de la compétence technique du médecin à l'hôpital, se sont retrouvées justifiées, pour la plupart, non pas par rapport à la variable compétence technique, mais par rapport à la variable organisationnelle : les « procès » dans le domaine médical sont de plus en plus fondés sur la preuve du **défaut d'organisation** du service ou de l'établissement (Thouvenin, 1995). Les résultats de nos expérimentations ont permis de mettre en avant la domination, dans les pratiques, de la technique sur le management : la Direction « déplore » le temps passé par l'encadrement à la technique (80% dans la plupart des cas) au détriment de l'animation, du pilotage et du management des équipes. Cette difficulté est d'ailleurs ressentie comme une frustration pour le personnel encadrant, qui se trouve « débordé » en termes de charge de travail, et qui ne parvient pas à assumer son rôle correctement. Il s'ensuit des difficultés de relations et de communication au sein des équipes et des défauts de qualité importants en raison du manque de pilotage effectif des responsables.

Le troisième frein à l'émergence de comportements gestionnaires, concerne la **diversité des logiques d'acteurs** découlant directement de la diversité des métiers à l'hôpital. Les établissements de soins sont des organisations professionnelles où se forment des groupes d'influence avec des objectifs propres à promouvoir et qui vont user de différentes sources pour poursuivre leurs propres intérêts, chaque groupe voulant par ailleurs préserver sa cohésion. Ainsi, des camps se forment, s'engageant de manières différentes et évoluant selon des comportements parfois incompatibles entre eux. Cela conduit à une **distorsion des objectifs** de l'organisation et à la **prédominance de stratégies individuelles** ou de groupes ne servant pas forcément l'entité « organisation ». Nos résultats de terrain ont permis de mettre en évidence ce « cloisonnement » entre logiques de métiers différentes : la communication entre les directions administratives, médicales et de soins infirmiers apparaissent comme difficiles, voire inexistantes. Par ailleurs, le terrain a permis de faire émerger des problèmes de communication au sein d'un même service ou d'une même unité entre les différentes catégories de personnel, notamment entre médecins et infirmiers et entre médecins et personnels administratifs et techniques. Cette difficulté est d'autant plus importante que le corps médical est autonome par rapport au corps administratif, ce dernier ayant, par contre, la responsabilité des équipes soignantes (infirmiers...).

S'il est vrai que l'ensemble des points précédents constitue un frein à l'émergence de comportements gestionnaires, il n'en reste pas moins que certains nous semblent être utilisés de façon à justifier un certain immobilisme. En d'autres termes, il s'agirait plutôt d'**alibis** que de véritables contraintes. En effet, concernant les relations de pouvoir, les différentes lois portant réforme hospitalière depuis une dizaine d'années, montrent la volonté de laisser de plus en plus d'autonomie et de responsabilité au niveau local, en instaurant non pas des contrôles *a posteriori* par la tutelle, mais un travail, en concertation, de définition de stratégies nationales et locales. Ainsi, si les stratégies propres des établissements de soins restent « pauvres » avec peu de mise en œuvre, c'est qu'il ne semble pas y avoir de **volonté stratégique** de leur part, et ce, en raison d'une **faiblesse des compétences managériales**. Ces défaillances sont de divers ordres : faiblesse des aptitudes au commandement, faiblesse des compétences en

organisation, difficulté d'organisation de la délégation des tâches, incapacité à définir des prestations en termes de qualité, défauts de communication et d'animation d'équipe. Les résultats de nos recherches expérimentales ont permis de mettre l'accent sur un point particulier relatif aux défaillances managériales : il s'agit de la difficulté d'animation et de mobilisation autour d'un projet mobilisateur par le pilote du projet, mais également de la difficulté de concrétisation, de mise en œuvre et de propositions d'actions concrètes. Bien souvent, les acteurs se plaignent de la lenteur des projets et surtout de l'abandon de certains d'entre eux en cours de route, ce qui ne facilite pas l'énergie de changement des acteurs, qui se découragent.

Les acteurs utilisent aussi l'alibi du service public : « Attention ! vous êtes en train de tuer le service public ! ». Or, ce n'est pas parce que l'on parle de performance, d'efficacité, d'efficience, du service public hospitalier, qu'on le met en danger. Bien au contraire... La performance du secteur public hospitalier n'est pas sa mort, mais son développement : **améliorer la qualité des prestations sans augmenter les dépenses**. Il reste encore difficile aujourd'hui de parler de performance de l'hôpital public, en raison de valeurs historiques fortement ancrées dans les esprits et selon lesquelles, nous y reviendrons plus tard, la santé n'a pas de prix et les soins doivent être donnés sans réellement prendre en compte ni leur coût ni forcément leur qualité.

2.3. Les nouveaux défis de l'hôpital public français

Comme nous venons de le voir, si l'hôpital est en crise, c'est qu'il s'adapte difficilement aux nouvelles exigences internes et externes. Aujourd'hui, l'hôpital est confronté à de nouveaux défis et c'est dans ce sens qu'il doit développer et mettre en œuvre de nouveaux modes de gestion, à la fois plus rigoureux et plus souples et participatifs.

