



HAL
open science

Développement des compétences managériales comme levier des performances économiques et sociales : cas de l'encadrement infirmier dans les hôpitaux privés du Liban.

Donabelle Zakkour Tabchoury

► **To cite this version:**

Donabelle Zakkour Tabchoury. Développement des compétences managériales comme levier des performances économiques et sociales : cas de l'encadrement infirmier dans les hôpitaux privés du Liban.. Gestion et management. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2013. Français. NNT : 2013CNAM0930 . tel-01126836

HAL Id: tel-01126836

<https://theses.hal.science/tel-01126836>

Submitted on 6 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE DE
RECHERCHES EN SCIENCES DE L'ACTION
(LIRSA – EA 4603/ ED Abbé Grégoire 546)**

THÈSE présentée par :

Donabelle ZAKKOUR TABCHOURY

Soutenue le 11 décembre 2013

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et
Métiers**

Discipline/ Spécialité : Sciences de Gestion

**Les compétences managériales comme levier
des performances économiques et sociales:
cas de l'encadrement infirmier dans les
hôpitaux privés du Liban**

THÈSE dirigée par :

**Anne MARCHAIS-ROUBELAT
Marc BONNET**

Maître de Conférences HDR, CNAM
Professeur, Université Jean Moulin Lyon 3

RAPPORTEURS :

**Thierry NOBRE
Jean Michel PLANE**

Professeur, Université de Strasbourg
Professeur, Université Montpellier 3

JURY :

**Yvon PESQUEUX
Renaud PETIT
Henri SAVALL**

Professeur, CNAM
Maître de Conférences, Université Franche Comté
Professeur émérite, Université Jean Moulin Lyon 3

**LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE DE
RECHERCHES EN SCIENCES DE L'ACTION
(LIRSA – EA 4603/ ED Abbé Grégoire 546)**

THÈSE présentée par :

Donabelle ZAKKOUR TABCHOURY

soutenu(e) le : 11 décembre 2013

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et
Métiers**

Discipline/ Spécialité : Sciences de Gestion

**Les compétences managériales comme levier
des performances économiques et sociales:
cas de l'encadrement infirmier dans les
hôpitaux privés du Liban**

THÈSE dirigée par :

**Anne MARCHAIS-ROUBELAT
Marc BONNET**

Maître de Conférences HDR, CNAM
Professeur, Université Jean Moulin Lyon 3

RAPPORTEURS :

**Thierry NOBRE
Jean Michel PLANE**

Professeur, Université de Strasbourg
Professeur, Université Montpellier 3

JURY :

**Yvon PESQUEUX
Renaud PETIT
Henri SAVALL**

Professeur, CNAM
Maître de Conférences, Université Franche Comté
Professeur émérite, Université Jean Moulin Lyon 3

Le CNAM n'entend donner ni approbation, ni improbation
aux opinions émises dans les thèses.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A mes deux enfants : Sébastien et Céline

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué d'une façon directe ou indirecte à l'achèvement de cette thèse.

Nous remercions particulièrement Mme Anne MARCHAIS-ROUBELAT, Maître de conférences HDR au CNAM Paris, et le Professeur Marc BONNET, nos directeurs de recherche pour leur soutien, la connaissance qu'ils nous ont transmise et leurs orientations tout au long de cette recherche. Nous sommes redevable aux Professeurs Jean Michel PLANE et Thierry NOBRE pour l'honneur qu'ils nous ont fait de participer à notre jury de soutenance en tant que rapporteurs.

Nous remercions vivement le Professeur Yvon PESQUEUX sans qui cette thèse n'aurait pas pu être avancée et pour avoir accepté de participer à notre jury de soutenance.

Nous remercions également M. Renaud PETIT qui a contribué, grâce à sa lecture de notre thèse et aux recommandations constructives qu'il nous a fait part, à l'amélioration du contenu de cette dernière.

Nous tenons de la même façon à exprimer nos remerciements et notre gratitude au Professeur Henri SAVALL d'une part pour sa participation au jury et d'autre part pour tous les conseils qu'il nous a apportés pendant les séances de formation.

Nous avons par ailleurs apprécié les éclairages et les apports méthodologiques des Professeurs Henri SAVALL et Véronique ZARDET au cours des formations que nous avons eu l'occasion de suivre à l'ISEOR. Nous leur exprimons notre reconnaissance pour nous avoir accepté au sein de son centre de recherche ISEOR et nous avoir aidé à mettre en œuvre les concepts clés durant notre recherche et de mieux les comprendre.

Nous remercions cordialement tous les membres de l'équipe de l'ISEOR qui ont accompagné le processus de recherche-intervention en laboratoire, notamment M. Frantz DATRY pour sa collaboration dans la réussite de l'intervention.

Enfin tous nos remerciements seraient insuffisants pour exprimer notre gratitude aux membres de notre famille pour leur soutien moral.

Résumé

Notre recherche a pour but de démontrer que le développement des compétences managériales de l'équipe soignante et de l'encadrement infirmier dans les hôpitaux libanais renforce la créativité et la performance globale de l'établissement et permet une certaine différenciation.

Il s'agit, en premier lieu, de définir les compétences managériales de l'encadrement infirmier et de définir les moyens de développement de ces compétences. Nous présentons, dans cette thèse le processus de la mise en place des outils du management socio-économique à partir de l'intervention menée dans trois hôpitaux libanais. Nous analysons à la fin les résultats et les impacts de ce processus sur la performance économique et financière de ces trois hôpitaux.

Mots clés : Hôpital - Compétences managériales - Cadre infirmier - Outils socio-économiques - Evaluation - Performance économique - Performance Sociale.

Résumé en anglais

Our research is aimed at demonstrating that the development of leadership management skills for the nursing team and for the head of units in Lebanese hospitals can improve the creativity and the global performance of the organization and enables strategic differentiation.

We start by defining the managerial competencies required for the nursing team and by explaining methods of developing them. We present, in our thesis, the process of implementing socio-economic management tools conducted during our intervention in three Lebanese hospitals. Then, we analyze the results of the intervention-research process and its impacts on the managerial competencies development on the economic and social performance of the three hospitals.

Key Words : Hospital - Managerial competencies - Head of units - socio-economic tools - Evaluation - Economic performance - Social performance.

Table des matières

Remerciements	9
Résumé	11
Résumé en anglais.....	12
Table des matières	13
Liste des tableaux.....	21
Liste des figures.....	25
Liste des annexes	27
Partie introductive : présentation de la recherche	29
0.1 PREAMBULE.....	32
0.2 FINALITE DE LA RECHERCHE	33
0.3 OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	34
0.4 NOTRE MOTIVATION POUR LA RECHERCHE.....	36
0.5 PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	38
0.6 HYPOTHESE CENTRALE DE LA RECHERCHE	43
0.7 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	44
0.8 FIL CONDUCTEUR	46
0.9 TERRAINS D'EXPERIMENTATION	48
0.10 CALENDRIER ET LA CHRONOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	49
PREMIERE PARTIE.....	51
La nécessité des compétences managériales, émergence et pertinence du changement pour les établissements hospitaliers	51
Chapitre 1: Importance des compétences managériales dans le contexte des Directions des Soins infirmiers dans les hôpitaux au Liban	55
1.1 L'évolution de la notion compétences managériales de l'encadrement infirmier à travers les années et dans les théories classiques	58
1.1.1 Rappel sur les compétences managériales dans les diverses théories d'organisation de travail	59
1.1.2 La compétence managériale bureaucratique dans les hôpitaux libanais.....	61
1.1.3 Les activités par fonction : Influence de l'école classique de l'organisation des entreprises sur les hôpitaux du Liban.....	74
1.1.4 Influence de la standardisation taylorienne sur le rôle de l'encadrement des soins infirmiers.....	82

1.1.5 Application du courant des Relations Humaines au cas des hôpitaux libanais.....	84
1.1.6 Application des théories de la prise de décision dans les hôpitaux libanais	88
1.1.7 La contingence.....	89
1.1.8 Prise en compte de la théorie des stratégies d'acteurs dans les démarches de la qualité totale	92
1.1.9 Apprentissage organisationnel, organisation apprenante et rôle managérial de l'encadrement	97
1.1.10 Le leadership et les compétences de l'encadrement.....	98
1.1.11 Le rôle de l'encadrement dans le développement organisationnel.....	101
1.2 La notion de compétence à l'hôpital dans les théories modernes et contemporaines	102
1.2.1 La compétence : une évaluation individualisée.....	103
1.2.1.1 Savoir et savoir faire	104
1.2.2 La compétence collective	105
1.3 Elaboration d'une grille des compétences managériales de l'encadrement des soins infirmiers ..	106
Conclusion du chapitre 1	107
Chapitre 2 : Pertinence du management socio-économique comme levier du développement des compétences managériales de l'encadrement.....	109
2.1 Présentation du management socio-économique.....	112
2.2 Fondement du management socio-économique.....	113
2.3 La recherche qualimétrique en management socio-économique	114
2.4 Famille de dysfonctionnements selon l'analyse socio-économique	116
2.5 Le management socio-économique pour la performance économique et sociale de l'entreprise..	117
2.6 Les trois axes de l'intervention socio-économique.....	118
2.8 Le diagnostic socio-économique	122
2.8.1 Le diagnostic socio-économique : les étapes	124
2.8.2 Acteurs ciblés.....	125
2.8.3 Diagnostic socio-économique : objectifs des entretiens.....	125
2.9 Les aspects des coûts cachés	128
2.9.1 Coûts visibles et coûts-cachés.....	128
2.9.2 Coûts-cachés : les indicateurs	129
2.9.3 Coûts cachés : Les composants.....	132
2.9.4 Les hôpitaux et les coûts-cachés	134
2.10 L'intervention socio-économique et la pratique des acteurs à l'hôpital.....	136
2.10.1 L'intervention socio-économique et la pratique des médecins à l'hôpital.....	137
2.10.2 L'intervention socio-économique et la Direction à l'hôpital	138

2.10.3 L'intervention socio-économique et le corps infirmier à l'hôpital.....	140
2.11 La gestion des compétences dans le management socio-économique	142
2.11.1- La signification de la grille de compétences.....	147
2.11.2- La lecture de la grille de compétences	147
2.11.3 La traduction des activités en compétences associées	148
2.12- Lien entre grille de compétences et autres outils du management socio-économique.....	149
2.12.1- Une nécessité pour le plan d'action prioritaire	149
2.12.2- Un élément du tableau de bord de pilotage	150
2.12.3- Le cœur du contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN)	152
Conclusion du chapitre 2	152
Chapitre 3 : le terrain d'expérimentation, présentation et particularité	155
3.1 Le secteur hospitalier au Liban, aperçu général	157
3.1.1 Système de santé Libanais	158
3.1.1.1 Système de Santé Britannique	158
3.1.1.2 Système de Santé Français.....	159
3.1.1.3 Système de Santé Américain	160
3.1.1.4 Système de Santé Pluraliste	161
3.1.2 La démographie hospitalière.....	163
3.1.3 Acteurs externes, acteurs internes	165
3.2 Le terrain de recherche.....	170
3.2.1 L'hôpital H1.....	173
3.2.2- L'hôpital H2	178
3.2.3- L'hôpital H3	182
3.3- Le besoin du changement.....	188
3.3.1 Défis de l'environnement externe	188
3.3.2 Défis de l'environnement interne.....	190
3.4- Application du management socio-économique pour surmonter les défis	191
3.4.1 Un Laboratoire de recherche-intervention	191
3.4.2- Le management socio-économique à travers le temps.....	192
3.4.2.1 Les fondements du modèle socio-économique	193
3.4.3 Les attentes des hôpitaux.....	195
3.4.4 La méthode	195
3.4.5 Les prestations	197
Conclusion du chapitre 3	200

Conclusion de la première partie	201
DEUXIEME PARTIE	203
Pratiques et démarches de développement et d'amélioration des Compétences managériales	203
Chapitre 4: Apport du diagnostic socio-économique à l'analyse des lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier	207
4.1 But du diagnostic des compétences managériales	210
4.2 Le diagnostic socio-économique	211
4.2.1 La nécessité du changement du mode de management	212
4.2.2 Le recueil des données	212
4.2.2.1- Les entretiens	215
4.2.2.2 Population ciblée.....	215
4.2.2.3 Traitement des données recueillies	216
4.2.2.4 L'observation directe	216
4.2.2.5 L'analyse des documents	217
4.2.3 Le modèle proposé	217
4.2.3.1 Classement des tâches.....	218
4.3 – L'architecture de l'intervention socio-économique et l'implication de l'encadrement infirmier	220
4.4 Le Diagnostic Horizontal	221
4.4.1 Segmentation de la population pour le diagnostic horizontal	222
4.4.2 – Étapes de réalisation du diagnostic horizontal.....	224
4.4.3 – Convergences et spécificités en diagnostic horizontal	225
4.5 – Diagnostics Verticaux	235
4.5.1 – Étape de réalisation des diagnostics verticaux.....	236
4.5.1.1 – Partie qualitative des diagnostics	236
4.5.1.2 – Evaluation des coûts-cachés	237
4.6 Évaluation des couts cachés	238
4.6.1 Les sursalaires.....	242
4.6.2 – Les surtemps	243
4.6.3 – Les surconsommations	244
4.6.4 – Les non-productions.....	244
4.6.5 – Les non-créations de potentiel	244
4.6.6 – Les risques	245
4.7 – Interprétation de l'origine des coûts cachés	248
Conclusion du chapitre 4	249

Chapitre 5 : la formation intégrée de l'encadrement infirmier aux compétences managériales au travers de la mise en œuvre du projet et des outils socio-économiques	251
5.1 Le groupe de projet comme aide à l'amélioration des compétences de l'encadrement infirmier..	254
5.1.1 - La mise en place du groupe de projet.....	254
5.1.1.1 Le chef du projet	254
5.1.1.2 Le groupe de projet	255
5.1.1.3 Les groupes de travail	255
5.2 Les outils de mise en œuvre stratégique du management socio-économique au service du développement des compétences managériales.....	256
5.2.1 Le plan d'actions stratégiques internes et externes (PASINTEX)	257
5.2.2 Le plan d'actions prioritaires (PAP).....	261
5.2.3 – Le Contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN).....	263
5.2.3.1 Répartition des objectifs des CAPN	266
5.2.3.2 La pondération des objectifs CAPN	268
5.2.4 Le tableau de bord de pilotage stratégique (TDBP)	269
5.2.4.1 La composition du tableau de bord de pilotage	270
5.2.5 La grille de gestion du temps	272
5.2.5.1 L'auto-analyse de la grille de gestion du temps.....	274
5.2.5.2 – L'interprétation de l'auto-analyse de la grille de gestion du temps	275
5.2.5.3 La délégation concertée	277
Avec consultation	Avec information à postériori
277	277
5.2.6 La grille de compétences	277
5.2.6.1 Les principes génériques de la grille de compétences	280
5.3 Actions de formation intégrée	280
5.3.1 Les cinq principes socio-économiques de la formation intégrée	281
5.3.2 Les étapes de la formation intégrée au service du développement des compétences managériales.....	282
5.4 Autres outils du management socio-économique au service du développement des compétences managériales.....	284
5.4.1 La balance économique, une nouvelle évaluation des projets d'investissements matériels et immatériels.....	284
5.4.2 La fiche de résolutions	288
Conclusion du chapitre 5	290
Chapitre 6: Evaluation socio-économique des impacts du développement des compétences managériales au niveau de l'encadrement infirmier	292
6.1 La signification de l'évaluation	294
6.2 L'évaluation en tant que partie intégrante d'un système.....	295

6.3 Positionnement de notre évaluation dans le cadre des démarches d'évaluation des hôpitaux du Liban.....	296
6.4 Rôle de l'évaluation dans le management socio-économique	297
6.4.1 La fonction de l'évaluation.....	297
6.4.2 Le contenu de l'évaluation.....	298
6.4.3 Un outil d'amélioration continue	299
6.5 Evaluer à l'hôpital.....	299
6.6 L'évaluation et l'amélioration des compétences.....	300
6.7 Contribution de l'audit des outils socio-économiques à l'évaluation	300
6.7.1 Les outils audités sur le terrain d'expérimentation	312
6.7.2 La méthode d'audit des outils socio-économiques	313
6.7.3 Présentation de la contribution de l'audit socio-économique à la formation managériale de l'encadrement infirmier.....	314
6.7.3.1 Les réalisations marquantes constatées à partir des audits des PAP.....	314
6.7.3.2 Points à surveiller dans le pilotage des PAP et des CAPN	315
6.7.3.3 Recommandations à la suite des audits des PAP	316
6.7.4.4 Les réalisations marquantes au niveau de l'exécution des CAPN	318
6.7.4.5 Recommandations au niveau de l'exécution des CAPN.....	318
6.8 L'évaluation des résultats du développement des compétences managériales.....	319
6.8.1 Les résultats qualitatifs résultant du développement des compétences managériales.....	319
6.8.2 Les résultats quantitatifs résultant du développement des compétences managériales.....	323
6.6.3 Les résultats financiers résultant du développement des compétences managériales	329
6.8.3.1 Balance économique du projet du bloc opératoire de l'hôpital H1	330
6.8.3.2 Balance économique du projet des soins intensifs de l'hôpital H1	332
6.8.3.3 Balance économique du projet de maternité de l'hôpital H3.....	334
6.8.3.4 Balance économique du projet des urgences de l'hôpital H3.....	336
6.8.3.5 Balance économique du projet d'amélioration du circuit patient de l'hôpital H2	338
6.8.3.6 L'impact du développement des compétences managériales sur la CHVACV.	340
6.9 Retour d'investissement sur la formation intégrée des cadres infirmiers.....	341
Conclusion du chapitre 6	343
Conclusion de la deuxième partie	344
Conclusion Générale.....	346
Les limites et les perspectives de la recherche	358
Références et Bibliographies	360
Lexique	373
Sommaire.....	380

Liste des tableaux

Tableau 0.1 Résumé Comparatif des trois hôpitaux, terrains d'expérimentation	49
Tableau 0.2 Chronologie de la Recherche	50
Tableau 1.1 Les Trois types d'autorité de la bureaucratie et leur application dans les hôpitaux libanais	64
Tableau 1.2 Illustration de la grille de rémunération à l'hôpital H1	71
Tableau 1.3 Dimension bureaucratique de la compétence managériale dans les hôpitaux du Liban	74
Tableau 1.4 Répartition des activités par fonctions et leur application dans les hôpitaux libanais	76
Tableau 1.5 Evaluation de la satisfaction des employés à l'hôpital H1	94
Tableau 2.1 Extrait des phrases-témoins dans l'un des hôpitaux du terrain d'expérimentation	127
Tableau 2.2 Exemple de calcul de coûts-cachés dans l'un des hôpitaux du terrain d'expérimentation	131
Tableau 2.3 Exemple de dysfonctionnements au niveau du corps infirmiers dans l'hôpital	141
Tableau 2.4 Exemple de grille de compétences au bloc opératoires de l'hôpital H1 pour les infirmières et les aides-soignantes	142
Tableau 2.5 Exemple de grille de compétences du service de stérilisation dans l'Hôpital H1	144
Tableau 3.1 Répartition des hôpitaux et des nombres de lits sur le territoire libanais	164
Tableau 3.2 Nombre de centres de diagnostiques et de soins thérapeutiques avancés	165
Tableau 3.3 Répartition des employés par département, hôpital H1	175
Tableau 3.4 Répartition des médecins par spécialisation, hôpital H1	177
Tableau 3.5 Répartition des employés par département, hôpital H2	179

Tableau 3.6 Répartition des médecins par spécialisation, hôpital H2	180
Tableau 3.7 Répartition des employés par département, hôpital H3	183
Tableau 3.8 Répartition des médecins par spécialisation, hôpital H3	184
Tableau 3.9 Récapitulatif terrain de recherche	186
Tableau 3.10 Centre de Diagnostics spécialisés du terrain de recherche par rapport au niveau national	187
Tableau 4.1 Illustration de l'arborescence des phrases-témoins	214
Tableau 4.2 Récapitulatif du nombre d'entretiens du diagnostic horizontal des trois hôpitaux	222
Tableau 4.3 Composition de la sous-population du diagnostic horizontal par catégorie et par hôpital	223
Tableau 4.4 correspondance des fréquences des phrases-témoins pour le diagnostic horizontal	225
Tableau 4.5 grille de convergences - spécificités	226
Tableau 4.6 Départements concernés en diagnostic vertical	236
Tableau 4.7 Diagnostic qualitatif vertical	237
Tableau 4.8 Diagnostic des coûts cachés	238
Tableau 4.9 Exemples de calcul de coûts cachés à l'hôpital H1	240
Tableau 4.10 Calcul de la CHVACV des trois hôpitaux	242
Tableau 4.11 Synthèse des couts cachés par indicateur et composant	245
Tableau 4.12 Moyenne des couts-cachés par personne et par an	247
Tableau 5.1 Illustration d'un groupe de projet appliqué au terrain d'expérimentation	256
Tableau 5.2 Illustration du plan stratégique combiné des trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche	259

Tableau 5.3 : Exemple du Plan d'actions prioritaires élaboré par l'encadrement infirmier, les médecins et le personnel soignant dans le cas du bloc opératoire à l'hôpital H2	262
Tableau 5.4 Extrait du CAPN de la direction des soins infirmiers à l'hôpital H1	265
Tableau 5.5 Grille de gestion de temps de la Direction des soins infirmiers à l'hôpital H1, jour J	273
Tableau 5.6 Interprétation de l'auto-analyse de gestion du temps de la directrice des soins infirmiers à l'hôpital H1	276
Tableau 5.7 Balance économique du projet de remplacement du Ct-scan à l'hôpital H1	286
Tableau 6.1 : Fiche d'audit du PAP du responsable du bloc opératoire à l'hôpital H2	302
Tableau 6.2 Fiche d'audit du CAPN du responsable du service de cathétérisme cardiaque à l'hôpital H1	309
Tableau 6.3 Répartition des outils socio-économiques audités sur le terrain d'expérimentation	314
Tableau 6.4 Extrait de la grille d'évaluation de la progression des compétences managériales de l'encadrement infirmier à l'hôpital H1	326
Tableau 6.5 Extrait de la grille d'évaluation de la progression des compétences managériales de l'encadrement infirmier à l'hôpital H2	327
Tableau 6.6 Extrait de la grille d'évaluation de la progression des compétences managériales de l'encadrement infirmier à l'hôpital H3	328
Tableau 6.7 Balance économique du projet du bloc opératoire à l'hôpital H1	331
Tableau 6.8 Balance économique du projet des soins intensifs à l'hôpital H1	333
Tableau 6.9 Balance économique du projet de maternité à l'hôpital H3	335
Tableau 6.10 Balance économique du projet des urgences à l'hôpital H3	337
Tableau 6.11 Balance économique du projet du circuit patient à l'hôpital H2	339
Tableau 6.12 CHVACV comparées	340
Tableau 6.13 Amélioration de marge globale sur couts variables	341

Liste des figures

Schéma 0.1 Cheminement de la thèse	47
Schéma 1.1 Les deux axes d'organisation du travail	60
Schéma 1.2 L'organigramme adapté dans l'hôpital H1	63
Schéma 1.3 Type d'obéissance des employés pour chaque type d'autorité bureaucratique	65
Schéma 1.4 Description des tâches d'une infirmière au bloc opératoire de l'hôpital H1	67
Schéma 1.5 : Pyramide des besoins de MASLOW	86
Schéma 1.6 Le modèle de compétences du Leadership	99
Schéma 2.1 Diagnostic socio-économique des entreprises et des organisations : le trèfle à quatre feuilles	115
Schéma 2.2 Les trois axes de la dynamique d'intervention socio-économique	119
Schéma 2.3 L'intervention HORIVERT socio-économique	121
Schéma 2.4 Les étapes de l'évaluation des coûts cachés	133
Schéma 2.5 Les applications de la grille de compétences à l'hôpital	145
Schéma 2.6 Les applications de la grille de compétences dans les hôpitaux	146
Schéma 2.7 Articulation plan d'actions prioritaires, grille de compétences et formation	150
Schéma 2.8 La grille de compétences, un élément du tableau de bord de pilotage	151
Schéma 3.1 Système Beveridgien	159
Schéma 3.2 Système Bismarckien	160
Schéma 3.3 Système Libéral	161
Schéma 3.4 Système Libanais	163
Schéma 3.5 Chaîne des acteurs des hôpitaux au Liban	170
Schéma 4.1 Arborescence des phrases témoins	214
Schéma 4.2 Architecture de l'intervention	221

Schéma 5.1 Répartition des objectifs CAPN pour 2 semestres consécutifs à l'hôpital H2	267
Schéma 5.2 Taux moyens de réalisation des objectifs CAPN par département pour 2 semestres consécutifs à l'hôpital H2	268
Schéma 5.3 Taux de pondération des objectifs financiers, quantitatifs et qualitatifs	269
Schéma 5.4 Grille d'auto-analyse de temps sur trois jours consécutifs du directeur des soins infirmiers à l'hôpital H1	274
Schéma 5.5 Extrait de l'éventail de délégation concertée entre le directeur des soins infirmiers à l'hôpital H1 et ses collaborateurs	277
Schéma 5.6 Grille de compétences appliquée au Bloc Opératoire de l'hôpital H1	279
Schéma 5.7 Grille de comportement appliquée au service de chirurgie de l'hôpital H1	283
Schéma 5.8 Exemple de fiche de résolution du groupe de pilotage de l'hôpital H1	290
Schéma 6.1 L'évaluation, une partie d'un système	296

Liste des annexes

Annexe 1 Extraits des phrases témoins

Annexe 2 Nomenclature générale des thèmes et sous-thèmes des dysfonctionnements

Annexe 3 Extraits de fiches de pré-imputation des phrases témoins

Annexe 4 Extraits de phrases témoins imputées sous SEGESE

Annexe 5 Extraits de grilles de compétences

Annexe 6 Plans d'actions prioritaires (PAP)

Annexe 7 Extraits des audits des PAP

Annexe 8 Charte des contrats d'activités périodiquement négociables (CAPN)

Annexe 9 Extrait des contrats d'activités périodiquement négociables

Annexe 10 Extrait des audits des CAPN

Annexe 11 Note de synthèse sur l'audit des outils

Annexe 12 Extrait du détail du calcul des coûts cachés

Annexe 13 Tableaux de synthèse des coûts cachés par indicateur et composant

Partie introductive : présentation de la recherche

Dans cette partie introductive, nous décrivons d'une façon sommaire notre recherche. Nous présentons dans cette partie l'objectif, les hypothèses, et la problématique de la recherche, en s'attardant sur les motivations pour réaliser cette recherche. Nous présentons aussi sommairement notre terrain de recherche et nous décrivons le fil conducteur, le calendrier de la recherche ainsi que les étapes de la thèse.

0.1 PREAMBULE

L'entreprise est un lieu d'apprentissage. C'est un endroit où l'on apprend beaucoup à partir des politiques et procédures mises en vigueur, des liaisons hiérarchiques et de toutes les collaborations formelles et informelles.

Dans chaque organisation, le développement des compétences des employés, à n'importe quel niveau managérial, ne peut être pas considéré comme le fruit du hasard. Il nécessite des efforts continus, conscients et concertés de la part des acteurs internes à tous les niveaux. De plus, il demande du temps et un véritable engagement : en d'autres termes, le développement des compétences managériales au sein de l'entreprise exige une méthodologie. A l'hôpital, chaque service constitue une petite organisation à part entière. Il se distingue par une atmosphère quasi-familiale, dans le sens où les relations interindividuelles sont chargées d'affectif¹. L'ancienneté des employés et le manque d'un programme de formation et de rotation favorisent les jeux d'influence et les jeux de pouvoir de blocage entre les membres d'une même équipe. Ces jeux d'influence sont préjudiciables pour les conditions de travail des responsables médicaux et paramédicaux. En outre, l'effet sur le plan économique, dans un hôpital n'appliquant pas une stratégie adéquate de gestion de compétences de l'encadrement infirmier, a des conséquences indirectes sur les charges en raison de coûts non visibles dans les systèmes d'information comptables ou coûts cachés (Concept du management socio-économique par H. SAVALL). La compétitivité des hôpitaux nécessite une progression du professionnalisme des acteurs. Nous examinerons dans cette thèse comment et pourquoi les compétences managériales de l'encadrement infirmier constituent, à ce titre, un avantage concurrentiel majeur et une condition nécessaire pour l'amélioration des performances économiques et sociales.

Au Liban, le secteur de la santé compte environ 166 hôpitaux dont la majorité est constitué d'hôpitaux privés, répartis inégalement sur tout le territoire libanais avec un effectif cumulé supérieur à 25000 employés². Cependant, ce secteur est confronté à plusieurs défis. En effet, les hôpitaux sont désormais incités à adapter des mécanismes de

¹Human and Health, syndicate of private hospitals in Lebanon, issue number 10, 2010.

² Recueil National des statistiques sanitaires au Liban, USJ, OMS, MPH, Edition 2012.

gestion plus efficaces avec des compétences clés spécifiques. La concurrence entre hôpitaux amène à la notion de « l'hôpital entreprise », ce qui nécessite une bonne gouvernance au sein de ces établissements. Nous verrons dans cette thèse que la création de valeur au sein des hôpitaux au Liban découle de l'efficacité de leur fonctionnement et de la façon dont ils sont gérés au travers des compétences managériales spéciales pour l'encadrement infirmier.

0.2 FINALITE DE LA RECHERCHE

Quelles que soient les conditions et quelles que soient les environnements dans lesquels l'hôpital se trouve au Liban, il a pour mission primordiale de mieux servir le patient considéré comme client. Par conséquent, l'hôpital n'est en aucun cas exclu de la logique de concurrence sur le marché, à la différence d'autres pays où les hôpitaux sont gérés sans souci de rentabilité.

Il s'agit dans notre recherche de démontrer que le développement des compétences managériales de l'équipe soignante et de l'encadrement infirmier à l'hôpital libanais renforce la créativité et la performance globale pour jouir d'une certaine différenciation.

Il s'agira de définir les compétences managériales de l'encadrement infirmier et de définir les moyens de développement de ces compétences. Que signifient compétences et développement de compétences managériales de l'encadrement infirmier? Comment les mesurer et les améliorer? Avec quelle méthodologie et quels outils? Par quel processus y aboutir et quels sont les résultats? Le but de notre recherche est d'apporter des éléments de réponses à ces questions.

Si au Liban le niveau de la qualité des services rendus aux patients, à leurs familles ou aux différents visiteurs, que ça soit sur le plan médical ou sur le plan hôtelier conditionne son succès et est considéré comme indicateur de performance, le niveau et la mobilisation des compétences requises sont un atout indispensable pour une meilleure gestion des

ressources humaines et des soins infirmiers. Le développement des compétences de l'encadrement infirmier devra alors être considéré comme une politique interne à l'hôpital et faire partie intégrante de sa stratégie et de la mise en œuvre de cette stratégie.

Nous essaierons de montrer dans cette recherche que le développement des compétences managériales du corps soignant à l'hôpital peut apporter des améliorations des résultats, non seulement pour la performance économique de l'hôpital, mais également sur sa performance sociale. Il devrait en découler un bénéfice pour le patient au travers l'amélioration du processus de sa prise en charge, un bénéfice pour le personnel au travers du développement de sa carrière et la création d'un environnement de travail plus sain, et enfin un bénéfice pour l'institution au travers d'une plus grande prospérité et une meilleure réponse aux besoins des patients.

Il existe de nombreux travaux sur le management des hôpitaux, nous citerons seulement ceux qui servent directement notre sujet comme par exemple :

- Arndt M., Bigelow B., The implementation of total quality management in hospitals : how good is the fit ? *Health Care Management Review*, 20 (4), p. 7-14, 1995.
- Crémadez M., Grateau F., *Le management stratégique hospitalier*, Interéditions, 1992.
- Hart J., Mucchielli A., *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Lamarre, 1994.

0.3 OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Le développement humain d'un pays ou d'une population peut être affecté si la bonne santé des individus n'est pas assurée. La bonne santé d'un individu, qui est à la fois un droit des individus et une responsabilité de l'état est conditionnée par la performance du système de soins et de santé¹. Dans le cas du Liban, la guerre civile a eue des conséquences importantes sur le secteur hospitalier. Le rôle du Gouvernement, spécifiquement le

¹ Fongang S., *Le développement humain : problématique et fondement d'une politique économique*, Gestion de la transformation sociale, document de discussion numéro 20, Unesco, 2003.

Ministère de Santé, a décliné et le secteur privé est devenu l'acteur principal pour le financement et l'organisation des services de soins¹.

Pour accomplir complètement la mission de maintien de la santé dans le développement social et économique, il est essentiel d'investir dans le système de soins par le développement des compétences managériales d'une main-d'œuvre productive, polyvalente, compétente et performante. Il est aussi essentiel de mettre en place des procédures de travail au service de la qualité des soins, puisque les dysfonctionnements de l'organisation ont des conséquences sévères et représentent une menace inacceptable pour le bien-être humain, à la survie et au développement de l'établissement hospitalier et à la sécurité des patients et des usagers. La réforme de la gestion des compétences managériales de l'encadrement infirmier appliquée au secteur hospitalier privé donne un nouveau cadre à la régulation du système hospitalier portant à la fois sur les procédures internes de gestion et sur des nouveaux outils de pilotage, qu'il s'agisse de la satisfaction des usagers ou de la qualité et de la sécurité des soins fournis². Une telle exigence nécessite la mise en œuvre d'une démarche systématique de gestion des compétences et d'évaluation des coûts ainsi qu'une mesure de l'efficacité et des performances des activités et du personnel dans ce domaine.

Au Liban, les exigences actuelles contraignent à assurer des soins sans cesse plus nombreux et plus diversifiés avec autant ou moins de ressources mises à la disposition des établissements hospitaliers. Ce qui va de soi pour les secteurs des services dits « concurrentiels » devient ainsi une obligation pour le monde hospitalier. Les responsables, gestionnaires et médecins, chefs de service ou non, sont ainsi soumis à de plus en plus de pression pour assurer la qualité des soins et des prestations de services sans moyens financiers supplémentaires. Les contraintes financières résultent notamment de la tarification imposée, du monopole des fournisseurs, du retard des recouvrements et du défi d'un développement et de mise à jour scientifique et biomédicale. Elles pèsent sur l'hôpital et sont en perpétuelle évolution. Il en résulte que la majorité des

¹Corn G., L'économie libanaise: risques et perspectives. Article publié dans *Accomex*, magazine bimestriel de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, numéro du mois de September, 2009.

²Human and Health, syndicate of private hospitals in Lebanon, issue number 2, 2008.

dirigeants d'hôpitaux sont totalement absorbés par les difficultés quotidiennes et se trouvent en situation de crise. « Très peu de directeurs détectent à temps la survenue des difficultés, en apprécient la portée et prennent suffisamment tôt les mesures nécessaires »¹. Notre thèse vise à montrer la nécessité de développer des compétences spécifiques en matière de gouvernance des services et unités de soins, surtout au niveau stratégique de gestion de développement et de prévention de risques pour faire face à cette pression financière.

Notre recherche a ainsi pour objectif de présenter une démarche de développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier qui permet d'augmenter l'efficacité des établissements de santé et d'améliorer leurs performances économiques et sociales.

0.4 NOTRE MOTIVATION POUR LA RECHERCHE

Après avoir effectué des études en management, j'ai eu l'opportunité de devenir Directrice de Ressources Humaines dans des hôpitaux libanais et ce depuis maintenant une dizaine d'années, et vu l'enseignement que je pratique dans une université libanaise, j'ai trouvé indispensable d'initier une recherche sur le développement des compétences managériales et de bien démontrer les conséquences et les résultats de cette démarche d'amélioration du processus de savoir-faire et de savoir décider au niveau des cadres infirmiers.

Pourquoi nous sommes intéressés aux hôpitaux ? Pourquoi, au sein de ces organisations, avons-nous privilégié le service privé ? Pourquoi avons-nous axé notre recherche sur la gestion des compétences managériales de l'encadrement infirmier ? Quels résultats au niveau économique et au niveau social peut apporter le développement des compétences managériales des cadres infirmiers pour l'hôpital, pour le personnel, pour les médecins et pour les patients ? Beaucoup d'interrogations ont jalonné notre parcours

¹Human and Health, syndicate of private hospitals in Lebanon, issue number 6, 2009.

professionnel et c'est ce qui nous a poussé vers cette recherche. Nous tenterons de justifier la légitimité et le positionnement de notre recherche en décrivant les enjeux actuels et futurs auxquels sont confrontés les hôpitaux au Liban. Notre sujet a une importance particulière au Liban, où le système de santé et le réseau hospitalier sont devenus d'une grande importance et sujet de discussions tant au niveau politique qu'au niveau des organisations professionnelles dans le domaine de la santé¹.

Comme dans chaque pays, la capacité et la qualité des soins de santé au Liban sont en perpétuels progrès. Les progrès technologiques offrent de nouveaux moyens de traitement, de nouveaux médicaments, de nouvelles procédures, de nouveaux outils de diagnostic, etc.... qui permettent des soins de santé efficaces. Mais est-ce que le personnel soignant possède les compétences requises pour accompagner tout le développement de la science médicale et biomédicale ? Peut-on également assurer la qualité des soins requis avec des ressources limitées dans tous les domaines: matériels, humains, financiers, numériques et commerciaux ? Peut-on faire face aux défis extérieurs et intérieurs qui vont à l'encontre du développement des institutions hospitalières et qui nécessitent un niveau de compétences très élevé et discriminant ? L'attente de ces objectifs n'exige-t-elle pas un management efficace et performant au niveau des soins infirmiers ?

Un processus d'accréditation² lancé par l'Etat Libanais a renforcé l'exigence vis à vis du secteur privé par l'application de la notion du management par projet et du management par objectif au sein des établissements³. Cette exigence formalisée par la loi promulguée par l'Etat libanais incite, en effet, les hôpitaux à adopter des méthodes de management inspirées des méthodes de la qualité totale, telles que la préparation des plans stratégiques, l'élaboration, la conduite et l'évaluation des projets, des plans de successions, des évaluations des performances et des pratiques professionnelles ainsi que

¹ Ammar w., Health system and reform in Lebanon, Entreprise universitaire d'étude et de publication, 2003.

² La loi décret 9826 du 22 juin 1962 modifiée par le décret législatif 139/83 du 16/9/1983, stipule dans l'Article 7 qu' « il est créé au sein du Ministère de la Santé un « comité d'évaluation de classification et d'accréditation des hôpitaux »

³ Procédure nationale d'accréditation des établissements de santé libanais, Ministère de la sante publique au Liban, Haute autorité de la sante France, version de Janvier 2010.

des plans de gestion des compétences, etc. Toutes ces nouvelles exigences sont maintenant bien perçues par les acteurs, au sein des hôpitaux.

Les exigences rejoignant en bonne partie les critères des normes ISO, où la qualité est définie comme un ensemble de propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites. Ce concept de l'ISO adapté par l'OMS à l'activité d'hospitalisation, correspond à l'aptitude des établissements de santé à dispenser, dans le respect de la sécurité sanitaire et de la satisfaction du patient, l'ensemble des prestations de soins que l'usager est en droit d'atteindre compte tenu de l'état de la science médicale et qui lui assureront le meilleur résultat en terme de santé, au meilleur coût pour la collectivité. Dans les hôpitaux, la qualité est définie tant par rapport à des critères de satisfaction des clients que par référence à des exigences de pratiques professionnelles. L'évaluation consiste à mesurer la qualité des soins, via des référentiels, à systématiser cette démarche et à mettre en place un dispositif permettant à l'aide d'indicateurs, de repérer les pratiques susceptibles d'être améliorées. La satisfaction doit cependant répondre aux besoins des clients externes c'est à dire des clients usagers ou consommateurs, et des clients internes à savoir les producteurs même de la qualité au sein de l'organisation. L'obtention de la qualité suppose la mise en œuvre d'une démarche de progrès continu et de changement qui requiert des compétences spécifiques de la part de l'encadrement infirmier.