2.3.1. La maîtrise des dépenses de santé

Le fameux slogan « la santé n'a pas de prix » est peut-être vrai, mais il n'en reste pas moins que **la santé a un coût**, et pas des moindres. Aujourd'hui, on demande aux hôpitaux de maîtriser leurs dépenses pour éviter tout phénomène inflationniste : il s'agit en fait de responsabiliser les équipes, afin d'éviter tout dérapage comme l'on en connaît depuis de nombreuses années. Nous rappelons à cet effet que l'hôpital représente, à lui seul, la moitié des dépenses de santé, avec près de 250 milliards de francs de dépenses en 1996.

2.3.2. La qualité des prestations

Là où le défi devient « intéressant », c'est que l'on demande aux hôpitaux publics d'améliorer la qualité de leurs prestations, et pas seulement des prestations techniques médicales, mais également de l'accueil, de l'information, de la prise en charge, qui sont tout aussi importantes voire plus.

S'il y a quelques années (à l'époque de « la santé n'a pas de prix »), l'hôpital était une structure incontournable appliquant un discours et des pratiques du style : produire les prestations que nous devons quels que soient le coût et la qualité, aujourd'hui bien des choses ont changé. L'ordonnance du 24 avril 1996 ayant introduit l'accréditation dans

les structures de soins en témoigne. Les hôpitaux sont entrés dans un processus de **contractualisation** avec leur tutelle, selon lequel ils doivent atteindre des objectifs, introduire un processus de mise en œuvre et d'évaluation qui les rapproche de plus en plus des structures privées. En effet, la mise en place d'une démarche d'accréditation à l'hôpital s'inscrit dans le constat de l'insuffisance de la culture de gestion du risque et de la qualité dans les hôpitaux.

2.3.3. La performance de l'hôpital public

On peut parler de performance de l'hôpital car les deux défis précédents ne sont pas exclusifs l'un de l'autre : il ne s'agit pas d'améliorer la qualité de service en ne tenant pas compte des dépenses, ni de maîtriser les dépenses au détriment de la qualité des prestations. Les deux défis sont simultanés, et c'est d'ailleurs ce qui effraie le plus les acteurs hospitaliers. Il s'agit véritablement d'améliorer la **performance économique et sociale** de ces organisations. On ne peut plus laisser dériver les dépenses de santé à l'infini, mais on ne peut plus non plus ignorer le patient en dehors des soins médicaux : la qualité de l'information, de l'accueil, du suivi du patient, le respect de ses droits sont incontournables. Il en va de la santé et de la survie de l'hôpital public.

Nous pensons, que les dispositifs prévus par la loi du 31 juillet 1991, visant à rénover les méthodes de planification, à remodeler le tissu hospitalier et à engager les établissements hospitaliers dans des démarches de projets stratégiques, sont de vrais **outils de performance** pour l'hôpital public, permettant de réhabiliter une part de leur légitimité et de retrouver, pour les acteurs hospitaliers, une identité perdue... à condition que cette démarche de projet soit vue comme une véritable démarche de **management stratégique** et non comme un outil de plus, qui n'aboutira jamais... Au-delà de l'effet de mode, le projet d'entreprise appliqué aux structures hospitalières publiques nous semble être, non pas condamné au musée des nouvelles méthodes de gestion, mais un facteur fondamental dans le processus de modernisation du secteur public (Gibert et Pascaud, 1989).

3. DU PROJET D'ETABLISSEMENT AU PROJET STRATEGIQUE

Pour pallier la crise et renforcer la responsabilité des établissements hospitaliers, le législateur a créé des lois incitant les établissements de soins à adopter et transposer des méthodes de management stratégique, déjà connues des entreprises privées à but lucratif, à leur structure : il s'agit principalement du **projet d'établissement** et du **management par projet**.

3.1. L'émergence de la notion de projet à l'hôpital public

Le concept de projet a fait l'objet d'une abondante littérature, notamment dans les années 1980. Au-delà de l'effet de mode qu'il a connu, il nous paraît être un véritable **outil de management de la performance économique et sociale** de l'hôpital public. Selon Le Bœuf et Mucchielli (1989, p. 76), « le projet d'entreprise a pour fonction de revivifier les principes vitaux de l'entreprise pour contribuer à son **développement économique**, et il le fait en adoptant une **vision humaniste** de l'entreprise (...) L'objectif du projet d'entreprise, c'est *stricto sensu* le **dessein** au sens de projet (...)

L'objectif doit être clair, il doit être fédérateur, motivant et compatible avec les attentes des acteurs externes ». Avenier (1992, p. 331) conçoit le projet d'entreprise « comme un **prolongement de la réflexion stratégique**, destiné à **mobiliser** l'ensemble du personnel de l'entreprise autour des stratégies qui ont été arrêtées par la direction générale ». Selon Boyer (1992, p. 520), le rôle du projet d'entreprise est « d'apporter la **valorisation de la ressource humaine** et la motivation par la prise de conscience de la contribution de chacun ». Boutinet (1996, p. 30), quant à lui, propose que tout projet se conçoive « comme une perpétuelle reprise d'une certaine forme d'héritage au regard d'un environnement toujours inédit qui confère à cet héritage un sens sans cesse renouvelé. C'est là que le projet-rétroiseur prend tout son sens au regard des ambiguïtés du projet pare-brise ». Ainsi, selon nous, au-delà de la fonction anticipatrice du futur que doit revêtir le projet d'entreprise, il s'agit d'assurer, de préparer et de permettre l'avenir : « L'avenir n'est jamais que du présent à mettre en ordre. Tu n'as pas à le prévoir, mais à le permettre. » (Antoine de Saint-Exupéry).

La notion de projet a évolué, ces dernières années, de projets sectoriels (au pluriel) vers **un projet général et englobant** propre à l'entreprise : son **dessein fondamental et stratégique**, s'appuyant sur la mobilisation du potentiel humain.

Plusieurs réformes appliquées au service public et au secteur hospitalier ont mis sur le devant de la scène la **notion de projet**. Le **renouveau du service public**, instauré avec la circulaire du 23 février 1989, a eu pour objectif de développer les responsabilités, d'évaluer les politiques publiques, de dynamiser la gestion des personnels autour de la notion de **projets de service**. Cet esprit managérial dans le secteur public consiste à implanter une **démarche collective et participative** de clarification des missions et de fédération des imaginations autour des ambitions et des objectifs stratégiques de l'organisation. La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a, quant à elle, mis en avant la notion de **projet d'établissement**, consistant pour l'hôpital à définir ses objectifs stratégiques généraux pour une période de cinq ans. Le projet d'établissement a eu deux prédécesseurs au cours des vingt dernières années : le **plan directeur** (loi du 31 décembre 1970) et le **programme d'établissement** (décret du 17 mai 1974 et circulaire du 7 décembre 1987). C'est depuis 1991 que la notion de projet, au sein des établissements de soins, a pris une véritable **dimension stratégique**.

3.1.1. La démarche de projet d'établissement

Le projet d'établissement (loi n°91-748 du 31 juillet 1991) est défini par la loi de manière très large : « Le projet d'établissement définit sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion du système d'information. Ce projet qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

Cette loi poursuit trois objectifs fondamentaux : **améliorer la prise en charge et la qualité de service à l'utilisateur, optimiser l'offre de soins, maîtriser les dépenses de santé**.

Le squelette du projet d'établissement étant ainsi défini, il s'agit de construire autour du projet médical, l'ensemble des autres projets et leurs déclinaisons, à savoir leurs répercussions sur la politique de gestion, les plans d'investissements, la formation... La

démarche apparaît alors comme l'expression d'une cohérence globale : dégager **un fil conducteur cohérent, englobant et transversal** au sein de l'organisation.

La loi ne prévoit ni le contenu ni le mode d'élaboration du projet, mais uniquement les domaines des objectifs de la stratégie et de l'organisation de l'établissement : domaine médical, domaine des soins infirmiers, domaine de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information.

Pour ce faire, deux types d'instruments ont été proposés (Claveranne, 1996) :

- des **instruments macro-économiques** : le schéma régional d'organisation sanitaire et la carte sanitaire précisant les grandes orientations de la politique mise en œuvre ;
- des **instruments micro-économiques** : les projets d'établissement et leur décomposition : les établissements énoncent leur stratégie et leur spécificité.

Ainsi, il ne s'agit pas pour chaque établissement de répercuter au niveau local la stratégie nationale : chaque établissement doit, non seulement décliner les objectifs nationaux, mais aussi et surtout se les approprier : quelle stratégie spécifique doit définir et mettre en œuvre tel établissement pour atteindre les objectifs stratégiques nationaux et ses objectifs propres ? Il va sans dire que, selon cette démarche, il ne saurait y avoir deux stratégies identiques entre tous les établissements, chacun ayant des spécificités et des progrès à faire dans des domaines différents.

3.1.2. Les limites observées des projets d'établissement

Il est indéniable que les hôpitaux publics ont respecté la loi relative au projet d'établissement. Cependant, il nous semble que ces démarches de projet d'établissement ne se sont pas réellement traduites par des modifications organisationnelles et managériales. Elles nous semblent avoir davantage répondu à l'injonction externe en demeurant un exercice ponctuel.

Ainsi, au vu de nos recherches-expérimentations, ainsi que de celles d'autres chercheurs, nous pouvons énoncer plusieurs limites dans les démarches de projet d'établissement pratiquées par les établissements hospitaliers. Tout d'abord, les **démarches** restent **peu participatives**, et donc donnent naissance à des projets qui restent davantage une juxtaposition de stratégies individuelles et/ou sectorielles, qu'à une véritable stratégie de l'établissement. Le personnel et même parfois l'encadrement sont très peu impliqués dans cette démarche et la transversalité entre l'ensemble des services est peu développée. Ainsi, il n'y a pas de fil conducteur dégagé et de réflexion globale. Dans le cadre de nos recherches, nous avons recueilli un certain nombre de remarques sur la démarche entreprise, présenté ci-après.