0.5 PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Ayant passé plus de dix ans dans des postes de direction dans des hôpitaux privés, nous avons constaté que la plupart de ces hôpitaux privés sont confrontés à la même problématique : Comment définir une stratégie innovante visant à améliorer les performances, l'efficacité, et l'efficience ? Comment peut-on parler de performances, de compétences, de polyvalence, d'efficacité et d'efficience dans le domaine de la santé ? Et enfin comment pourrait-on détecter et résoudre les dysfonctionnements tout en mesurant l'impact des actions de progrès à court et long terme ? Nous avons ressenti que

cette problématique est la préoccupation majeure des propriétaires, des dirigeants et des cadres des hôpitaux au Liban, ceux qui sont chargés d'introduire le changement pour développer les compétences et les performances en termes de qualité de travail fourni et de gestion de temps tout en contrôlant les dépenses. Nous avons aussi ressenti le désir des dirigeants de savoir comment procéder pour y parvenir et avec quels outils et quels plans stratégiques ? Nous avons observé que les hôpitaux que nous avons connus sont aujourd'hui à la recherche de méthodologie, de savoir-faire, de savoir agir et de conseils pour mettre en œuvre une véritable démarche les amenant à améliorer leur qualité des soins ainsi que leur image de marque. Nous avons aussi remarqué que les hôpitaux au Liban opèrent une révolution dans leur management, mais qu'il leur manque des méthodes de management appropriées pour lancer des plans stratégiques internes et externes et des plans d'actions prioritaires. Une méthode de management adéquate permet aux hôpitaux libanais de lutter contre les dysfonctionnements actuels et d'assurer une qualité des services de soins en perpétuelle progression pour la satisfaction des besoins de la clientèle, des patients, des médecins et des tiers payants en même temps. Nous avons ainsi ressenti le besoin d'engager les établissements de santé dans la recherche stratégique des compétences pour améliorer la qualité des services internes et externes tout en maîtrisant les dépenses.

Dans le contexte actuel libanais, nous constatons que les infirmières ont été formées principalement dans leur métier technique mais peu à la gestion et encore moins à la conduite du changement¹. Nous avons remarqué sur le terrain que les lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier entraînaient de nombreux dysfonctionnements qui ne sont pas résolus ou qui sont traités d'une façon trop lente par rapport à la montée des exigences des clients, des organismes d'accréditation, des médecins et des employés. D'autre part, nous avons ressenti que les formations traditionnelles en gestion étaient bien sûr nécessaires, mais pas assez développées dans le domaine en ce qui concerne la conduite du changement.

¹ Ammar W., Health system and reform in Lebanon, Entreprise universitaire d'étude et de publication, 2003.

Le problème est de trouver un remède pour les menaces de la survie, du progrès et du développement du secteur hospitalier libanais. Les dirigeants des établissements hospitaliers au Liban doivent introduire une démarche leur permettant de développer des compétences managériales de l'encadrement infirmier, plus particulièrement en ce qui concerne la conduite du changement. La mise en place de ce développement des compétences managériales suppose que les cadres infirmiers des hôpitaux prennent conscience de la nécessité du changement afin de dépasser la crise économique que traverse le secteur hospitalier au Liban, dans un pays qui est lui-même en crise. Il convient de noter à ce sujet que si le tourisme a une grande influence sur l'économie du pays, en contribuant au développement social, culturel, économique, et régional, le tourisme de santé constitue un domaine de développement prometteur pour le Liban. En effet de nombreuses personnes du Moyen-Orient voyagent au Liban pour obtenir des soins de santé qui ne se trouvent pas dans leur pays, parfois moins chers ou enfin pour des raisons de confidentialité¹. Il faut toutefois que les services fournis au sein des hôpitaux libanais inspirent confiance aux bénéficiaires et aux usagers et répondent à leurs besoins et exigences.

Avec ses diverses ressources de soins de santé, ses 11 500 lits pour des soins de court séjour et 4000 lits pour des soins de long séjour, le Liban recèle un grand potentiel pour des soins hospitaliers de haute qualité. Il possède une technologie médicale très avancée et une main d'œuvre qualifiée, bien formée dans ce domaine ainsi qu'une grande variété de soins spécialisés, ce qui rend ce secteur très attractif. Il faut aussi noter que 25 000 employés travaillent dans le secteur en plus des 10 000 médecins qui pratiquent sur le territoire libanais². Sans doute le Liban jouit d'un avantage compétitif pour ce qui est des soins de santé au sein du Moyen-Orient, mais les difficultés qui existent l'empêchent de profiter de cet avantage en l'absence d'une gestion saine des compétences managériales à l'intérieur des établissements de santé. D'où la nécessité d'introduire une démarche compétente qui leur permet de bien guider leur lendemain sans toutefois oublier de mettre en place des procédures d'évaluation internes et externes. De cette façon, les

¹ Khalife M.J., Le tourisme médicale au Liban, le commerce du levant, Décembre 2010.

² Recueil National des statistiques sanitaires au Liban, USJ, OMS, MPH, Edition 2012.

hôpitaux obtiennent l'accréditation et améliorent la qualité des soins en tenant en considération les contraintes budgétaires. Les dirigeants d'hôpitaux libanais s'interrogent actuellement sur la difficulté à contrôler les coûts, sans toutefois affecter négativement la qualité des services rendus aux patients.

En Mai 2011, l'ingénieur Sleiman Haroun, président du syndicat des hôpitaux privés libanais a annoncé, lors d'une assemblée générale et devant la presse, que le nombre des hôpitaux privés accrédités au Liban est passé durant les dernières années de 137 à 105 hôpitaux et que le nombre de lits d'hospitalisation n'a cessé de chuter¹. Ensuite, il a souligné que les hôpitaux toujours en activité sont en difficulté de survie et de progrès remarquable et qu'ils ne fournissent pas les services de soins et d'hospitalisation de qualité nécessaires. Il jugeait que le management qui régit les établissements de santé est toujours traditionnel, ce qui n'est plus viable actuellement compte tenu des bouleversements économiques et sociaux que traverse le monde et plus particulièrement le Liban.

Notre recherche ambitionne donc d'apporter une aide méthodologique et pratique aux hôpitaux libanais en expérimentant une démarche de gestion des compétences managériales de l'encadrement infirmier visant un double objectif d'amélioration de l'efficacité et de maîtrise des dépenses. Les problèmes que nous essaierons de résoudre durant notre recherche porteront sur tous les aspects de l'activité professionnelle du personnel infirmier à l'hôpital, les problèmes : de qualité des services fournis, d'organisation du travail, de répartition des tâches, de savoir-faire, de savoir agir, de description des tâches, d'exécution des tâches, de gestion de temps, de planification stratégique, de résolution des dysfonctionnements, etc. En d'autres termes notre recherche tentera de répondre aux interrogations suivantes :

- Comment au travers la gestion des compétences managériales de l'encadrement infirmier définir la nature et favoriser les modes de collaboration entre les divers métiers à l'hôpital ?

¹ Syndicat des hôpitaux privés au Liban, assemblée générale de Mai 2011.

- Comment au travers de la gestion des compétences managériales de l'encadrement infirmier l'équipe de direction maîtrise les charges de personnel par une meilleure répartition employés / heures de travail ?
- Comment la gestion de compétences managériales de l'encadrement infirmier peut-elle maximiser l'efficacité de l'utilisation des ressources et améliorer les performances par la réduction des dysfonctionnements ?
- Comment la gestion de compétences managériales de l'encadrement infirmier peut-elle influencer positivement le développement social et le développement des carrières ?
- Quel modèle de grille de compétences managériales de conduite du changement adopter à l'hôpital pour s'en servir comme un tableau de bord de pilotage afin d'améliorer la performance économique et sociale ?
- Comment évaluer les résultats qualitatifs, quantitatifs et financiers de l'hôpital résultant du développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier et avec quels outils ?

Notre thèse sur la compétence managériale comporte une dimension de développement professionnel des cadres infirmiers. Nous souscrivons sur ce point à la position du Professeur Yvon Pesqueux, pour qui ce développement « réunit les logiques de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques »¹. Pour cet auteur, les objectifs sont notamment les suivants :

- Créer un climat d'ouverture à la résolution de problèmes.
- Adjoindre l'autorité associée au rôle et au statut du savoir et de la compétence.
- Etablir la confiance entre les personnes et les groupes.
- Focaliser l'attention sur les objectifs de travail et d'intensifier les efforts de collaborateurs.

¹ Pesqueux Y., Le développement professionnel des cadres – Apprentissage et gestion des connaissances, ESEN – Scérén, p.12-13, 2012.

- Instaurer un système de récompenses qui tienne compte à la fois de la réalisation des objectifs de l'organisation et du développement des personnes.
- Aider les agents à diriger en fonction d'objectifs pertinents et accroître l'autonomie et l'autocontrôle de chacun.

0.6 HYPOTHESE CENTRALE DE LA RECHERCHE

Notre thèse vise à montrer que la solution aux défis de qualité et de compétitivité des hôpitaux au Liban ne consiste pas uniquement à adapter un mode de management centré sur la réduction des coûts car cela ne permet pas d'améliorer la performance et la qualité des soins à l'hôpital. Pour y parvenir, nous voulons tester la pertinence d'une démarche socio-économique d'amélioration des compétences managériales de l'encadrement infirmier pour tenter de valider sa corrélation avec l'amélioration de la qualité des soins et ce tout en maîtrisant les coûts dans les hôpitaux libanais. Plus précisément, nous formulons l'hypothèse que :

L'encadrement infirmier dans les hôpitaux libanais ne manque pas particulièrement de compétences générales en gestion, mais il lui manque des compétences managériales pour la conduite du changement et du progrès. Le développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier centrées sur la conduite du changement constitue alors un investissement indispensable pour améliorer les performances économiques et sociales de façon durable à l'hôpital. Cet investissement en formation aux compétences managériales de l'encadrement infirmier est d'autant plus utile aux hôpitaux privés libanais qu'il est générateur potentiel d'autofinancement des projets internes et externes et ce à très court terme.

T. Nobre et P. Lambert ont largement décrit les raisons qui expliquent le besoin des compétences managériales à l'hôpital, en particulier en ce qui concerne les chefs de pôle

en France¹. Ceux-ci devront obligatoirement suivre des formation au management. Dans le cas de notre thèse sur l'encadrement des soins infirmiers des hopitaux libanais, nous pensons que la formation des chefs de pôles peut être d'autant plus efficace que l'ensemble de l'encadrement est également formé.

0.7 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Nos travaux expérimentaux sont réalisés dans le cadre de la théorie socio-économique qui se construit depuis 1973 avec les travaux du Professeur Henri Savall et de l'ISEOR. Le management socio-économique a été créé dans le but d'accélérer le rythme nécessaire à la transformation des entreprises et des organisations dans le nouvel environnement de mondialisation et de concurrence². Tous les acteurs, surtout internes, des organisations peuvent jouer un rôle majeur dans le changement. Ils peuvent user de leur pouvoir informel pour ralentir ou pour accélérer le rythme de ce changement³.

La méthodologie de la théorie socio-économique s'appuie sur une approche qualimétrique, rejoignant le qualitatif et le numérique, qui est inspirée à des approches telles que l'ethnostatistique (voir R. Gephart) et l'ethnométhodologie⁴. Elle met l'accent sur la qualité de l'observation scientifique pour analyser l'objet complexe. Le changement organisationnel est, dans la démarche socio-économique, conçu comme une construction permanente de projets au moyen d'une interaction et d'une négociation périodique entre tous les acteurs des organisations⁵.

La méthode de recherche proposée s'appuie fondamentalement sur l'élaboration et la validation d'hypothèses de connaissances à partir de l'observation et de données dites de « terrain », c'est-à-dire dans notre cas les hôpitaux qui constituent l'objet et le champ de

¹ Nobre T., Lambert P., Le management des pôles à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis, DUNOD, 2012.

² Savall H., Enrichir le travail humain : l'évaluation économique, Economica, 1989.

³ Savall H., Zardet V., Bonnet M., Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique. BIT 2000.

⁴ Gephart R., Qualitative research, AOM journal, volume 47, 2004.

⁵ Savall H. Zardet V., Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique : observe l'objet complexe, préface de David Boje, Economica, 2004.

notre recherche. L'« intervenant-chercheur » a pour objectif de mieux connaître et mieux comprendre les phénomènes observés « par et pour l'action »¹. Il se situe donc dans une perspective résolument transformative de l'objet de recherche, l'une des hypothèses fondamentales dans la méthodologie de la recherche-intervention étant celle de l'interaction entre le chercheur et son « terrain ». Comme cela est souligné par Jean Michel Plane², la recherche-intervention joue un rôle moteur dans le processus d'innovation managériale³.

Ce choix épistémologique justifie la position d'intervenant interne, dans notre cas, celui de DRH d'un des hôpitaux, en explicitant les caractéristiques des interactions entre les multiples membres de l'équipe de recherche-intervention d'une part, et avec les acteurs du terrain d'autre part. Ce processus est dénommé « intersubjectivité contradictoire » dans l'approche qualimétrique. Il se différencie de la supposée mentalité du chercheur en sciences sociales, qui masque des partis pris idéologiques (cf. les « conceptualisations implicitement normatives » de F. Perroux. Dans cette approche, le processus de recherche scientifique est un travail collectif, où le chercheur produit du sens avec les acteurs du terrain (cf. Reason et Bradbury)⁴ et où son rôlespécifique consiste à proposer une conceptualisation observée.

Depuis près de 40 ans l'ISEOR a pratiqué des recherches fondées sur cette méthodologie de recherche-intervention dans des contextes très variés : 1300 entreprises ou organisations dans 35 pays. Ces recherches ont permis de tester progressivement des hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives. Elles ont eu pour but de produire des résultats scientifiques cherchant des invariants indépendants des cultures, des formes d'organisation et des types d'activité.

Notre recherche constitue donc un test supplémentaire de la théoriesocio-économique, dont les impacts ont déjà été mesurés notamment dans différents types d'hôpitaux mais

¹ Avenier M.J., le pilotage stratégique de l'entreprise, CNRS, 1999.

² Plane JM, Méthode de recherche-intervention en management, l'Harmattan, 2000.

³ Plane JM, Recherche-intervention et innovation managériale, in management des RH, méthode de recherche en sciences humaines et sociales, ed de Boek, sous la direction de P. Roussel et F. Wacheux, 2006.

⁴ Reason and Bradbury, handbook of action research, SAGE, 2006.

pas encore au Liban. L'objectif est de contribuer à une forme de connaissance dénommée « contingence générique ». Il s'agit de montrer que la théorie socio-économique peut s'appliquer dans les hôpitaux au Liban comme partout ailleurs (dimension générique de la connaissance), tout en montrant les spécificités d'un management socio-économique dans les hôpitaux étudiés (connaissance contingente).

Nous suivons donc, dans notre démarche expérimentale, le même processus de « recherche – intervention » tel que appliqué par L'ISEOR qui débute par un diagnostic HORIVERT, en passant par le calcul des coûts-cachés pour mettre ensuite en œuvre le projet socio-économique et pour terminer par une évaluation des résultats dans le chapitre six.

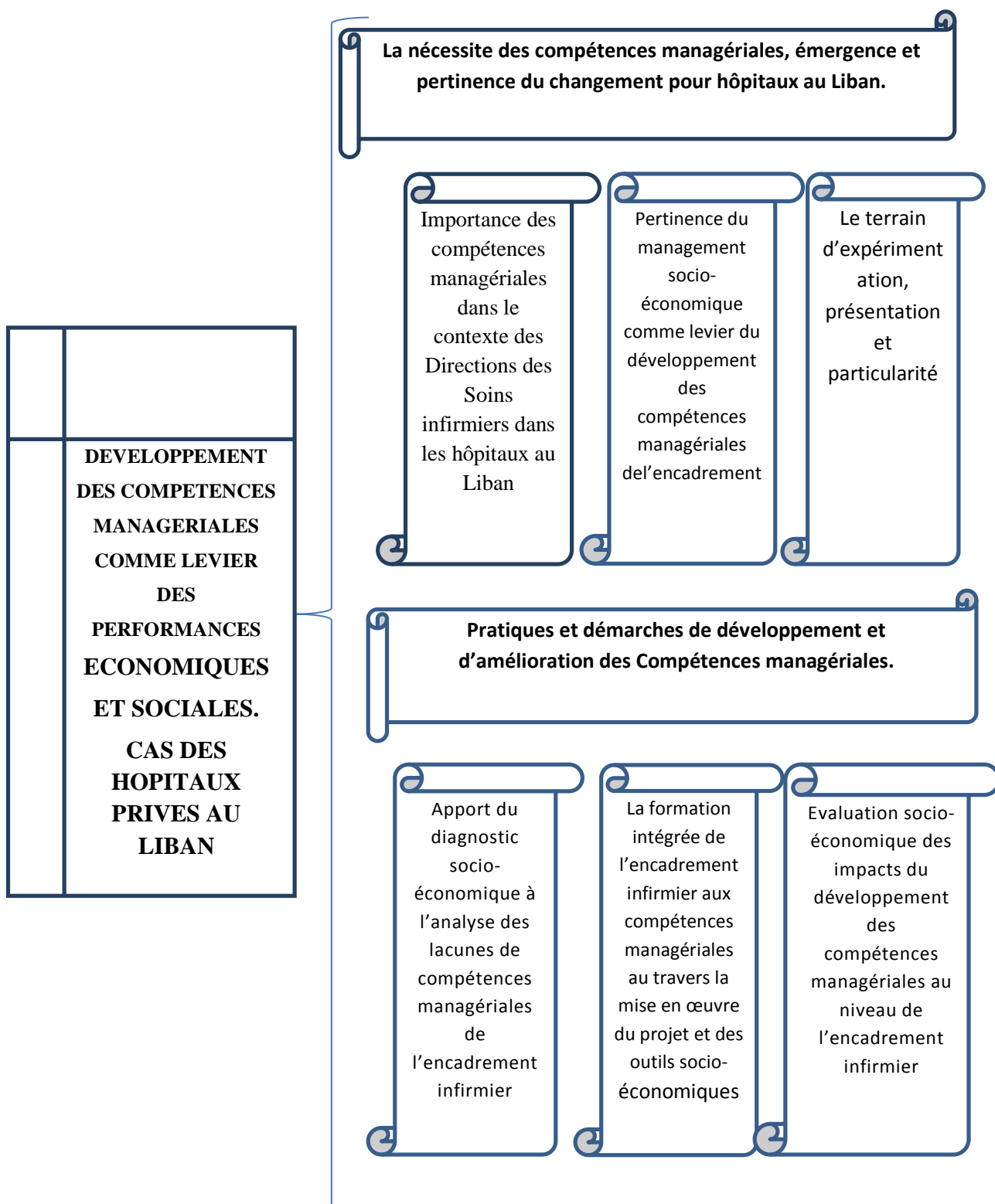
0.8 FIL CONDUCTEUR

Il s'agit d'abord d'un diagnostic socio-économique dans lequel les phrases remises à partir d'interviews ont été collectées. Ensuite l'avis d'expert a été formulé et l'effet-miroir effectué en présence des divers acteurs des établissements hospitaliers diagnostiqués formant notre terrain de recherche. Les coûts cachés ont été calculés montrant l'impact des dysfonctionnements sur la performance économique et sociale des hôpitaux. Suite au diagnostic un projet socio-économique a été formulé et mis en place par divers paniers et groupes de travail.

Cette thèse est structurée en deux grandes parties. Chacune sera divisée en trois chapitres. La première partie traite l'importance dans la littérature des compétences managériales de l'encadrement pour la conduite du changement. Elle permet de présenter et de positionner notre méthodologie de travail avec d'autres approches. Cette première partie se termine par une description de notre terrain d'intervention.

Dans la deuxième partie nous montrons les dysfonctionnements liés aux lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier et nous expérimenterons le processus de formation intégrée aux compétences managériales pour aboutir à une évaluation des résultats de la mise en œuvre du projet socio-économique.

Schéma0.1 Cheminement de la thèse



0.9 TERRAINS D'EXPERIMENTATION

Nosterrains d'expérimentationsont trois établissements répartis dans trois zones géographiques différentes sur le territoire libanais et de caractéristiques différentes : taille, statut, culture, spécialités, etc. Nous essayerons de mettre en évidence les données spécifiques et celles qui sont communes ou génériques. Nous proposons de citer les variables génériques qui peuvent servir de base à l'élaboration d'un modèle de gestion des compétences pour les hôpitaux au Liban, confrontés à la même problématique de devoir concilier les objectifs de survie-développement avec ceux de réduction des coûts.

L'hôpital H1 est un centre hospitalier de soins aigüs situé en milieu rural à 30Km environ de la capitale Beyrouth. Cet hôpital a été construit en 1983. Il s'agit initialement d'un hôpital de 100 lits ayant été agrandi en 1996 à 160 lits et en 2011 à 180 lits. Son chiffre d'affaires annuel moyen est de 16millions de dollars américains environ et son effectif est de 325 employés. Il est un hôpital général avec des spécialisations en cardiologie, ophtalmologie et maternité.

L'hôpital H2 fondé en 1970, comprend 66 lits. Il se situe dans la banlieue de Beyrouth, à 20km environ du centre de Beyrouth et accueille les patients des diverses régions libanaises en leur offrant des soins de toutes les spécialités sauf les chirurgies lourdes et les chirurgies cardiaques. Son chiffre d'affaires annuel moyen est de 6 millions de dollars américains environ et son effectif est de 190 employés. Il est un hôpital général.

Fondé en 1951 dans le but d'être un centre de pédiatrie, l'hôpital H3 se situe au centre de la capitale Beyrouth. Il dénombrait 60 lits au début. En 1963, vu l'occupation totale de l'hôpital un besoin d'expansion était né, et la décision d'agrandir l'hôpital a été prise. Le projet était lancé en 1969, l'ouverture a eu lieu en 1975, bien que l'hôpital englobe actuellement 150 lits. Son chiffre d'affaires annuel moyen est de 7 million de dollars américains environ et son effectif est de 226 employés. Il est un hôpital général.

Tableau 0.1 Résumé Comparatif des trois hôpitaux, terrains d'expérimentation

Hôpital	H1	H2	H3	Total
Nombre de lits	180	66	150	396
Chiffre d'affaires Million \$	16	6	7	29
Employés	325	192	226	743
Domaines d'activité	Général , Cardiologie, Maternité, Ophtalmologie	Général	Général	

0.10 CALENDRIER ET LA CHRONOLOGIE DE LA RECHERCHE

Nos principaux travaux effectués pour l'avancement de la thèse ont suivi les étapes suivantes:

- Formulation du sujet
- Recherche bibliographique
- Formation au management socio-économique
- Participation à des congrès, séminaires et colloques
- Expérimentation du terrain
- Exploitation au laboratoire Scientifique ISEOR
- Rendez-vous avec le directeur de la thèse
- Plan détaillé de la thèse
- Séminaire de thèse
- Rédaction finale de la thèse

PREMIERE PARTIE

La nécessité des compétences managériales, émergence et pertinence du changement pour les établissements hospitaliers

Dans la première partie de la thèse, nous allons mettre l'accent sur les raisons pour lesquelles les établissements hospitaliers doivent recourir au développement des compétences managériales de corps infirmier. C'est dans cette première partie que nous expliquons pourquoi les surveillantes et les cadres infirmiers doivent changer leurs pratiques de gestion des ressources qui sont à leur disposition et pourquoi ils doivent développer des plans d'actions stratégiques leur permettant de faire face aux différents changements imposés par leur environnement.

L'émergence des crises économiques, les facteurs sociaux, les concurrences et la nouvelle tendance du développement durable sont des facteurs de prise de conscience des risques que peuvent affronter les gestionnaires d'hôpitaux. D'où la nécessité d'un changement radical dans la façon de décider, de faire et de faire faire.

Le premier chapitre de cette première partie retrace les diverses théories de l'organisation de travail. Il met en relief l'évolution de la notion des compétences à travers le temps.

Dans le second chapitre nous présentons le management socio-économique et nous expliquons pourquoi cette théorie moderne de gestion est nécessaire pour le développement des compétences managériales et par conséquent pour l'amélioration des performances économiques et sociales des organisations.

Le troisième chapitre de cette partie décrit d'une façon détaillée notre terrain de recherche et son environnement. Dans ce même chapitre les principaux défis du système hospitaliers sont évoqués et la nécessité des compétences spéciales pour gérer ce type d'organisation est reflétée.

Chapitre 1 : Importance des compétences managériales dans le contexte des Directions des Soins infirmiers dans les hôpitaux au Liban

Chapitre 2 : Pertinence du management socio-économique comme levier du développement des compétences managériales de l'encadrement

Chapitre 3: Le terrain d'expérimentation, présentation et particularité

Chapitre 1: Importance des compétences managériales dans le contexte des Directions des Soins infirmiers dans les hôpitaux au Liban

L'objectif de ce chapitre est de définir en quoi consiste la notion de compétences managériales et montrer son importance dans le cadre du management hospitalier au Liban. Dans la première sous-partie de ce chapitre nous évoquerons l'évolution de la notion des compétences managériales de l'encadrement infirmier à travers les années. Dans la deuxième sous-partie, nous expliciterons le positionnement de la notion des compétences managériales dans les théories contemporaines pour finir avec une élaboration d'un modèle de gestion de compétences.

1.1 L'évolution de la notion compétences managériales de l'encadrement infirmier à travers les années et dans les théories classiques

L'ouverture des frontières ainsi que la concurrence internationale poussent les entreprises et surtout les hôpitaux vers l'excellence en matière de produits et de services. Pour aboutir à l'excellence, l'entreprise a besoin d'un engagement de la part du personnel pour la réalisation des objectifs émis ainsi qu'un degré de compétences qui répond aux exigences et qui facilite l'adaptation à tout changement.

Avant de rappeler l'importance des la compétence managériale dans les théories de l'organisation du travail, il faut mentionner la définition des compétences managériales des cadres infirmiers donnée par De Singly¹. Le rapport De Singly porte en effet sur le rôle de l'encadrement en milieu hospitalier. Il met l'accent sur quatre compétences clés :

- Le management des équipes et des organisations.
- La gestion transversale et la responsabilité des projets.
- L'expertise (progresser soi-même en compétence).
- La compétence de formateur.

Dans le cadre de notre recherche, nous proposerons d'établir un lien entre ces quatre axes de compétences et le management socio-économique :

- Le management des équipes correspondra dans nos hypothèses à l'utilisation des outils socio-économiques, notamment les Plans d'Actions Prioritaires et les Contrats d'Activité Périodiquement Négociables.
- La compétence de la gestion transversale devrait être développée par l'élaboration de projets socio-économiques sur la base des diagnostics effets-miroir des dysfonctionnements et coûts cachés.
- Le développement de l'expertise pourrait être accéléré par les outils de délégation concertée et de gestion de temps, afin de permettre à l'encadrement des soins infirmiers de se former au sein même des hôpitaux, notamment au travers de la participation aux conférences médicales.

¹ De Singly C., Rapport de la mission "cadres hospitaliers", Ministère de la Santé, Paris, 2009.

- La compétence de formateur pourrait être stimulée par l'utilisation des grilles de compétences et des manuels de formation intégrée.

Le but de cette sous-partie ne sera donc pas de recenser toutes les théories des organisations, qui font par ailleurs l'objet d'une revue de littérature très complète dans des ouvrages de synthèse critique, comme celui du Professeur Plane¹. Nous chercherons plutôt à expliciter quelques éléments de liaison entre des théories des organisations et notre sujet de recherche, centré sur les compétences managériales dans un contexte où les évolutions de l'environnement des hôpitaux conduisent à revoir les jeux de pouvoirs et de compétences au sein des hôpitaux².

1.1.1 Rappel sur les compétences managériales dans les diverses théories d'organisation de travail

Il ne s'agit pas ici de procéder à un recensement exhaustif de la littérature, mais d'indiquer des points de repère pour mieux positionner notre proposition de concept de compétences managériales. Il peut être intéressant de commencer avec J.P. GRUERE, et à l'analyse de W.R. SCOTT³. Ces auteurs proposent deux axes orthogonaux, sur lesquels figurent les différents modèles d'organisation du travail d'une part et les différents courants théoriques d'autre part⁴.

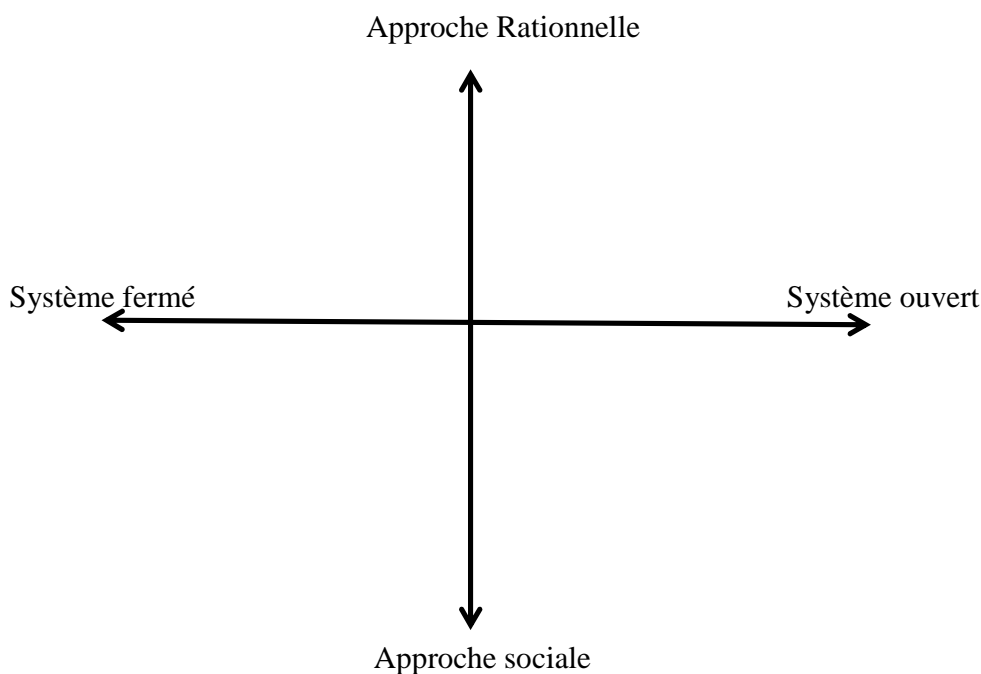
¹ Plane J.M., Théorie des organisations, théories, concepts, cas, DUNOD, 2003.

² Nobre, T. (1998) : Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital. Revue Finance-Contrôle-Stratégie, Vol 1, N°2, P. 113-135.

³ Scott W.R. "Organizations: rational, natural and open systems". Englewood Cliffs, Prentice Hall, International Editions, 1981.

⁴ Drevet G., Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques, Thèse de doctorat, Université Lumière, Lyon2, sous la direction de V. ZARDET, 1999.

Schéma 1.1 Les deux axes d'organisation du travail¹



Dans l'axe vertical, les deux dimensions essentielles du management apparaissent, qui bien que spécifiques, sont interdépendantes. Il est du devoir des cadres d'avoir les compétences de maintenir l'équilibre dans la gestion quotidienne². Dans le cas des hôpitaux au Liban, cette exigence s'avère délicate à atteindre, car le processus de motivation des parties prenantes nécessite beaucoup d'expertise. Jusqu'à ces dernières années, l'approche sociale était dominante pour les compétences managériales. Récemment, l'approche rationnelle, axée sur les résultats financiers, techniques et économiques, s'est de plus en plus imposée. Elle oblige les dirigeants à émettre des objectifs clairs et bien définis dans le but d'être autant que possible efficient en préservant toujours l'équilibre financier.

D'autre part, l'axe horizontal reflète le degré de l'ouverture de l'organisation sur son environnement externe. Dans un système fermé, l'entreprise se centre seulement sur la gestion des différentes variables internes et leurs modes de fonctionnement sans jamais

¹Extrait de (J.P.) GRUERE : « Management : aspects humains et organisationnels », PUF, 1991.

²Gruere J.P., Management : aspects humains et organisationnels, op.cit.

prendre en considération les variables externes. C'est le système qui régnait jusqu'à ces dernières décennies au Liban, mais au cours des dernières années, les organisations hospitalières du Liban ont de plus en plus considéré l'influence de leur environnement extérieur. Elles élargissent leurs compétences pour gérer leurs processus internes en analysant plusieurs facteurs extérieurs (situation économique, situation politique, culture, facteurs sociaux, développement technologiques, juridiques) qui ont eu des impacts sur leur organisation et sur les processus de travail. En effet, les établissements hospitaliers se situent au Liban, comme en France, dans un système complexe avec un niveau très élevé d'interdépendance : les établissements de soins, les assureurs, les syndicats, les médecins, les fournisseurs, les universités, les industriels, la clientèle...

1.1.2 La compétence managériale bureaucratique¹ dans les hôpitaux libanais

Nous explicitons dans ce paragraphe l'application du modèle bureaucratique dans les hôpitaux libanais. Mais avant de nous lancer dans la description de la façon dont cette théorie est appliquée au sein des établissements hospitaliers libanais, nous présentons les origines et les fondements de ce concept surtout que son fondateur était dirigeant des hôpitaux militaires de Heidelberg. C'est l'avocat et le sociologue allemand Max WEBER (1864-1920) qui a importé la bureaucratie de l'armée prussienne qui reposait sur des "bureaux" responsables des diverses tâches administratives. La bureaucratie, d'après WEBER, est une forme d'organisation rationnelle. Comme le signale Michel Crozier, elle s'oppose dans son esprit à l'arbitraire et à « l'à peu près » pour s'appliquer dans un environnement où règnent la réglementation et l'égalité². Ce modèle se base sur l'autorité du chef et croit à la routine dans l'exécution des fonctions du fait que toutes les procédures de travail doivent être formelles et appliqués par les personnes concernées.

¹Weber M., Economie et société. Paris, 1922, réédité, Plon, 1971.

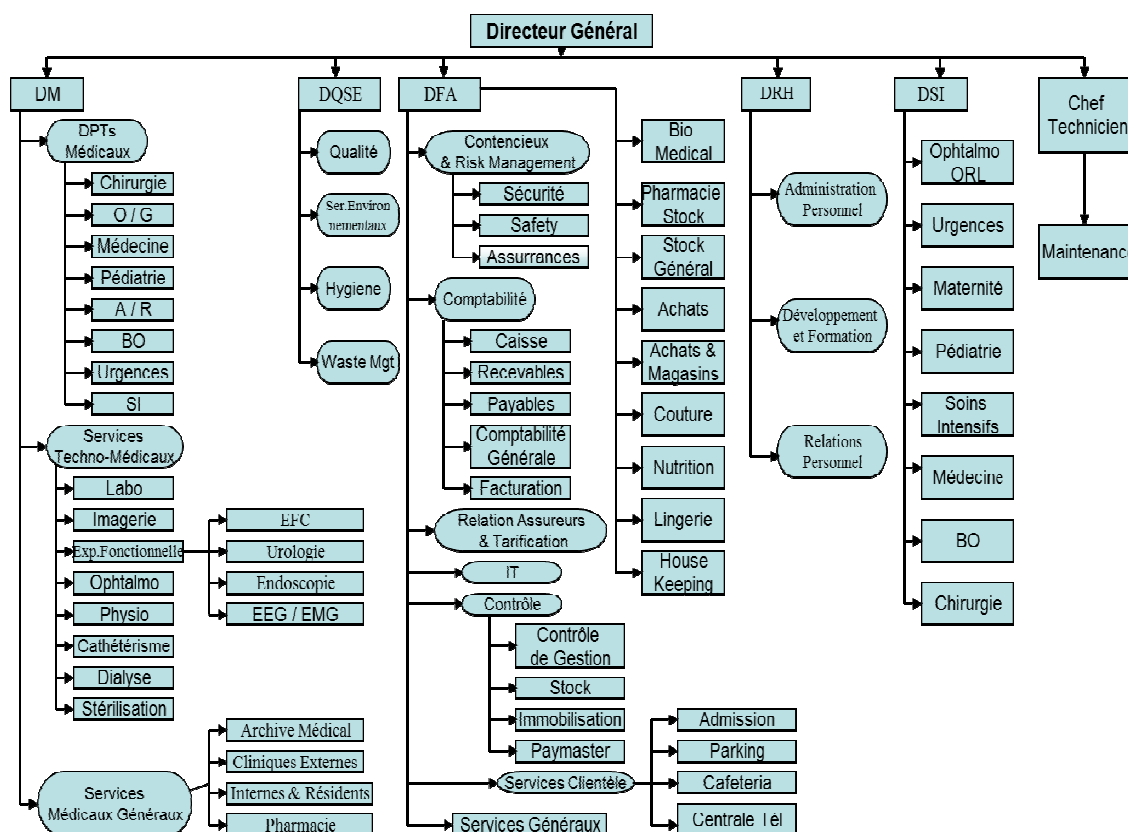
² Crozier M., Le Phénomène bureaucratique, Paris, Le Seuil, 1963.

Dans la bureaucratie Wébérienne il existe trois types d'autorité¹, comme cela est rappelé par Lefort :

- Traditionnelle : elle émane des antécédents, des coutumes et des habitudes. Les relations qui existent sont fondées sur le respect et l'obéissance. Dans les hôpitaux libanais c'est le cas de l'infirmière responsable du service qui par habitude et routine ne change pas d'un iota dans l'exécution des protocoles de soins.
- Charismatique : l'autorité repose sur le caractère exceptionnel et héroïque de la personne. Les collaborateurs sont influencés émotionnellement par le caractère et le pouvoir de leur chef. C'est le cas des infirmières d'un service de soins qui obéissent au médecin chirurgien, compte tenu de son caractère charismatique, même s'il s'écarte des règles et protocoles en vigueur.
- Rationnelle-légale : elle est fondée sur la réglementation et les lois formellement rédigées et mises en œuvre. Ce type d'autorité se distingue par une relation considérée comme objective et non personnelle. Tout le monde doit respecter les règles émises. La relation entre les cadres supérieurs et leurs subordonnés suit une ligne hiérarchique bien définie. Les supérieurs exercent un contrôle sur l'exécution des tâches de leurs subordonnés avec possibilité de droit de recours pour ces derniers. Les compétences pour exercer les tâches sont requises et une séparation entre le poste et la personne qui l'occupe existe. C'est le cas du respect de l'organigramme et de la description des tâches qui existent maintenant dans la plupart des hôpitaux libanais. Cela suppose l'existence d'un organigramme, comme montre le schéma ci-dessous qui représente le cas de l'hôpital H1 dans notre terrain d'expérimentation.

¹ Lefort C., *Éléments d'une critique de la bureaucratie*, Paris, Droz, Genève, 1971.

Schéma 1.2 L'organigramme adapté dans l'hôpital H1



(Légende : DM : Directeur Médical ; DQSE : Directeur de la Qualité et des Services Environnementaux ; DFA : Directeur Financier et Administratif ; DRH : Directeur des Ressources Humaines ; DSI : Directeur des Soins Infirmiers ; O/G : Obstétrique /Gynécologie ; A/R : Anesthésie / Réanimation ; B/O : Bloc Opératoire ; IT : Information Technology ; BO / Bloc Opératoire.)

L'organigramme wéberien de l'organisation bureaucratique permet de mieux partager et distribuer l'autorité et les responsabilités entre les employés. Il permet une distribution des tâches bien claires et définit les rôles de chacun suivant des règles de collaboration et de communication bien définies, et la compétence managériale consiste principalement à bien connaître et à faire respecter les règles, les procédures, et les protocoles.

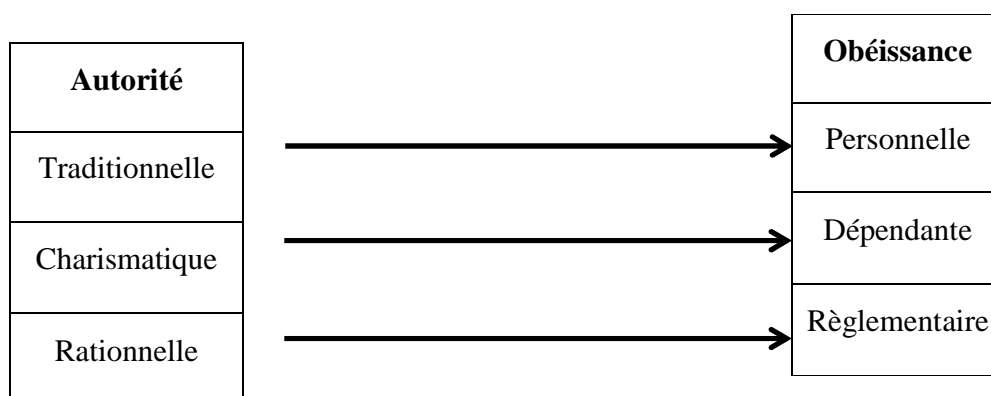
Le tableau suivant résume les caractéristiques des trois types d'autorité de la bureaucratie et leur application dans les hôpitaux libanais.