- ◆ « On n'a pas toujours des objectifs clairs et suffisamment bien concertés à l'égard de certains services, notamment les services techniques. » (Direction)
- ◆ « La direction ne nous informe pas assez sur les objectifs du service, qui restent, par conséquent, flous. » (Encadrement)
- ◆ « Au niveau médical, la stratégie n'est pas claire, on ne sait pas vers quoi on s'oriente. » (Encadrement)
- ◆ « Il y a des tensions entre médecins des unités du fait des orientations vers certaines pathologies. » (Encadrement)
- ◆ « Il y a une partie de l'iceberg que l'on ne connaît pas. » (Encadrement)
- ◆ « On n'est pas suffisamment informé de la stratégie de l'hôpital. » (Encadrement)
- ◆ « On n'est pas assez informé des intentions de l'hôpital. Il y a beaucoup de choses cachées. » (Personnel)

Par ailleurs, le **contenu** de ces projets présente quelques faiblesses. En effet, si la loi de 1991 met l'accent sur la dimension stratégique du projet d'établissement, cette dimension semble occultée dans le contenu des projets. Généralement, les projets sont centrés sur un thème précis, avec peu de prise en compte de l'environnement. Il s'agit, la plupart du temps, d'une démultiplication seule des objectifs de la tutelle sans réflexion stratégique interne sur le devenir propre de l'établissement. Plusieurs enquêtes ont été réalisées dans ce sens. Celle réalisée en 1992 auprès de 120 responsables d'unités et d'établissements du secteur public (Bartoli et Trouiller, 1993), montre que 76% des organisations avaient engagé une démarche de projet, mais que moins d'un quart reposait sur une réflexion globale concernant l'avenir de l'unité, et la majorité restait centrée sur un thème précis. Ainsi, ni le caractère de globalité, ni la dimension stratégique, présentés comme les principes de base des démarches de projet d'entreprise, ne se retrouvent dans les projets d'établissements publics (Bartoli, 1994). De même, l'enquête réalisée sur les projets d'établissements de la région Rhône-Alpes (Najib, 1996), montre que les projets étudiés présentent une dimension d'intention accompagnée **très rarement** d'une réflexion stratégique, celle-ci se limitant d'ailleurs à un diagnostic interne et à une prise en compte assez parcellaire de l'environnement. Par ailleurs, l'enquête conclut à une faiblesse des étapes à entreprendre et des actions à mettre en œuvre pour atteindre ce futur désiré, le souci des établissements étant de coller au mieux aux directives légales. Nous pouvons « résumer » les résultats de nos propres recherches sur ce point, par la réflexion que nous a faite un directeur d'hôpital : « *Vous parlez du projet de l'établissement ou de la stratégie de l'établissement ?* ». Cette simple phrase montre que stratégie et projet sont complètement déconnectés. Or, non seulement la loi de 1991 insiste sur la dimension stratégique du projet d'établissement, mais la stratégie et le projet sont deux facettes indissociables d'un même phénomène : « le hard et le soft d'un même management » (Papais, 1986).

On peut constater également des limites quant à la **mise en œuvre des projets** : la phase de mise en œuvre reste très difficile et délicate. Le degré de concrétisation est limité facilitant peu la mise en œuvre d'actions concrètes. Une autre cause, expliquant ce problème de mise en œuvre, découle de la faiblesse de la démarche participative. En effet, comment mettre en œuvre des actions concrètes que seul le personnel en relation avec le patient peut assurer, si ce dernier n'a pas été impliqué dans la démarche et ne se reconnaît pas, voire ne connaît pas les objectifs de son établissement ?

Enfin, la **présentation** adoptée pour le projet d'établissement est peu adaptée à une communication interne et externe. Les projets d'établissements sont généralement très volumineux, privilégiant une présentation littéraire avec peu de tableaux synthétiques, ne présentant pas de manière stimulante les objectifs à atteindre et les actions à entreprendre. Il s'ensuit que l'on n'a pas envie de le lire et donc qu'il est difficile de se l'approprier. Ces documents sont très peu communicables et ne donnent pas « envie ». Or, pour faire, il faut un minimum d'envie et de stimulation pour l'action...

Cette liste de limites n'est pas exhaustive. Les difficultés présentées ci-dessus ont été confirmées par les résultats de notre enquête sur les pratiques stratégiques des organisations hospitalières publiques, et l'exploitation du questionnaire a permis de mettre en avant une difficulté majeure dans les démarches de projet : très peu d'établissements réalisent une « maintenance », une **mise à jour** des objectifs en

fonction des évolutions de l'environnement : le projet d'établissement est formalisé une fois pour toute, en début de période, et ne sera révisé qu'au moment de l'élaboration du suivant. Par ailleurs, rares sont les établissements qui ont réalisé une **évaluation** de leur projet, même en termes d'actions réalisées et d'actions non réalisées par rapport au projet initial. Ainsi, l'enquête a permis de mettre en lumière l'absence quasi totale de dispositifs, d'outils et de méthodes de pilotage et d'évaluation de projet. Les établissements, à l'issue du projet, formalise le suivant, mais sans forcément prendre en compte les objectifs non atteints, ceux qui sont devenus obsolètes... il s'agit d'un nouveau projet qui ne s'inscrit pas dans la continuité du précédent. Cette absence d'évaluation constitue aussi un frein puissant à la mobilisation des énergies et au dynamisme du processus.

3.2. Pour un nouveau projet d'établissement à l'hôpital

Au vu des « critiques » que nous venons de formuler sur le projet d'établissement tel qu'il est pratiqué dans les organisations hospitalières, nous proposons d'apporter quelques pistes de réflexions et de solutions pour pallier ces carences et répondre ainsi aux attentes et questions des responsables hospitaliers à la recherche de conseils, de méthodes et d'outils dans ce domaine.

L'hôpital public a besoin aujourd'hui de **transversalité**. Il s'agit de passer de projets sectoriels, de services, de métiers, portant sur des thèmes précis, à **un projet général et englobant de l'organisation** : le projet stratégique de l'établissement, fédérateur et mobilisateur. La mobilisation du personnel (quels que soient son niveau hiérarchique et son statut ou métier) autour d'un projet global pertinent et fédérateur apparaît alors comme un élément clé du dynamisme de l'hôpital au travers de l'atteinte du double objectif stratégique de l'hôpital public actuel : l'amélioration de la qualité et la maîtrise des dépenses.

Ainsi, pour favoriser ce dynamisme, plusieurs pistes de réflexions nous semblent pertinentes : privilégier une démarche stratégique, adopter une démarche participative dès la définition du projet stratégique pour en faciliter la mise en œuvre, décliner les orientations nationales en se les appropriant au niveau local.

3.2.1. La prédominance stratégique *versus* la prédominance culturelle

Selon Tabatoni et Jarniou (1975, p. 66), des décisions sont dites stratégiques lorsqu'elles « visent à orienter de **façon déterminante** et pour le **long terme**, les activités et les structures de l'organisation ». Il nous semble que c'est cette conception du projet d'établissement qui doit prévaloir : engager l'établissement de façon déterminante et sur le moyen et long termes, dans une vision stratégique. Deux conceptions du projet d'entreprise prévalent : le projet-charte et le projet-démarche (Bartoli, 1997, p. 192).

Le **projet charte** nous semble être celui qui prévaut aujourd'hui dans les organisations hospitalières publiques. Il s'agit de projets mettant l'accent davantage sur la composante culturelle de l'organisation que sur sa dimension stratégique. Ce type de projet fait référence aux valeurs de l'organisation. Bartoli (1997) parle à juste titre de « gadgétisation » de la mise en forme culturelle, par l'écriture de chartes internes supposées retranscrire les valeurs fondamentales de l'organisation, en lesquelles chacun

de ses membres devrait se retrouver. Ce type de projet trouve ses limites, notamment dans sa mise en œuvre et apparaît plus comme la volonté d'afficher le fait que l'organisation fait quelque chose, qu'elle a un projet, plus que comme de véritables objectifs. Il s'agit selon nous de « fausses stratégies », dont le principal but est d'afficher une **intention** qui ne trouve que très rarement de concrétisations. Nous voyons au moins trois limites importantes à un tel projet :

- tout d'abord, la dimension culturelle n'est pas la seule référence de l'avenir de l'organisation ;
- ensuite, il s'agit le plus souvent de simples intentions : la charte du patient à l'hôpital public est un document formalisé expliquant les droits du patient, mais reste sans suite au niveau de la concrétisation : par quoi se traduit concrètement cette charte pour le patient hospitalisé ?
- enfin, puisqu'il porte sur les valeurs de l'entreprise, il se cantonne la plupart du temps aux objectifs des responsables qui sont exprimés par eux, ce qui peut se traduire par une non-adhésion des acteurs au projet de leur entreprise, car il s'agira du projet de leurs responsables ;
- si l'on peut rajouter une dernière limite, ce serait le fait que le projet-charte met l'accent sur la dimension instrumentale et non sur les dimensions humaines indispensables des complémentarités à la base de l'innovation collective (Picq, 1997).

Il nous semble donc important que les organisations hospitalières publiques développent une autre forme de projet : le **projet-démarche**. Ce dernier s'inscrit dans un **processus de changement** plus global. Il s'agit d'une démarche dynamique et non, comme dans le cas du projet-charte, d'un document statique (que l'on met au fond du tiroir une fois formalisé... ou qui n'est pas suivi de réalisations concrètes). La confection d'un projet stratégique ne peut se limiter à sa seule construction/formalisation, car une fois la stratégie et les objectifs définis, ce ne sont que des intentions et « tout reste à faire » (Savall et Zardet, 1995). Dans ce type de démarche, les résultats du projet sont ceux obtenus par les actions entreprises et mises en œuvre, mais également ceux obtenus par la démarche mise en place elle-même. Le projet-démarche repose sur une vision stratégique et se conçoit selon une démarche participative s'appuyant sur la collaboration et l'implication de l'ensemble des acteurs (tout métier, tout niveau hiérarchique, avec une forte impulsion de l'équipe de direction). Ainsi, la démarche importe autant, si ce n'est davantage, que les résultats mêmes.

Peyrat-Guillard (1998) a proposé une **typologie des projets** à partir des résultats d'une enquête réalisée en 1991 sur les pratiques en matière de projets de 82 entreprises, et qui a été prolongée en 1995 pour mettre en évidence l'évolution desdits projets. Elle définit ainsi quatre classes de projets :

- la **classe 1** concerne les projets participatifs suivis de plans d'actions, évalués qualitativement et entretenus par des actions ;
- la **classe 2** regroupe les projets directifs à dominante culturelle ;
- la **classe 3** se compose des projets consultatifs à durée de validité indéfinie, à dominante culturelle, prenant généralement la forme de charte de valeurs. Ces projets ne sont ni évalués ni entretenus par des actions ;

- la **classe 4** concerne les projets consultatifs à durée de validité définie, à dominante stratégique, suivis de plans d'actions. Les messages y sont détaillés en termes concrets et sont très précis, allant jusqu'au « datage » dans le temps.