Tableau 1.1 Les Trois types d'autorité de la bureaucratie et leur application dans les hôpitaux libanais

Type d'autorité	Fondement	Caractéristiques	Application dans les hôpitaux Libanais
Traditionnelle	Précédents, traditions, coutumes et habitudes	Respect et obéissance	Non application des nouveaux protocoles de soins de la part de l'infirmière responsable d'une unité de soins par habitude.
Charismatique	Caractère exceptionnel et héroïque	Pouvoir du chef, négligence des règles en vigueur, vulnérabilité	Cas de l'infirmière qui obéit au médecin qui s'écarte de l'application des protocoles de soins et des règles émises.
Rationnelle	Règles et lois formelles	Relations objectives et non personnelles, ligne hiérarchique, répartition et description des tâches	Mise en œuvre et respect de l'organigramme et de la structure organisationnelle.

Par conséquent, trois types d'obéissance naissent des trois types d'autorité bureaucratique : personnelle reliée à l'autorité traditionnelle et basée sur une confiance individuelle, obéissance vulnérable dépendante du caractère de l'individu et relié au charisme du chef et finalement obéissance à la loi qui est émis par la personne qui a le plus d'autorité. Le schéma suivant montre le type d'obéissance des employés relatif à chaque type d'autorité bureaucratique.

Schéma 1.3 Type d'obéissance des employés pour chaque type d'autorité bureaucratique



La structure organisationnelle bureaucratique repose donc surtout sur une liaison hiérarchique et des modes de coopération fixes et bien définis à travers une répartition équitable des fonctions avec une description des tâches claire, comme dans le cas des protocoles de soins. Les compétences requises sont jugées par essais professionnels et diplômes, en séparant complètement la vie privée de la personne de sa profession. Cette remarque a son importance dans le cas du Liban, où l'appartenance religieuse (chiite, sunnite, druze, orthodoxe, maronite, etc.) ou de nationalité (syrienne, arménienne, etc.) peut jouer un rôle non explicite dans le processus de recrutement. Dans le cas des hôpitaux libanais, l'admission d'un patient pour chirurgie, nécessite l'implication de plusieurs membres et de plusieurs services comme l'agent d'admission, l'agent de facturation, l'agent comptable, le technicien de laboratoire, le technicien d'imagerie, l'infirmière du service de chirurgie, le brancardier, l'infirmière du bloc opératoire, les médecins traitants et anesthésistes, etc., et chacun fonctionne selon un protocole et un

processus de travail fixe et préétabli. Il s'agit dans ce cas de l'organigramme mis en place qui définit pour chaque niveau hiérarchique les liaisons et les modalités de communication et de collaboration. Dans les hôpitaux libanais, chaque membre du personnel soignant est censé, selon sa définition de fonction, faire tout son possible afin de réaliser les objectifs, la mission et la vision de l'institution, même si l'on observe des écarts dans certains hôpitaux: par exemple, un écart fréquent est d'attendre avant de s'occuper d'un malade qui appelle, ou bien encore de bavarder devant les patients, d'enfreindre les règles de confidentialité ou encore de ne pas être accueillant. Dans notre pratique de DRH, nous avons ainsi observé la difficulté pour l'encadrement infirmier à faire respecter les règles prescrites selon le processus bureaucratique ainsi que les règles exigées par l'accréditation, malgré les processus de contrôle mis en place afin de s'assurer de la bonne utilisation des ressources et de la discipline exigée pour l'intérêt commun. La théorie du management bureaucratique appliquée dans les hôpitaux implique que le processus de recrutement débute par une détection de besoin pour des postes bien définis (par exemple, recrutement de trois infirmières de néo-natalité), puis par une spécification de l'emploi et une précision des compétences requises. La sélection devrait ensuite se faire suivant des critères objectifs et en tenant en compte des besoins futurs en matière de compétences.

D'autre part une réglementation bien définie, commune, et claire devrait s'appliquer d'une façon méthodique et organisée, en bannissant les décisions arbitraires pour que tout soit vérifiable, observable et prévisible. Le statut des hôpitaux libanais précisant leur certification prévoit d'ailleurs les procédures des recrutements des personnels, conformément à la réglementation du Ministère du Travail du Liban¹. Cela concerne aussi toutes les relations entre l'encadrement des hôpitaux et le personnel de soin :

- Les processus de travail devraient être bien définis et des compétences requises pour réaliser ces processus devraient être vérifiées. Tous les processus et toutes les compétences requises sont définis d'une façon formelle et font partie intégrante de la

¹ Choufani N., Loi de la caisse nationale de la sécurité sociale avec les loi du travail, librairie du Liban, 3^{ème} édition, 2005.

réglementation intérieure des hôpitaux. Toutes les tâches nécessaires pour l'exécution des processus de travail seront bien réparties entre les personnels avec attribution des pouvoirs et des responsabilités. Dans le cas des hôpitaux au Liban, cela se traduit par des définitions des tâches claires et précises et sur lesquels signent conjointement l'employé et son supérieur hiérarchique. Ces descriptions des tâches clarifient aussi les liaisons qui existent entre les employés et les lignes hiérarchiques, comme cela est illustré dans la figure 1.4 ci-dessous.

Schéma 1.4 Description des tâches d'une infirmière au bloc opératoire de l'hôpital H1

<i>Nom:</i>			
<i>Service:</i>	Bloc Opératoire		
<i>Département :</i>	Direction des Soins		
<i>Date de recrutement:</i>		<i>Numéro Employé :</i>	

<i>Rattaché à:</i>	La Surveillante du Bloc Opératoire		
<i>Responsable de:</i>	Aides Soignants		
	Agents de Service		

<i>Responsabilités et obligations:</i>
--

1. Contrôle général sur la salle de réveil dont elle est responsable.
2. Contrôle technique de tous les appareils existant dans sa salle (défibrillateur, scope, respirateur, aspirateur)
3. Contrôle sur le nombre et la date d'expiration des solutés et des matériels stériles existants dans la salle.
4. Préparation de la salle de réveil afin d'accueillir le malade en post-opératoire.
 - a. Tensiomètre, oxymètre, des électrodes, du respirateur, de l'aspirateur...
 - b. Préparation du matelas chauffant.
 - c. S'assurer de la présence des paperasses de la salle de réveil.
5. Contrôle chariot d'urgence.
6. Respect les règles d'hygiène.
7. Accueil des patients en post opératoire
8. Transmission orale entre IBO de la salle d'opération et l'infirmière responsable de la salle de réveil.
9. Vérification de l'état général du malade :
 - a. Tension artérielle, pouls, température, respiration,
 - b. couleur, téguments, faciès, conscience, douleur,
 - c. malaise....
10. S'assurer du confort du malade.
11. Mettre le masque à O₂, oxymètre, tensiomètre, disques électrodes...
12. Vérification : pansement, perfusion, drain, sonde....
13. Remplir les fiches post opératoire et le score de la douleur.
14. S'assurer de la présence de la pièce d'histopathologie.
15. Surveillance continue du malade afin que l'anesthésiste décide de le faire transférer en service.
16. Etablir une relation de confiance avec le malade pour le rassurer.
17. Faire la transmission par téléphone avec l'infirmière du service.
18. Contrôle le débarras, la désinfection de la salle et remplace le manque.

<i>Compétences:</i>	
1	<i>Niveau d'éducation:</i>
	Diplôme en Sciences Infirmières
2	<i>Expérience:</i>
	Avec ou sans expérience
3	<i>Langage:</i>
	Arabe, Français
4	<i>Autres:</i>

<i>Formation recommandée:</i>	
1	Formation continue
2	Participation aux congrès

- La mise en place d'un statut interne est censée régir la relation entre les employés et entre les employés et la Direction de façon à sécuriser et protéger tous les acteurs dans l'exécution de leurs tâches. En effet le ministère du travail au Liban oblige toute entreprise fonctionnant sur le territoire libanais y compris les hôpitaux à maintenir et à mettre à jour leur statut interne¹. Ce statut, qui doit être en conformité avec les lois libanaises, doit être révisé périodiquement et doit être approuvé par le ministère de travail.

¹ Choufani N., Loi de la caisse nationale de la sécurité sociale avec les loi du travail, op. cit.

- La présence d'organigrammes structurés et où figurent les postes de direction et l'encadrement. La structure doit préciser le niveau de centralisation et de décentralisation d'une part et le degré d'intégration et de différenciation d'autre part. Cette structure est censée permettre aux subordonnés et aux collaborateurs de pouvoir faire appel à leur chef à n'importe quel moment pour l'avancement des travaux. Un comité de Direction est formé dans les hôpitaux privés au Liban dans le but d'approuver les décisions et de surveiller l'application des réglementations et des processus de travail. Ce comité de direction est formé d'un représentant des propriétaires, du directeur général, du directeur médical, du directeur des ressources humaines, du directeur des soins infirmiers et du directeur de la qualité. Ce comité définit les liaisons hiérarchiques et veille à leur respect. Il élabore à ce sujet un organigramme clair et défini selon les besoins. Cet organigramme est diffusé auprès des différents acteurs et désigne d'une façon visible l'encadrement et les membres de direction.

- La sélection des personnels, surtout aux postes clés, devrait se faire de façon impartiale en se basant sur les exigences du poste d'une part et sur les spécifications des candidats d'autre part. Il faudrait alors prendre en considération le niveau de compétences de la personne, ses diplômes, sa formation et son expérience. Dans les hôpitaux libanais, en cas de recrutement, les compétences ainsi que les niveaux requis des candidats seront définis par les chefs de département ou l'encadrement. Ils seront révisés par le département de ressources humaines en prenant en considération le développement des carrières, le plan de succession et les besoins futurs en compétences. En réalité, nous observons que cette règle bureaucratique est souvent détournée par la prise en compte d'autres critères que les règles bureaucratiques évoquées. Par exemple, il peut exister au Liban des influences de réseaux communautaires ou religieux qui appuient telle ou telle candidature, ce qui conduit à un certain favoritisme.

- La présence d'une grille de rémunération bien définie et qui prend en considération les cotisations sociales. Comme en France, chaque personne doit percevoir un salaire mensuel fixe en contrepartie du travail fourni sur la base de 40

heures hebdomadaires, avec un droit à congés de deux semaines par an. La rémunération doit être fixée en tenant compte du niveau hiérarchique, du niveau de responsabilités et des tâches à exécuter. La grille de rémunération qui existe dans les hôpitaux libanais est fonction du salaire minimum de base. Elle varie à chaque variation du salaire minimum de base. Le tableau 1.2 suivant illustre la grille de rémunération dans l'hôpital H1. En réalité, cette grille de rémunération à caractère bureaucratique pose des problèmes d'équité, car les personnels infirmiers qui sont les plus compétents et qui font le plus d'efforts sont alignés sur les personnels les moins efficaces, ce qui incite les meilleurs à partir dans des hôpitaux privés où les salaires sont souvent plus avantageux.

Tableau 1.2 Illustration de la grille de rémunération à l'hôpital H1

IDE, Master	MV+ 121% MV = 995 \$
IDE, DU ou spécialisée	MV+ 106% MV = 927 \$
IDE, TS ou Licence technique et académique	MV + 95.2% MV = 878 \$
Aide Soignant (e)	MV= 450 \$
Technicien (de tout genre)	MV + 82% MV = 819 \$
Ingénieur (de tout genre)	MV + 411% MV = 2300 \$
Chef (de tout genre)	MV+ 233% MV = 1500 \$
Administratif, Master	MV + 233% MV = 1500 \$
Administratif, Licence technique ou académique	MV + 78% MV= 800 \$
Administratif, TS	MV + 33% MV= 600 \$
Administratif, BT	MV= 450 \$
Secrétaire de direction	MV + 125% MV= 1012 \$
Secrétaire d'étage	MV= 450 \$
Instrumentiste	MV + 35% MV = 607 \$ L.L.
Ouvrier (de tout genre)	MV + 35% MV = 607 \$ L.L.
Diététicienne	Salaire IDE, Licence + 20% salaire IDE, Licence = 1053 \$
Pharmacien	Salaire IDE, Licence + 167% salaire IDE, Licence =

2344 \$

(Légende : IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ; DU : Diplôme Universitaire ; TS : Technique Supérieure ; BT : Bac Technique ; MV : Minimum Vital.)

- La présence d'un processus de contrôle et d'audit sur l'exécution des tâches avec un comité de discipline a pour but d'orienter le personnel le plus possible vers l'exécution des tâches telle que définies dans les règles bureaucratiques. Les hôpitaux au Liban se dotent à cet effet d'un département d'audit interne qui veille à la bonne exécution des tâches. Le système informatique, d'autre part, doit être sécurisé et déterminer à n'importe quel moment la personne qui exécute n'importe quelle tâche. L'accès aux différents modules du système informatique doit être limité en fonction du poste et des responsabilités attribuées. Un auditeur externe a normalement pour rôle de contrôler trimestriellement les états des lieux à tous les niveaux et de faire remonter un rapport périodique au comité de direction. En pratique, ces règles conformes à la théorie bureaucratique sont parfois violées, par exemple lorsqu'un cadre issu de la communauté qui est propriétaire de l'hôpital interfère avec la hiérarchie pour imposer ses propres jugements.
- Le développement des carrières et des compétences des personnels devrait se faire suivant un plan objectif préétabli sans discrétion et sans influence. Cela se fait en tenant compte des évaluations de performance périodique et des niveaux de compétences. Il se fait en corrélation avec les objectifs émis et les nouveaux projets scientifiques et médicaux mis en place. Nous avons toutefois observé des écarts par rapport à cette règle lorsque des groupes de pression favorisent une promotion au détriment des personnes les plus compétentes.
- La ségrégation entre le poste et entre la personne qui l'occupe. En effet personne quel que soit son poste ne doit être considéré comme propriétaire des ressources qu'il utilise ni du poste qu'il occupe. Au travers de la création de la culture d'entreprise et la culture d'appartenance que pratiquent les responsables des hôpitaux libanais, les employés sont censés utiliser les ressources mises à leur disposition en les utilisant d'une façon efficiente. Toutefois, nous observons que ce n'est pas toujours le cas, par exemple quand un responsable de service refuse d'admettre des patients alors qu'il y a des lits disponibles dans le service. .

Le modèle wébérien influence beaucoup l'organisation formelle des établissements hospitaliers du Liban aujourd'hui. La pratique des professions et l'exercice des métiers au sein des hôpitaux reposent toujours sur presque les mêmes principes de management, basés surtout sur la normalisation et sur la standardisation des activités sociales. On constate que dans la théorie de la bureaucratie de WEBER, des compétences managériales spéciales surtout en matière de spécialisation, de standardisation, de division de tâches et de formalisation de la structure hiérarchique sont requises pour le bon fonctionnement de l'organisation. Reprenons ici quelques caractéristiques des compétences attendues de l'encadrement dans les hôpitaux libanais.

Toutefois, nous observons avec Crozier que cette organisation bureaucratique comporte des écarts avec l'organisation informelle telle qu'elle est pratiquée au travers des biais et des contournements de règles et procédures par les acteurs qui ont leurs stratégies propres.

Tableau 1.3 Dimension bureaucratique de la compétence managériale dans les hôpitaux du Liban

Caractéristiques du modèle bureaucratique Wébérien	Compétences exercées des membres de l'encadrement dans les hôpitaux au Liban
Répartition des tâches bien définie et fixée	Appliquer des définitions de fonction strictes et ségrégation des tâches
Ligne hiérarchique bien définie	Organigramme claire dans lequel figurent tous les postes et qui définit bien les liaisons hiérarchiques
Règlementation bien définie	Respect du statut interne qui régit la relation entre employés et entre employés et administration
Ségrégation entre l'intérêt personnel et l'intérêt commun	La réalisation des objectifs communs est prioritaire. Les employés sont compensés par rapport à leur performance.
Recrutement des employés sur la base de qualifications requises	Définition des prérequis à la sélection des employés. Détermination des qualifications requises au préalable.
Développement de carrière sur la base de critères « objectifs » et impartiaux	La formation interne et externe et la promotion des employés accompagnent la réalisation des objectifs. Les responsables doivent se comporter d'une façon objective et doivent être à égalité avec leurs collaborateurs.
Spécialisation des fonctions	Les personnes doivent être spécialisées et les fonctions doivent être claires et définies.
Standardisation des tâches	Les tâches doivent être exécutées de la même façon. Une infirmière qui prend la charge après une autre ne doit pas changer de processus de travail.
Formalisation des tâches	Tout doit être formel et règlementé. Les procédures de travail doivent être normalisées et doivent être révisées périodiquement.
Centralisation de l'autorité	Les responsables des unités de soins sont responsables devant le directeur des soins infirmiers. Ils doivent obéir à ses ordres et accomplir les tâches telles que approuvées par lui.
Dépersonnalisation des relations	Les relations doivent exister entre poste et entre fonctions. Elles doivent être dépourvues d'affectivité.

1.1.3 Les activités par fonction : Influence de l'école classique de l'organisation des entreprises sur les hôpitaux du Liban

Henry FAYOL (1841-1925) est né à Constantinople d'une famille française et il est diplômé de l'Ecole de Mines de Saint Etienne. Il a débuté sa carrière en tant qu'ingénieur, puis directeur général aux Mines de Commentry. Il a publié "Administration industrielle et générale" où il tire les enseignements de sa pratique et

propose les concepts de l'Organisation Administrative du Travail (OAT) . Ces principes d'organisation fonctionnelle ont inspiré les écoles de management aux Etats-Unis pour l'enseignement de l'organisation des entreprises (Gulick, Urwick, etc.) et ils ont été perfectionnés par Alfred Sloan , un autre praticien ayant dirigé General Motors, qui a formalisé notamment les principes d'organisation matricielle. D'après FAYOL toutes les activités de l'entreprise doivent être réparties en six fonctions¹.

- Technique : ce sont les activités relatives aux processus de fabrication et de production.
- Commerciale : ce sont les activités relatives aux achats et aux ventes. C'est toute activité qui régit les relations avec les clients et les fournisseurs de biens et services.
- Financière : ce sont les activités relatives aux capitaux de l'entreprise.
- Sécurité : ce sont les activités de protections des personnes et des actifs.
- Comptable : ce sont les activités relatives à l'enregistrement des diverses transactions au sein de l'organisation.
- Administratif : ce sont les activités relatives à la gestion et au processus de direction.

Bien sûr, ces principes se retrouvent dans l'organisation des hôpitaux au Liban comme dans tous les hôpitaux du monde occidental, même s'ils ont été mis à jour en tenant compte des spécificités des activités de soins. Nous présentons dans le tableau qui suit les six catégories de fonctions et leur application dans les hôpitaux libanais.

¹ Fayol H, Administration Industrielle et Générale, Paris, 1916, réédité par Dunod, 1979.

Tableau 1.4 Répartition des activités par fonctions et leur application dans les hôpitaux libanais

Fonction	Activité	Exemple d'application
Technique	Production	Services de soins, de laboratoire, d'imagerie médicale
Commerciale	Achat, vente	Facturation, procurement
Financière	Gestion des fonds	Gestion de trésorerie, gestion financière
Sécurité	Protection des personnes et des actifs	Sécurité et santé au travail, maintenance et entretien des équipements
Comptable	Enregistrement des transactions	Comptabilisation, audit
Administrative	Gestion et prise de décision	Direction des unités, contrôle, planification

Selon cette école de théorie des organisations, la fonction administrative est celle la plus importante pour le bon déroulement du travail. Elle définit les cinq missions principales de la fonction administrative qui se résument :

- Prévoir et planifier: mettre au point les objectifs de l'entreprise et choisir les actions parmi un ensemble d'alternatives pour les atteindre.
- Coordonner et organiser : déterminer la manière de grouper les activités et les ressources
- Commander et diriger : mettre au point l'ensemble des procédures nécessaires à faire travailler les membres de l'organisation en harmonie pour servir les intérêts de l'organisation.
- Contrôler : superviser la progression de l'organisation vers les objectifs préétablis.

Cela s'applique dans le contexte des hôpitaux libanais où il y a une fonction financière, une fonction d'achats (en particulier en lien avec la pharmacie et le service bio-médical) et une fonction sécurité prise en charge par la fonction qualité. . En ce qui concerne la fonction commerciale de relation avec la clientèle, il faut noter qu'il s'agit d'une fonction partagée au sein des hôpitaux libanais. En effet, les patients libanais ont le choix de leur hôpital, et l'attractivité de l'hôpital dépend de sa réputation. Dans ce contexte, le corps soignant effectue non seulement une fonction technique lorsqu'il fournit les soins nécessaires aux patients, mais aussi une fonction commerciale lorsqu'il accueille les patients-clients. Il prend aussi en charge une partie de la fonction comptable lorsqu'il s'agit de gestion et du matériel. Cela suppose donc que les compétences de l'encadrement infirmier ne se limitent pas à la fonction de soins, comme c'est en grande partie le cas dans les hôpitaux français. Il faut en particulier que les cadres infirmiers impliquent les infirmières et aides-soignantes dans la réputation de l'hôpital et du service. Parmi les compétences managériales requises, l'encadrement infirmier au Liban doit faire monter en compétences le personnel infirmier et l'aider à se comporter de façon accueillante et attentionnée vis-à-vis des patients. Nous verrons en deuxième partie de cette thèse que c'est encore loin d'être le cas, et que l'encadrement infirmier doit beaucoup progresser dans cette voie de management des équipes, même lorsque ces cadres infirmiers ont suivi des formations universitaires en gestion, en complément de leurs études médicales.

On peut aussi rappeler les quatorze principes de management de l'école classique de l'organisation du travail inspirée par Fayol, et des compétences requises de la part des responsables pour bien diriger :

- Division du travail : le but principal de ce principe est la spécialisation en vue de gagner en productivité. Ce principe issu de la théorie de Taylor s'applique en partie dans le cas du personnel infirmier au Liban, qui est souvent spécialisé par discipline médicale (cardiologie, soins intensifs, etc.). Nous verrons toutefois par la suite qu'il en résulte des dysfonctionnements, notamment en raison d'un manque de polyvalence.

- **Autorité** : c'est le commandement ou la décision et l'obéissance. Les infirmières et aides soignantes doivent respecter les protocoles médicaux et obéir à leur encadrement et aux médecins. En pratique, nous avons parfois constaté que des ordres ou procédures étaient transgressés malgré la mise en place de l'organisation fonctionnelle. Par exemple, des infirmières des urgences ordonnent des examens radiologiques sans consulter le médecin urgentiste.
- **Discipline** : c'est le respect de la hiérarchie et de la réglementation. Nous avons pu constater au cours de notre expérience professionnelle de fréquents écarts par rapport à ce principe d'organisation, notamment en ce qui concerne les bavardages, le manque de respect du secret médical et les disputes sur le lieu de travail et devant les patients, malgré les consignes de la hiérarchie
- **Unité de commandement** : chaque individu ne devrait recevoir des ordres que d'un seul chef : nous avons observé des cas d'ordres contradictoires donnés au personnel soignant par la surveillante et la responsable du service, par exemple en ce qui concerne la décision d'admission ou non d'une patiente infectée dans un service maternité . Il en résulte une forme d'injonction paradoxale qui décrédibilise les managers et entraîne un surcroît de stress pour le personnel soignant.
- **Unité de direction** : un seul programme de travail et un seul statut pour un groupe de personnes. Notre expérience de DRH d'hôpital nous a permis de constater des écarts par rapport à ce principe. Par exemple, un service de soins intensifs est obligé de prolonger le séjour de patients, alors qu'ils auraient dû être transférés en cardiologie ou en médecine. La cause invoquée peut être le manque de place dans les autres services de l'hôpital.
- **Subordination de l'intérêt particulier à l'intérêt général** : tout le monde devrait travailler dans l'intérêt général de l'hôpital, mais on observe souvent des comportements discordants. Par exemple, nous avons observé dans un hôpital que certaines infirmières conseillaient aux parturientes d'aller accoucher dans un hôpital concurrent, malgré la qualité des soins dans l'hôpital et la remise à niveau de la maternité.

- Rémunération du personnel : elle devrait être claire et équitable, mais il existe des conflits liés notamment au fait que des infirmières ont été récemment recrutées avec des salaires plus élevés que les anciennes.
- Degré de centralisation : il varie selon les services selon le degré de confiance dans le personnel. Par exemple, la centralisation doit être renforcée dans un bloc opératoire car les infirmières ne connaissent pas bien les exigences des différents chirurgiens quant aux instruments qu'ils préfèrent utiliser.
- Ligne d'autorité : une hiérarchie claire devrait exister et préciser les liaisons, les modalités de coordination et de communication. Nous avons toutefois souvent observé des écarts sur ce point dans des cas de court-circuit de la hiérarchie par des membres de l'institution propriétaire de l'hôpital
- Ordre : certains écarts par rapport à ce principe existent souvent dans les hôpitaux au Liban. En particulier, les médecins négligent de mettre à jour les dossiers médicaux, ce qui entraîne des désordres des archives et des pertes de temps.
- Équité : les grilles de salaires étant fixées de façon impersonnelle, il en résulte souvent des injustices par rapport aux infirmières qui s'impliquent le plus dans leur travail.
- Stabilité d'emploi : le turnover reste fort dans des spécialités en tension sur le marché du travail, notamment pour les infirmières de néo-natalité.
- Initiative : il reste rare d'observer des initiatives d'infirmières pour améliorer ou mettre à jour des procédures ou des protocoles. Nous verrons plus tard que cela appelle des actions d'enrichissement des tâches du personnel soignant, ce qui devrait être piloté par l'encadrement infirmier.
- Esprit d'union : les responsables de soin devraient savoir cultiver l'harmonie, la confiance et la cohésion au sein du service et entre services, mais notre métier de DRH nous a montré qu'une grande partie du temps passé par la fonction RH consiste à régler des conflits qui n'ont pas été résolus par l'encadrement infirmier.

Dans le cas de notre recherche où nous nous intéressons plus particulièrement au cas de la formation administrative des DSI (Directions des Soins Infirmiers) et des surveillantes qui ont la responsabilité du personnel infirmier dans chaque service des hôpitaux au Liban.

On peut prendre le cas de la direction des soins infirmiers de l'un des hôpitaux que nous allons étudier et où une infirmière surveillante a été promue à ce poste. Des responsabilités sont déléguées aux surveillantes dans le cadre des règles bien précisées dans les définitions de fonction. Nous présentons ici un extrait de la définition de fonction de cette directrice des soins infirmiers dans laquelle figurent les activités relatives aux six fonctions surtout celle administrative:

- Assister la Direction dans l'élaboration des Plans et des Budgets annuels.
- Appliquer les politiques et les procédures approuvées par la Direction.
- Assurer que les unités de soins sont dotées du corps soignant compétent et nécessaire pour leur fonctionnement et conformément au Budget approuvé.
- Assurer la compétence des corps soignants, en respectant les politiques et les procédures approuvées par la Direction.
- Assister la Direction dans l'élaboration des Plans et des Budgets annuels.
- Appliquer les politiques et les procédures approuvées par la Direction.
- Assister la Direction dans l'élaboration des Plans et des Budgets annuels.
- Appliquer les politiques et les procédures approuvées par la Direction.
- Assurer que les unités de soins sont dotées du corps soignant compétent et nécessaire pour leur fonctionnement et conformément au Budget approuvé.
- Assurer la compétence des corps soignants, en respectant les politiques et les procédures approuvées par la Direction.
- Assurer que l'environnement de travail est adéquat et en conformité avec les objectifs de l'hôpital.
- Assurer la communication et la coordination entre les différentes Unités de Soins à l'hôpital, ainsi que le transfert d'actes ou de ressources entre ces unités, conformément aux procédures et aux politiques approuvées.

- Faire la répartition des patients sur les unités des soins.
- Contribuer à la formation du corps soignant et émettre des plans de formation.
- Effectuer les rotations nécessaires pour les personnels soignants.
- Définir les compétences nécessaires pour les personnels soignants et contribuer à l'augmentation de leur performance de leur polyvalence.
- Emettre les procédures et les politiques de soins.
- Veiller à la bonne application des standards d'accréditation.
- Elaborer des systèmes d'évaluation afin de surveiller la qualité des soins de santé, la documentation et la tenue des dossiers médicaux.
- Maintenir un haut niveau de qualité de soins et de confort aux patients hospitalisés.
- S'assurer que le plan de soins de chaque service est tenu à jour par les infirmières responsables.
- Veiller à la bonne tenue du dossier médical et solliciter la collaboration des médecins ou d'autres autorités médicales au besoin.
- Veiller à ce que les soins prodigués aux patients par le personnel de chaque service soient : conformes aux plans de soins, respectueux et sécuritaires.

Toutefois, cette définition de fonction reste théorique. Lorsque nous avons accompagné cette directrice de soins au cours de notre intervention, nous avons constaté avec elle que plus de la moitié des tâches accomplies ne correspondaient pas à cette définition de fonction. Il y avait notamment de nombreuses activités de régulation de dysfonctionnements ainsi que des glissements de fonction, nous citons à titre d'exemple:

- Correction des notes sur le dossier médical des patients.
- Répartition des opérations sur le programme opératoire.
- Planification des congés des infirmières sur une unité de soins, etc.

Il s'agira donc au cours de notre travail de recherche de mieux comprendre les causes d'écart entre organisation formelle, telle que prescrite dans les théories classiques du management, et l'organisation réellement mise en œuvre.

1.1.4 Influence de la standardisation¹ taylorienne sur le rôle de l'encadrement des soins infirmiers

Frédéric TAYLOR (1856-1915) né à Germantown en Pennsylvanie est le fondateur de l'Organisation Scientifique du Travail (OST). Mécanicien à l'origine dans une petite usine, puis ingénieur, il devient ensuite consultant. Il observe et quantifie le travail en s'appuyant sur une démarche scientifique. Sa méthode consistait surtout à segmenter les tâches et à mesurer le temps nécessaire pour les exécuter afin de les organiser d'une façon spécialisée. Il a retiré de ses observations quatre principes de base pour son mode de management :

- Optimisation des techniques de production : l'encadrement est en charge de l'amélioration des conditions et des outils de travail et de production.
- Sélection et formation du personnel : les employés doivent être sélectionnés selon les compétences requises et selon leurs aptitudes à exécuter leurs fonctions. Il incombe aussi à l'encadrement de les faire évoluer vers la perfection dans l'accomplissement de leurs tâches.
- Mise en place des règles : les employés doivent exécuter les directives de l'encadrement conformément aux règles émises.
- Partage de responsabilité : la responsabilité doit être partagée entre l'encadrement et le personnel de base.

Après vingt ans d'expérimentation, TAYLOR a publié en 1911 son ouvrage sur les « principes scientifiques du management » dans lequel il a énoncé les grands

¹Taylor F., La direction scientifique des entreprises, Paris, Dunod, 1975.

principes de « l'Organisation Scientifique de Travail » (OST). Il s'agit des principes suivants¹ :

- La division horizontale du travail : il s'agit de la spécialisation des tâches et du temps nécessaire pour les exécuter. (The one best way).
- La division verticale du travail : il s'agit de la ségrégation entre le donneur d'ordre et de l'exécuter. (The right one on the right place).
- Un système de salaire en corrélation avec le rendement : il s'agit de rémunération variable en contre partie de la productivité.
- Un système de contrôle efficace : il s'agit du contrôle sur toutes les phases de production.

Dans le cas des hôpitaux au Liban, nous avons pu observer le rôle important de l'encadrement infirmier dans la standardisation comme la mise en place des protocoles de soins pour la prise en charge des patients, le processus de passation entre infirmières, etc.

En comparant la théorie de l'organisation de travail de TAYLOR avec celle appliquée dans les hôpitaux privés au Liban, nous constatons que le principe de la standardisation des tâches nécessitant de faire acquérir au personnel de tout niveau des compétences en perpétuelle évolution est très présent, surtout en ce qui concerne l'élaboration des protocoles de soins. Toutefois, nous avons pu constater qu'il était très difficile de formaliser toutes les méthodes et les protocoles, à la fois pour des raisons de complexité et pour des raisons de maintien de savoirs tacites de la part de collègues qui veulent conserver un pouvoir par le monopole de compétences.

¹ Taylor F., La direction scientifique des entreprises., op. cit.

1.1.5 Application du courant des Relations Humaines au cas des hôpitaux libanais

Après la crise économique de 1929, qui a remis en cause les théories classiques de l'organisation du travail, l'école des relations humaines a émergé en tant que composante importante de la compétence managériale. L'école des relations humaines, émanait des disciplines de psychologie et de sociologie, a visait à résoudre des problèmes qui résultent de l'interaction entre les divers acteurs et groupes au sein de l'organisation. Même si l'école des relations humaines n'a vu le jour qu'après les années 30, il est essentiel de s'arrêter sur quelques auteurs qui ont fait illusion avant cette date sur la théorie des relations humaines¹.

Robert OWEN (1771-1858), le socialiste gallois, affirmait qu'améliorer les conditions de travail des employés a une répercussion très positive sur le rendement de l'organisation.

A son tour Hugo MUNSTERBERG (1863-1916), le psychologue allemand, parlait de la psychotechnique qui prend en compte le fonctionnement individuel des salariés et l'impact des conditions de vie au travail souligne sur le rendement et la motivation des employés.

GEORGE ELTON MAYO (1880-1949), sociologue et psychologue né à Adelaïde en Australie, est le fondateur de la sociologie de travail. Il a remis en cause la doctrine taylorienne et a constaté que la motivation des individus et la vie sociale au travail ont un effet positif sur la productivité et le rendement des employés compte tenu de l'interdépendance entre les facteurs techniques et humains. Mayo a mis en relief l'influence des relations et des normes informelles au sein des groupes de travail et leur influence sur la performance des individus. Les recherches de MAYO ont été complétées de plusieurs recherches de sociologues comme Michel CROZIER qui

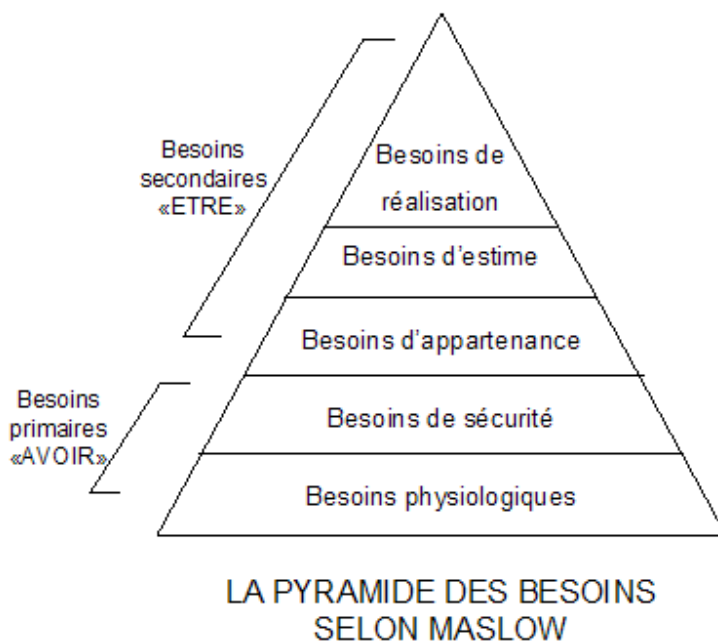
¹ Dereumaux A., Théorie des organisations, Caen, Ed. Management société, 1998

montre que les personnes qui produisent un rendement homogène se distinguent par des attitudes et par un comportement homogène¹.

Dans le cas des hôpitaux au Liban, l'encadrement infirmier a été influencé par cette approche, car les Directions des Ressources Humaines ont demandé aux Directions des Soins Infirmiers et aux cadres infirmiers (surveillantes) de mieux dialoguer avec le personnel et de mettre en place de réunion d'équipe, des réunions inter et intra départementales et des rotations de formation-polyvalence. Toutefois, ce type d'approche rencontre des limites, en raison du manque de prise en compte de la dimension économique : du point de vue des directeurs financiers, améliorer les conditions de vie au travail est perçu comme coûteux en termes de coûts visibles.

Après MAYO, vient le psychologue Abraham MASLOW (1908-1970). MASLOW est né à Brooklyn d'une famille immigrée de la Russie. Il étudie d'abord le droit et reçoit son doctorat en psychologie en 1934 de l'université du Wisconsin. Il traite l'individu comme un être relié à des besoins psychologiques et sociologiques. Selon lui pour motiver l'individu, il faut satisfaire ses besoins. Il croyait en une hiérarchie des besoins en la formulant en une pyramide de cinq niveaux. Pour MASLOW, un besoin chez une personne ne pourra pas être satisfait si un besoin du niveau hiérarchique plus bas n'est pas satisfait, ce qui a ensuite été contesté : en fait, les employés ont des besoins multiformes et souhaitent améliorer leur salaire, même si leurs besoins de réalisation sont en partie satisfaits.

¹ Desreumaux A., Théorie des organisations, op. cit.

Schéma 1.5 Pyramide des besoins de MASLOW¹

Les deux premiers niveaux sont qualifiés par MASLOW comme les plus essentiels. Les besoins psychologiques sont les besoins vitaux pour l'individu. Ce sont les besoins qui lui permettent de survivre comme la nourriture, le repos, la bonne santé, etc. Dans les hôpitaux du Liban, la rémunération représente une composante essentielle de la motivation des infirmières, car le coût de la vie est très élevé, obligeant souvent à occuper un deuxième emploi pour subvenir à ses besoins de base. Quant au besoin de sécurité, c'est le sentiment d'être protégé des risques et des menaces. Au Liban, c'est notamment le besoin du logement, et être à l'abri de la violence, etc. Dans l'organisation, cela se traduit par la stabilité de l'emploi et l'égalité. Les trois niveaux restants sont considérés par MASLOW comme des besoins secondaires. Le besoin d'appartenance n'est autre que celui de la reconnaissance. Le besoin d'estime est celui d'être respecté, et le besoin d'accomplissement pour le personnel soignant au Liban est notamment centré sur le développement au niveau des compétences, des diplômes et de la carrière.

¹ Source: Maslow A.H., A theory of human motivation, psychological review 50, 1943.

Les cadres infirmiers et les directions de soins infirmiers au Liban ont un rôle majeur dans la réalisation de chacun des niveaux cités précédemment. Ils doivent protéger leurs subordonnés à travers la mise en place des procédures de travail qui leur évitent des erreurs. A travers la mise en place d'une grille de rémunération équitable, ils peuvent leur procurer un niveau de vie acceptable. En favorisant le travail d'équipe et la communication, ils peuvent favoriser le sentiment d'appartenance et créer un environnement de confiance au travail. La rétribution suite à l'évaluation périodique des performances peut renforcer la satisfaction des personnels soignants. Enfin, les plans de développement des carrières et les plans de formation mis en place les directions de soins et les surveillantes peuvent contribuer à l'attractivité de l'hôpital vis-à-vis du personnel soignant.

On peut aussi mentionner la théorie de motivation humaine au travail formalisée par Frederick HERZBERG qui a orienté son domaine de recherche vers la psychologie industrielle. Pour lui la motivation est le fruit de la satisfaction de deux types de besoins : Les besoins intrinsèques et les besoins extrinsèques¹.

- Les besoins intrinsèques concernent les conditions et l'environnement du travail comme la rémunération, les relations, la sécurité, etc.
- Les besoins extrinsèques ou besoins de motivation sont les besoins subjectifs, spécifiques à chaque individu comme le besoin d'accomplissement, de développement de carrière, d'initiative, de promotion, etc.

En appliquant le modèle d'Herzberg au cas des hôpitaux, il est possible de constater que la satisfaction des seuls besoins intrinsèques une fois satisfaits ne contribue qu'à diminuer les conflits entre le personnel soignant et l'encadrement. Tandis que les besoins de motivation sont de nature dynamique et stimulent les personnels soignants à améliorer à la fois la qualité des soins et la productivité².

¹Herzberg F : Le travail humain et la nature de l'homme, Paris, 1966.

²Michel S., Motivation, satisfaction et implication dans " Management : aspects humains et organisationnels ", p. 175.