Selon cette enquête, ce sont les projets de la classe 4 qui sont le plus appréciés du personnel de l'entreprise et qui ont le plus de chance de réussite. Notre vision du projet stratégique de l'hôpital public se situe également à ce niveau, l'important étant plus la démarche de management engagée que la formalisation du projet elle-même. Nous pouvons d'ores et déjà énoncer quelques facteurs clés de succès d'un projet d'établissement pour l'hôpital, aussi bien en termes d'atteinte de résultats que d'adhésion des acteurs :

- une **dominante stratégique** (au risque de n'être qu'une simple intention stratégique) ;
- une **démarche participative** (au risque de ne pas obtenir l'adhésion des acteurs) ;
- une **démarche transversale** associant différents métiers, différents services et différents niveaux de responsabilité, pour que chacun se sente concerné par le projet de son organisation et qu'il ait envie de le mettre en œuvre ;
- une **durée de validité définie** (au risque de ne voir jamais aboutir le projet) ;
- des **axes stratégiques** déclinés en **objectifs prioritaires** et **actions concrètes** (au risque de ne jamais voir de réalisations d'actions concrètes visibles et produisant des effets mesurables) ;
- une **évaluation** au minimum qualitative, accompagnée si possible d'une évaluation quantitative voire financière, pour éventuellement corriger certaines actions, et permettant de mesurer l'état d'avancement des réalisations, et de ce fait d'impulser une énergie supplémentaire pour l'action.

Nous privilégions pour l'hôpital public une telle démarche : que le projet d'établissement soit un projet stratégique et l'occasion d'engager des changements plus profonds en termes d'organisation du travail, de comportements organisationnels et managériaux... En effet, il ne s'agit pas seulement de calmer les esprits sur les « points chauds » (Gonnet, 1992, p. 18) de l'hôpital public, mettant en péril sa légitimité et affectant profondément son identité, mais d'**enrayer les problèmes de fond** pour éviter qu'ils ne réapparaissent plus tard sous une autre forme... qui peut être pire.

3.2.2. Le fond et la forme du projet stratégique

Sur le **fond** du projet d'établissement stratégique, il nous semble important de prendre en compte les objectifs définis au niveau de la tutelle et de les décliner au niveau de l'établissement, non selon un processus de déclinaison simple, mais selon un **processus d'appropriation** de ces mêmes objectifs au niveau de l'établissement. Le projet doit également s'attacher à améliorer les prestations vis-à-vis du public bien sûr, mais également en interne : améliorer les conditions de travail, l'organisation du travail, la communication intra- et inter-services... bref, le fonctionnement interne de l'organisation. Il s'agit, une fois la stratégie générale de l'établissement définie, de mettre en place au niveau de chaque service des plans d'actions opérationnels pour aider à la mise en œuvre. Il nous semble important de **formaliser le projet stratégique**. En effet, et sans entrer dans un excès de formalisme et de procédures rigides, il est important que le projet soit écrit pour qu'il soit **communicable**. Bien trop souvent, la

stratégie de l'établissement est dans la tête de certains responsables, ce qui ne permet pas de la mettre en œuvre. Ainsi, formaliser le projet dans un document écrit, mais ne pas en faire une simple charte, permet de communiquer le projet à l'ensemble des personnes concernées mais également aux partenaires de l'établissement. Ce document est également le moyen de **négoiation** que peut avoir l'organisation avec sa tutelle ; il permet aussi de réaliser l'état d'avancement du projet au fil du temps.

Concernant la **forme**, il est préférable également de privilégier des documents synthétiques sous forme de tableaux, aux « pavés » de plus de 100 pages que personne ne lira. 70% des personnes ayant répondu à notre questionnaire avouent que le projet de leur établissement est formalisé dans un document de plus de 20 pages, la majorité se situant au-delà de 80 pages et jusqu'à plus de 400 ! Le projet doit être physiquement attrayant, car pour faire il faut avoir envie de faire et donc le projet doit donner envie qu'on le réalise. La présentation doit être stimulante, pour stimuler l'action et l'implication de l'ensemble des acteurs. Cela semble d'autant plus important, que les médecins avouent volontiers ne pas lire les documents administratifs qui feraient plus de vingt pages.

C'est dans ce sens que nous avons réalisé nos recherches au sein des deux hôpitaux publics présentés ci-dessus. L'évaluation de l'action mise en œuvre pour définir les axes stratégiques de l'un des deux hôpitaux a permis de mettre en exergue différentes améliorations, dont nous présentons un extrait ci-dessous. Il est important de noter que cette démarche a été réalisée de manière participative, impliquant des acteurs de l'hôpital en question, provenant de métiers différents, et ayant des niveaux hiérarchiques différents. La stratégie a donc été formalisée dans le cadre de groupes de projets participatifs, pilotés par l'équipe de Direction, garante de la démarche mise en œuvre. La stratégie a été ensuite démultipliée dans les services, afin d'en faciliter la mise en œuvre.