Notre expérience nous a appris l'importance de la prise en compte de cette théorie par les directions de soins, ce qui nécessite des compétences d'écoute des infirmières et aides-soignantes. Parmi les applications des recommandations d'Herzberg, il convient que l'encadrement joue un rôle moteur dans l'enrichissement du travail des subordonnés : avoir substituer les procédures de contrôles par des procédures d'autocontrôle, savoir stimuler l'initiative et déléguer, accorder plus de liberté dans l'exécution des fonctions, former les personnels soignants à des tâches complexes, et développer leur expertise.

1.1.6 Application des théories de la prise de décision dans les hôpitaux libanais

En nous appuyant sur les analyses de JP GRUERE¹ qui commente les théories d'Herbert SIMON² sur la prise de décision, nous constatons que Simon vise à réconcilier la rationalité absolue de l'OST avec les principes de l'Ecole des relations humaines. Il propose le concept de rationalité limitée et partagée. En effet, aucun manager ne peut tout connaître compte tenu de la complexité de l'environnement des organisations et de toutes les interactions dans le système organisationnel. L'organisation est gérée par des personnes raisonnables qui ne disposent pas de toutes les bases d'information pour décider de façon éclairée. Les décisions sont alors prises de façon subjective, en fonction des impressions (plus tard, Karl Weick jugera même que les cartes cognitives de managers sont un simple construit, forgé dans l'action par le processus d'*enacting*) . Dans un environnement mouvant et complexe, les managers en sont réduits à simplifier les données des problème pour « réduire l'incertitude ». Dans ce contexte, la compétence des managers est de trouver une solution satisfaisante aux problèmes qui se posent (et non optimale), afin de concilier les logiques administrative, commerciale, financière de production des entreprises. Dans le cas de l'encadrement des soins infirmiers au Liban, nous avons pu constater que les directions de soins infirmiers et les surveillantes ne peuvent pas tout contrôler, compte tenu de la complexité et de

¹Gruere J.P., Aubert N., Jabes J., Laroche H., Michel S. : Management : aspects humains et organisationnels, PUF, 1991, 655 pages, p. 11 à 42.

²Simon H et March JG : " Les organisations ". Paris, Dunod, 1964.

l'incertitude dans les soins, par exemple avec des réactions imprévues des patients. Dans les hôpitaux, il a donc fallu mettre en place de plus en plus de séances de travail pour partager les informations et prendre des décisions face aux cas non prévus dans les procédures et les protocoles. Cela a nécessité de la part de l'encadrement infirmier de développer des compétences spécifiques : écoute, animation et pilotage de réunions. Toutefois, nous avons pu constater que ces compétences ne s'acquièrent que très progressivement, et que de nombreux cadres infirmiers ont du mal à évoluer vers cette forme participative de management.

Pour faire participer tous les membres de l'équipe des soins infirmiers à des décisions au moins relevant des tâches quotidiennes pour ensuite participer à celles stratégiques, il faut un niveau minimum de compétences managériales. D'où la nécessité d'un développement des compétences managériales à tous les niveaux hiérarchiques de l'hôpital.

1.1.7 La contingence

L'impact des théories sur l'ouverture de l'entreprise à son environnement sur l'évolution du rôle de l'encadrement a été formalisé à partir des années 60 et plus précisément aux Etats-Unis. L'entreprise étant affectée par l'environnement qui l'entoure, elle subit des changements qui lui sont imposés par cet environnement, ce qui doit être pris en compte par l'encadrement.

Les théories liant évolution de l'environnement des entreprises et évolution du rôle de l'encadrement ont été formalisées à partir des années 60 et plus précisément aux Etats-Unis. L'entreprise étant affectée par l'environnement qui l'entoure, elle subit des changements qui lui sont imposés par cet environnement, ce qui doit être pris en compte par l'encadrement. Dans le cas des Directions des soins, il s'agit d'adapter le plus possible la structure organisationnelle intérieure aux exigences de l'environnement. Les évolutions à prendre en compte sont notamment :

- Technologique : nouveaux équipements biomédicales, nouveaux programmes informatiques et nouveaux moyens de communication.
- Technique : nouveaux protocoles de traitement et de diagnostics médicaux.
- Qualitatif : nouveaux standards d'accréditation et nouvelles normes de certification.

L'encadrement infirmier a ainsi un rôle important à jouer pour intégrer ces nouvelles exigences, ce qui nécessite des compétences d'apprentissage et d'adaptation que de nombreux cadres infirmiers ont des difficultés à assimiler. Ce constat rejoint la théorie de P. LAWRENCE et J. LORSCH¹, pour qui les entreprises leaders sur les marchés disposent des structures organisationnelles fondamentales et pratiques. Nous rejoignons ces auteurs, en constatant au Liban que les hôpitaux jugés les plus performants ont évolué rapidement vers des formes de structures décentralisées, en donnant un rôle de plus en plus important aux cadres infirmiers et pas seulement à la direction générale et à la direction des soins infirmiers. Sans cela, les dirigeants seraient surchargés et ne pourraient faire face à toutes les nouvelles exigences de l'environnement. Nous avons pu constater ce phénomène lors de la campagne d'accréditation des hôpitaux libanais en 2012 : les hôpitaux les plus mal classés étaient pour la plupart les hôpitaux qui étaient gérés de façon traditionnelle, avec une forte centralisation et une faible délégation des responsabilités vers les surveillantes. Les dirigeants avaient beau essayer de rattraper leur retard avant le passage des auditeurs, ils étaient totalement débordés par la masse des actions à mettre en place pour répondre aux critères d'audit imposés par le nouvel environnement réglementaire. Par exemple, les évaluations de compétences et de pratiques professionnelles des infirmières n'avaient pas été réalisées dans les délais impartis. Pour parvenir à la délégation requise par la complexité de l'environnement, chaque membre de l'équipe de soins infirmiers doit avoir une connaissance sur la nature de son travail, de ses tâches et de ses fonctions. Donc, le rôle de l'encadrement infirmier est de spécifier le travail de façon plus ou moins précise selon le degré de spécialisation

¹Lawrence P.R., Lorsch J.W., Adapter les structures de l'entreprise, Paris, Ed. D'Organisation, 1973.

des métiers. Dans la théorie de la contingence, cette spécification peut adopter deux formes :

-Horizontale, ce qui consiste à décomposer des actes complexes en actions simples. Tel est le cas de la différenciation entre les diverses spécialisations lors de la nomination des responsables des départements en précisant bien leurs fonctions: chirurgie, médecine ,pédiatrie, soins intensifs, etc.

-Verticale, en différenciant la création des actions de leur mise en oeuvre. La réalisation des actions ne demande pas de décision de la part de l'exécutant. La spécialisation verticale décrit le niveau de contrôle des employés sur la façon de réaliser leur tâche. Tel est le cas de la description des fonctions des collaborateurs comme les infirmières et les aides-soignantes au sein de chaque unité de soins. La qualité de la description de ces tâches dépend en grande partie de la compétence managériale de l'encadrement infirmier, et nous avons souvent constaté que ces descriptions de tâches étaient trop floues ou ambiguës.

Dans les hôpitaux, les deux dimensions de la spécialisation du travail ne sont pas identiques d'un département à l'autre. La spécialisation augmente ou diminue en fonction du niveau hiérarchique. Il faut toutefois différencier le degré de spécialisation du travail du nombre de spécialités et de spécialistes. A l'hôpital, et compte tenu du niveau très élevé de spécialités, il existe des postes très variés, très spécialisés et parfois portant sur des missions multiples et changeantes. Par exemple, une infirmière peut se spécialiser en médecine d'urgence, en soins intensifs, en chirurgie, en chirurgie cardiaque, en instrumentation, etc. La nécessité de spécialisation se trouve donc en contradiction apparente avec le besoin d'un minimum de polyvalence pour faire face aux fluctuations d'activité. Cette contradiction peut être surmontée si l'encadrement infirmier a bien participé à la réalisation de protocoles de soins de qualité et a assuré la formation du personnel. Nous verrons plus tard au cours de la thèse comment mieux relever ce défi par l'amélioration des compétences managériales au travers de l'utilisation de grilles de compétences et de manuels de formation intégrée. En effet, l'encadrement infirmier est de plus en plus amené à formaliser les processus de travail,

par exemple, le protocole de traitement d'une escarre. A partir de là, l'encadrement infirmier peut participer à la formation des aides-soignantes.

Nous formulons l'hypothèse que les exigences résultant de l'application de théorie de la contingence au cas des hôpitaux au Liban ne sont pas assez prises en compte en raison du manque de compétences managériales dans ce domaine de la part de l'encadrement des soins infirmiers des hôpitaux.

1.1.8 Prise en compte de la théorie des stratégie d'acteurs dans les démarche de la qualité totale

C'est à partir des années 1960 que les travaux de Michel CROZIER portent sur l'analyse stratégique et systémique ¹ des organisations où l'on considère que les acteurs et l'organisation sont en perpétuelle interaction pour l'analyse stratégique. Selon M. CROZIER et E. FRIEDBER, les organisations sont construites à travers leurs perceptions des acteurs, leurs stratégies, leur mode de coordination et de communication, leurs conflits, etc. L'organisation idéale pour eux n'existe pas, mais il en existe une qui sera meilleure que l'autre lorsqu'il s'agit des systèmes de travail concrets lorsque les acteurs coopèrent en fonction des règles de jeu émises. Dans le cas des hôpitaux, les membres de l'encadrement des soins sont confrontés à cette confrontation de logiques. Il ne s'agit plus seulement des conflits et coopérations entre médecins et infirmières, mais il faut aussi prendre d'autres logiques d'action : la stratégie des ingénieurs bio-médicaux, les contrôleurs de gestion et bien sûr la direction qualité, qui a pris une importance croissante au cours des dernières années. Cette dernière logique d'action a eu du mal à être intégrée par l'encadrement des soins dans les hôpitaux du Liban, car elle nécessite un compétence managériale orientée vers la participation et la prise en compte de toutes les logiques d'acteurs. Le concept de «management par la qualité totale» (en anglais « *Total Quality Management* », ou *TQM*)

¹Crozier M., Friedberg E., L'acteur et le système, Paris, Le Seuil, 1977.

repose en effet sur une démarche qualité mobilisant tout le personnel, c'est-à-dire une stratégie globale par laquelle tous les acteurs de l'hôpital mettent tout en œuvre pour satisfaire les patients¹. L'objet du management par la qualité totale passe ainsi nécessairement par le développement d'un « esprit qualité » partagé par tout l'encadrement infirmier². Dans les hôpitaux libanais, cela a nécessité d'associer la direction et l'ensemble du personnel afin de définir des objectives qualités atteignables et acceptés de tous pour les formaliser dans la « politique qualité », c'est à dire les orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la direction et formalisés dans un document écrit. La politique qualité définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en termes de satisfaction des patients, des médecins et du personnel infirmier. Le tableau 1.5 montre un exemple d'indicateurs sur ce type d'objectifs dans un hôpital.

¹Malkoun J., Total Quality management, Mémoire DEA: Gestion Kaslik, Université Saint Esprit Kaslik: Bartecard case, 2003- VII-133 p.

² Summers, Donna C.S. Quality management: creating and sustaining organizational effectiveness: Pearson Prentice Hall, 2005- XH-409 p.

Tableau 1.5 Evaluation de la satisfaction des employés à l'hôpital H1

Esprit d'équipe	92%
Ambiance de travail	79%
Plage horaire	78%
Répartition des tâches	78%
Délai de réponse	76%
Adaptation des locaux aux activités	75%
Rotation	74%
Localisation des locaux	73%
Egalité	73%
Congés annuels	73%
Disponibilité des places	72%
Matériels et outils de travail	72%
Dérangement	70%
Espace de rangement	69%
Calme	69%
Rémunération	68%
Promotion	67%
Sanitaire	65%
Charge de travail	65%
Climatisation	64%
Hygiène	61%
Procédures	79%
Clarifications des tâches	79%
Système informatique	78%
Organisations des réunions	77%
Délégation	77%

Formation	76%
Manuel d'utilisation	75%
Flux d'information	75%
Nombre des réunions	74%
Coordination entre les différents services	74%
Entente et réalisation des suggestions	70%

Ces démarches qualité censées nécessaire d'établir un état des lieux de l'organisation permettant de préciser son organisation et explicitant les objectifs généraux de l'hôpital (dans notre cas, l'un des objectifs est d'accueillir tout patient, quelle que soit sa situation financière), l'organisation générale et la répartition des responsabilités (organigramme et définitions de fonction dans l'hôpital), ainsi que les procédures, les compétences du personnel ainsi que l'amélioration des équipements et des locaux. La mise en place d'une telle démarche qualité démarre nécessairement par une implication de la direction générale de l'hôpital car elle exige des modifications de la structure organisationnelle, comme la mise en place d'une direction qualité en complément de la direction des soins. La démarche qualité s'articule autour de plans d'actions successifs permettant de repérer et de formaliser des objectifs à court terme et les moyens pour les atteindre : par exemple, le plan de lutte contre les maladies nosocomiales. La mise en place d'une démarche qualité est avant tout la mise en place d'une nouvelle culture dans l'entreprise, partagée par tout le personnel. A ce titre, la réussite du projet tient en grande partie à la compétence managériale de l'encadrement pour assurer la communication, la coordination et la concertation à tous les niveaux de l'hôpital.

Ces exigences correspondent aux principes énoncés par OUCHI¹ lorsqu'il décrit le modèle de l'efficacité japonais que beaucoup de managers devraient adopter dans une démarche de qualité totale : la direction et l'encadrement doivent changer de culture pour comprendre qu'ils doivent désormais impliquer toutes les catégories d'acteurs dans les processus de résolution de problèmes. Notre expérience de DRH d'hôpital nos a

¹Ouchi W. " Théorie Z ", Paris, InterEditions, 1982.

Ouchi W. " M. Un nouvel esprit d'entreprise ", Paris, InterEditions, 1985.

montré que ce changement de culture est lent dans le contexte libanais. Aux difficultés traditionnelles de logique d'acteurs du corps infirmier, il faut ajouter qu'au Liban, la plupart des médecins qui interviennent à l'hôpital ne sont pas directement salariés de l'hôpital. Ils adoptent par conséquent des stratégies individualistes qui vont à l'encontre de la culture du management par la qualité. Un exemple significatif est le cas des dossiers médicaux, pièce essentielle des procédures qualité, que les infirmières ne parviennent pas à faire remplir aux médecins, car ils considèrent qu'ils ne sont pas payés pour le faire. Nous verrons dans les chapitres suivants comment nous pouvons construire une démarche de management permettant de surmonter ces difficultés.

Sur ces derniers aspects, nous pouvons être éclairés par la contribution de Renaud SAINSAULIEU. Pour cet auteur, il s'agit d'évoluer vers une gestion démocratique. Cela suppose la reconnaissance et la confrontation permanente de tous les membres du collectif de travail. L'enjeu psychologique est de permettre l'expression de l'identité de tous les acteurs, car leur implication dépend de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance sociale qui leur est accordée. Le développement d'une culture de management participatif est nécessaire pour favoriser le processus « identificatoire¹ » où les acteurs trouvent un minimum de reconnaissance. Nous observons dans les hôpitaux au Liban que le management participatif est encore difficile à mettre en œuvre dans une culture marquée à la fois par un certain individualisme et par la soumission apparente aux leaders plus qu'à la participation. Il en résulte un manque de reconnaissance et de participation qui rend difficile un management participatif du personnel infirmier. A titre d'exemple, des infirmières disposant des compétences-clés démissionnent souvent des hôpitaux sans en avoir parlé au préalable à leur surveillante responsable. Le prétexte invoqué est bien sûr le niveau de rémunération, mais nous pouvons formuler l'hypothèse que le manque de respect de leur expression et le manque de reconnaissance traduisent un manque de compétence managériale de l'encadrement infirmier.

¹Guere J.P., Introduction de Management : aspects humains et organisationnels, p. 26 et 27.

1.1.9 Apprentissage organisationnel, organisation apprenante et rôle managérial de l'encadrement

L'apprentissage organisationnel peut être défini comme une transformation des informations sous la forme de connaissance. Toutes les organisations apprennent chaque fois qu'elles ajoutent un élément à leur stock d'informations¹. L'apprentissage est nécessaire pour que les organisations non seulement s'adaptent à des données nouvelles dans l'environnement, mais aussi pour innover. Guere rappelle à ce sujet la nécessité de savoir aussi "désapprendre" en abandonnant des routines qui existent en stock de connaissances acquises². Cet apprentissage organisationnel au sens de Chris ARGYRIS est donc non seulement un apprentissage adaptatif (« single loop ») comme la mise en place de nouvelles procédures qualité, mais aussi pro-actif (« double loop ») car il s'agit d'inventer de nouveaux modes de fonctionnement pour améliorer les performances. Par exemple, il ne suffit pas d'améliorer des procédures pour que le bloc opératoire démarre à l'heure le matin, et non avec une heure de retard comme nous le constatons souvent, mais il faut inventer un mode de fonctionnement innovant où chaque acteur, depuis les chirurgiens jusqu'aux infirmières et au personnel administratif trouvent des idées nouvelles, par exemple pour que les patients arrivent le matin à l'hôpital avec toute leur préparation effectuée.

Lorsque le concept de l'apprentissage organisationnel a été lancé au début des années 70 par Chris Argyris, les sociologues pensaient qu'on ne pouvait pas attribuer aux organisations des capacités à apprendre, à penser, à raisonner ou à défendre des opinions, sinon à des individus. Mais, puisque les organisations sont des collectivités constituées d'individus, elles apprennent lorsque leurs membres apprennent. HUBER (1989) suggère à cet égard qu' « Une organisation a appris si une quelconque de ses composantes a acquis de l'information ». Beaucoup de chercheurs considèrent l'apprentissage organisationnel comme un processus où les organisations s'adaptent à des environnements changeants en générant en adoptant de manière sélective des

¹Ouchi W. " Théorie Z ", Paris, InterEditions, 1982.

Ouchi W. " M. Un nouvel esprit d'entreprise ", Paris, InterEditions, 1985.

²Argyris C., Schon D., Organizational learning II, Theory, Method, and Practice, Addison-wesley publishing, 1996.

nouvelles routines organisationnelles¹. Jean RUFFIER a proposé en 1977 une typologie qui permet de mettre un ordre la diversité des différentes pratiques observées à travers le temps : alternance des tâches, permutation ou rotation des postes, élargissement des tâches, enrichissement des tâches, groupe semi-autonome. de valorisation du travail dans les différentes formes de polyvalence. Dans les hôpitaux libanais cela se traduit dans la création d'un système de rotation-formation au niveau des soins infirmiers afin d'accroître le taux de polyvalence et pouvoir faire face aux interruptions et aux surcharges de travail. Dadoy considère cependant qu'il y a des précautions à prendre dans cette forme d'apprentissage organisationnel pour aller vers des organisations apprenantes (c'est-à-dire où les personnels sont mis en situation de faire progresser leurs compétences) car il juge que des effets dysfonctionnels sont provoqués par la polyvalence elle-même². Dans le même sens, Bernier juge que « D'un certain point de vue, (les nouvelles formes d'organisation du travail) sont pour les opérateurs un alourdissement de la charge de travail et des responsabilités. D'un autre, elle est un réel moyen d'enrichir les tâches et d'ouvrir des possibilités de carrière³ ». Nous constatons cependant au niveau des hôpitaux que tant l'apprentissage organisationnel que la mise en place d'organisations apprenantes nécessitent une évolution du rôle de l'encadrement infirmier, car il s'agit de mettre en place au niveau des services de soins des formes d'organisation qui permettent à la fois d'innover et d'impliquer davantage le personnel infirmier par un contenu du travail intéressant et responsabilisant.

1.1.10 Le leadership et les compétences de l'encadrement

Depuis la grille de Blake et Mouton⁴, qui met l'accent sur la typologie des leaders (centrés sur la tâche ou centrés sur les collaborateurs, de nombreux travaux ont porté

¹Huber G.P., *organizational Learning: an examination of the contributing process and a review of the literature*, Carnegie-Mellon University, 1989.

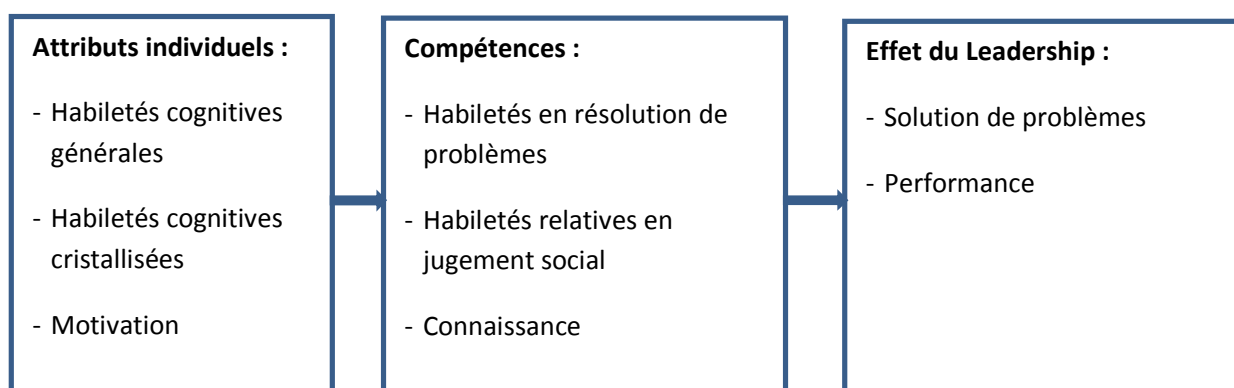
²Dadoy M., *Les analyses du travail, enjeux et formes*, Collection des études. N° 54. Mars 1990, p.131, 240p.

³Bernier C., *La polyvalence des emplois, nouvelle tendance de l'organisation du travail*, Bulletin de l'IRAT n°22, Montréal, 1982.

⁴Blake, R.; Mouton, J. (1964), *The Managerial Grid*. Gulf Publishing Co.

sur l'approche par les compétences en met l'accent sur les habiletés des managers : les connaissances du leader sont aussi importantes que sa personnalité pour assurer un leadership efficace¹. La recherche portant sur les compétences du Leader a notamment pour origine l'article daté de 1955 et publié par KATZ dans Harvard Business Review². L'auteur y abordait le Leadership sous l'angle des compétences plutôt que sous l'angle des traits de personnalité. Vers le début des années 1990, des recherches ont mis en évidence le fait que l'efficacité du Leader repose sur sa capacité à résoudre en équipe des problèmes complexes. Ces recherches ont évolué vers le concept de compétences de Leadership qui met en lien les connaissances et les habiletés du Leader (ce dont il est capable) avec ses performances. Ses capacités (ses connaissances et ses habiletés) peuvent s'accroître avec le temps grâce à l'apprentissage et à l'expérience, comme cela est illustré dans le schéma ci-dessous.

Schéma 1.6 Le modèle de compétences du Leadership³



-les habiletés en résolution de problèmes consistent à trouver des solutions créatives à des problèmes organisationnels inusités et mal définis. C'est le cas d'une infirmière qui trouve une solution d'hygiène à travers la création d'une nouvelle procédure d'entrée et de sortie des patients du bloc opératoire lorsque l'architecture n'est pas conforme par exemple.

¹Northouse P.G., Leadership: Theory and Practice, 4ième edition, Thousand Oaks, Sage, 2007, p.39.

²Katz R., Skills of an effective administrator, Harvard Business Review, Vol. 33, N.1, 1955, p.33-42.

³Mumford M., Zaccaro S., Harding F., et al., Leadership skills for a changing world: solving complex social problems, Leadership Quarterly, Vol. 11, N.1, 2000, p.23.

-Les habiletés relatives au jugement social sont celles qui permettent de comprendre les personnes et les systèmes sociaux. L'infirmière acquiert, par exemple, un savoir-communiquer avec toutes les catégories d'acteur : médecins, patients, visiteurs, aides-soignants, technicien, administrateur, etc.

-La connaissance c'est l'accumulation d'information et l'utilisation des structures disponibles. Elle permet de tenir compte des événements passés pour anticiper le futur. Par exemple c'est le cas de l'infirmière qui se trouvent en face d'un patient en arrêt cardiaque imprévu sur une unité de soins quelconque et qui prend l'initiative de débiter la réanimation avant l'arrivée du médecin réanimateur. L'acquisition des compétences du Leadership requiert ainsi la mise en œuvre d'actions de formation pour améliorer la capacité d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation¹.

Ce concept de Leadership a été largement développé par P. Drucker², qui a formalisé le concept de Direction Par Objectifs (*Management By Objectives*), aujourd'hui appliqué de façon au moins partielle dans de nombreuses organisations dans le monde, y compris dans les hôpitaux du Liban. Pour Drucker, la compétence de l'encadrement consiste à participer au travail d'opérationnalisation de la planification stratégique. Chaque membre de l'encadrement doit fixer des objectifs aux subordonnés et doit les faire travailler en équipe, car c'est la meilleure formule pour réaliser les projets d'innovation qui répondent aux attentes des clients. Drucker insiste aussi sur le rôle des leaders en tant qu'animateurs des équipes pour faire remonter des informations. En effet, tous les employés disposent d'informations sur l'environnement qu'il convient de rassembler pour les intégrer sous la forme de connaissances nécessaires à l'innovation (concept d'« Economie de la connaissance »). Il en résulte que les managers doivent savoir fixer les objectifs, organiser le travail en équipe, motiver et communiquer, mesurer l'atteinte des objectifs et former les employés. Nous observons au travers de notre expérience que malgré les pratiques de direction par objectifs lors d'entretiens annuels dans les hôpitaux libanais, la compétence de leadership managérial est encore très incomplète : les cadres infirmiers sont en effet principalement centrés sur la gestion au jour le jour du programme de travail et non sur les objectifs de développement correspondant à la

¹Lainey P., *Le Leadership Organisationnel: de la théorie à la pratique*, Chenelière Education, 2008.

²Drucker, P., (1995), *Managing in a Time of Great Change*. Truman Talley Books. Dutton, New York.

stratégie de l'hôpital. Nous pourrions vérifier cette hypothèse lors de l'application des méthodes d'auto-analyse du temps, en constatant qu'une très faible partie du temps de l'encadrement est consacrée au pilotage de la stratégie. Pour Drucker, cette situation correspond à un centrage sur la gestion courante (*Business Management*), qu'il oppose à la gestion stratégique (*Leadership Management*).

1.1.11 Le rôle de l'encadrement dans le développement organisationnel

Le développement organisationnel connu en anglais par "Organizational Development (OD)" a été créé dans le but de rendre l'organisation plus performante et plus efficiente¹. Il s'agit d'un processus d'apprentissage et de développement stratégique. Le but est de provoquer un changement au niveau des coutumes, des habitudes, des attitudes, des structures et des valeurs. Cela est considéré comme vital pour faire face aux nouveaux défis émergents². Le Développement Organisationnel étant un processus de changement, il doit être accompagné par le développement de gestion des ressources humaines et de leurs compétences. C'est un processus qui prend en compte les facteurs sociologiques et psychologiques, ainsi que les théories de motivation et d'apprentissage³. K. LEWIN est connu être le fondateur de la théorie du développement organisationnel. Il a créé le concept des groupes dynamiques et de la recherche-action⁴. D'après MARGULIES et RAIJA les valeurs humanitaires du développement organisationnel sont les suivantes⁵ : considérer les employés comme des êtres humains, et pas simplement comme des « ressources humaines », ce qui suppose de faire participer les acteurs dans le processus de participation à la décision ; créer un environnement de travail dans lequel chaque employé pourra utiliser tout son potentiel ; créer un environnement de travail stimulant, avec des objectifs clairs et réalisables. Dans les hôpitaux au Liban cela se traduit par la

¹Child J., *Organization Contemporary Principles and Practice*, Blackwell Publishing, 2005.

²Weisbord M. , *Productive Workplace: Organizing and managing for dignity, meaning and community*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1987.

³Newton M. , *Organizational Development: Values, Process, and Technology*, New York, McGraw-Hill , 1972.

⁴Richard B., *Organization development: strategies and models*, Addison-Wesley, p. 114, 1969.

⁵Bradford, D., Burke, W, *Reinventing Organization Development*, San Francisco, Pfeiffer, 2005.

satisfaction qu'évoque le corps infirmier suite à la guérison d'un patient victime de pathologies lourdes lorsqu'on a mis au point une nouvelle organisation pour les opérations à cœur ouvert, en ayant fait participer toutes les catégories de personnel, depuis la direction et les chirurgiens jusqu'aux aides-soignantes et au service de stérilisation. La mise en place de méthodes de développement organisationnel permet d'augmenter la coopération entre les employés et au sein des équipes¹. Dans les hôpitaux au Liban, nous pensons que cela correspond à un véritable besoin, car nous observons au quotidien que les différents services ne coopèrent pas spontanément, chacun poursuivant sa logique propre. Par exemple, les services se rejettent la responsabilité les uns sur les autres lorsqu'il y a un retard de prise en charge des patients dans le circuit de l'hôpital (par exemple entre les urgences, l'imagerie médicale, les soins intensifs et le service de médecine ou d'orthopédie). A notre avis, la mise en place des actions de développement organisationnel nécessite non seulement le développement de compétences managériales de l'encadrement infirmier, mais aussi de toute la direction et de l'encadrement du reste de l'hôpital.

1.2 La notion de compétence à l'hôpital dans les théories modernes et contemporaines

Selon B. DUBOIS², l'hôpital est une entreprise, même s'il s'agit d'une organisation d'un but particulier. En effet, son budget lui permet de réaliser des achats, de rendre de services, de stocker des produits et de gérer du personnel. L'évolution de sa clientèle, l'émergence du consumérisme, la forte poussée de l'innovation scientifique et technique imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière. L'analyse stratégique est l'outil d'optimisation du budget qui est un compromis entre les besoins de financement de l'hôpital et la limitation des ressources financières des tiers payants. Le vieil adage « la Santé n'a pas de prix » ne sous-tend pas pour autant que la Santé n'a pas de coût. Comme l'évoque A. MEIGNANT, « une entreprise a en permanence des projets

¹Dekler, M., Healing emotional trauma in organizations: An O.D. Framework and case stud., Organizational Development Journal, Vol. 25, pp. 49-56, 2007.

² Dubois B., Le Marketing Management Hospitalier, Ed. Berger - Levrault, 1987, 378 pages.

économiques : développer de nouveaux marchés, de nouveaux produits, améliorer sa productivité¹ ». De ce fait, les missions et les conditions de fonctionnement de l'hôpital ont considérablement évolué et continuent de le faire. Il en résulte une transformation importante du rôle des acteurs internes.

M. CREMADEZ² a la conviction qu'adapter l'hôpital à un contexte socio-économique plus contraignant, sans dénaturer sa spécificité organisationnelle et culturelle, exige aujourd'hui de passer de l'administration au management stratégique. Les projets de services, projets médicaux et projets d'établissements, peuvent à terme fonder la solidarité entre les différents acteurs de l'hôpital. Il existe ainsi à l'hôpital de nombreuses logiques distinctes, qui doivent être intégrées le plus possible pour permettre de remplir la mission de soins. « Cette intégration est tributaire de l'émergence de nouveaux comportements car souvent, la satisfaction des buts de l'organisation est assimilée par la plupart de ses membres, à la simple résolution de leurs difficultés ». ³ Pour des raisons éthiques, sociologiques et économiques, l'hôpital doit améliorer son capital de compétences, afin d'éviter les risques d'érosion du professionnalisme de ses personnels.

1.2.1 La compétence : une évaluation individualisée

Selon G. Le BOTERF, la notion de compétence a une valeur sociale très importante. Elle est utile pour juger chaque individu au sein de l'organisation. Le manque de compétence peut conduire au renvoi et risque d'affecter la production⁴. Pour acquérir des compétences il ne suffit pas de suivre des formations. Ce n'est pas seulement le fait d'avoir des connaissances et des capacités dans un domaine quelconque qui mène à l'acquisition des compétences. Il s'agit de compétence lorsque la personne utilise son

¹ Meignant A., Manager la formation, Préface Pierre Le GORREC. 2^o Edition revue et augmentée. Editions Liaisons. 1993 - 336 pages, page 119.

² Cremadez M., en collaboration avec François GRATEAU, Le Management Stratégique Hospitalier, Intéréditions, 1992, 319 pages, page 40.

³ Cremadez M., en collaboration avec François GRATEAU, Le Management Stratégique Hospitalier, Intéréditions, op.cit.

⁴ Le Boterf G., De la compétence - Essai sur un attracteur étrange, Les Editions d'Organisation. 1994. 176p.

savoir au moment convenable au travail¹. Dans le cas de l'encadrement des soins infirmiers nous constatons au Liban que la formation aux compétences managériales nécessite non seulement de suivre la formation mais de pratiquer la compétence managériale dans l'action.

Pour LORINO, « un savoir n'est utile que s'il se concrétise dans un savoir-faire, donc dans un faire : dans une activité. La compétence fait ses preuves dans l'action. Si la compétence est indissociable de sa mise en œuvre son exercice est nécessaire pour qu'elle se maintienne² ».

1.2.1.1 Savoir et savoir faire

Pour Le BOTERF, « la compétence n'est pas un concept opératoire, c'est un concept en voie de fabrication³ ». Pour lui, la compétence n'existe pas si elle n'est pas associée à une action. C'est agir bien dans une situation précise en mobilisant des ressources. Les ressources mobilisables, selon ce même auteur sont⁴ :

- savoirs théoriques : Savoir les concepts. Il s'agit par exemple la formation des infirmières par les médecins sur la réanimation d'un patient au cas d'un infarctus.
- les savoirs procéduraux : Savoir les méthodes. Il s'agit par exemple de la rédaction de la procédure de la mise en place d'un antibiotique intraveineux.
- les savoir-faire procéduraux : Savoir appliquer les méthodes. Il s'agit par exemple de l'exécution de la procédure de la mise en place d'un antibiotique intraveineux.

¹Le Boterf G., « De la compétence - Essai sur un attracteur étrange », Paris, les éditions d'organisations, 1994.

²Lorino P., L'économiste et le manager, Edition La Découverte, 1989.

³Le Boterf G., « De la compétence - Essai sur un attracteur étrange », op. cit.

⁴Le BOTERF G. « de la Compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Les Editions d'Organisation, 1994.

- les savoir-faire expérientiels : Savoir acquis de l'expérience et de la pratique. Comme par exemple le cas de l'infirmier aux soins intensifs qui par besoin d'urgence débute l'intubation du patient avant l'arrivée du médecin réanimateur.
- les savoir-faire sociaux : Savoir être. C'est le cas de la cheftaine qui communique avec les parents sur la situation de leur patient par exemple.

Selon R. BOUDON¹ la compétence dépend à la fois de la position de l'employé dans l'organisation, de ses aptitudes et de ses émotions face à des situations quelconques. En effet, chaque personne agit d'une façon différente surtout dans une situation de crise, dépendamment de ses capacités, de sa culture, de sa façon de raisonnement et des moyens mis à sa disposition².

1.2.2 La compétence collective

Dans une entreprise, il n'existe pas d'acteur unique ou plus précisément une somme d'acteurs qui travaillent indépendamment. Au contraire, tous les individus travaillent en interaction continue dans un système contingent. La compétence collective est d'autant plus supérieure à la somme de toutes les compétences individuelles qui existent au sein de l'organisation. Par exemple si un groupe de médecins multidisciplinaire se réunit autour d'un cas critique, le résultat sera beaucoup plus performant.

La concurrence croissante dans le secteur hospitalier, aux deux niveaux national et international, oblige à investir de plus en plus dans l'amélioration du professionnalisme et par conséquent du savoir, du savoir-faire et du savoir agir. La compétence collective mène à un langage professionnel commun au sein des groupes de travail et à une mise en commun des expertises. L'hôpital sera alors constitué de « groupe de compétences »

¹ Boudon, R., L'idéologie, Fayard, 1991.

² Thierry D., Sauret C., La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences, Editions le Harmattan, 1993, 268 pages.

résultant de la mise en commun des connaissances et des expériences qui s'accumulent et se développent à travers le temps et compte tenu des problèmes à résoudre.

1.3 Elaboration d'une grille des compétences managériales de l'encadrement des soins infirmiers

Il est du devoir des cadres et des responsables hiérarchique de bien gérer leurs collaborateurs pour assurer l'intérêt de tous les acteurs à savoir l'hôpital, les employés, les médecins et les patients. Le développement de l'hôpital ne peut se faire en l'absence d'une répartition adéquate des responsabilités, d'un contrôle efficace de la masse salariale qui représente la plus grande charge au sein des établissements hospitaliers, et enfin d'une répartition des tâches équitable et par une mise en place des protocoles et des procédures de travail.

.

Conclusion du chapitre 1

Nous avons vu dans ce chapitre l'évolution de la notion de la compétence à travers les années et à travers les différentes théories de l'organisation et du management en partant des théories classiques jusqu'aux théories récentes.

Nous avons constaté dans ce chapitre 1 que la notion de gestion des compétences n'est pas nouvelle. Au contraire, tous les auteurs ont fait illusion à l'importance des compétences dans le processus de production. Cependant, la gestion des compétences a connu un développement important surtout dans les derniers décennies ou elle s'avère être un facteur essentiel et primordial pour pouvoir faire faces à la diversité et à la complexité des défis émergents.

Enfin, dans ce même chapitre, nous nous sommes attardé sur la notion de compétence dans le management socio-économique qui constitue notre centre d'intérêt et notre sujet de recherche en matières d'outils à approfondir et ce, dans le but de démontrer ultérieurement les résultats provenant de leur mise en application concrète sur notre terrain expérimental.

Chapitre 2: Pertinence du management socio-économique comme levier du développement des compétences managériales de l'encadrement

Ce chapitre a pour objet d'expliquer le choix d'une recherche-intervention du type socio-économique et de présenter la démarche HORIVERT adaptée dans notre intervention. Nous présenterons notamment les trois axes de l'intervention socio-économique et décrirons d'une façon détaillée la méthode et les outils socio-économiques que nous avons voulu utiliser dans notre recherche.

Nous mettons l'accent ensuite dans ce même chapitre sur la relation qui existe entre la grille de compétences et les autres outils du management socio-économique.

2.1 Présentation du management socio-économique

Le management socio-économique a été créé dans le but d'accompagner la transformation des entreprises et des organisations dans le nouvel environnement de mondialisation et de concurrence. Tous les acteurs internes des organisations, notamment les salariés, jouent un rôle majeur dans le changement. Ils peuvent user de leur pouvoir informel pour ralentir ou pour accélérer le rythme de ce changement¹.

La méthode de recherche de l'ISEOR est une méthode de recherche-intervention qui s'appuie sur l'observation du « terrain » afin de constituer et valider les hypothèses. L'intervenant-chercheur tient à bien interpréter les activités observés « par et pour l'action »² afin d'en tirer des constats. La recherche-intervention, telle que pratiquée par l'ISEOR, se centre sur l'interaction qui existe entre l'intervenant et le terrain d'expérimentation.

H. SAVALL et son équipe de l'ISEOR ont développé et expérimenté depuis 1974 des travaux de recherche en management socio-économique. Ces chercheurs ont substitué le concept d'« optimisation » par le concept d'« efficacité ». SAVALL a mis en cause la théorie de maximisation des résultats pour la remplacer par la notion de création de valeur ajoutée. Il passe de la vision purement technique à celle économique et sociale de l'organisation³.

L'ISEOR pratique depuis sa fondation des analyses basées sur une méthodologie de recherche-intervention ou recherche-expérimentation. Ces recherches fondées sur des hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives, ont pour but de produire des résultats scientifiques en expérimentant avec les acteurs du « terrain » des actions innovatrices de développement des organisations. Les résultats de recherche obtenus sont de deux types : des connaissances génériques qui sont applicables à tout type

¹ Savall H., Zardet V., Bonnet M., Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique, BIT 2000.

² Avenier M.J., le pilotage stratégique de l'entreprise, CNRS, 1999.

³ Savall H., Enrichir le travail humain: L'évaluation économique, Dunod, 1975 (traduit en anglais et en espagnol).

d'organisation et des connaissances contingentes spécifiques au terrain d'expérimentation¹ (dans notre cas les hôpitaux concernés au Liban). Il s'agit du concept de « contingence générique ». Ces connaissances sont élaborées dans la méthode qualimétrique au travers d'une évaluation qualitative, quantitative et financière des résultats des expérimentations.

2.2 Fondement du management socio-économique

L'analyse socio-économique des entreprises et des organisations² repose sur l'hypothèse suivante : « Une organisation est un ensemble de structures et de comportements en interaction permanente et le niveau de performance économique d'une organisation dépend de l'interaction entre les structures de l'organisation et les comportements humains au sein de cette organisation³ ».

Les structures définies par l'analyse socio-économique sont les éléments relativement permanents de l'organisation. Les comportements sont caractérisés par leur instabilité dans le temps du fait de leur nature conjoncturelle. Les comportements sont les manifestations de l'homme qui ont une influence sur l'environnement interne et externe de l'entreprise. Chaque individu possède ses propres comportements et sa propre logique.

L'interaction entre les structures et les comportements, qui est à la base du fonctionnement de l'organisation, peut se présenter de deux façons opposées : l'orthofonctionnement et les dysfonctionnements. L'orthofonctionnement consiste à avoir le fonctionnement efficient de l'organisation, le même que celui attendu, sans écart par exemple l'application des standards d'accréditation nationale. Les dysfonctionnements sont les écarts entre le fonctionnement attendu et celui réel ou réalisé. Par exemple, les

¹Savall H., Zardet V., observer l'objet complexe: Approche qualimétrique, Economica 2004, Traduit en anglais.

² Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, le contrat d'activité périodiquement négociable. Prix Harvard l'Expansion de Management Stratégique, Préfaces de Marc-André Lanselle et de Jean-Marie Doublet, Economica 1987, édition augmentée de 1989, 3^{ème} édition 1995, 4^{ème} édition 2001.

³ Savall H., Propos d'étape sur la régulation socio-économique de l'entreprise par la recherche de la comptabilité de l'efficience économique et du développement humain, 1987. Communication au congrès du collège de France sur la régulation dans le mouvement des sciences.

retards dans les sorties des patients pour manque de coordination entre le département de facturation et les unités de soins sont des dysfonctionnements qui engendrent des coûts-cachés. Ces coûts-cachés résultent dans la perte des patients qui ne sont pas admis à l'hôpital par manque de lits disponible.

2.3 La recherche qualimétrique en management socio-économique

Selon Henri SAVALL, il existe en Sciences de gestion une grande variété de pratiques des relations chercheurs-terrains. Il montre que les approches relatives au statut du terrain sont encore très floues, voire contradictoires : le terme « terrain » se caractérise en effet par une certaine ambiguïté sémantique en Sciences de gestion et que le statut épistémologique du terrain reste relativement dissous dans la mesure où il existe une grande variété d'utilisation. Dans le but de contribuer à la clarification de la notion de terrain, il distingue deux types d'investigations :

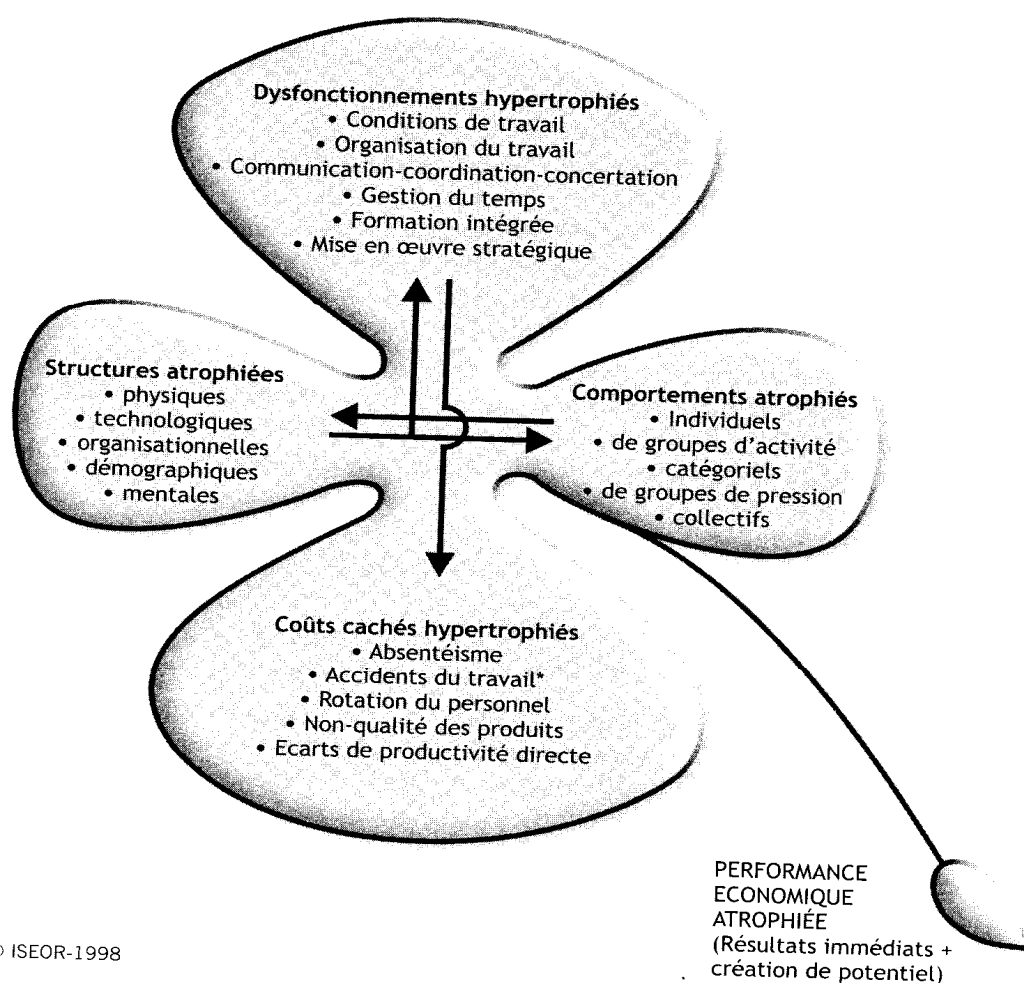
- « Des enquêtes légères conduites dans un certain nombre d'organisations afin de valider des modèles préétablis.
- Des investigations mises en œuvre dans une ou plusieurs organisations considérées comme un champ de production de concepts et de méthodes. Cette conception de la recherche suppose une forte interaction entre les chercheurs et le terrain permettant d'extraire des informations qui seront, ensuite, soumises à un traitement d'intention scientifique¹. »

La méthode suppose une intervention directe dans l'organisation dans le but de conduire le changement surtout au niveau du fonctionnement des divers acteurs internes. Les organisations ne sont plus inaccessibles, au contraire elles sont considérées comme un terrain expérimental dans lequel l'intervenant-chercheur mène ses recherches en se

¹Savall H., Zardet V., observer l'objet complexe: Approche qualimétrique, Op. cit.

considérant comme un acteur de type particulier¹. Il collecte l'information du terrain pour formuler son avis d'expert. Le travail sur le terrain engendre d'autres travaux dans le laboratoire de l'ISEOR. Ce qui constitue un recul par rapport au terrain pour le chercheur afin de pouvoir constituer et valider ses hypothèses.

Schéma 2.1 Diagnostic socio-économique des entreprises et des organisations : le trèfle à quatre feuilles. Source copyright ISEOR 1998



¹Bonnet M., Liaison entre organisation du travail et performance socio-économique, Thèse pour le Doctorat d'Etat en sciences de gestion, Univ. Lyon 2, 1987.

Dans notre cas, nous avons réalisé la recherche-intervention en tant qu'intervenante interne. Nous étions DRH d'un hôpital, mais nous sommes intervenu dans un autre hôpital que celui où nous avons un rôle d'encadrement. Il faut noter que la relation entre le terrain et les intervenants-chercheurs fait l'objet d'un contrat de recherche qui précise les règles du jeu d'accès aux données et de publication des résultats.

2.4 Famille de dysfonctionnements selon l'analyse socio-économique

Le management socio-économique classe les dysfonctionnements au sein des entreprises et des organisations en six familles:

- Conditions de travail : par exemple la chaleur excessive liée au manque de climatisation à la cuisine de l'hôpital.
- Organisation de travail : par exemple l'absence de répartition claire des pouvoirs et des responsabilités à l'hôpital.
- Communication-Coordination-Concertation : par exemple le défaut de communication et de concertation entre les équipes.
- Gestion du temps : par exemple le temps excessif d'attente des patients pour être admis à l'hôpital.
- Formation intégrée : par exemple l'absence de capitalisation des compétences à l'hôpital.
- Mise en œuvre stratégique : par exemple le manque de prise de décision à l'hôpital.

A partir de ces familles de dysfonctionnements, cinq catégories principales des coûts cachés sont identifiables et génèrent des coûts cachés:

- Absentéisme : par exemple des retards des infirmières lors des passations et de la prise de poste.
- Accidents de travail et maladies professionnelles : par exemple les maux de dos dus aux transports des patients.

- Rotation du personnel : par exemple le départ d’infirmières en raison d’offres salariales plus attractives dans les hôpitaux voisins.
- Non qualité : par exemple les erreurs d’application des protocoles médicaux.
- Écart de productivité : par exemple le temps d’attente au bloc en raison d’un manque de préparation des patients.

Les coûts cachés résultants, n’apparaissent pas comme les coûts visibles dans les systèmes comptables des entreprises. Leur évaluation se réalise au moyen de l’analyse des composants des coûts cachés qui sont :

- Les sursalaires : le coût des sursalaires s’élève à 42.000\$ à l’hôpital H2.
- Les surtemps : le coût des surtemps s’élève à 335.000\$ à l’hôpital H2.
- Les surconsommations : le coût des surconsommations s’élève à 96.000\$ à l’hôpital H2.
- La non-production : le coût des non-productions s’élève à 369.000\$ à l’hôpital H2.
- Les défauts de qualité : le coût des défauts de qualité est négligeable à l’hôpital H2.
- Les risques : le coût des risques est négligeable à l’hôpital H2.

2.5 Le management socio-économique pour la performance économique et sociale de l’entreprise

Le management socio-économique vise à améliorer d’une part la performance sociale, à travers l’augmentation de la satisfaction des clients, celle des personnels, des fournisseurs et par conséquent de toutes les parties prenantes. Il cherche également à améliorer la performance économique, à travers l’amélioration de la rentabilité, de la productivité et du financement des activités de l’organisation.

Afin d’améliorer la performance économique et sociale, la démarche socio-économique détecte et évalue l’impact des dysfonctionnements pour accompagner et mettre en œuvre

des projets agissant en même temps sur les structures et les comportements pour convertir les coûts cachés en création de valeur ajoutée. Pour maintenir cette performance, elle propose également un ensemble d'outils de management et d'intervention qui permettent à la direction et à l'encadrement de développer leur rôle non seulement au niveau du travail quotidien, mais surtout au niveau de la gestion-développement.

2.6 Les trois axes de l'intervention socio-économique¹

L'efficacité d'une intervention de changement au niveau des compétences repose sur la bonne articulation des trois facteurs : l'instauration d'une dynamique de changement au travers d'un processus d'innovation sociale et organisationnelle, la mise en place d'outils de pilotage du changement afin d'instrumenter et de consolider le rôle des acteurs, et enfin l'apport d'une stratégie et d'une énergie d'amélioration et de changement des compétences au travers d'un axe politique.

- L'axe processus : il a pour but de faire comprendre la souffrance liée au changement, au moyen de l'évaluation des dysfonctionnements. Il consiste de bâtir un projet d'amélioration puis à mettre en œuvre ce projet de manière planifiée et d'évaluer les apports et les limites des actions d'amélioration afin de compléter ou d'enrichir le processus-projet. Ce processus de changement s'applique à deux niveaux complémentaires : le niveau horizontal et le niveau vertical.

Au niveau horizontal, cet axe porte notamment sur l'amélioration des dispositifs de coordination inter-secteurs et sur les modifications d'organisation que cela implique. Il s'agit par exemple de la gestion des flux des patients depuis les urgences vers les soins intensifs, puis vers les unités de soins.

Au niveau vertical, les projets concernent en particulier la mise en place d'organisations de travail plus stimulantes et responsabilisantes, ainsi que la mise en œuvre des manuels

¹ Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, le contrat d'activité périodiquement négociable, *Economica* 1995, p.224, 405p.

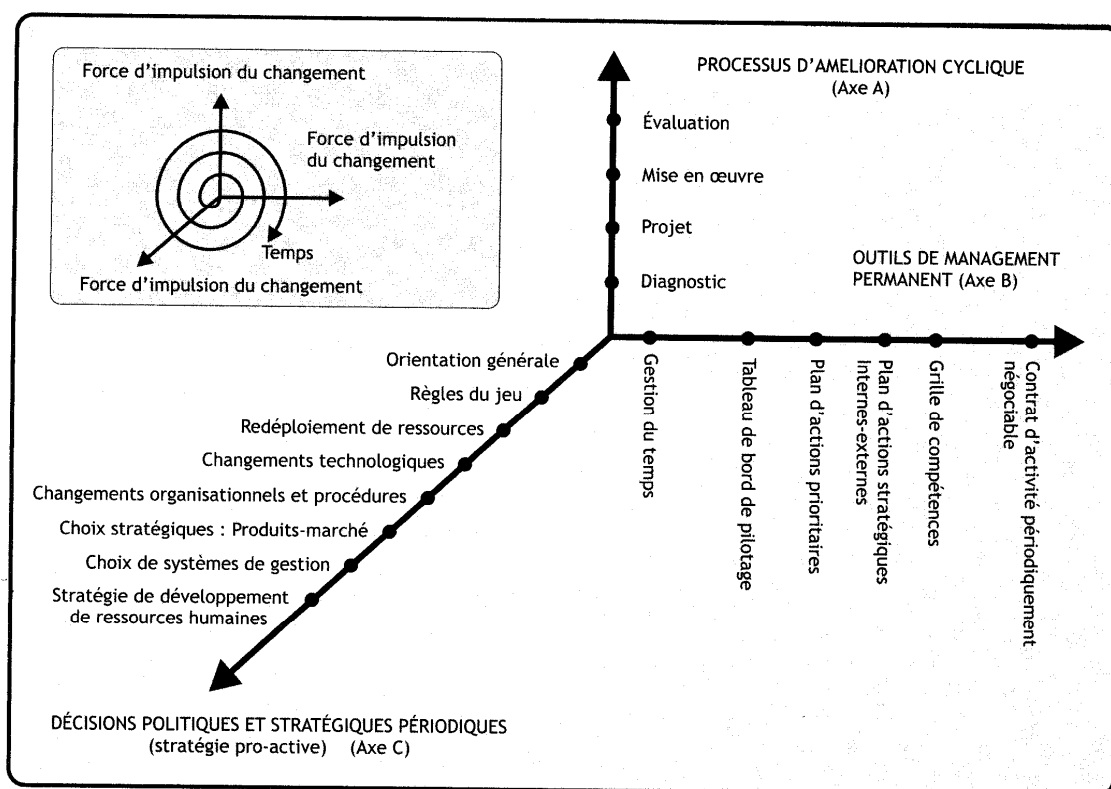
de formation intégrée destinés à accompagner l'évolution des emplois. Il s'agit par exemple d'améliorer le fonctionnement du bloc opératoire.

- L'axe des outils : il s'agit de développer la dimension managériale de l'encadrement de l'entreprise au moyen au moyen d'une instrumentation de leur rôle d'animation et de pilotage du changement.
- L'axe des décisions politiques : il consiste à définir les orientations du changement : stratégie, règle du jeu, politique sociale, choix des hommes, etc.

Schéma 2.2 Les trois axes de la dynamique d'intervention socio-économique.

copyright ISEOR 1998-

2008



2.7 La démarche HORI-VERT¹

La démarche socio-économique a été conçue dans le but de faire participer tous les acteurs de l'organisation dans le processus de changement et de développement. Elle vise toutes les catégories d'acteurs quel que soient leurs niveaux, leurs fonctions ou leurs positionnements hiérarchiques. Son but principal est de créer une dynamisation transversale au sein de l'organisation.

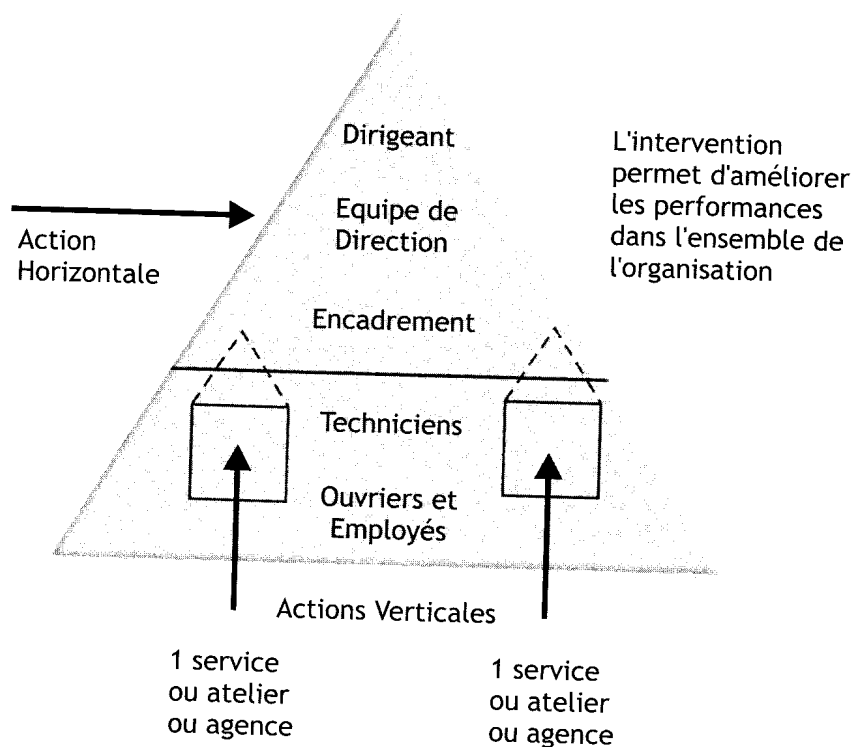
Ce processus « hori-vert » est dénommé ainsi car il touche à deux actions consécutives :

- l'une sur l'équipe de direction : action horizontale. Dans le cas des hôpitaux² il s'agit des directions suivantes : Direction administrative et financière, Direction des soins infirmiers, Direction des ressources humaines, Direction médicale, Direction de la qualité et des services environnementaux.
- l'autre sur les unités : action verticale, par exemple sur un service tel que biomédical ou un service de soins.

¹ Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, le contrat d'activité périodiquement négociable, *Economica* 1995, p.229, 405p.

² ISEOR, l'hôpital et les réseaux de santé, en partenariat avec les hospices civils de Lyon, Préface Alain Collombet et Patrick Akfandari, *Economica*, 2007.

Schéma 2.3 L'intervention HORIVERT socio-économique (à la fois horizontal et vertical). Copyright ISEOR 1998-2008



Cette méthode a trois caractéristiques fondamentales :

- C'est une méthode progressive, c'est-à-dire qu'elle est la mise en place dans la durée (plus d'un an) pour la dynamisation globale de l'entreprise.
- C'est une méthode structurée, qui met l'accent sur la dynamisation du potentiel humain, considéré comme une ressource endogène pour concevoir une stratégie de changement¹ à la fois ambitieuse et réaliste.
- Enfin c'est une méthode qui implique les acteurs de l'entreprise : tous les résultats seront présentés pour discussion et confrontation avec l'entreprise.

¹ Savall H., Enrichir le travail humain : l'évaluation économique Préface de Jacques Delors, 1975, Cf. Chapitre 3 la stratégie du changement, 229p.

Cette démarche a été conçue comme un mixte de procédures ascendante et descendante (top down et bottom-up):

- La procédure ascendante consiste à recueillir les problèmes, dysfonctionnements et suggestions émis par le personnel de base et l'encadrement intermédiaire pour les présenter à l'encadrement supérieur et à la hiérarchie. Par exemple, le personnel et l'encadrement d'un service d'urgences d'hôpitaux libanais ne parviennent pas à faire face tous seuls à l'afflux de patients de plus en plus impatients et violents.
- Cette procédure ascendante est articulée à une procédure descendante : la direction et l'encadrement supérieur sont directement impliqués dans le processus d'innovation socio-économique.

Dans le cas du service d'urgence, la direction et l'encadrement de l'hôpital élabore un plan de restructuration des locaux, en prenant notamment en compte les besoins du service des urgences : plus de lits, espace permettant d'isoler les patients, salle pour les petites chirurgies, etc.

2.8 Le diagnostic socio-économique

L'ISEOR, à partir des années 70, a élaboré la méthode du diagnostic socio-économique. Il s'agit, à partir d'interviews individuels et de groupe de détecter les dysfonctionnements et d'évaluer leurs impacts. L'ISEOR, depuis, a pu démontrer que toute entreprise possède des dysfonctionnements, des coûts et des performances cachés. Nous présentons un exemple d'hiérarchisation d'effet miroir (HEM) à l'hôpital :

Panier : Améliorer l'organisation, la planification des activités et l'application des procédures de qualité, d'hygiène, et de soutien des patients au sein des services

Idée force : Manque dans la planification des activités et de la charge de travail

HEM1 : la planification et la programmation dans les services sont insuffisantes et peu respectées. Cela entraîne de nombreux retards dans l'accueil, le transfert ou la préparation des patients.

HEM2 : l'activité de plusieurs services est perturbée par les pertes de temps dû aux bavardages entre les employés, aux appels téléphoniques et aux glissements des fonctions.

HEM3 : La répartition des tâches est jugée irrégulière entre les services dû aux différentes exigences des patients et à l'augmentation de la charge du travail dans chaque service. Ceci provoque des désorganisations et des conflits à tous les niveaux dans les trois hôpitaux

HEM4 : l'exigence d'accompagner les patients est affectée par la surcharge de travail, par le surmenage de l'équipe et parfois par la qualité des patients. Le patient est alors envoyé tout seul du service aux autres services (Labo, radio,..).

Une fois recensés au moyen d'entretiens semi-directifs avec toutes les catégories de personnel, les dysfonctionnements et les coûts cachés font l'objet d'un effet-miroir auprès de la direction et du personnel en conservant l'anonymat des entretiens. Cet effet-miroir est complété par un « avis d'expert » où les intervenants-chercheurs donnent leurs interprétations sur les causes profondes ou causes racines des dysfonctionnements. Une fois reconnues, les dysfonctionnements et les coûts cachés sont transformés grâce aux outils du management socio-économique en création de valeur ajoutée à court terme et à long terme.

Le rôle de l'intervenant-chercheur au sein des organisations, terrains de recherches, est donc d'identifier un sous-ensemble de dysfonctionnements déclarés et affirmés par les acteurs internes eux-mêmes. La tâche principale de l'intervenant-chercheur consiste à transformer la représentation de dysfonctionnements épais et faiblement partagés par les acteurs en dysfonctionnements fortement validés par les différentes catégories d'acteurs, les amenant à modifier, à posteriori, leur représentation de la réalité par un processus interactif de confrontations et d'échanges sur les images dispersées et différentes qui représentent l'état non convergent des visions des acteurs sur les dysfonctionnements de

leur entreprise. Le diagnostic socio-économique est ainsi une phase de recherche-intervention qui permet progressivement de créer une zone de plasticité, en s'appuyant de façon déterminante sur l'expression des acteurs, ceux-ci deviennent alors utilisateurs de la nouvelle image de l'entreprise pour agir autrement au cours du processus de changement et de développement organisationnel.

Le diagnostic de type socio-économique peut être considéré dans sa première phase comme une démarche de développement organisationnel qui met l'accent sur les principaux dysfonctionnements de l'organisation étudiée, afin de montrer que ce n'est pas le changement qui est douloureux, mais la résistance au changement.

2. 8.1 Le diagnostic socio-économique : les étapes

Trois techniques sont utilisées par l'intervenant-chercheur pour la collecte de l'information dans le cadre d'un diagnostic socio-économique. Il s'agit des entretiens individuels et par groupe d'acteurs internes, l'observation directe et de repérage des documents internes à l'entreprise. Les données recueillies sont de différentes natures : qualitatives, quantitatives et financières.

En utilisant la méthode du diagnostic socio-économique, deux niveaux de population sont ciblés. En premier lieu ce sont les acteurs qui appartiennent au niveau horizontal comme les propriétaires, les directeurs, les membres de l'encadrement. Puis, dans un second temps, ce sont les acteurs qui appartiennent au niveau vertical et qui sont pour la majorité, constitués du personnel de base. Donc, le diagnostic socio-économique se divise en deux parties :

- un diagnostic horizontal ;
- un diagnostic vertical.

Dépendamment des personnes et des groupes ciblés, les entretiens seront classés en deux catégories : entretiens individuels (direction et encadrement) et entretiens de groupes

(personnel de base. Les objectifs des entretiens varient selon la catégorie d'entretien. Par contre les particularités et les caractéristiques des entretiens ne changent pas afin de permettre des comparaisons et des conclusions scientifiques entre les différentes recherches-interventions du laboratoire de recherche.

2.8.2 Acteurs ciblés

Dans des organisations de grande taille, il est difficile d'interroger tous les acteurs internes c'est-à-dire l'ensemble de la population constituant l'entreprise. Pour cela les personnes concernées par le diagnostic socio-économique sont choisies selon des critères bien définis afin de représenter la diversité des opinions de toutes les catégories des acteurs et de tous les niveaux de l'entreprise.

Cependant, il est nécessaire de rencontrer le maximum possible pour pouvoir connaître toute information nécessaire et repérer la majorité des dysfonctionnements. Les personnes seront choisies comme selon plusieurs types¹:

- Par types de comportements : Des personnes actives et des personnes moins appréciées par leur hiérarchie, des « bavards » et des « timides ».
- Par types d'activités : les groupes homogènes et les groupes d'interface.
 - Par critères démographiques : des anciens et des nouveaux dans l'entreprise ; des jeunes et des plus âgés ; des hommes et des femmes.

2.8.3 Diagnostic socio-économique : objectifs des entretiens

Les entretiens du diagnostic socio-économique, permettent en premier lieu à l'intervenant-chercheur de mieux connaître son terrain d'expérimentation. Il lui permet

¹Savall H., Zardet V., maîtriser les couts et les performances cachés, op. cit.

d'établir une connaissance globale de l'entreprise, puis une connaissance plus précise de chaque département et service. Ces mêmes entretiens permettent à l'intervenant de recueillir les opinions des divers acteurs sur le fonctionnement de l'organisation et les conditions de travail, ce qui aide à faire un premier repérage des dysfonctionnements qui en résultent. Après repérage des divers dysfonctionnements non cités spontanément par les acteurs seront déduits. Le tableau ci-dessous est un extrait du recueil de dysfonctionnements soulevés après un entretien effectué avec un groupe d'acteur dans l'un des hôpitaux.

Tableau 2.1 Extrait des phrases-témoins dans l'un des hôpitaux du terrain d'expérimentation

Phrases-témoins
<i>« Les médecins n'admettent pas des patientes car le service de néonatalogie est fermé. »</i>
<i>« Il y a un manque de reconnaissance de la part de la surveillante du service envers nous. »</i>
<i>« L'équipe de nuit ne fait pas son travail, ne change pas les literies et ne donne pas le bain aux patients. »</i>
<i>« On est blâmé de la part de la surveillante à cause des fautes commises par l'équipe de nuit". »</i>
<i>« La majorité des patientes dans notre service est admise par faute de place". »</i>
<i>« On est toujours en conflit avec le service des urgences et les admissions quand on refuse d'admettre certaines patientes dont le diagnostic n'est pas clair. »</i>
<i>« Le service des urgences et les admissions admettent des patientes fiévreuses en maternité sans préciser leur diagnostic. »</i>
<i>« La sage-femme n'arrive pas à assister la femme en travail quand elle doit prendre soin d'autres patientes admises par faute de place, surtout qu'il n'y a pas une infirmière diplômée au service. »</i>
<i>« On aime travailler en groupe mais la surveillante du service n'encourage pas ceci. Par contre elle préfère mettre une tension entre les membres de l'équipe. »</i>
<i>« On est plus à l'aise avec la sage-femme responsable qu'avec la surveillante. »</i>
<i>« La surveillante du service ne nous respecte pas. Elle nous crie dessus devant les médecins et même devant les patients. »</i>

2.9 Les aspects des coûts cachés

La majorité des entreprises et des organisations qui sont soumises à de fortes contraintes économiques ou à un déficit financier optent pour une diminution des frais visibles qui constituent les charges dans leur compte de résultat comptable. Au Liban, comme pour beaucoup d'autres pays, les revenus qui, dans le milieu hospitalier les tarifs de vente des services de soins sont imposés par l'Etat, ne permettent pas beaucoup de marge de manœuvre. Pour cela les hôpitaux, en cas de difficulté, mettent en place des mesures d'économie et un système de contrôle très sévère sur leurs dépenses, ce qui affecte de plus en plus d'une façon défavorable la qualité des services fournis aux patients et aux visiteurs. Aucune réflexion en termes d'amélioration des revenus n'est généralement prise en considération, en effet pour VANOS et al. : « les réflexions en termes de prévention ou de restauration de recettes sont peu répandues¹ ». Cependant, le management socio-économique prouve qu'il existe d'autres solutions à envisager, tels que le calcul et la réduction des coûts-cachés. Cela permet de mettre en évidence des potentiels et des performances cachés afin de les convertir en création de valeur ajoutée pour redresser la situation financière d'une organisation sans affecter la qualité des services rendus et, bien au contraire, en l'améliorant.

2.9.1 Coûts visibles et coûts-cachés

La différence entre un coût visible et un coût-caché est très claire. Le coût visible se mesure facilement et est imputé directement dans la comptabilité de l'entreprise notamment dans le compte résultat. Il a même une dénomination dans le plan comptable de l'entreprise et un système de surveillance et d'audit comme le coût d'achat le coût de nettoyage, de maintenance, etc. Par contre le coût-caché n'a pas de repère direct dans la comptabilité de l'entreprise bien qu'il puisse affecter directement ou indirectement plusieurs postes du compte de résultat, qu'ils soient au niveau des charges ou des

¹ Vanos C., Herssens J., la qualité totale et les PME-Pourquoi ? Comment ? Gestion 2000, n.6 Décembre 1989.

revenus. Par conséquent, un coût-caché n'est pas pris en considération lors de la préparation des budgets d'exploitation, d'investissement ou de financement de l'hôpital. Les coûts-cachés sont détectés et évalués à partir du diagnostic socio-économique permettant d'analyser les dysfonctionnements retenus et mettant en relief leurs répercussions économiques sur l'organisation. Il s'agit non seulement de surcharges (par exemple, des gaspillages) mais surtout de non produits et de non création de potentiel, c'est-à-dire des coûts d'opportunité. Par exemple, nous pouvons mesurer le coût-caché lié aux retards de la préparation des malades au bloc opératoire d'un hôpital. Cela est dû notamment au fait que les médecins n'ont pas voulu faire venir leurs patients la veille de l'opération pour subir les examens préopératoires nécessaires. Ce coût est évalué dans l'un des hôpitaux à 484.000\$. Dans ce cas, l'expérience a montré que l'action sur les coûts-cachés a permis d'augmenter en moyenne l'activité quotidienne du bloc opératoire de deux opérations supplémentaires.

2.9.2 Coûts-cachés : les indicateurs

Le niveau des coûts-cachés, une fois calculé, reflète le niveau de la qualité dans l'établissement hospitalier. Donc c'est un indicateur de performance économique et social à l'hôpital. Un niveau de coût-caché élevé indique un niveau de qualité faible, et par conséquent une déperdition voire une destruction de valeur. Les coûts-cachés ont des conséquences indirectes sur la situation économique et financière de l'hôpital et sont regroupés dépendamment des catégories de dysfonctionnement en cinq indicateurs¹ :

- L'absentéisme qui fait naître deux sortes de coûts indirects : le versement de salaire pour l'employé absent sans contrepartie d'activité et en même temps, le coût des heures supplémentaires payées pour absorber l'activité non réalisée par l'absent.

¹ Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, le contrat d'activité périodiquement négociable, *Economica* 1995, 405p.

- Les accidents de travail qui génèrent de fortes perturbations et qui entraînent une baisse de production des services au sein de l'hôpital et des surcoûts de mains d'œuvre.
- La rotation du personnel donne lieu par exemple à des coûts cachés liés à la phase d'apprentissage durant laquelle le travail est réalisé moins rapidement et avec un manque de qualité. Cette étape fait naître aussi une perte de temps pour les autres personnes chargées d'accueillir, de former et d'évaluer les personnes nouvellement arrivées.
- Les défauts de qualité pour les services rendus aux patients, ce qui engendrent des temps supplémentaires pour la correction et les retouches.
- Les écarts de productivité, ou manque de productivité de service, sont sources de coûts de mains d'œuvre liés par exemple à des pannes ou encore à des temps excessifs qui peuvent être la conséquence d'un manque de compétences.

La régulation d'une partie ou de la totalité des dysfonctionnements peut engendrer des surplus de revenus d'une part et des économies financières d'autre part. Pour ce faire, il est nécessaire mettre en place un projet socio-économique, permettant d'améliorer les compétences managériales de tous les acteurs et à tous les niveaux. L'idée est de recentrer d'avantage le rôle de l'encadrement sur la prévention des dysfonctionnements et le pilotage des actions stratégiques en l'aidant à déléguer une partie de la gestion courante.

Tableau 2.2 Exemple de calcul de coûts-cachés dans l'un des hôpitaux du terrain d'expérimentation(©ISEOR)

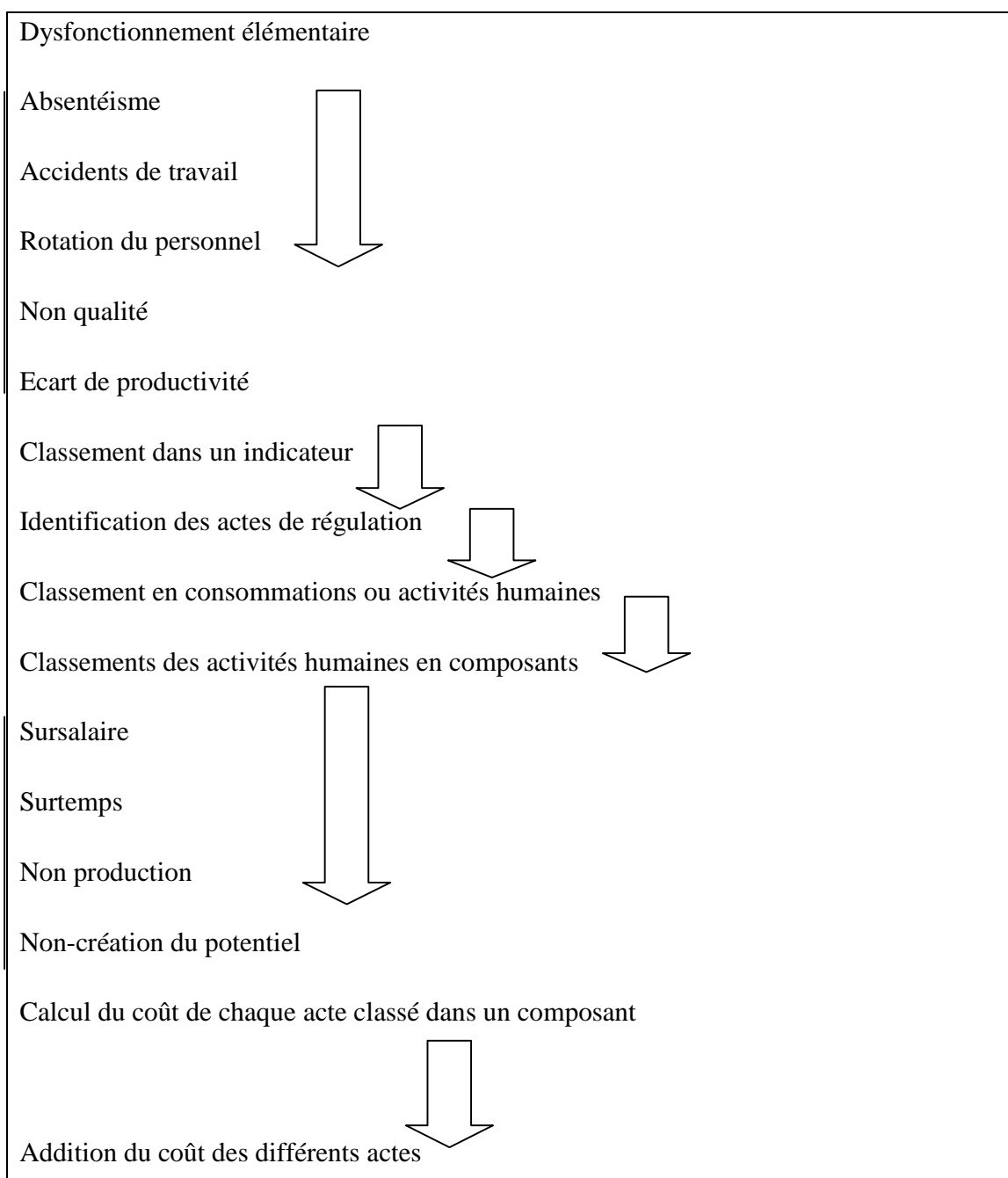
EVALUATION DES COÛTS CACHÉS										
NOM DU DIAGNOSTIC										
ECARTS DE PRODUCTIVITE DIRECTE										
DYSFONCTIONNEMENTS ELEMENTAIRES	CAUSES INVOQUEES DES DYSFONCTIONNEMENTS	FREQ. INDIC.	EFFETS AU PLAN ECONOMIQUE							
			DETAIL CALCUL	SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON PRODUCTIONS	NON CREATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
Nombreuses heures supplémentaires	Absence de sage femme qualifiée	1063 h en 2010	1063 heures supplémentaires travaillés en 2010 sur la base de 7,5 \$ / heure de travail							
			1063h x 7,58 \$	8,050.00						8,050.00
				8,050.00						8,050.00
Recrutement des sages femmes remplaçantes à temps partiel	Manque d'une SF qui doit assurer 15 gardes / mois	1 Sage femme pour 15 gardes	Il manque 1 sage femme qui doit assurer 15 gardes / mois. 3 sages femmes ont été recrutées pour assurer les 15 gardes soit en moyenne 5 gardes / sage femme. Une garde dure 12 heures. 1 heure d'une sage femme à temps plein est de 7,58\$. 1 heure d'une infirmière à temps plein est de 6,66\$							
			15 gardes x 12 h x 11 mois x (7,58 \$ - 6,66 \$)	1,820.00						1,820.00
				1,820.00						1,820.00

2.9.3 Coûts cachés : Les composants

Le management socio-économique classe les ressources qui peuvent être affectés lors des régulations des dysfonctionnements en six composants :

- Les sursalaires sont les écarts de salaire lorsqu'une activité est réalisée par une personne titulaire d'une fonction mieux rémunérée que celle qui aurait du l'assumer (par exemple, une infirmière qui réalise des tâches qui peuvent être effectuées par une aide-soignante).
- Les surconsommations sont des quantités de produits consommés pour réguler le dysfonctionnement (par exemple, les matériels et médicaments consommés pour enrayer une infection nosocomiale).
- Les surtemps correspondent notamment à des activités de régulation des dysfonctionnements (par exemple, reprendre un dossier patient mal tenu).
- Les non productions sont des absences des d'activité ou des arrêts de travail engendrés par un dysfonctionnement (par exemple, l'attente due à une panne de matériel, une rupture de stock, etc.)
- Les non-créations de potentiel correspondent aux coûts futurs de dysfonctionnements actuels. Ils sont dus notamment au manque d'actions d'investissements immatériels que l'entreprise ne peut pas réaliser au cours d'une période donnée, parce que les acteurs ont été mobilisés à court terme par la régulation des dysfonctionnements. Par conséquent, l'encadrement n'a pas pu dégager un temps suffisant pour certaines actions à plus long terme (par exemple, une action de formation), ce qui peut compromettre la rentabilité et la survie de l'entreprise. Par exemple, le coût d'un départ d'une infirmière de néo-natalité n'a pas seulement un impact à court terme, il a aussi un impact sur la baisse d'activité du service de maternité au cours des mois et années qui suivent le départ.
- Les risques provoqués par les dysfonctionnements, par exemple la baisse d'occupation des lits due à une mauvaise image de marque de l'hôpital en raison d'erreurs médicales. Les risques se traduisent alors le plus souvent par des pertes d'opportunité.