- ◆ La clarification des objectifs a permis d'affirmer la volonté de la Direction et de communiquer.
- ◆ L'action a permis à beaucoup de s'investir dans des solutions d'améliorations.
- ◆ L'action entreprise a permis de faire bouger l'ensemble de la structure et de donner plus de dynamisme au sein de l'hôpital.
- ◆ La démarche transversale entreprise a permis de responsabiliser certains acteurs peu impliqués jusqu'alors dans l'hôpital et d'améliorer la communication entre les différents services.
- ◆ L'implication de certains représentants du personnel a été très appréciée par cette catégorie de personnel qui s'est impliquée davantage.
- ◆ Les plans d'actions déclinés au niveau des services ont permis à chacun de se projeter dans l'avenir et de se recentrer sur les priorités.
- ◆ Les plans d'actions représentent un contrat entre la Direction et chaque service où chacun s'engage à atteindre les objectifs fixés et mettre à disposition, le cas échéant les moyens nécessaires

Les démarches projets sont connues pour engendrer un dynamisme dans les entreprises. Au-delà du simple effet de mode, il nous semble que cette démarche est fondamentale pour les organisations particulières que sont les hôpitaux publics. Les démarches ont montré leur intérêt effectif dans d'autres types d'organisations et apparaissent comme un véritable outil de management et comme levier du changement.

Pour l'hôpital public, les démarches sont relativement jeunes et souffrent d'un manque d'expérience, bien que de gros efforts aient été faits pour prendre le pas du changement. Il semble important de « revisiter » la démarche de projet d'établissement à l'hôpital selon une vision stratégique et un processus de projet-démarche qui, comme nous l'avons vu précédemment, peut permettre de :

1. **dynamiser l'hôpital dans son fonctionnement interne** : faire travailler ensemble des personnes et des corps de métier peu habitués à se côtoyer, s'inscrire dans une démarche globale de l'établissement et non selon des logiques de métier très cloisonnées, engendre un dynamisme interne non négligeable, où les uns et les autres ont envie de travailler ensemble. Le projet apparaît alors comme un levier important du changement, permettant de renforcer l'identité de l'organisation ;
2. **rendre plus dynamique l'hôpital public aux yeux des usagers et des partenaires** : en montrant les efforts entrepris et en mettant en œuvre des actions concrètes, visibles pour le public, l'hôpital retrouve une part de sa raison d'être. Sa légitimité peut alors être réhabilitée.

BIBLIOGRAPHIE

- ANASTASSOPOULOS J.-P., BLANC G., NIOCHE J.-P. et RAMANANTSOA B., *Pour une nouvelle politique d'entreprise*, Presses Universitaires de France, 1985, 217 p.
- AVENIER M.-J., « De la planification au management stratégique », *Encyclopédie du Management – Tome 2*, Vuibert, 1992, pp. 321-339.
- AVENIER M.-J., « Méthodes de terrain et recherche en management stratégique », *Economies et Sociétés*, Tome XXIII, n°12, Série « Sciences de Gestion », n°14, décembre 1989, pp. 199-218.
- BARTOLI A. et TROUILLER G., « Le management dans le secteur public », Document de recherche, CERIM, n°9223, septembre 1993.
- BARTOLI A., « La déferlante du projet d'entreprise dans les organisations publiques », Actes du 5^{ème} Congrès de l'AGRH, *La GRH, science de l'action ?*, Montpellier, 17-18 novembre 1994, pp. 186-198.
- BARTOLI A., *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Coll. « Gestion Sup », 1997, 300 p.
- BOUTINET J.-P., « Les métamorphoses du projet », Actes des Journées Européennes de Projectique, *Projectique, à la recherche du sens perdu*, 1996, Economica, pp. 19-30.
- BOUTINET J.-P., *Anthropologie du projet*, Presses Universitaires de France, 1993, 312 p.
- BOYER L., « Le projet d'entreprise : d'un management quantitatif à une approche culturelle de l'entreprise », *Encyclopédie du Management – Tome 2*, Vuibert, 1992, pp. 518-525.
- BRABET J. et KLEMM M., « Le point sur les projets d'entreprises », *Gestion 2000, Management et Prospective*, Vol. 10, n°2, avril 1994, pp. 79-100.
- BRECHET J.-P., « Pour une théorie renouvelée du développement des organisations ou la logique stratégique du développement des projets productifs », Actes de la 6^{ème} conférence de l'AIMS, *Les fondements de la gestion stratégique*, Volume 1, Montréal, 24-27 juin 1997, pp. 175-186.
- CECCALDI D., *Les institutions sanitaires et sociales*, Editions Foucher, 12^{ème} édition, 1997, 405 p.
- CLAVERANNE J.-P., « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de Gestion*, « Dossier : Hôpitaux : vous avez dit gestion ? », n°109, juin-juillet-août 1996, pp. 103-113.
- COCA E., *Les inégalités entre hôpitaux. Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Berger-Levrault, Coll. « H », 1995, 480 p.
- CREMADEZ M. en collaboration avec GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions, 1992, 320 p.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, Coll. « Points Essais », 1977, 500 p.
- CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique*, Editions du Seuil, Coll. « Points », 1965, 382 p.
- ECOSIP, sous la direction de GIARD V. et MIDLER C., *Pilotage de projets et entreprises. Diversités et convergences*, Economica, Coll. « Gestion », 1993, 273 p.

- GEORGES P., *Droit public. Notions essentielles*, Edition Sirey, 6^{ème} édition, 1986, 466 p.
- GIBERT P. et PASCAUD G., « Des projets d'entreprise pour les organisations publiques », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 7, n°2, juin 1989, pp. 119-162.
- GONNET F., *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Editions Lamarre, Coll. « Management Hospitalier », 1992, 355 p.
- GUILLOU M., « Le projet d'établissement : un instrument de transformation des modes de management hospitalier ? », Actes du 9^{ème} Congrès de l'ALASS, Abano Terme (Italie), 30 septembre-2 octobre 1998, 13 p.
- GUYOT J.-C., *Quelle médecine pour quelle société ?*, Editions Privat, Coll. « Sciences de l'Homme », 1982, 366 p.
- IMBERT J., *Les hôpitaux en France*, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », 1958, 6^{ème} édition mise à jour, 1994, 127 p.
- INSEE, *Tableaux de l'économie française 1998-1999*, 1998.
- LARCON J.-P. et REITTER R., *Structures de pouvoir et identité de l'entreprise*, Nathan, 1979.
- LAUFER R. et RAMANANTSOA B., « Crise d'identité ou crise de légitimité ? », *Revue Française de Gestion*, septembre 1982, N° spécial « Les nouveaux défis de la stratégie », 1988, pp. 45-53.
- LAUFER R., « Gouvernabilité et management des systèmes administratifs complexes », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 3, n°1, mars 1985, pp. 25-48.
- LE BŒUF C. et MUCCHIELLI A., *Le projet d'entreprise*, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », 1989, 2^{ème} édition corrigée, 1992, 128 p.
- MUCCHIELLI A., *Communication interne et management de crise*, Les Editions d'Organisation, 1993.
- NAJIB L., « Le projet dans les établissements hospitaliers et la planification sanitaire », Actes des Journées Européennes de Projectique, *Projectique, à la recherche du sens perdu*, Economica, 1996, pp. 301-312.
- PAPAS P., « Stratégie et projet d'entreprise : le hard et le soft du management », in BIOLLEY G., *Mutation du management*, Entreprise Moderne d'Édition, 1986, pp. 239-252.
- PEYRAT-GUILLARD D., « Les projets d'entreprise : d'une mode à des modes de gestion, bilan des pratiques passées et actuelles », *Economies et Sociétés*, Tome XXXII, n°2, Série « Sciences de Gestion », n° 24, février 1998, pp. 181-206.
- PICQ T., « Le management par projet comme levier du changement organisationnel. Réflexions à partir de deux études de cas », Actes du 8^{ème} Congrès de l'AGRH, *GRH face à la crise : GRH en crise ?*, Montréal, 4-5 septembre 1997, pp. 477-488.
- POUVOURVILLE de G., « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue Française de Gestion*, « Dossier : Hôpitaux : vous avez dit gestion ? », n°109, juin-juillet-août 1996, pp. 72-79.
- Rapport de recherche : Etablissement hospitalier public, Diagnostic approfondi, avril 1997, 151 p.
- Rapport de recherche : Etablissement hospitalier public, Evaluation, mai 1998, 248 p.
- Rapport de recherche : Très grand établissement hospitalier public, Diagnostic horizontal, novembre 1997, 60 p.
- Réforme hospitalière, loi n°91-748, Journal Officiel, juillet 1991.
- Réforme hospitalière, ordonnance n°96-346, Journal Officiel, avril 1996.
- SAIAS M. et MONTEBELLO M., « Quand les usagers deviennent des clients », *Revue Française de Gestion*, « Dossier : L'entreprise publique en question I », n°20, mars-avril 1979, pp. 77-81.
- SAULQUIN J.-Y., « Le manager face à la crise : à la recherche de l'efficacité dans les établissements de soins », Actes du 8^{ème} Congrès de l'AGRH, *GRH face à la crise : GRH en crise ?*, 4-5 septembre 1997, Montréal, pp. 537-549.
- SAVALL H., « Les sciences de gestion en France : tendances actuelles », *Le Courrier du CNRS*, n°64, 1987, pp. 14-17.
- SAVALL H. et ZARDET V., *Ingénierie stratégique du roseau*, Economica, 1995, 520 p.
- SEGOUIN C. et SIMON J.-M., « L'accréditation à la française : un élément clé de la réforme hospitalière de 1996 », Actes du 8^{ème} Congrès annuel de l'ALASS, *Les réformes des systèmes de santé, les définitions du produit et les besoins de gestion*, Grenade (Espagne), 19-21 juin 1997, 9 p.
- SESI, *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, 1997, 1998.
- TABATONI P. et JARNIOU P., *Les systèmes de gestion, politiques et structures*, Presses Universitaires de France, 1975, 233 p.
- THOUVENIN D., *La responsabilité médicale*, Flammarion, Coll. « Médecine-Sciences », 1995, 124 p.