Schéma 2.4 Les étapes de l'évaluation des coûts cachés¹(©ISEOR)



¹ Savall H., Zardet V., le nouveau contrôle de gestion, Economica, 1992.

Une partie des coûts-cachés est directement incorporée dans les coûts visibles et apparaissent par conséquent dans le système comptable de l'organisation. Par exemple, le coût de l'absentéisme qui comprend la rémunération en heures supplémentaires du remplacement des absents, ou encore le coût de surconsommation qui correspond aux achats supplémentaires des produits.

Les manques à gagner ou manques en revenu quant à eux ne sont pas compris dans les coûts visibles et par conséquent ne sont pas comptabilisés. Ils sont représentés par l'absence de production, les pertes de temps, etc., résultant des dysfonctionnements. Il s'agit de coûts d'opportunité qui correspondent à une sous-activité et se traduisent notamment par une perte de marge sur le chiffre d'affaires non réalisé (concept de marge sur coût-variable).

Le modèle d'évaluation des coûts-cachés consiste à associer à chacun des cinq indicateurs, les six composants des coûts-cachés en étudiant les régulations de dysfonctionnements mises en œuvre par les acteurs de l'établissement.

2.9.4 Les hôpitaux et les coûts-cachés

Le calcul des coûts-cachés se fait à partir de l'analyse des dysfonctionnements constatés par le diagnostic socio-économique. C'est l'impact financier des dysfonctionnements engendrés par la réaction entre les personnes et les structures au sein de l'hôpital. Le processus consiste à sensibiliser l'ensemble des acteurs internes de l'hôpital en leur présentant le coût que provoquent les dysfonctionnements et leur répercussion sur la réputation et la survie-développement de l'hôpital. La performance et la qualité de l'hôpital doivent être vues comme deux notions inséparables. Les dysfonctionnements et les coûts-cachés sont des indicateurs qui permettent de mesurer le niveau de qualité ou de non qualité. Les habitudes au travail, les coutumes et les routines génèrent des dysfonctionnements en raison d'un manque de prise en compte des changements. L'évaluation des coûts-performances cachés permet de détecter les gisements de potentiel de performance inexploités par l'hôpital : elle fournit un ordre de grandeur sur un volume

probable de ressources que l'on peut récupérer si l'établissement agit en profondeur sur ses dysfonctionnements¹. Recréer la qualité dans l'organisation hospitalière revient donc à réfléchir à une meilleure utilisation des ressources. La diminution de la non qualité par des actions sur les coûts-cachés revient donc à rechercher des alternatives préférables dans l'utilisation des ressources². Dans le cas du management hospitalier, la qualité s'entend dans une double acceptation de qualité interne et de qualité externe³. La qualité externe est jugée par les patients, à savoir clients de l'environnement externe, la qualité interne est jugée par les producteurs de la qualité au sein de l'organisation c'est-à-dire par les acteurs internes. Ces deux niveaux d'évaluation de la qualité sont indissociables. BARTOLI par exemple, insiste sur cette double dimension de la qualité, qui concerne à la fois des « interactions externes », la mise à disposition du produit ou de service à l'égard du client et des « interactions internes », les processus de management et les mises en situation du personnel⁴. L'amélioration de la qualité n'est pas seulement indépendante de la maîtrise des dépenses. Les modifications du système de management doivent toutefois prendre en considération la préservation de la qualité des soins. Dans le cas des hôpitaux libanais, l'Etat insiste sur l'accréditation pour les établissements d'hospitalisation. Cette accréditation est ambitieuse puisqu'elle porte à la fois sur les procédures, les pratiques professionnelles et les résultats.

C'est dans la réalisation des deux objectifs de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité, que réside le défi principal des établissements hospitaliers. On demande, ou plutôt on impose, plus de qualité à ces organisations sans leur permettre d'augmenter les tarifs d'hospitalisation, voire même en les obligeant à les diminuer. Pour réaliser ces objectifs, il est indispensable de définir une stratégie et de procéder ou d'adopter un type de management permettant de faire face à ces nouveaux défis.

¹ Savall H., Zardet V., maîtriser les coûts et les performances cachés, 1995, op. cit.

² Thouverez C., contribution du management socio-économique dans l'amélioration des prestations et du fonctionnement des services hospitaliers, 1996.

³ Savall H. et Zardet V. Maîtriser les coûts et les performances cachés, 1987.

⁴ Bartoli A. le management dans les organisations publiques, Dunod 1997.

2.10L'intervention socio-économique et la pratique des acteurs à l'hôpital

A l'hôpital, tout membre de l'encadrement a beaucoup à apprendre : stratégie interne et externe, hiérarchie formelle et informelle, procédures usuelles, développement du personnel, etc. Le développement des compétences des acteurs au sein de l'hôpital ne s'effectue pas par hasard. Il exige un effort conscient et concerté de la part du manager et des salariés. De plus, il demande du temps et un véritable engagement. Il ne faut pas se contenter d'en parler aux employés comme c'est souvent le cas au Liban, une fois par an, lors de l'évaluation des performances. Il faut constamment soutenir et encourager les initiatives des employés ce qui est actuellement loin de correspondre aux observations des pratiques managériales des hôpitaux du Liban¹.

La notion de développement des compétences est différente de celle de formation. La formation fait davantage référence à l'enseignement du savoir-faire nécessaire, dans l'immédiat, à l'accomplissement d'une tâche. Le développement des compétences, en revanche, fait référence à la transmission de celle-ci dont les employés auront besoin à l'avenir, au fur et à mesure qu'ils progressent dans leur carrière et en même temps pour l'occupation des postes vacants en cas d'absence ou de congé des autres employés. Par exemple, il est nécessaire de développer un minimum de polyvalence du personnel infirmier dans les hôpitaux afin de faire face aux limitations d'activité des différents services.

L'organisation est de la responsabilité des managers, à tous les niveaux, et repose sur les compétences de tous les acteurs internes. Les cadres hospitaliers ont pour mission de répartir les activités en fonction des compétences du personnel d'une part, et en fonction du temps d'autre part. Ils doivent ainsi créer un équilibre entre :

- La direction de l'opération : processus de soins et administration des dossiers et des équipements.
- La direction des ressources humaines : Rotation du personnel et gestion de compétences.

¹Syndicate of private hospitals in Lebanon, Human and Health magazine, Issue N.23, April 2013

Il semble que beaucoup de dirigeants d'hôpitaux au Liban n'ont pas conscience des besoins de développement et des procédures de management par projet. A notre avis, cela limite leur champ d'actions à la simple gestion du quotidien sans prendre en considération des actions stratégiques.

2.10.1 L'intervention socio-économique et la pratique des médecins à l'hôpital

A l'hôpital, aucune démarche d'amélioration des compétences ne pourra réussir si les médecins pratiquants ne sont pas impliqués¹. La performance sociale et économique à l'hôpital dépend de la gestion hospitalière et des pratiques professionnelles en même temps.

Les entretiens qui touchent à tous les secteurs d'activité au sein de l'hôpital lors de la réalisation du diagnostic socio-économique, montre que les médecins ont presque soulevé les mêmes dysfonctionnements que les autres acteurs. Il paraît toutefois nécessaire de prendre en considération leurs constats fondés sur une insuffisance, une inadéquation ou encore des problèmes éprouvés dans leur pratique. Le praticien peut alors engager, de sa propre initiative, un travail d'évaluation de sa pratique ou de l'organisation de celle-ci. Sa perspective est d'en améliorer différents aspects. C'est le cas des médecins au Liban qui se considère comme praticien libre sans aucune liaison hiérarchique avec l'hôpital.

Cependant, l'implication de certains praticiens est soumise à certaines conditions : l'intégration de cette démarche dans le cadre d'une pratique soignante ; l'existence d'un lien concret entre cette évaluation et la réalité clinique vécue sur le terrain ; la possibilité d'une implication active du praticien dans une démarche qui l'engage et lui concède l'espace de sa responsabilité propre dans l'organisation de la pratique ; la précision des objectifs de l'évaluation.

¹Syndicate of private hospitals in Lebanon, Human and Health magazine, Issue N.22, January 2013.

Les objectifs semblent manquer de clarté. « Aussi, le développement d'une information transparente apparaît primordiale et la clarification des objectifs semble la pierre angulaire d'une coopération entre les médecins praticiens hospitaliers et la direction de l'hôpital¹ ».

Toutefois, le médecin praticien est particulièrement attentif aux possibles dérives des démarches proposées dans le cadre de la politique de planification hospitalière. Il signale ainsi le danger d'une formalisation excessive, les limites des méthodes managériales et d'évaluation proposées. Il pose ces limites en référence au fondement et au sens de sa pratique médicale. Le médecin libanais ne participe pas à la démarche d'accréditation au Liban et ne respecte pas les standards émis sous prétexte de manque de temps et d'excès de travail formel.

2.10.2 L'intervention socio-économique et la Direction à l'hôpital

Selon ACCART et PASTY, il y existe quatre forces externes qui influencent la fonction de direction de l'hôpital² :

- Le progrès rapide des sciences médicales et biomédicales qui nécessite une forte coordination entre toutes les spécialités au sein de l'hôpital. Par exemple la création d'un service spécialisé en orthopédie dans l'un des trois hôpitaux a nécessité la coordination entre différents services et départements de l'hôpital : le service financier, le service biomédical, la Direction médicale, la Direction des soins infirmier, la Direction générale, le service d'imagerie médicale, le service des blocs opératoires, le service des soins intensifs, le service des urgences, le service de facturation, le département d'achat, le département de qualité et l'unité de chirurgie.

¹Zürcher K., Problématique éthique soulevée par la démarche d'évaluation de la qualité des pratiques hospitalières, mémoire DEA, 2000.

² ACCART J.P., PASTY N., Les métiers de l'hôpital, Berger-Levrault, 1995.

- La dépendance des hôpitaux des contraintes économiques et sociaux des diverses institutions dans le secteur de santé. L'hôpital au Liban fait partie du système de santé. Elle est sous la tutelle du ministère de santé d'une part pour les actes médicaux et d'autre part il dépend aussi du ministère de travail, du syndicat des hôpitaux et d'autres organisations publiques ou privées.
- L'incorporation des hôpitaux dans le système économique du pays. Cela est particulièrement le cas Liban compte tenu de l'importance du tourisme hospitalier. En effet le Liban jouit d'un avantage compétitif et se distingue d'autres pays de la région dans le secteur hospitalier.
- Les hôpitaux sont des employeurs majeurs. Au Liban le secteur hospitalier est considéré comme le premier employeur, les emplois dans les hôpitaux sont très diversifiés et touchent à presque toutes les catégories.

Les membres de la Direction à l'hôpital assurent à la fois la gestion quotidienne et la conduite stratégique générale de l'établissement. Leurs compétences sont générales et s'exerce dans tous les domaines touchant à l'aménagement et au fonctionnement de l'ensemble des services. Le diagnostic socio-économique surtout au niveau horizontal ne peut pas être mis en œuvre sans l'intervention auprès des membres du Comité de Direction. Les entretiens avec l'équipe de Direction révèlent parfois les vraies sources de dysfonctionnements. Il se peut qu'il y ait des dysfonctionnements au niveau vertical mais qui émanent du niveau horizontal et réciproquement. La démarche socio-économique est une démarche globale, qui touche à tous les secteurs et à tous les niveaux de l'organisation. Elle doit enfin impliquer tous les niveaux hiérarchiques, à partir du sommet de l'organigramme et jusqu'au personnel de base.

2.10.3 L'intervention socio-économique et le corps infirmier à l'hôpital

Les soins infirmiers ont pour but principal de soutenir, garder rétablir ou promouvoir la santé des patients, en se souciant du malade autant que sa maladie.

La fonction d'infirmière a évolué considérablement durant ces dernières années. Elle s'est élargie englobant beaucoup de travail administratif et stratégique. D'autre part ce métier a connu une tendance vers la spécialisation par secteur d'activité : soins intensifs, chirurgie, maladie chronique, cardiologie, urgences, etc.¹ La fonction infirmière est très variée, elle s'inscrit dans une logique :

- De protection du patient et de sa sécurité.
- De prévention des risques inhérents à son traitement.
- Du respect de ses valeurs, habitudes et coutumes.
- Du recueil des données médicales et des signes vitaux pour faciliter le traitement.
- De l'application des procédures et protocoles médicaux.
- D'accueil et d'accompagnement des patients durant tout le circuit du traitement.

Nous présentons dans le tableau qui suit des exemples de dysfonctionnements observés dans les hôpitaux par rapport au référentiel cité :

¹ Collectif d'auteurs " Infirmier-Infirmière à l'hôpital public : droits et devoirs ". Les guides de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, éd. Doin, Paris, 1994, 41 pages, p. 5, Préambule Marinette Olivier.

Tableau 2.3 Exemple de dysfonctionnements au niveau du corps infirmiers dans l'hôpital

<i>Personne interviewée</i>	<i>Phrase-témoin</i>
<i>Directeur Médical</i>	<i>« La majorité des infirmières ne prennent pas d'initiative, leur seul intérêt c'est de toucher leur salaire à la fin du mois. »</i>
<i>Directeur Médical</i>	<i>« Les infirmières diplômées ne fournissent pas une bonne qualité de soins, elles ont besoin d'être formée. »</i>
<i>Directeur Médical</i>	<i>« Les patients se plaignent du manque de communication et de l'irrespect de la part des ID. »</i>
<i>Responsable de l'unité d'exploration fonctionnelle</i>	<i>« On attend 10 a 15 mn l'arrivée du patient déjà demandé ce qui retarde le programme. Pendant 15 mn on aurait dû faire une gastroscopie. »</i>
<i>Responsable de l'unité de chirurgie</i>	<i>« Il n'y a pas une collaboration interdépartementale, quand on a besoin d'un aide-soignant d'un autre service on rencontre une réfutation de la part des responsables et même des infirmières ».</i>

Le nombre de carrés noirs dans la grille permet de refléter le niveau des compétences dans le département ou dans l'unité de soins. La grille de compétence permet en même temps de détecter les tâches vulnérables au sein de l'unité et de constater le niveau de polyvalence de chaque individu au sein du même service.

Pour pouvoir déterminer les tâches nécessaires pour effectuer le travail au sein de chaque unité, il est essentiel de préciser à l'avance l'ensemble des activités à accomplir ou à créer. Lors de notre intervention, ce processus était d'une grande importance pour les cadres infirmiers car cela les a permis de mieux capitaliser les expériences et de mieux définir et de décrire les profils de poste.

Pour pouvoir obtenir une description des tâches réaliste et une information sur le savoir de chaque individu d'une façon objective, les cadres ont collaboré de près avec leurs subordonnées. Ce qui a fortifié les circuits de communication et de collaboration dans les deux sens tout favorisant le travail d'équipe. D'autre part, ce processus avait des répercussions très positives sur la motivation des individus et des équipes

Pour diminuer les écarts de compétences entre les divers membres d'une même équipe, les cadres ont recours à des formations programmées. Les tâches vulnérables sont tenues en considération lors de la formulation de la stratégie afin de mettre en œuvre des objectifs d'amélioration en précisant les personnes concernées.

Tableau 2.5 Exemple de grille de compétences du service de stérilisation dans l'Hôpital H1

		GRILLE DE COMPÉTENCES												DECEMBRE 2011					
ACTIVITÉS	ACTEURS	DANS L'ORGANISATION EN DÉBUT DE PÉRIODE														OBSERVATIONS			
		OPÉRATIONS EXISTANTES																	
		DE GESTION SÉCURITÉ										DE GESTION DÉVELOPPEMENT					SAVOIR-FAIRE PARTICULIERS EXISTANTS		
		Inspection	Conditionnement	Stockage stérile	Utilisation désinfectants	Charge autoc. gaz	Contrôle qualité stérile	Accès au service	Inst washing machine	Désinf. Stérile Inst et équip	Fuite de gaz	Barrière de protection	Communication						A.S GARDERIE
1		■	■	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
2		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
3		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
4		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		
5		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		
																			Version provisoire

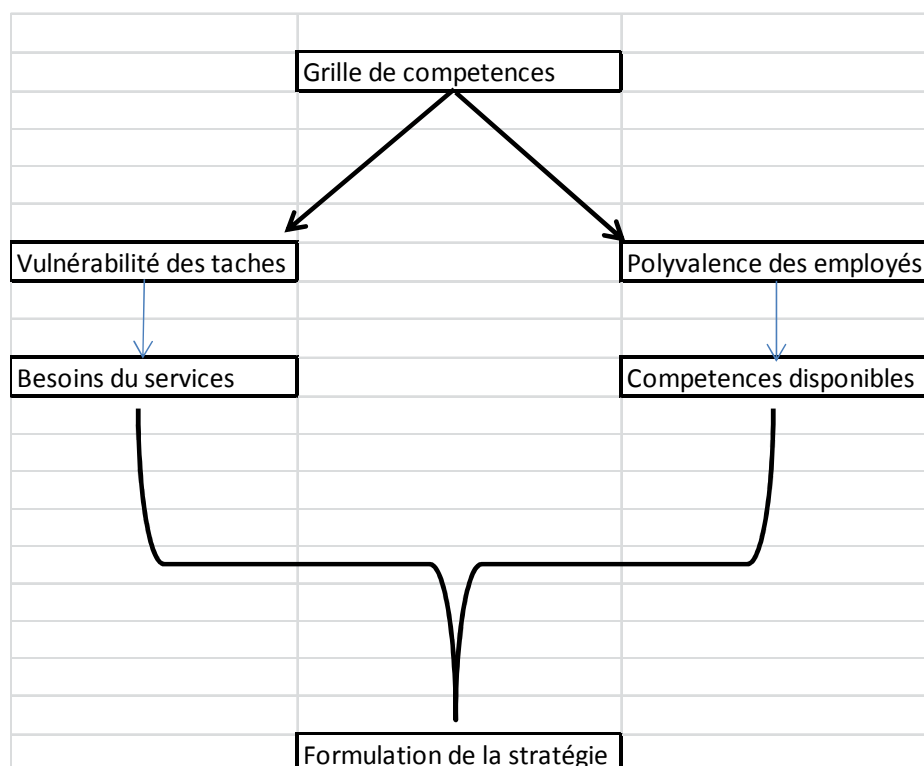
■ Pratique courante maîtrisée
 ■ Pratique occasionnelle ou non entièrement
 □ Connaissance des principes sans pratique

©ISEOR 1978
 MAJ : 17/3/20
 ARCTI - Version 00

La grille de compétences sert aussi dans l'élaboration de la stratégie du service et par conséquent de l'hôpital. Elle est directement liée à l'évolution des performances des individus et des équipes.

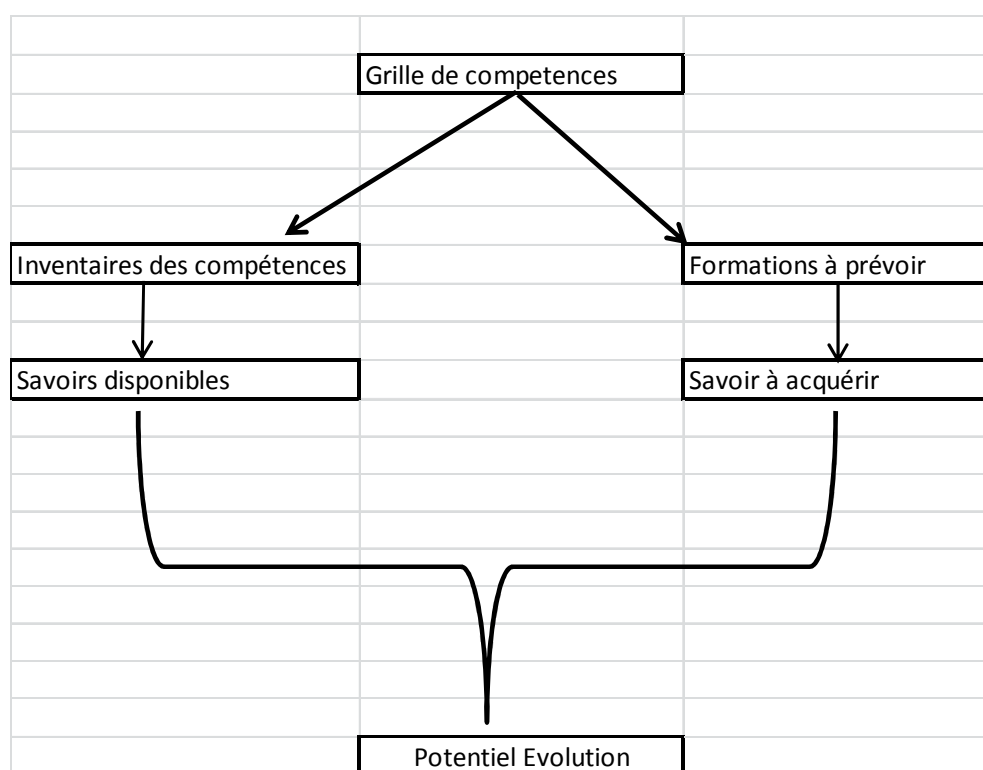
L'exemple de la grille de compétences du service de stérilisation nous permet de voir quelles sont les tâches vulnérables et quel est le degré de polyvalence chez les employés de ce service. On constate que les employés de ce service ont quasiment tous le même niveau de polyvalence et que la majorité des tâches essentielles de sécurité comme l'inspection et le conditionnement, ne sont pas vulnérables.

Schéma 2.5 Les applications de la grille de compétences à l'hôpital



D'autre part les applications de la grille de compétences selon le management socio-économique touchent à tous les secteurs dans un établissement hospitalier. La grille de compétence permet de faire un inventaire des savoir-faire, des savoirs se comporter et des savoirs-agir. Elle est un indicateur sur l'amélioration des compétences interdépartementales. Elle est utile pour le diagnostic en cas d'une potentielle évolution stratégique.

Schéma 2.6 Les applications de la grille de compétences dans les hôpitaux



Les supérieurs hiérarchiques directs doivent détecter et gérer périodiquement leurs besoins en compétences, pour élaborer les plans de formations nécessaires. Les grilles de compétences aident à repérer les compétences existantes et celles manquantes dans chaque département et unité et par conséquent dans l'hôpital dans sa globalité. Elles permettent aussi de mettre en évidence les vulnérabilités, et donc d'y faire face à partir des situations observées. Elle constitue un indicateur formel utilisé, comparé et évalué périodiquement. Ce diagnostic des compétences peut ainsi favoriser l'émergence d'un dialogue avec chacun, plus constructif et positif, basé sur une volonté commune d'agir pour une meilleure performance.

Pour être efficace, la grille de compétences doit être utilisée et mise à jour périodiquement¹. C'est un outil de gestion qui permet de créer la stabilité et l'équilibre en

¹Savall H., Zardet V., maîtriser les coûts et les performances cachés, op. cit.

termes de compétences au sein de chaque service et de l'hôpital. Elle est un tableau de bord qui permet de détecter les risques inhérents au manque de compétences qui peuvent être source de dysfonctionnements. Elle aide à mieux gérer le changement et permet de mieux guider les évolutions des emplois.

2.11.1 La signification de la grille de compétences

La gestion des compétences aboutit à une amélioration des performances économiques et sociales de l'hôpital. La grille de compétence adaptée par l'ISEOR comporte horizontalement les tâches existantes, les tâches à créer et les formations à prévoir et verticalement les acteurs.

2.11.2 La lecture de la grille de compétences

Une fois utilisée, la grille de compétences permet, à l'aide de la légende telle que définie par l'ISEOR, de connaître le niveau des compétences et le degré de polyvalence disponibles dans un département et le degré de vulnérabilité de chacune des tâches nécessaire pour la réalisation du travail au sein de la même unité.

Cette analyse est réalisée sous deux angles :

- une lecture verticale de la grille, par tâche, permet chef du département de détecter le niveau de vulnérabilité de l'équipe face aux imprévus : absentéisme, accroissement d'activité...
- une lecture horizontale, permet de mesurer le niveau de polyvalence de chaque individu.

2.11.3 L'utilité de la grille de compétences

Il est important de bien identifier deux types d'activités : celles existantes et celles à développer. Ensuite il faut définir les compétences requises pour réaliser les tâches relatives à un métier spécifique. Il revient au supérieur hiérarchique, avec son équipe, de faire la description des tâches de façon précise et objective. Ce n'est pas « la représentation » du métier qui importe mais « sa réalité effective ».

Durant notre recherche, nous avons constaté que les échanges entre les supérieurs hiérarchiques et les membres de leurs équipes sont constructifs et incitent à une réflexion quant à la façon dont ils exécutent des tâches. Les cadres, dans ce cas aient l'occasion de profiter de leurs expériences cumulées en vue de mieux élaborer les manuels de travail, les descriptions de tâches et les procédures de travail.

Le fait d'explicitier toutes les expériences des divers membres d'une seule équipe constitue une valeur ajoutée et une démarche interactive qui a des effets positives qui se traduisent par une maximisation de l'efficacité pour la production des services hospitaliers. Il faut toutefois savoir synthétiser les tâches et ne pas tomber dans l'erreur de l'ambiguïté et la duplication.

2.11.4 La traduction des activités en compétences associées¹

L'encadrement doit travailler en coordination avec leurs collaborateurs pour pouvoir bien décrire les compétences nécessaires pour l'accomplissement des tâches. Le corps soignants a été bien conscient que le développement des compétences s'avère une nécessité pour les pratiques médicales. Les compétences doivent être tangibles, identifiables et mesurables. La stratégie de développement des compétences est une partie intégrante du processus d'amélioration de la qualité du travail rendu et des performances.

¹Drevet G., La formation, outil de gestion des ressources humaines et l'implication des cadres, Mémoire DEA, Gestion socio-économique Université Lumière, Lyon 2, 1996, 96 pages.

La formation sert à diminuer les écarts en termes de compétences entre les membres d'une même équipe pour pouvoir faire face aux potentielles difficultés collectives ou individuelles dans le travail quotidien.

Les grilles de compétences, une fois remplies, permettent aux cadres de déterminer les tâches vulnérables et par conséquent de mettre en œuvre des plans d'amélioration avec les personnes concernées.

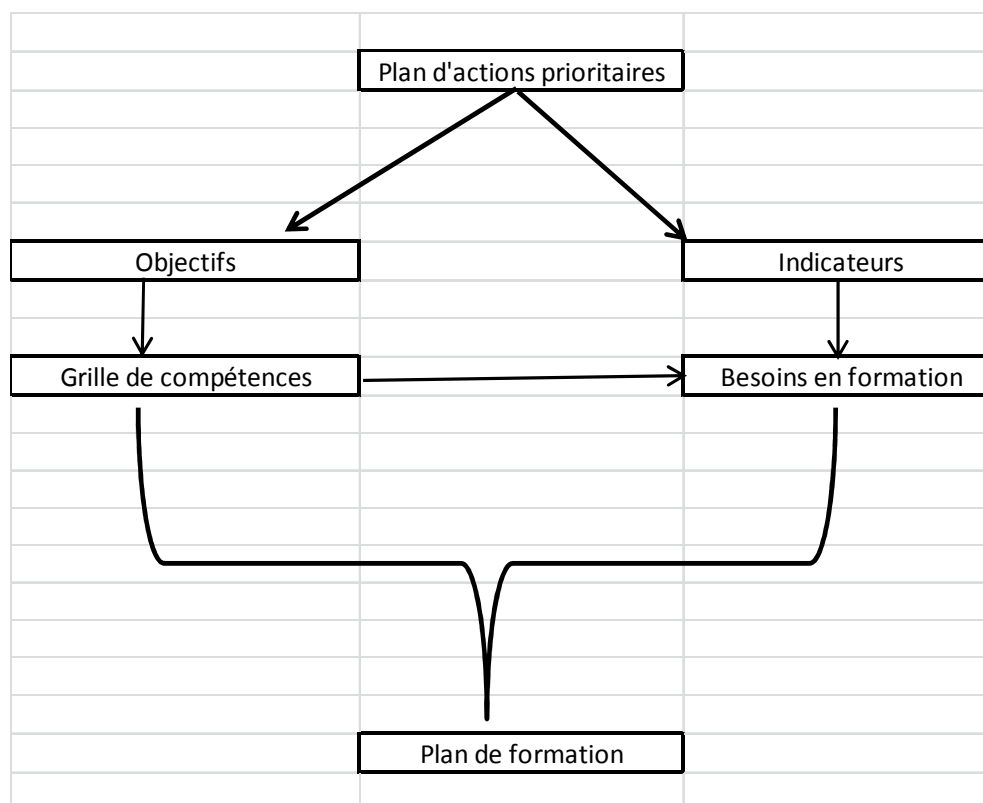
2.12-Lien entre grille de compétences et autres outils du management socio-économique

La grille de compétence, constituant l'outil le plus indispensable de la gestion des compétences en management socio-économique, ne peut pas être séparée des autres outils de gestion, sous le risque d'en diminuer l'efficacité et la portée.

2.12.1- Une nécessité pour le plan d'action prioritaire

Si le plan d'action prioritaire est un ensemble d'actions de développement à exercer dans le semestre qui vient en précisant les porteurs des actions à réaliser et l'échéancier de chacune de ces actions sans jamais s'éloigner de la stratégie globale de l'hôpital, il est considéré comme un outil technique permettant de réaliser les objectifs émis dans le plan stratégique interne et externe et de lutter contre l'éparpillement des objectifs de chacun des membres. Il est considéré aussi un outil favorisant la communication-coordination-concertation entre les membres d'une même équipe.

Schéma 2.7 Articulation plan d'actions prioritaires, grille de compétences et formation



2.12.2- Un élément du tableau de bord de pilotage¹

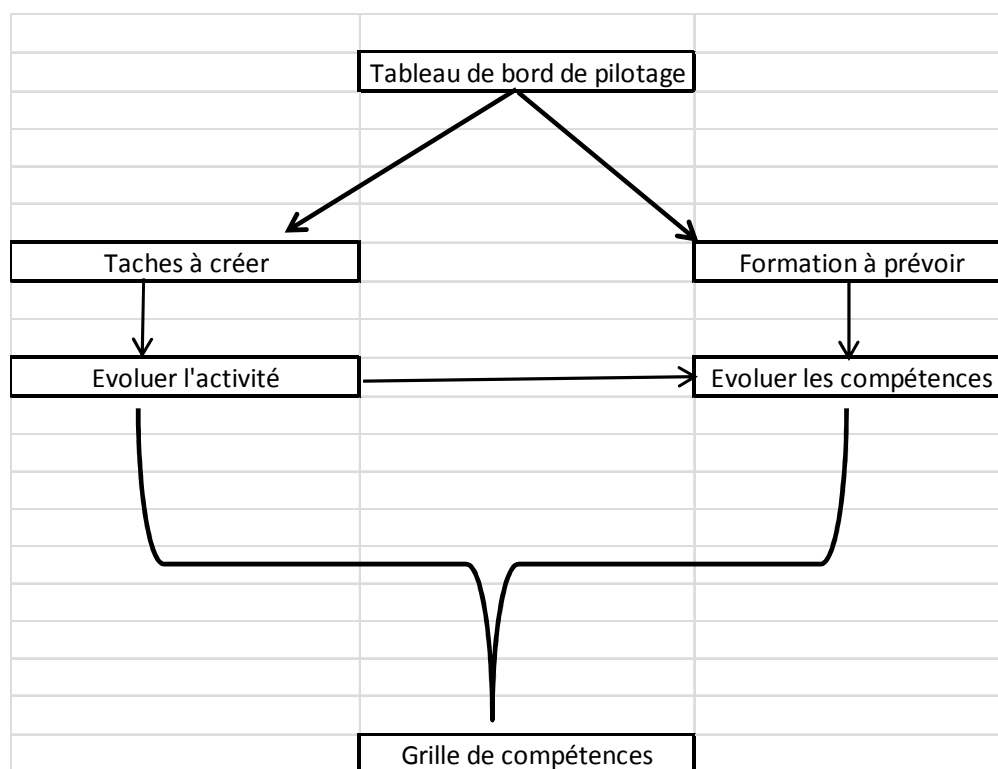
Le tableau de bord de pilotage est un outil d'aide à la décision. Il permet de piloter l'activité en grâce à des indicateurs définis en vue de formuler la stratégie et de maîtriser la gestion quotidienne.

Souvent les responsables des services de soins confrontent des problèmes dus à des dysfonctionnements de mise en œuvre stratégique. Ces dysfonctionnements sont les

¹ Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachées, pages 13 à 91.

écarts entre les objectifs stratégiques attendus et ceux réalisés. Or pour pouvoir se rendre compte, en temps réel de ces variations de réalisations, il incombe au dirigeant de mettre en œuvre des indicateurs leur permettant de suivre l'évolution des activités. Une telle fonction nécessite des compétences spéciales qui seront reflétées dans la grille de compétences dans les tâches à créer ou dans les formations à prévoir.

Schéma 2.8 La grille de compétences, un élément du tableau de bord de pilotage



La performance économique, selon le management socio-économique, est de deux niveaux :

- Les résultats immédiats, sur le court terme résultant des régularisations des dysfonctionnements et qui affecte la rentabilité de l'exercice en cours. Par exemple, réparation d'une machine.
- La création de potentiel, sur le moyen et long terme résultant des actions d'investissement matériel et immatériel et dont le résultat est différé. Par exemple ouverture

2.12.3- Le cœur du contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN) ¹

Le Contrat d'Activité Périodiquement Négociable est un instrument qui permet, à la fois, de booster la mise en œuvre de la stratégie et la gestion courante. Il est un atout pour la réalisation des objectifs émis et pour l'amélioration des performances. Sa formalisation favorise la coordination et la synchronisation des activités de l'hôpital. Sa réalisation incite à mettre à disposition les moyens permettant de réaliser les objectifs².

Il est formulé à partir du plan d'actions prioritaires qui à son tour est formulé à partir du plan stratégique interne et externe de l'hôpital. Sa durée est de six mois et comporte des objectifs prioritaires qui peuvent parfois être reporté dans le CAPN suivant. Cet outil fait l'objet d'une négociation entre chaque subordonné et son supérieur hiérarchique afin de s'engager sur des objectifs clairement définis. Il permet de formaliser des objectifs à atteindre en terme de développement des compétences.

Conclusion du chapitre 2

¹ Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachées, Pages 15.

² Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachées, Pages 15.

Nous avons présenté dans ce chapitre la théorie du management socio-économique. Nous avons décrit les étapes du diagnostic socio-économique et nous nous sommes attardé sur la notion des coûts-cachés en management socio-économique.

Nous avons démontré dans ce même chapitre que la recherche en management socio-économique repose sur une recherche-intervention dans laquelle le chercheur applique les outils de management introduisant un changement. Nous avons observé que les dysfonctionnements naissent de l'interaction qui existe, au sein de chaque organisation, entre les structures et les personnes.

Enfin nous avons illustré la notion de compétences dans le management socio-économique qui constitue notre centre d'intérêt et notre sujet de recherche. Nous avons enfin expliqué, après avoir défini la grille de compétences, les liens qui existent entre cette dernière et les autres outils du management socio-économique.

Chapitre 3: le terrain d'expérimentation, présentation et particularité

L'objectif de ce chapitre est de présenter d'une façon sommaire le secteur hospitalier au Liban et d'une façon particulière les hôpitaux dans lesquels nous avons réalisé nos travaux de recherche.

Nous exposerons en premier lieu un aperçu général du secteur hospitalier au Liban, nous présenterons ensuite notre terrain de recherche avec toutes ses particularités et nous explicitons les défis et le besoin de changement pour les hôpitaux au Liban.

Nous présenterons en troisième section, le centre de recherche au sein duquel nos recherches en expliquant bien les objectifs et la méthode de l'intervention.

3.1 Le secteur hospitalier au Liban, aperçu général

Les dépenses dans le secteur de santé au Liban dépassent les 12 % du P.I.B., ce qui représente un taux assez élevé selon l'Organisation Mondiale de Santé. Malgré toutes les dépenses dans le secteur de soins, une grande partie de la population libanaise reste sans

aucune couverture sanitaire et une autre partie avec une couverture inadéquate, c'est-à-dire qui ne leur permet pas d'accéder à toutes les prestations requises.

Au Liban, le secteur hospitalier a souvent été négligé par les professionnels, les dirigeants et même l'état. Avec le retard des recouvrements des créances, la non règlementation du système de santé, la mauvaise allocation des diverses ressources, un personnel démotivé et une infrastructure publique dégradée, le système ne cesse plus de se dégrader.

Yvon PESQUEUX met l'accent sur le développement professionnel¹ (dans notre thèse, il s'agit du développement professionnel de l'encadrement infirmier) en lien avec le management des connaissances tel que défini par Nonaka et Takeuchi dans le modèle de la « spirale du savoir » : formalisation du savoir tacite, combinaison de l'explicite vers l'explicite, l'internalisation (de l'explicite vers le tacite), et socialisation (du tacite vers le tacite). Nous formulons l'hypothèse que la formation managériale des cadres infirmiers au travers la mise en œuvre des outils socio-économiques contribue aux quatre modalités évoquées de management des connaissances.

3.1.1 Système de santé Libanais

Le système de santé libanais est l'un des plus complexes à comparer avec les autres systèmes à travers du monde. Il est considéré comme pluraliste qui est un mélange des systèmes connus à travers le monde. Afin de pouvoir mettre l'accent sur la complexité du système libanais, nous présenterons en premier lieu les principaux systèmes à savoir le système Beveridgien, le système Bismarckien et le système Libéral.

3.1.1.1 Système de Santé Britannique

Si le système Beveridgien adopté surtout en Grande Bretagne est un système centralisé où les droits sociaux constituent un droit pour la population, il est contrôlé directement par le parlement. Le budget de l'état à travers le Ministère de la Santé représente la

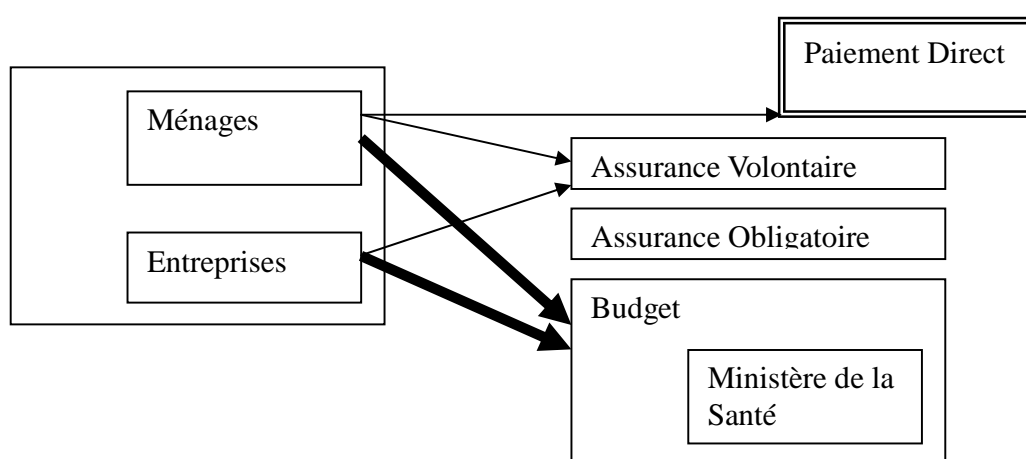
¹ Pesqueux Y. (2012), le développement des cadres, op. cit.

principale source de financement de ce système. Etant contrôlé par l'Etat, ce système assure une solidarité nationale et garantit l'équité d'accès aux soins fournis. Le contrôle des dépenses de santé est toutefois garanti mais ce système crée dans la majorité des cas, un handicap pour les bénéficiaires se reflétant dans les longues listes d'attentes pour les admissions hospitalières. Pour cela, un certain nombre de citoyens ont recours à des assurances privées ou bien paient sur leurs propres fonds.

Nous présentons dans le schéma qui suit les moyens de couvertures en système Beveridgien des deux catégories de population : les ménages et les employés d'entreprises.

L'intensité et la largeur des flèches indiquent l'importance du transfert.

Schéma 3.1 Système Beveridgien¹



3.1.1.2 Système de Santé Français

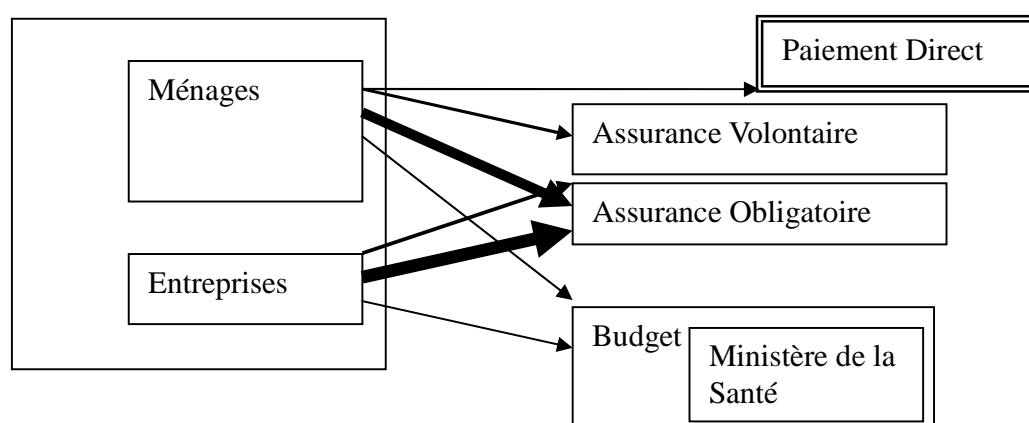
Le système Bismarckien est le système d'assurance sociale obligatoire qui est appliqué dans les principaux pays de l'Europe Centrale. Ce système oblige tous les résidents à souscrire à une assurance maladie. Ce système peut permettre une pluralité d'assurances

¹ Lafarge H., Module économies de la santé, cours de MBA, USJ, Liban (non publié).

corporatistes comme le cas de l'Allemagne par exemple. En France, la population est divisée en deux catégories :

- Les ménages qui, en premier lieu, doivent souscrire à une assurance obligatoire qui est la Sécurité Sociale. Dans de rares cas, ils ont recourt au budget de l'Etat, au paiement direct ou à une assurance privée.
- Les employés des entreprises doivent aussi être inscrits à l'assurance obligatoire. Pour certains d'entre eux, une couverture par une assurance volontaire ou par le budget de l'Etat permet le paiement des soins.

Schéma 3.2 Système Bismarckien

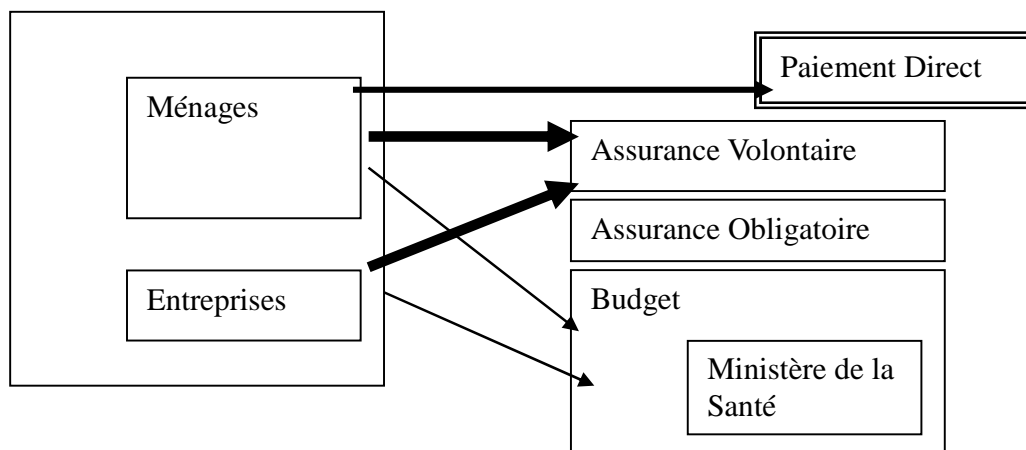


3.1.1.3 Système de Santé Américain

C'est un système libéral dans lequel le financement provient majoritairement des compagnies d'assurance surtout à travers des contrats effectués par les entreprises pour couvrir leurs employés. Ces contrats d'assurance sont cofinancés par les employeurs et les employés. La couverture est complétée par deux organismes publics qui sont « Medicare » et « Medicaid ». « Medicare » couvre les personnes âgées de plus de 65 ans et « Medicaid » ceux qui sont dans une situation économique précaire.

Les ménages et les entreprises ont recours à des assurances privées pour couvrir les dépenses de soins de santé. Une partie a recours au budget de l'état et une autre au paiement direct en contre partie des services de soins fournis.

Schéma 3.3 Système Libéral

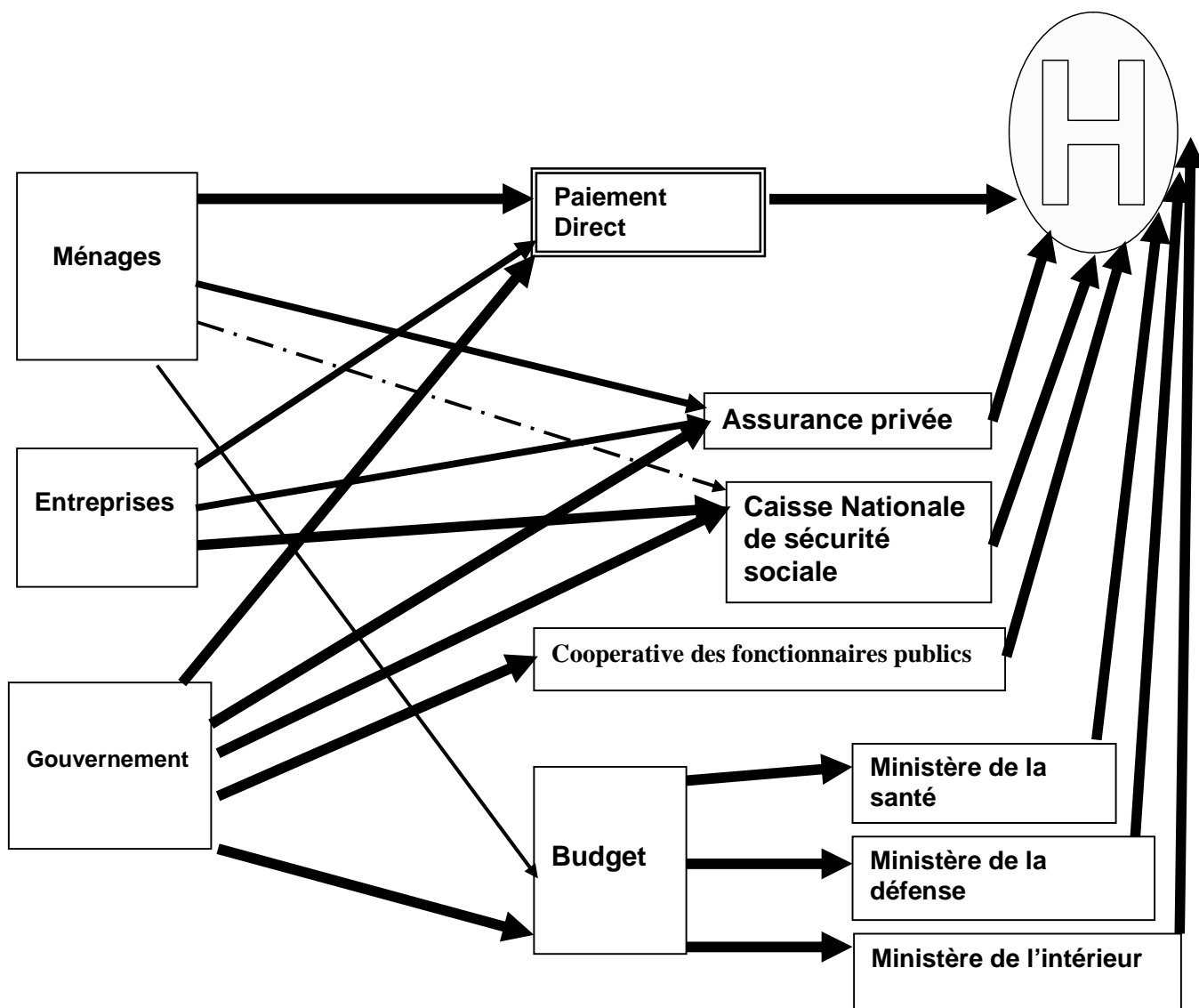


3.1.1.4 Système de Santé Pluraliste

Le système dit pluraliste appliqué au Liban est le résultat de la multitude des agences de prise en charge des patients. Ce système rend le contrôle de plus en plus difficile et augmente d'une façon importante les coûts administratifs et par conséquent les dépenses dans le secteur de la santé. D'un autre côté ce système rend la gestion des établissements de santé plus difficile et engendre des déficits de trésorerie énormes en raison des retards de recouvrement des créances comme conséquence d'une mauvaise organisation au niveau des assureurs. Ce phénomène handicape le progrès, voire la survie des hôpitaux et mène les gestionnaires hospitaliers à négliger les stratégies pour se focaliser uniquement sur la gestion des crises quotidiennes. Au Liban, les assureurs publics se divisent en plusieurs catégories et chaque catégorie possède son propre mode de fonctionnement, ses propres outils de contrôle et ses propres moyens et conditions de financement. Les principaux assureurs publics sont : le Ministère de défense pour l'armée libanaise, Le Ministère de l'intérieur pour les forces de sécurité intérieure et la coopérative des

fonctionnaires d'Etat pour les autres employés des services publics. Toutes ces caisses sont financées par un budget annuel de l'Etat. Le ministère de la santé de l'Etat joue un double rôle au Liban : Celui de régulateur du système de santé et celui d'assureur principal d'une très grande partie de la population, théoriquement considérée comme démunie. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale est une assurance obligatoire pour les employés des entreprises privées. Elle est facultative pour les non-employés et financée en grande partie par les employeurs et, pour le reste par une cotisation mensuelle plafonnée des employés, en plus d'une participation annuelle de l'Etat. A leur tour, les assurances privées se divisent en deux catégories : les assurances conventionnées et les caisses mutuelles. Ces deux catégories se financent par des contrats d'assurance avec les particuliers et quelquefois avec des entreprises privées pour une complémentarité de couverture. Avec cette diversité de type d'assurances, mélange de à toutes sortes de systèmes de financement dans le monde, le Liban possède les trois principaux régimes de couverture médicale : public, parapublic et privé comme l'illustre le schéma 3.4 :

Schéma 3.4 Système Libanais



3.1.2 La démographie hospitalière

Le secteur hospitalier au Liban est détenu en majorité par le secteur privé. Le nombre total des hôpitaux au Liban est de 166¹ dont 124 sont des hôpitaux privés enregistrés au syndicat des hôpitaux privés au Liban et 42 hôpitaux publics. C'est surtout durant la guerre civile qui a eu lieu au Liban dans les années 80 et 90 que le secteur privé a pris la relève. La répartition du nombre de lits d'hospitalisation ainsi que des spécialisations médicales et biomédicales sur le territoire libanais n'est conforme ni à la taille de la population ni aux besoins de soins, comme cela est mis en évidence dans le tableau 3.1.

Tableau 3.1 Répartition des hôpitaux et des nombres de lits sur le territoire libanais

¹ Source Ministère de la Santé au Liban, 2011.

Zone Géographique	Nombre d'hôpitaux ¹	Nombre de lits	Nombre de lits moyen par hôpital	Population ²	Nombre de lits par 1000 habitant
Beyrouth	24	2201	92	1 488 805	1.48
Mont Liban	58	3981	51	422 091	9.43
Liban Nord	27	1924	71	807 204	2.4
Liban Sud	29	1896	65	747 477	2.5
Bekaa	28	1531	55	539 488	2.8
Total	166	11 533		4 005 065	
Moyenne			69		2.8

Les hôpitaux du Liban, surtout ceux qui appartiennent au secteur privé, possèdent une technologie médicale et biomédicale avancée. La profusion de ces technologies relativement avancées par rapport aux besoins réels du pays est le résultat de la non planification stratégique sanitaire de la part des professionnels dans le domaine. Cela se traduit par un manque d'efficacité et une complexité croissante dans la gestion des établissements de santé. Dès lors, comment rentabiliser des technologies biomédicales très chères avec une population globale qui ne dépasse pas les quatre millions ?

Tableau 3.2 Nombre de centres de diagnostics et de soins thérapeutiques avancés

Domaine médical	Nombre de centres ³	Par millions d'habitants
-----------------	--------------------------------	--------------------------

¹ Source Syndicat des hôpitaux privés au Liban 2012.

² Source Ministère de l'intérieur au Liban 2012.

³ Source Ministère de la Santé au Liban 2011.

Lithotripteur	27	6.7
Centre de brulure	5	1.2
Centre de Dialyse	45	11.25
Centre de chirurgie à cœur ouvert	22	5.5
Centre de Cathétérisme cardiaque	34	8.5
Centre de transplantation néphrologique	4	1
Centre de transplantation de moelle	4	1
Centre de fertilisation	14	3.5
Centre de radiothérapie	8	2
IRM	35	8.75
CT Scan	80	20

3.1.3 Acteurs externes, acteurs internes

Etre manager dans un milieu hospitalier consiste d'abord à bien analyser les enjeux des acteurs et les facteurs dominants de motivation au travail¹. La multitude et la diversification des acteurs et de leurs perceptions rend la gestion des établissements de santé au Liban très complexe. En raison de la mauvaise organisation du système, la définition même de catégories d'acteurs est très difficile. Peut-on par exemple considérer comme acteur interne le médecin n'ayant aucune descendance hiérarchique à l'hôpital et qui exerce au sein de l'hôpital une profession libérale? Qu'en est-il du médecin employé à l'hôpital et qui en même temps relève de l'ordre des médecins et non de la direction de

¹Hart J. et Lucas S., Gestion des ressources humaines, Management Hospitalier, LAMARRE 2002, 180p.

l'hôpital ? Les deux principales catégories d'acteurs qui sont en interrelation directe ou indirecte avec les organisations de soins sont : les acteurs internes et les acteurs externes qui à leur tour se divisent en plusieurs sous-catégories.

- Créée en 1963, la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale constitue le plus grand assureur pour la population libanaise. Elle est constituée de trois branches. La première est le régime d'indemnité de fin de service, créé en 1965. La deuxième branche, créée au même moment, concerne les allocations familiales et la troisième branche d'assurance maladie et maternité a été créée en 1971. Le financement de cette caisse se fait en majorité par les employeurs, l'employé payant une très faible contribution. Les bénéficiaires de cette caisse sont les employés du secteur privé, les contractuels qui travaillent dans le secteur public, les universitaires, les journalistes, les chauffeurs de taxi, les maires et les médecins. Presque la moitié de la population libanaise est couverte par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale.
- La caisse des fonctionnaires de l'Etat est une caisse publique, créé également en 1963, assumant des services sociaux et de santé aux fonctionnaires de l'Etat. Elle est financée en partie par une cotisation mensuelle de la part des adhérents et en partie par un budget annuel alloué par l'Etat.
- L'armée libanaise, les soins offerts aux bénéficiaires de l'armée en tant que militaire ou membre de famille d'un militaire se font soit à l'hôpital militaire, soit dans un hôpital privé suivant un contrat et un budget annuels préétabli. L'armée couvre 100% de la facture pour toute hospitalisation et pour toute intervention ou examen que ce soit en externe ou en interne.
- Les autres forces militaires ; Les bénéficiaires sont pris en charge dans les établissements de soins privés. La couverture est également totale.
- Le ministère de la santé ; existe depuis 1946 joue un double rôle. Il est le régulateur du système et il assure en même temps une couverture pour toute personne qui ne possède pas une assurance maladie.

- Le ministère des finances est le régulateur et le contrôleur du système d'impôt sur les bénéfices sur salaires, des douanes et de la taxe sur la valeur ajoutée. En plus il a un rôle de contrôle sur les importations en matière médicale et paramédicale.
- Les assurances conventionnées et caisses mutuelles sont très développées en comparaison avec les autres pays de la région. Elles fournissent une assurance totale aux souscripteurs ou une assurance complémentaire à celle assurée par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale.
- Le syndicat des hôpitaux du Liban a été créé en 1965. Il est membre de la Fédération Arabe des Hôpitaux et est le membre fondateur de la Commission Nationale du Tourisme de Santé. Il est aussi membre de l'Union Internationale des Hôpitaux Privés Paris, de la Fédération Internationale des Hôpitaux (Londres), et enfin du Conseil National Supérieur de Santé.
- Les médecins ; malgré l'ambiguïté de leur statut, peuvent être considérés à la fois comme acteurs internes et externes. Ils jouent le rôle d'un fournisseur de service, d'un client ou d'un employé. Au Liban c'est la catégorie d'acteur la plus difficile à satisfaire.
- L'ordre des médecins. Tout médecin qui exerce au Liban doit impérativement être inscrit à l'ordre des médecins. L'ordre des médecins émet les règles, les nomenclatures d'actes de soins et les tarifs se rattachant à l'exercice de la profession médicale. Il défend les droits des médecins et veille à l'application de la loi de déontologie.
- Le syndicat des infirmiers a pour rôle principal de préserver les droits des infirmiers et de définir une grille de rémunération pour le corps infirmier. Il participe à la formation du corps infirmier et veille à la bonne application des protocoles de soins sur le plan national.
- Les fournisseurs se divisent en plusieurs catégories et sous-catégories. Les fournisseurs d'exploitation se segmentent en fournisseurs de services, fournisseurs de médicaments, fournisseurs de gaz médicaux, fournisseurs de produits alimentaires, fournisseurs de produits hôteliers, fournisseurs de fournitures médicales, fournisseurs d'énergie et fournisseurs de fournitures de bureau. Parmi eux, il faut noter le cas particulier de l'électricité du Liban. Pour les hôpitaux situés en dehors du centre de

Beyrouth, l'électricité de la compagnie nationale ne fournit en moyenne que six heures d'électricité par jour. Il convient par conséquent de recourir à des groupes électrogènes alimentés au fuel, ce qui alourdit considérablement le coût (consommation de fuel, amortissement des installations et coût d'entretien). Par exemple, le coût annuel lié à l'utilisation des groupes électrogènes représente 1 million de dollars américains, en moyenne par hôpital, pour les hôpitaux que nous étudions.

Les fournisseurs d'immobilisation se divisent quant à eux en deux grandes catégories : les fournisseurs des équipements biomédicaux et les fournisseurs d'immobilisations.

- Les institutions financières sont surtout représentées par les banques qui participent au financement du système surtout au niveau d'exploitation. Cela se traduit au niveau des emprunts à long terme et de la trésorerie. Il convient de noter que les taux d'intérêts sont élevés au Liban, environ 10% par an sur les emprunts en dollars américains à long terme et 12 % par an pour la trésorerie.
- Les clients sont les personnes qui attendent des services de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle il est très difficile et très utile de savoir définir qui sont les véritables clients de l'hôpital : les patients mais aussi leur famille.
- Les personnels ; plusieurs catégories et niveau de personnel existent au sein de l'hôpital. Ils se divisent en personnel administratif, médecins salariés, techniciens, infirmières diplômées, aides-soignants et ouvriers. Les employés sont les principaux acteurs de l'hôpital. En effet « l'ensemble structuré de rapports humains, qui soutient l'organisation et qui seul lui donne vie, n'est pas façonné passivement par des contraintes situationnelles. Il obéit à sa propre logique, à sa propre rationalité. Car il correspond à un ensemble de relations de pouvoir articuler sous forme de jeux dans le cadre desquels des acteurs relativement autonomes poursuivent leurs intérêts divergents et négocient leur participation à l'ensemble. Et, selon les fonctions qu'ils occupent, selon les sources de pouvoir qu'ils contrôlent, ces acteurs seront tout naturellement amenés à agir de sorte que les solutions adoptées pour résoudre les problèmes posés par la technologie, l'environnement, bref la situation, soient compatibles avec au moins le maintien de leur propre capacité de négociation au sein

de l'organisation¹ ». Cette citation de M. Crozier s'applique tout à fait dans le cas des hôpitaux du Liban. On peut noter en particulier des exemples de pouvoir informels qui s'appliquent à différentes catégories de personnel :

- Médecins : pouvoir de privilégier les admissions dans les hôpitaux concurrents où ils exercent également, ce qui cause des pertes potentielles de clients.
- Infirmières : pouvoir de se faire recruter d'autres hôpitaux, entraînant une déperdition de compétences. Par exemple quatre infirmières de néo-natalité d'un des hôpitaux ont été embauchées par un autre hôpital ce qui a provoqué la fermeture du service de néo-natalité et l'effondrement de l'activité de la maternité en raison des risques lors des accouchements.
- Personnel administratif a le pouvoir de se faire attirer par d'autre secteur à cause de la surcharge de travail et de l'environnement de travail. Le personnel administratif, vu la diversification des métiers à l'hôpital, étant polyvalent trouve ailleurs dans d'autres secteurs un autre emploi.

Le schéma 3.5 illustre la chaîne des acteurs qui participent au bon fonctionnement de l'hôpital. Il suffit le blocage d'un seul des maillons pour que toute l'activité de l'hôpital soit perturbée.

Schéma 3.5 Chaîne des acteurs des hôpitaux au Liban

¹Crozier M., Freiberg E., L'Acteur et le Système, Le seuil 1997, p.135.



3.2 Le terrain de recherche

Notre terrain de recherche est composé de trois établissements hospitaliers privés de caractéristiques différentes : taille, statut, culture, spécialisation, etc. Nous les désignons par H1, H2, H3. Il s'agit d'établissements sociaux humanitaires à but non lucratif, qui ont pour mission de:

- Prodiguier aux malades de toutes classes et de toutes conditions sociales et religieuses les meilleurs soins.
- Promouvoir une politique sanitaire et hospitalière adaptée aux besoins du pays et en harmonie avec le progrès scientifique.
- Suivre les normes nationales et internationales de santé.
- Créer un environnement curatif, où médecins, professionnels de la santé et employés sont alliés afin de fournir ensemble des soins personnalisés.

- Favoriser l'enseignement clinique et infirmier dans les écoles existantes.
- Promouvoir une pastorale hospitalière.

Leur vision est d'être les principaux centres régionaux de soins médicaux reconnus par leurs qualités, et d'accompagner tous les progrès techniques en conciliant les deux objectifs de prospérité et de réduction des coûts dans le respect de leur mission humanitaire. Leurs valeurs fondamentales se résument par :

- Le respect et la confidentialité.
- Des soins de qualité aux patients.
- Des plans d'amélioration continue et d'innovation.
- Un travail d'équipe.
- La responsabilité.

Les diverses raisons pour lesquelles il est indispensable d'introduire un changement au niveau managérial sont les suivantes :

- La situation démographique évolue, la population servie par ces trois hôpitaux ne cesse d'augmenter. Elle s'élève à plus de 800 000 individus. Pour répondre à leurs besoins il est nécessaire d'améliorer les compétences managériales afin de pouvoir consolider leur positionnement et assurer une rétention de la clientèle.
- Compte tenu de l'ouverture et des progrès au niveau des systèmes d'information et de transport, les clients sont devenus de plus en plus informés et exigeants, la liaison avec d'autres centres médicaux est devenue de plus en plus facile, le fait qui oblige ces hôpitaux à réagir.
- Les changements technologiques, évoluent de plus en plus rapidement et nécessitent d'énormes investissements à tous les niveaux, si bien que les trois hôpitaux étudiés sont amenés à prendre des décisions et des mesures à la hauteur de la situation.
- La compétition et la concurrence, qui devient de plus en plus ample et flagrante sont à la base de l'obligation de se perfectionner.

- Le contexte social qui oblige l'accès à l'hospitalisation et aux soins médicaux fait partie intégrante de leur mission.
- La demande croissante et obligatoire de la qualité totale tout en se conformant aux exigences de l'accréditation.
- La pression de la part du gouvernement pour la réduction du coût des soins médicaux vu les contraintes budgétaires et la conjoncture économiques que traverse le pays.

Les principales forces qui distinguent les trois hôpitaux de notre terrain d'expérimentation sont les suivantes :

- Réputation du secteur privé qui a énormément évolué pendant la guerre
- Personnels soignants et administratifs qualifiés et bien formés
- Médecins de bonne réputation
- Couverture de toutes les spécialités
- Admission de tout genre de patients de toute sorte de couverture
- Hôpitaux à but non lucratif
- Présence des services spécialisés bien équipés et de bonne réputation (urologie, ophtalmologie, gynécologie)

Par contre les faiblesses sont les suivantes :

- Difficultés de trésorerie
- Manque de certains équipements
- Besoin d'amélioration et de remplacement de certains équipements
- Mauvaise relation avec certains médecins
- Difficulté de recrutement de nouveaux médecins
- Manque de compétences de certains employés
- Dépendance de quelques employés clés

- Dispersion de quelques services de soins et de quelques locaux administratifs
- Gaspillage et façon de travail inadaptée

Les opportunités que peuvent saisir ces hôpitaux sont nombreuses nous citons quelques-unes :

- Démographie énorme
- Localisation et accessibilité facile pendant toutes les saisons
- Nombre significatif des touristes durant toutes les saisons
- Bonne relation avec tous les acteurs externes

D'autre part nous résumons les menaces qui pourront affecter leur développement et leur survie par :

- Retard de recouvrement des créances
- Augmentation des prix de matières premières
- L'émergence des nouvelles technologies à coût d'acquisition très élevé
- Ouverture de nouveaux centres de soins
- Augmentation des escomptes sans justificatif de la part des tiers payants
- Diminution des prix des services rendus imposés par les tiers payants publics
- Migration démographique
- Appauvrissement de la population
- La liberté et la mobilité de la main d'œuvre médicale

3.2.1 L'hôpital H1

C'est un hôpital à court et moyen séjour, il se situe dans la banlieue de la capitale Beyrouth. Fondé en 1983, il regroupe actuellement 180 lits de soins polyvalents. L'hôpital H1 est constitué des services et départements suivants :

- Un département des urgences possédant six salles de travail, une salle de réanimation pédiatrique, une salle de réanimation adulte, une salle de triage, une salle de petite chirurgie, une salle de radiologie, trois salles de transfert, une salle de plâtre et de deux salles de consultation.
- Un bloc opératoire formé de cinq salles opératoires, une salle de réanimation, une salle de réveil, une salle de préparation et une salle de stérilisation.
- Un département de gynécologie et d'obstétrique avec trois salles d'accouchement et quinze pouponnières.
- Un département de soins intensifs avec sept lits de soins polyvalents et quatre lits de soins cardiaques et coronaires.
- Un service d'exploration fonctionnelle incluant un lithotriporteur, deux machines d'épreuve à l'effort, un ultrason cardiaque, un gastroscopie, une colonoscopie, un électroencéphalogramme, et un électromyogramme.
- Un service d'imagerie médicale comportant un IRM, un Ct-scan, deux machines de radiologie, une mammographie, une machine panoramique et un ultrason.
- Un laboratoire de cathétérisme cardiaque.
- Un laboratoire d'examen sanguins regroupant la bactériologie, l'immunologie et la biochimie.
- Une banque de sang.
- Une unité de laboratoire anatomo-pathologie.
- Un centre d'ophtalmologie.
- Une unité d'ORL.
- Un centre de dialyse.
- Un service de chirurgie.
- Un service de pédiatrie avec une unité de soins néonataux.
- Un service de médecine.
- Un service d'oncologie.

L'hôpital H1 réalise un chiffre d'affaires annuel net (hors part des médecins) de 16,7 millions de dollars américains environ auxquels s'ajoutent les honoraires des médecins qui s'élèvent à 5 millions de dollars américains. Le nombre de médecins

pratiquant dans cet hôpital est de 138 médecins avec un effectif total hors médecins de 325 employés.

Tableau 3.3 Répartition des employés par département, hôpital H1

Département	Nombre	Pourcentage du total
Archives	3	1%
Bloc Opératoire	27	8%
Stérilisation	8	2%
Buanderie	6	2%
Centrale	3	1%
Chirurgie	15	5%
Policliniques	5	2%
Couture	3	1%
Diététique et Nutrition	12	4%
Cardiologie	19	6%
Dialyse	8	2%
Cathétérisme Cardiaque	3	1%
Exploration Fonctionnelle	4	1%
Finances	16	5%
Biomédical	2	0.5%
Gestion du Matériel	4	1%
Laboratoire	15	5%
Maintenance	7	2%
Maternité	36	11%

Médecine	28	9%
Centre d'ophtalmologie	4	1%
Ophtalmologie/ORL	9	3%
Pédiatrie	19	6%
Pharmacie	4	1%
Radiologie	8	2%
Ressources Humaines	2	0.5%
Soins Intensifs	18	6%
Urgences	18	6%
Service d'informatique	2	0.5%
Cafeteria	6	2%
Direction	11	3%
Total	325	100%

Le corps soignant variant d'infirmiers diplômés, de techniciens et d'aides infirmiers constitue la majorité. Cependant le département de maternité, qui a le plus faible taux d'occupation, comporte le plus grand nombre de personnels.

Tableau 3.4 Répartition des médecins par spécialisation, hôpital H1

Spécialisation	Nombre	Pourcentage du total
Cardiologie	9	8%
Pédiatrie	18	13%
Ophtalmologie	12	9%
Médecine Générale	13	9%
Neurochirurgie	4	3%
Chirurgie Pédiatrique	3	2%
Urologie	6	4%
Orthopédie	9	8%
Gynécologie	13	9%
Endocrinologie	3	2%
Maladie Infectieuse	2	1%
Médecine Familiale	2	1%
ORL	3	2%
Gastro Entérologie	6	4%
Chirurgie Plastique	6	4%
Pneumologie	2	1%
Anesthésie- Réanimation	6	4%
Radiologie	3	2%
Chirurgie Cardio-Vasculaire	5	4%
Chirurgie Générale	8	6%
Oncologie	2	1%
Néphrologie	3	2%
Total	138	100%

Des 138 médecins enregistrés à l'hôpital H1, environ 40 médecins admettent plus de 80% du total des admissions des patients internes.

3.2.2- L'hôpital H2

L'hôpital H2 est un hôpital à court et moyen séjour de petite taille, il se situe à quelques kilomètres de la capitale Beyrouth. L'hôpital possède 66 lits de soins polyvalents. Il est constitué des services et départements suivants :

- Un département des urgences possédant 2 salles de travail, une salle de réanimation adulte, et une salle de plâtre.
- Un bloc opératoire formé de trois salles opératoires, et d'une salle de réveil.
- Un service de maternité avec une salle d'accouchement.
- Un département de soins intensifs de quatre lits de soins polyvalents.
- Un service d'imagerie médicale comportant un Ct-scan, une machine de radiologie et un ultrason.
- Un laboratoire d'examen sanguins regroupant la bactériologie, l'immunologie et la biochimie.
- Un centre de dialyse.
- Un service de chirurgie.
- Un service de pédiatrie avec une unité de soins néonataux.
- Un service de médecine.

Le chiffre d'affaires annuel de l'hôpital H2 s'élève à 6 millions de dollars américains environ auxquels s'ajoutent des honoraires de médecins de près de 1,6 millions de dollars américains. Le nombre de médecins pratiquant dans cet hôpital est de 122 médecins avec un effectif total hors médecins de 192 employés.

Tableau 3.5 Répartition des employés par département, hôpital H2

Département	Nombre	Pourcentage du total
Admission	2	1%
Archive	1	0.5%
Biomédical	2	1%
Bloc Opératoire	16	8%
Buanderie	7	4%
Cafeteria	2	1%
Central	3	2%
Chirurgie	13	7%
Comptabilité	10	5%
Cuisine	6	3%
Dialyse	8	4%
Nettoyage	8	4%
Laboratoire	9	5%
Maintenance	3	2%
Maternité	13	7%
Médecine	18	9%
Pédiatrie	7	4%
Pharmacie	4	2%
Radiologie	6	3%
Aumônerie	1	0.5%
Remplaçants	14	7%

Ressources Humaines	1	0.5%
Policliniques	2	1%
Soins intensifs	14	7%
Urgences	17	9%
Direction	5	2.5%
Total	192	100%

On remarque que le ratio employé/nombre de lits à H2 (2.9) est considérablement élevé à comparer avec H1 qui est de 1.8 et H3 qui est de 1.5.

Tableau 3.6 Répartition des médecins par spécialisation, hôpital H2

Spécialisation	Nombre	Pourcentage du total
Anesthésie – Réanimation	2	2%
Cardiologie	7	7%
Médecine Dentaire	2	2%
Chirurgie Générale	10	8%
Chirurgie Pédiatrique	2	2%
Chirurgie Plastique	3	2%
Chirurgie Thoracique	1	1%
Chirurgie Vasculaire	2	2%
Dermatologie	1	1%
Endocrinologie	3	2%
Gastro entérologie	3	2%
Gynécologie	15	12%

Laborantin	1	1%
Médecinegénérale	15	12%
Médecine de famille	1	1%
Médecine interne	4	3%
Néphrologie	3	2%
Neurochirurgie	3	2%
Neurologie	1	1%
Oncologie	3	2%
Ophthalmologie	3	2%
Orthopédie	7	7%
ORL	4	3%
Pédiatrie	14	11%
Pneumologie	4	3%
Psychiatrie	1	1%
Radiologie	1	1%
Urologie	4	3%
Urgentistes	2	2%
Total	122	100%

Le chiffre d'affaires annuel de H2 est relativement faible par rapport au nombre de médecins enregistrés dans cet hôpital. Il est de 49000 USD par médecin par an à comparer avec H1 qui est de 116000 USD par médecin par an et de 60000 USD par médecin et par an à H3.

3.2.3- L'hôpital H3

C'est un hôpital considéré de taille moyenne, se situe également à Beyrouth et comporte 150 lits outre les activités annexes. Il est constitué des services et départements suivants :

- Un département des urgences possédant 3 salles de travail, une salle de réanimation adulte, une salle de plâtre et deux salles de consultation.
- Un bloc opératoire formé de quatre salles opératoires, et d'une salle de réveil.
- Un service de maternité avec trois salles d'accouchement et une douzaine de pouponnières.
- Un département de soins intensifs de sept lits de soins polyvalents.
- Un service d'imagerie médicale comportant un Ct-scan, une machine de radiologie et un ultrason.
- Un laboratoire d'examen sanguins regroupant la bactériologie, l'immunologie et la biochimie.
- Un centre de dialyse.
- Un service de chirurgie.
- Un service de pédiatrie avec une unité de soins néonataux.
- Un service de médecine.

Le chiffre d'affaires annuel de l'hôpital H3 s'élève à 6,7 millions de dollars américains environ auxquels s'ajoutent 2 millions de dollars américains d'honoraires de médecins. Le nombre de médecins pratiquant dans cet hôpital est de 116 médecins avec un effectif total hors médecins de 226 employés.

Tableau 3.7 Répartition des employés par département, hôpital H3

Département	Nombre	Pourcentage du total
Admission	2	1%
Archive	2	1%
Biomédical	1	0.5%
Bloc Opératoire	15	7%
Buanderie	12	5%
Cafeteria	3	1%
Central	3	1%
Chirurgie	20	9%
Clinique	2	1%
Couture	1	0.5%
Cuisine	13	6%
Endoscopie	3	1%
Maintenance	5	2%
Comptabilité	15	7%
Laboratoire	8	4%
Maternité	11	5%
Médecine	21	9%
Néonatalogie	4	2.5%

Pédiatrie	21	9%
Pharmacie	4	2%
Radiologie	7	3%
Physiothérapie	1	0.5%
Ressources Humaines	3	1%
Soins Intensifs	21	9%
Urgences	21	9%
Direction	7	3%
Total	226	100%

L'hôpital H3, malgré son emplacement au centre de la Capitale Beyrouth, possède un taux d'occupation annuel relativement faible et qui est en dessous de 45%. Pour cela, on trouve que le nombre d'employés total compte tenu du nombre de lits total est relativement faible.

Tableau 3.8 Répartition des médecins par spécialisation, hôpital H3

Spécialisation	Nombre	Pourcentage du total
Chirurgie Générale	9	8%
Orthopédie	9	8%
Endocrinologie	4	3%
Cardiologie	7	5%
Neurochirurgie	4	3%
Urologie	8	7%

ORL	5	4%
Chirurgie Vasculaire	3	3%
Gynécologie	13	11%
Ophthalmologie	6	5%
Oncologie	2	2%
Chirurgie Plastique	2	2%
Anesthésie –réanimation	3	3%
Gastrologie	4	3%
Chirurgie maxillo-faciale	2	2%
Médecine de famille	1	1%
Médecine Générale	1	1%
Néphrologie	4	3%
Neurologie	2	2%
Médecine Interne	4	3%
Maladie Infectieuse	2	2%
Radiologie	2	2%
Pneumologie	2	2%
Dermatologie	2	2%
Laboratoire	1	1%
Pédiatrie	12	10%
Chirurgie Pédiatrique	2	2%
Total	116	100%

Nous présenterons, dans ce qui suit, un tableau qui souligne les points de comparaisons entre les trois hôpitaux .

Tableau 3.9 Récapitulatif terrain de recherche

	Hôpital H1	Hôpital H2	Hôpital H3	Total
Zone Géographique	Banlieue de Beyrouth, région montagneuse	Banlieue de Beyrouth, bord de la mer	Beyrouth, centre-ville	
Spécialisation	General + services spécialisés	General	General	
Nombre de Lits	180	66	150	396
Effectifs	325	192	226	743
Nombre de Médecins	138 dont 45 plein temps	122 dont 20 plein temps	116 dont 30 plein temps	376 dont 95 plein temps
Nombre de patients / an	38 000 dont 9 500 internes	20 000 dont 3 500 internes	27 000 dont 6 000 internes	85 000 dont 19 000 internes
Nombre d'Operations / an	4 800	1 400	2 600	8 800
Chiffre d'affaire annuel (en USD)	16 Millions	6 Millions	7 Millions	29 Millions

Au niveau national, notre terrain expérimental représente un échantillon significatif du point de vue zone géographique, services spécialisés, culture et structure. Le tableau 3.10 montre le poids des trois hôpitaux dans le contexte libanais :

Tableau 3.10 Centre de Diagnostics spécialisés du terrain de recherche par rapport au niveau national

Domaine médical	Nombre de centres ¹	Terrain d'expérimentation	En %
Lithotriporteur	27	2	7%
Centre de brûlure	5	0	0
Centre de Dialyse	45	3	7%
Centre de chirurgie à cœur ouvert	22	1	5%
Centre de Cathétérisme cardiaque	34	1	3%
Centre de transplantation néphrologique	4	0	0%
Centre de transplantation cardiaque	2	1	50%
Centre de transplantation de moelle	4	1	25%
Centre de fertilisation	14	0	0
Centre de radiothérapie	8	0	0
IRM	35	1	3%
CT Scan	80	3	4%

¹ Source Ministère de la Santé au Liban 2011.

3.3- Le besoin du changement

Outre la complexité du système de santé libanais, déjà présentée dans la première partie de ce chapitre, et compte tenu de la diversité des acteurs et des parties prenantes en interaction directe et indirecte dans le secteur hospitalier au Liban, plusieurs autres défis se rattachant aux deux environnements externe et interne des 3 hôpitaux H1, H2 et H3 handicapent et parfois empêchent leur développement et leur progrès particulièrement menacer leur survie. Des compétences managériales particulières sont requises à tous les niveaux et surtout à celui de la gouvernance des hôpitaux au Liban pour pouvoir survivre et se développer. Pour cela une application des outils d'un management innovant a semblé nécessaire aux yeux des acteurs pour amener ces organisations à surmonter tous les obstacles et à s'adapter à des circonstances plus difficiles.

3.3.1 Défis de l'environnement externe

Le monde devient de plus en plus turbulent, la gestion des organisations devient de plus en plus difficile ce qui nécessite un accompagnement et une harmonie adéquats quant aux changements rapides et croissants.

Au Liban, l'instabilité politique accroît l'incertitude et augmente les risques liés à la gestion prévisionnelle. D'autre part, la conjoncture économique aux plans national et international rend le développement technique, scientifique et biomédical presque impossible.

La multitude et la désorganisation ainsi que la structure des assureurs publiques et conventionnés handicapent la budgétisation. Ceci rend la gestion financière presque inefficace dans les hôpitaux et augmentent d'une façon considérable les charges financières. La repercussion est forte et diminue la qualité des prestations offertes suite aux déficits permanents de trésorerie.

Le rôle affaiblit du Syndicat des hôpitaux privés du Liban fait que les établissements hospitaliers se retrouvent dominés par les autres parties prenantes. Les hôpitaux

deviennent le maillon faible dans l'équation et la définition des règles du jeu du système de santé libanais.

La nonchalance de la part de l'Etat, la non mise à jour et la mauvaise application de la législation et de la réglementation dans le système de soins affaiblit la productivité des établissements hospitaliers et augmente l'injustice et l'iniquité entre ces derniers.

La mauvaise concurrence, parfois déloyale et non contrôlée de la part de l'Etat et des professionnels de santé, alourdit le fardeau qui pèse sur le dos des gestionnaires des établissements de soins et rend la situation très difficile à gérer.

La demande de plus en plus croissante et diversifiée de la part des clients-patients et de la part de leur famille influence négativement le processus de soins et rend le niveau de satisfaction requis de plus en plus difficile à atteindre. Les clients deviennent de plus en plus informés et par conséquent de plus en plus exigeants.

Le changement démographique pousse les hôpitaux à effectuer des bouleversements avec des fréquences de plus en plus rapides afin de pouvoir répondre aux besoins de la communauté et s'adapter aux différentes maladies émergentes.

L'exclusivité octroyée aux fournisseurs surtout des médicaments et de certains produits vitaux met les hôpitaux dans des états de faiblesse vis-à-vis des fournisseurs qui imposent d'une façon unilatérale les conditions de vente.

L'avancement très rapide de la technologie et des sciences médicales et biomédicales accompagné de l'incapacité d'autofinancement endette les hôpitaux et les rend parfois incapables de concurrencer aux niveaux régional et international.

L'imposition de la part de l'état de l'application des nouveaux standards d'accréditation ainsi que la modification à plusieurs reprises des standards compliquent la gestion au niveau des départements de soins et au niveau des départements hôteliers dans les hôpitaux.

L'imposition des tarifs de vente de la part du marché accable le développement et limite l'utilisation des ressources dans le processus de traitement.

3.3.2 Défis de l'environnement interne

Les trois hôpitaux sujets de notre recherche se distinguent par une inadaptation des ressources vis-à-vis du progrès requis. Les ressources financières sont toujours insuffisantes et le cash-flow est toujours déficitaire. Les ressources humaines manquent toujours en nombre et en compétences. Les locaux sont pour la plupart à restructurer et les technologies existantes sont en parties dépassées et parfois inadaptées.

Les taux de rotation des personnels en interne et en externe sont élevés. Le manque et la mauvaise répartition des médecins spécialisés engendrent parfois des interruptions au niveau du processus de traitement ou de diagnostic et par conséquent des transferts et des pertes des patients.

La défaillance et la non efficacité des systèmes informatiques et des systèmes d'information et de communication compliquent et tardent parfois le processus de traitement des patients et même le rendent parfois inefficace.

Les tensions interprofessionnelles rendent l'environnement de travail pénible, insupportable et font fuir les personnels clés, les médecins de bonne réputation et par conséquent un certain nombre de patients.

Les relations entre médecins de même et de différentes spécialités, entre médecins et personnels et entre médecins et équipe de direction ne sont pas saines et engendrent beaucoup de dysfonctionnements.

Pour toutes ces raisons et pour pouvoir survivre et se développer, les hôpitaux devront changer leur méthodologie de travail et leur mode de management. Ils doivent appliquer un management moderne qui en même temps leur permettrait d'augmenter la qualité des divers services rendus et du processus de traitement, de satisfaire toutes les parties prenantes, de s'autofinancer, de maximiser la marge sur coûts tout cela en étant socialement responsable. Notre recherche a pour but de démontrer qu'un management socio-économique est une réponse à cette situation car il permet de sensibiliser les acteurs

sur les deux aspects social et économique de l'hôpital sans jamais se soucier des effets secondaires.

Nous retrouvons au travers de ces défis le contexte de paradoxe tel qu'il est conceptualisé par T. NOBRE et G. Bollinger¹. L'intervention qui est menée dans les hôpitaux consiste en effet à laisser s'exprimer des points de vue contradictoires, afin de créer les conditions d'un changement pacifique, plutôt que de laisser s'envenimer des conflits destructeurs.

3.4- Application du management socio-économique pour surmonter les défis

Nous allons, dans ce qui suit, faire une présentation générale du Laboratoire de recherche auquel nous sommes rattaché avant de présenter les fondements scientifiques de la méthode expérimentale telle qu'appliquée lors de nos recherches-interventions.

3.4.1 Un Laboratoire de recherche-intervention

Notre recherche a été réalisée au sein de l'Institut de Socio-économique des Entreprises et des Organisation (ISEOR), laboratoire de recherche en Sciences de gestion.

L'ISEOR performe depuis plus de 33 ans des recherches en management socio-économiques. Leur démarche consiste à faire des interventions scientifiques basées sur une méthode de recherche-intervention. Les recherches de l'ISEOR sont normalement basées sur des « hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives » et sont destinées à produire des résultats scientifiques par des applications sur le « terrain expérimental ». Les résultats de ces recherches sont à la fois : méthodologiques et substantiels².

¹ Nobre T., Bollinger G., Comment transformer les paradoxe en levier de changement? Le cas d'une organisation de service public évoluant vers le secteur marchand, acte du congrès AGRH, 2011.

²Savall. H, Zardet V., « la dimension cognitive de la recherché-intervention: la production de connaissances par interactivité cognitive », 1996, p.158.

Cette démarche de recherche-intervention s'appuie sur l'élaboration et la validation d'hypothèses et cela à partir de l'expérimentation, l'observation et de l'analyse des données du terrain. Par conséquent, l'entreprise ou l'organisation sujet du terrain d'expérimentation constitue à la fois le champ et l'objet de la recherche en sciences de gestion.

Toutes les recherches-interventions effectuées au sein de L'ISEOR sont réalisées par des équipes intervenants-chercheurs. Ces intervenants-chercheurs sont des doctorants ou des docteurs en sciences de gestion qui, repartissent leurs activités de recherches sur plusieurs axes à savoir :

- La recherche scientifique et l'expérimentation qui sont le fruit de 38 ans de recherche uniques à travers le monde sur quatre continents et dans plus de 35 pays accumulant plus de 1 300 000 heures de recherche-expérimentation qui a été conduite par plus de 125 chercheurs qui ont mené les interventions dans plus que 1300 entreprises.
- L'enseignement et la formation qui se divisent en formation professionnelle et formation académique. En effet, plus de 600 enseignants et chercheurs ont été déjà formés par l'ISEOR. 122 Docteurs en sciences de gestion, venant de 15 pays différents, ont déjà soutenu leurs thèses et 40 autres sont en cours de préparation.

Comme résultat, plusieurs congrès scientifiques de renommée internationale ont été organisés par l'ISEOR. Plus de 600 articles et communications ont été publiés par les chercheurs de l'ISEOR totalisant plus de 110 000 pages et plus de 70 livres édités.

3.4.2- Le management socio-économique à travers le temps

La recherche en sciences de gestion peut être qualifiée de fertile. Dans le cadre des recherches socio-économiques, la construction des connaissances d'intentions scientifiques

a suivi le processus d'enrichissement progressif, chaque étape ou génération de travaux venant enrichir la suivante¹.

3.4.2.1 Les fondements du modèle socio-économique

En 1973, les premiers travaux de conception du management socio-économique ont été réalisés par H. SAVALL à titre individuel. En 1974, SAVALL développait deux axes² :

- Le premier préconisait des stratégies de changement innovant s'appuyant sur le développement du potentiel humain et recherchant l'amélioration de la qualité et de l'efficacité dans l'entreprise : il s'agit du concept d'analyse socio-économique des organisations ;
- Le second proposait une méthode et des outils pour rénover le calcul économique de l'entreprise : il s'agit du concept de coûts-performances cachés.

En 1975, l'Institut de Socio-économie des Entreprises et des Organisation fut créée. Son but était d'enrichir et d'accélérer les travaux de recherches sur le management socio-économique.

A cette époque, le premier souci du fondateur était de démontrer qu'il est possible de faire sortir des entreprises et des organisations des dysfonctionnements et de calculer des coûts-cachés engendrés par ces dysfonctionnements. Ce processus a permis de conceptualiser l'origine des divers dysfonctionnements et coûts-cachés qui sont le résultat de l'interaction entre les structures et les comportements humains dans chaque entreprise et organisation. Durant cette étape, la création et la formalisation d'une méthode de diagnostic d'entreprise s'est construite.

A partir de 1978, les travaux de l'ISEOR se sont amplifiés sur l'axe des stratégies de changement innovant, touchant surtout à la qualité du potentiel humain en termes

¹Savall H., « propos d'étape sur la régulation socio-économique dans l'entreprise par la recherche de compatibilité entre l'efficacité économique et le développement humain », 1978 pp. 561-593.

²Savall H., Enrichir le travail humain, 3ième édition, 1989.

d'adéquation entre les compétences et les exécutions des tâches. Le but de cet axe est de démontrer qu'il est plus favorable à l'entreprise d'émettre des stratégies actives de développement du potentiel humain qui influencent positivement l'environnement social et qu'accroisse la performance économique de l'organisation à travers la diminution des coûts-cachés.

A partir de 1982, les travaux de recherche-intervention se concentraient sur la conduite efficace de processus de généralisation. Une action-pilote a été menée dans la totalité de l'entreprise, donnant naissance à la construction d'une méthode d'intervention opérationnelle couplant une action horizontale avec une autre verticale. Ensuite, les travaux se poursuivent sur l'ingénierie stratégique. Phase qui consiste à formaliser les résultats des méthodes et outils implémentés dans les actions pilotes menées dans les organisations. L'objectif étant d'assurer la durabilité des résultats sur les deux plans social et économique au sein des entreprises dans lesquelles les actions de recherche-intervention doivent être menées de la part des équipes de l'ISEOR.

Depuis 1987, les travaux de l'ISEOR se sont appliqués au delà des entreprises. Les outils du management socio-économique commencent à être appliqués à des espaces plus larges. Ce qui a mené au développement d'autres axes de recherches qui touchent à la conduite des actions publiques, à la qualité, à l'aménagement, à la réduction du temps de travail, etc.

L'objectif s'étendait jusqu'à l'application des outils et de la méthode socio-économique dans d'autres territoires, c'est-à-dire à l'étranger, avec une diversification des secteurs d'activité ciblés et de tout type et taille et cela, afin de s'assurer et de tester la performance et la durabilité de la méthode. La volonté était également de démontrer que la démarche socio-économique s'applique partout indifféremment de la taille, du territoire, du contexte, de la culture, de la structure et du secteur d'activité.

3.4.3 Les attentes des hôpitaux

Les produits-objectifs des trois hôpitaux se résument par les points suivants :

- Progresser en matière de qualité des soins des patients selon les normes nationales et internationales et l'accréditation.
- Améliorer la gestion des ressources humaines : travail en équipe, conditions de travail, compétences, autonomie et méthodes de travail.
- Recycler les coûts cachés résultant des défaillances en création de valeur ajoutée et minimiser les coûts des actes rendus.
- Progresser en matière de technicité et équipements médicaux: imagerie, dialyse, urgences, laboratoires, soins néonataux, chirurgie cardiaque, soins intensifs. Et en matière de structure physique: maximisation de l'utilisation des lieux physiques (Stérilisation, cafeteria, regroupement des unités des soins).
- Mettre en place des actions de développement durable: déchets toxiques, économies.
- Améliorer la qualité de service aux clients : satisfaction, prise en charge, sécurité du patient

3.4.4 La méthode

Il s'agit en premier lieu de la mise en place d'un groupe de pilotage chargé de suivre l'action socio-économique et de prendre des décisions sur la mise en œuvre. Les membres du groupe de pilotage prennent également connaissance des outils de management socio-économique mis en place:

- La gestion du temps.
- Le plan d'Actions Prioritaires.
- Le plan d'Actions Stratégiques Internes et Externes.

-La grille de compétences.

-Le tableau de bord de pilotage.

-Le contrat d'activité périodiquement négociable

Ensuite le diagnostic horizontal auprès des membres de l'équipe de direction et de l'encadrement à travers :

. L'état des lieux des dysfonctionnements généraux de l'organisation et des modes de fonctionnement actuels

. La présentation de l'effet-miroir

. La présentation de l'avis d'expert des intervenants

Des groupes des projets horizontaux pour la recherche de solutions d'amélioration et d'innovation socio-économique travaillent à travers :

- La mobilisation de la Direction et des membres de l'encadrement sur les axes d'amélioration du fonctionnement général de l'entreprise.
- La définition du cahier des charges des progrès à apporter dans les modes de fonctionnement, tenant compte des contraintes et des spécificités de l'organisation et de son activité.

En parallèle des diagnostics verticaux afin de recenser les gisements de potentiel sont mis en œuvre à travers :

- Les états des lieux des dysfonctionnements et l'analyse approfondie des coûts cachés.
- La présentation de l'effet-miroir
- La présentation de l'avis d'expert des intervenants.

Pareil au projet horizontal, des groupes de projets verticaux pour la recherche de solutions et d'innovation socio-économique ont été formés pour :

. La mobilisation de l'encadrement et des collaborateurs non hiérarchiques du service sur la recherche de solutions d'amélioration du fonctionnement.

. La définition du cahier des charges des progrès à apporter dans les modes de fonctionnement, tenant compte des contraintes et spécificités de l'organisation de son activité.

Des formations-concertations et des assistances personnalisées auprès de l'équipe de direction et de l'encadrement sur les outils et les méthodes du management socio-économique des activités et des performances ont été performées par les membres de l'ISEOR afin de s'assurer de :

- L'appropriation d'outils concrets et simples de management,
- le transfert et la mise en œuvre de méthodes de travail communes,
- l'aide à la déclinaison et la mise en œuvre du projet stratégique

3.4.5 Les prestations

Le groupe de pilotage s'est réuni régulièrement sur la durée de l'intervention afin de veiller à la cohérence des actions engagées avec les objectifs stratégiques de l'entreprise.

Ce groupe de pilotage est composé de membres de l'équipe de Direction. 6 séances de 2,5 heures sont animées sur toute l'année correspondant aux moments forts de l'intervention. Chaque séance est précédée d'un tête-à-tête d'1/2 heure entre le pilote du groupe et l'animateur de l'ISEOR.

Une conduite d'entretiens individuels semi-directifs est effectuée auprès des membres de la direction et de l'encadrement des grappes de formation-concertation, soit 50 personnes.

L'exploitation des entretiens à partir d'un système-expert (SEGSE) permet de classer les matériaux dans 6 domaines de dysfonctionnements : conditions de travail, organisation du travail, communication-coordination-concertation, gestion du temps,

formation intégrée, et mise en œuvre stratégique pour faire ensuite une présentation des dysfonctionnements évoqués aux personnes interviewées et une interprétation des intervenants de l'ISEOR sur les principaux dysfonctionnements évoqués par les personnes et expression du non-dit afin de donner les recommandations et les pistes d'amélioration.

Ensuite une animation de 4 séances de groupe de projet Direction (3 heures), comportant une instance « groupe de projet restreint » impliquant le directeur général et ses proches collaborateurs (séances d'1 heure) et une instance « groupe de projet plénier » impliquant l'ensemble des membres du Comité de Direction (séances de 2 heures), pour planifier la mise en œuvre des actions d'amélioration et mettre en place des groupes de travail thématiques auprès de l'encadrement dans l'intervalle des séances plénières.

D'autre part pour les diagnostics verticaux une conduite d'entretiens individuels semi-directifs d'1 heure auprès de l'encadrement des secteurs diagnostiqués et une conduite d'entretiens complémentaires auprès des membres de l'encadrement afin de calculer les coûts cachés de l'unité sont effectuées pour ensuite exploiter les entretiens à partir du système expert SEGESE permettant de classer les matériaux en 6 domaines de dysfonctionnements : conditions de travail, organisation du travail, communication-coordination-concertation, gestion du temps, formation intégrée et mise en œuvre stratégique et pour présenter les dysfonctionnements évoqués aux personnes interviewées (effet-miroir).

L'interprétation des intervenants de l'ISEOR sur les principaux dysfonctionnements évoqués par les personnes et l'expression du non-dit ont eu lieu à travers l'animation de 3 séances de groupe de projet sur 5 (3 heures), impliquant l'ensemble de l'encadrement de l'unité, comportant :

- une instance « groupe de projet restreint » (séance d'1 heure)
- une instance « groupe de projet plénier » (séance de 2 heures).

Les séances de projet sont précédées d'un tête-à-tête d'1/2 heure entre le chef de projet et l'intervenant de l'ISEOR et la réalisation de balances économiques prévisionnelles des

investissements matériels et incorporels sont envisagés afin de planifier la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Une mise en place de groupes de travail thématiques internes, pilotés par l'encadrement participant au groupe plénier et impliquant le personnel non hiérarchique dans la recherche de solutions et d'innovations socio-économiques se fait à l'aide de la participation des intervenants internes aux séances de groupe de projet.

La constitution et le nombre des grappes de formation-concertation se fait en concertation avec les membres du Comité de Direction et de l'encadrement. Les membres de l'ISEOR ont animé 6 séances (2,5 heures) de formation-concertation auprès de chaque grappe sur les thèmes suivants : les principes du management socio-économique ; les outils de gestion du temps et de planification programmation des activités ; la grille de compétences et le plan de formation intégrée ; présentation des résultats du diagnostic horizontal ; le plan d'actions stratégiques internes-externes et le plan d'actions prioritaires ; présentation des résultats des diagnostics verticaux ; le tableau de bord de pilotage et le contrat d'activité périodiquement négociable.

Conclusion du chapitre 3

Notre terrain d'expérimentation est composé de trois hôpitaux de taille différente, de caractéristiques différentes et bien repartis sur le territoire libanais. Les travaux sont effectués dans les laboratoires de l'ISEOR.

Nous avons vu dans le chapitre 3 que les défis qui s'opposent aux hôpitaux libanais sont de plus en plus nombreux. Ces défis qui viennent de l'environnement interne, de l'environnement externe, de l'absence du rôle de l'état et de la complexité du système, nécessitent des compétences spéciales pour pouvoir y répondre durablement.

Par ailleurs, nous avons également exposé dans ce chapitre l'évolution de l'approche socio-économique dans le temps à travers les résultats de recherches-interventions appliqués par les équipes de l'ISEOR dans plusieurs types d'organisations, plusieurs pays et à travers les recherches scientifiques entamées depuis la fondation du management socio-économique et jusqu'à présent.

Conclusion de la première partie

Dans la première partie, nous avons mis en évidence les particularités du fonctionnement des établissements hospitaliers au Liban. Cette partie nous a permis d'avoir une vue d'ensemble sur la situation du secteur et sur l'évolution de la notion des compétences à travers le temps.

Ainsi dans le premier chapitre nous avons déduit comment les divers auteurs ont souligné l'importance des compétences managériales dans leurs diverses théories et comment chaque méthode de gestion classique ou moderne porte sur les compétences comme une condition pour la réussite.

La théorie du management socio-économique telle que fondée par Henri SAVALL et pratiquée par l'ISEOR a été présentée. La notion de la gestion des compétences et de la grille de compétences selon le management socio-économique a été expliquée ensuite. Enfin la nécessité de l'utilisation des outils du management socio-économique pour le développement des compétences managériales a été illustrée.

Enfin le contexte du secteur hospitalier et les défis de l'environnement externe et de l'environnement interne ont été exposés. Les divers acteurs internes et externes, qui sont en interaction directe et indirecte avec les hôpitaux, sont définis dans cette première partie.

DEUXIEME PARTIE

Pratiques et démarches de développement et d'amélioration des Compétences managériales.

Comment à travers des pratiques stratégiques les cadres infirmiers dans les hôpitaux pourront réussir à mieux piloter et comment développer les compétences managériales pour surmonter les défis actuels auxquels sont confrontés les établissements hospitaliers : qualité des services rendus, performance des personnels et maîtrise des coûts ?

Le quatrième chapitre de la thèse et premier chapitre de la deuxième partie a pour objectif de présenter la méthodologie de la recherche, c'est-à-dire le processus de collecte et de traitement des données. Nous analyserons les convergences et les spécificités de chacun des trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche et à la fin de ce chapitre nous présentons une synthèse du calcul des coûts-cachés suite au diagnostic socio-économique dans ces trois hôpitaux.

Après avoir collecté et analysé les données recueillies, nous avons dans le chapitre cinq élaboré la mise en œuvre du projet socio-économique à travers l'utilisation des divers outils du management socio-économique. Enfin des illustrations sur les applications de ces outils ont été présentées telle que réalisées sur le terrain d'expérimentation.

A la fin de la deuxième partie, le chapitre six montre les divers résultats conclus suite à la mise en œuvre du projet socio-économique. Les résultats qualitatifs, quantitatifs et financiers ont été déduits et présente dans ce chapitre. Une comparaison des résultats avant et après l'intervention socio-économique est présentée à la fin de ce chapitre.

Chapitre 4 : Apport du diagnostic socio-économique à l'analyse des lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier

Chapitre 5 : La formation intégrée de l'encadrement infirmier aux compétences managériales au travers la mise en œuvre du projet et des outils socio-économiques

Chapitre 6: Evaluation socio-économique des impacts du développement des compétences managériales au niveau de l'encadrement infirmier

Chapitre 4: Apport du diagnostic socio-économique à l'analyse des lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier

Ce chapitre a pour objectif de définir la population ciblée pour le diagnostic socio-économique. Il décrit les résultats de la collecte, du dépouillement et de l'analyse des données. Ensuite nous expliciterons dans ce même chapitre les liens entre le concept coûts-performances cachés et les lacunes de compétences managériales. Puis, nous illustrons le calcul des coûts cachés socio-économiques, pour montrer l'importance d'un investissement en développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier.

4.1 But du diagnostic des compétences managériales

La recherche s'appuie sur un examen approfondi des résultats d'intervention dans trois hôpitaux privés du Liban.

Le but principal de notre recherche est de mettre en évidence les données spécifiques et celles qui sont communes ou génériques, à partir des trois hôpitaux constituant notre terrain de recherche, pour déterminer une typologie de démarche d'amélioration des compétences managériales. En premier lieu, nous nous appuyons sur les données du diagnostic horizontal réalisés au sein des trois terrains d'observation scientifique pour mettre en évidence les convergences et les spécificités de chacun d'eux en ce qui concerne les compétences managériales de l'encadrement. Puis à partir des informations obtenus dans les diagnostics verticaux nous allons expliciter la valeur des coûts cachés résultant des manques des compétences managériales. Nous proposons de citer les variables génériques qui peuvent servir de base à l'élaboration d'un modèle de management qui pourra être utilisé comme support à l'amélioration de la performance économique et sociale à l'hôpital.

Sans doute, surtout dans un environnement de plus en plus turbulent et complexe, et compte tenu des particularités et des changements continus qui distinguent et bouleversent les établissements hospitaliers, il est nécessaire de mettre en question les méthodes de management traditionnel qui empêchent le développement des hôpitaux et même menacent leur survie. C'est un domaine très complexe dont le tissu se forme de plusieurs composantes et dont l'organisation du travail génère de multiples interactions (interdisciplinarités, diverses spécialités, interprofessions, interservices, équipes soignantes, médecins, pharmaciens, etc.). Cela nécessite des compétences managériales spéciales et adaptées à de tels environnements.

La réforme de l'hospitalisation privée donne un nouveau cadre à la régularisation du système hospitalier. Elle porte à la fois sur les procédures internes de gestion et sur les procédures d'évaluation, qu'il s'agisse de la satisfaction des usagers ou de la qualité et de la sécurité des soins. Une telle gestion implique la pertinence d'une démarche

systematique d'évaluation des compétences, des coûts cachés qui résultent de la non-compétence, de la mesure de l'efficacité et de l'efficience, des performances des activités et des intervenants dans ce domaine.

Un niveau de compétence en management à tous les niveaux de l'encadrement infirmier de l'hôpital permettrait aux acteurs impliqués d'avoir une vision stratégique et de convertir la majorité des tâches routinières, quotidiennes, en création de potentiel. C'est en quelque sorte une manière de définir une stratégie interne et externe continue, base de développement et le progrès.

Construire un management stratégique c'est se doter d'outils de management permettant de piloter la création de la valeur ajoutée. A l'inverse d'un management classique, qui consiste à privilégier la réduction des coûts à chaque fois que l'on se trouve face à des difficultés de survie-développement, le management socio-économique cherche à maîtriser les coûts et les convertir en performance tout en améliorant la qualité des services rendus aux patients.

4.2 Le diagnostic socio-économique

Le diagnostic socio-économique est réalisé en impliquant les divers acteurs de l'organisation. Chaque individu, quel que soit sa fonction, son emploi et son niveau hiérarchique, est témoin de dysfonctionnements : il en provoque, il en subit, mais il est aussi en mesure d'émettre des suggestions¹. L'objectif principal du diagnostic est de mettre en relief les dysfonctionnements et leurs effets.

¹ Savall H. et Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés. Le contrat d'activité périodiquement négociable, op. cit.

4.2.1 La nécessité du changement du mode de management

A partir du diagnostic socio-économique appliqué aux hôpitaux libanais, nous allons identifier les défauts et les points faibles du mode de management actuel, ainsi que des niveaux des compétences managériales appliqués et qui affectent négativement la performance globale de l'hôpital. Nous allons également démontrer le besoin interne de changement, dont une amélioration significative des compétences, au niveau de l'utilisation des outils managériaux accompagnés.

Le but d'un diagnostic socio-économique peut se résumer par les interrogations suivantes :

- Quels sont les dysfonctionnements et les défaillances du système actuel contre lesquels des démarches d'amélioration potentielle pourront être placées ? Quels sont les origines des dysfonctionnements, en particulier au niveau des compétences managériales? Quels sont leurs coûts ? Quels sont les remèdes?

Il faut noter que nous nous appuyons sur un diagnostic global (ou systémique) des hôpitaux, car la problématique des compétences managériales de l'encadrement infirmier est imbriquée avec les autres variables de la qualité du management. Par exemple, le rôle des médecins, la gestion des ressources humaines et du recrutement, la gestion budgétaire et les impacts sur les effectifs et les rémunérations, etc.

4.2.2 Le recueil des données

« L'acte de communication apparaît comme fondamentalement destiné à produire des effets. Il vise à faire croire, ou penser, ou encore à faire faire » (Alex Mucchielli)¹. Les représentations des acteurs internes de l'organisation sont nécessaires pour fournir une vision globale et réelle de la situation. Dans le management socio-économique, les acteurs sont considérés comme la principale source pour révéler les dysfonctionnements.

¹Mucchielli A., Les sciences de l'information et de la communication, Hachette Education, 2006.

Pour collecter et analyser les données utiles pour notre recherche, nous nous sommes appuyés sur le processus de diagnostic socio-économique dans chacun des hôpitaux. Nous avons conduit un diagnostic socio-économique telle qu'il a été conçue par l'ISEOR.

Le diagnostic débute par une phase d'écoute de tous les acteurs impliqués. L'objectif principal est de mettre en évidence les dysfonctionnements et leurs impacts, pour ensuite trouver des remèdes de prévention de ces dysfonctionnements.

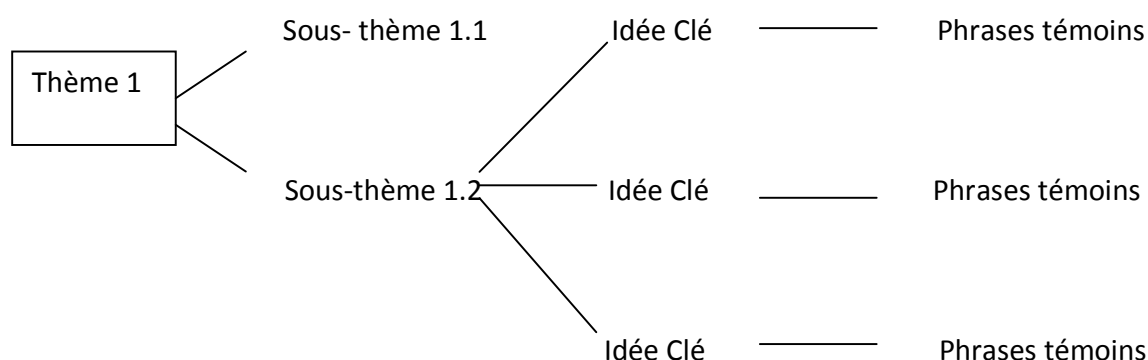
Nous avons recueilli les dysfonctionnements en les classant suivant les thèmes suivants: conditions de travail, organisation de travail, communication-coordination-concertation, gestion du temps, formation intégrée, mise en œuvre stratégique.

Cette première phase du diagnostic socio-économique est réalisée à partir des techniques de collecte de données suivantes: les entretiens, les observations des situations de travail, l'analyse de documents internes de l'organisation.

Ces trois techniques sont toutes indispensables pour constituer une vue d'ensemble sur le fonctionnement au sein de chacun des trois hôpitaux et sont considérées comme complémentaires. Pour être efficaces il faut que tous les niveaux hiérarchiques soient impliqués. Il en est de même pour les services et départements de chacun des trois hôpitaux, base du terrain d'expérimentation. Une fois recueillies, les données serviront à ressortir et à analyser des dysfonctionnements et à constater leurs impacts, utiles pour le calcul des coûts-cachés.

Il s'agit, selon la démarche du diagnostic socio-économique, de classer les phrases-témoins recueillies lors des entretiens, en idées clés, puis en sous-thèmes et en thèmes.

Schéma 4.1 Arborescence des phrases témoins¹



Les thèmes ne sont que les familles de dysfonctionnements du diagnostic socio-économique, déjà cités. Les sous-thèmes illustrent de manière plus détaillée les dysfonctionnements relatifs à chaque thème. Les idées-clés représentent des idées précisant le dysfonctionnement. Les phrases-témoins sont des phrases prélevées des entretiens avec les acteurs. Les données recueillies peuvent être de nature qualitative, quantitative ou financière. La hiérarchisation de l'effet-miroir synthétise les dysfonctionnements exprimés par les acteurs sur lesquels les intervenants attirent une attention particulière des acteurs en vue de résoudre par des actions de changements concrets ou de communication et de clarification des politiques et des règles de jeu.

Tableau 4.1 Illustration de l'arborescence des phrases-témoins

Thème	Sous-thème	Idée clé	Phrase témoin
Conditions de travail	Aménagement et agencement des locaux	Non-respect de la législation hygiène et sécurité	« La porte commune entre les soins intensifs et le bloc opératoire est toujours ouverte. »

¹ Savall H., Zardet V., Recherche en sciences de gestion: approche qualimétrique, Observer l'objet complexe, Economica 2004, p. 337, 432p.

Un avis d'expert est formulé après le traitement des données et représenté aux acteurs avec l'expression des non-dits. Son rôle est d'approfondir la prise de conscience par les acteurs des dysfonctionnements génériques de leur hôpital et de développer leur appétence à les résoudre.

4.2.2.1- Les entretiens

Des entretiens semi-directifs sont la base de l'élaboration du diagnostic. La personne interrogée s'exprime donc librement sur les thèmes indiqués, tous les éléments de réponse sont pris en considération car ils peuvent toucher, directement ou non, l'objet de recherche¹. Tous les niveaux hiérarchiques, les corps de métiers et les domaines d'activité doivent être représentés et écoutés. La désignation des personnels à interviewer se fait à partir de l'organigramme de l'hôpital. Les entretiens sont soit individuels, pour les membres de la direction et de l'encadrement, soit de groupes homogènes. La durée de l'entretien varie de 1h. à 1,5h. selon le poste, selon la complexité du sujet abordé ou selon qu'il s'agisse d'entretiens individuels ou de groupe.

4.2.2.2 Population ciblée

Les entretiens ont pour objectif principal de détecter le mode de management appliqué ainsi que le niveau de compétences managériales des principaux acteurs à l'hôpital. Ils servent de base pour mettre à jour les dysfonctionnements, leur nature et leurs effets. Ils constituent la première étape du calcul des coûts-cachés. Ce qui fait que le choix des personnes à interroger doit représenter tous les secteurs d'activité, toutes les catégories des personnels et tous les niveaux hiérarchiques et pas seulement les cadres infirmiers. Par conséquent, la population visée est constituée de l'ensemble des acteurs internes à l'hôpital : direction, personnel administratif, corps médical, soignant et technique. Les rendez-vous sont pris à l'avance, surtout avec les membres de la direction.

¹ Evrard Y., Pras B., Roux Market E., Etudes et recherches en marketing., Nathan, 1993.

4.2.2.3 Traitement des données recueillies

La première étape de l'analyse a consisté à extraire des phrases-témoins à partir des entretiens de diagnostic avec les acteurs concernés. Pour ce faire, des notes exhaustives ont été prises lors de chaque entrevue, s'agit-il d'un entretien individuel ou d'un entretien de groupe. Après avoir codé les phrases témoins, une imputation par idées clés a été effectuée. Les idées clés quant à elles ont été ventilées en sous-thèmes qui à leur tour sont classés par thème.

Durant le traitement des données recueillies, nous avons procédé à un regroupement de thèmes et de sous-thèmes de façon à centrer l'analyse sur l'amélioration des compétences managériales. Cela met l'accent sur la façon dont sont gérés les processus de soins, ainsi que les outils, les dispositifs de communication, de pilotage, des rôles des acteurs et des évaluations utilisés dans les processus de gestion interne.

4.2.2.4 L'observation directe

L'observation directe permet de recueillir des données factuelles qui peuvent compléter les données verbales et dont le caractère factuel peut parfois être remis en question¹.

Comme les entretiens, l'observation permet de révéler des dysfonctionnements afin d'élaborer de solutions de prévention. Cette étape est moins consommatrice de temps. Elle doit être organisée pour produire des informations pertinentes et fiables. Les informations obtenues par l'observation ont été confrontées aux données issues des entretiens. L'observation que nous avons pratiquée a été à la fois concentrée, diffuse ou déléguée².

¹ Thiétart R.A. et Coll., *Méthode de recherche en management*, 1999.

² Savall H., Zardet V., *Maîtriser les coûts et les performances cachées, le contrat d'activité périodiquement négociable*. Economica 1995, op. cit.

- Observation concentrée : nous avons consacré beaucoup de temps à observer les dysfonctionnements et leurs effets.

- Observation diffuse : notre présence physique de l'intervenant sur les lieux de travail a été une occasion d'observation des dysfonctionnements et de conditions de travail.

- Observation déléguée : Nous avons demandé à d'autres personnes d'observer et de noter tous les dysfonctionnements et leurs effets.

4.2.2.5 L'analyse des documents

Cette technique de recueil des données qui consiste à étudier les documents internes à l'hôpital permet d'établir une vue sur la nature des dysfonctionnements et leurs impacts (procédures, protocoles, contrats, etc.....). Ces données servent surtout pour le calcul des coûts-cachés. Les documents observés peuvent être officiels ou non. Par exemple, des relevés effectués par les cadres infirmiers sont des documents officiels, tandis que la fiche de demande d'acte entre l'infirmière et l'aide-soignante est un document non officiel.

4.2.3 Le modèle proposé

Pour être efficient dans le traitement des données recueillies au niveau des cadres infirmiers pour le diagnostic socio-économique, nous avons procédé à des relevés participatifs de gestion de temps. Ces relevés comprennent les données suivantes:

- Nomenclature par activité, processus, opérations et tâches.
- Typologie proposée des processus par type d'opération¹ :

¹Savall H., Zardet V., Bonnet M., Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique, op. cit.

- Gestion courante : ces tâches apportent une valeur ajoutée moyenne à l'hôpital.
- Glissements de fonction : ils produisent une valeur ajoutée de niveau moyen.
- Régulations des dysfonctionnements : elles n'ont aucune valeur ajoutée pour l'hôpital.
- Préventions des dysfonctionnements : cela permet la création de potentiel grâce à la réduction des coûts futurs de non qualité.
- Pilotage stratégique : permet la création du potentiel.

4.2.3.1 Classement des tâches

Les tâches sont ensuite classées en tâches dédiées pour la gestion de sécurité (qui contribue au résultat immédiat) et en d'autres dédiées pour la gestion de développement (contribution à la création de potentiel) :

- Gestion de sécurité : Les tâches dédiées à la gestion de sécurité sont les tâches relatives:
 - A la gestion courante : mise en place du montage de sérum.
 - Au glissement des fonctions : appel de la compagnie d'assurance pour prise en charge de l'acte médical.
 - Au règlement des dysfonctionnements : reprise de la tension artérielle après une aide-soignante pour correction des paramètres.
- Gestion de développement : les tâches dédiées à la gestion de développement sont les tâches relatives:
 - Au pilotage stratégique : gestion des lits.
 - A la prévention des dysfonctionnements : formation d'une aide-soignante.

Ensuite, nous avons procédé à une analyse comparative sur les hôpitaux constituant notre terrain de recherche : analyse des convergences et des spécificités et analyse des évolutions.

De façon à être efficace dans un contexte de complexité croissante, les membres de l'encadrement infirmier à l'hôpital ont besoin d'un ensemble d'indicateurs de pilotage stratégique. Ces indicateurs doivent être équilibrés entre la gestion de la sécurité au quotidien et celle du développement, permettant la création de potentiel¹.

La gestion de sécurité comprend trois types d'indicateurs :

- La gestion interne, consiste à mesurer un volume d'activité pendant une période donnée, par exemple le taux d'occupation.
- La gestion externe rassemble des indicateurs relatifs à l'environnement de l'entreprise, par exemple les produits médicamenteux présents sur le marché.
- Les résultats immédiats prennent en compte à la fois les coûts et les produits, par exemple le cout moyen de consommables par patient.

Ces indicateurs aident les acteurs de l'hôpital à améliorer leur système d'information relatif au compte d'exploitation et à l'analyse des résultats financiers.

La gestion de développement à son tour comprend trois types d'indicateurs :

- Des indicateurs d'évolution : ils comprennent une liste exhaustive des actions provenant à la fois de la stratégie et de l'analyse des causes de dysfonctionnements, par exemple la durée moyenne de séjour du patient.
- Des indicateurs liés au Plan d'Actions prioritaires : ils servent à sélectionner les actions de développement recensées au niveau des indicateurs d'évolution, par exemple le temps d'attente entre deux opérations consécutives.

¹ Savall H., Zardet V., Bonnet M., Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique, BIT 2000.

- Des indicateurs de création de potentiel : ils apportent une évaluation des actions de développement mises en œuvre, par exemple le nombre d'admission.

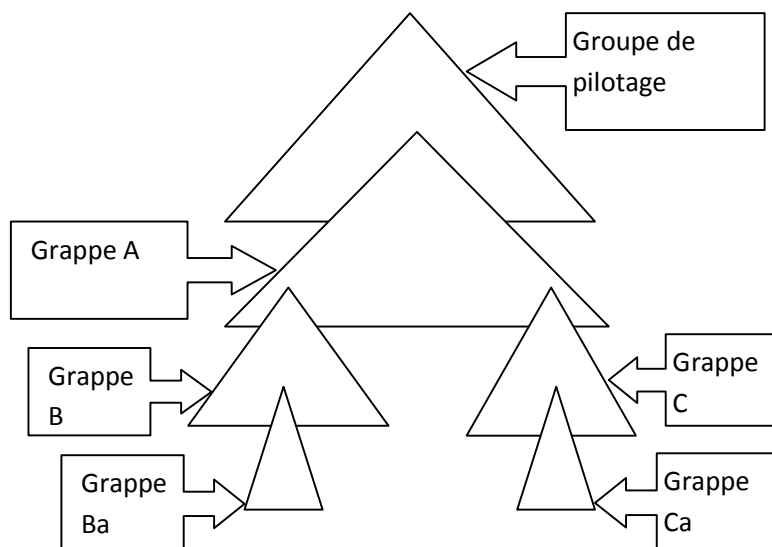
4.3 L'architecture de l'intervention socio-économique et l'implication de l'encadrement infirmier

Un groupe de pilotage de l'intervention socio-économique dans les hôpitaux a été constitué. Les membres de ce groupe de pilotage étaient les suivants : Le président du conseil d'administration, les membres du conseil, le responsable d'audit, les directeurs des hôpitaux. Ce groupe a eu pour mission de piloter la mise en œuvre du management socio-économique. Il s'est réuni bimestriement avec l'équipe de recherche-intervention afin d'approuver les stratégies et les échéances de la mise en œuvre des nouveaux outils du management.

Une grappe constituée des différents directeurs de chacun des trois hôpitaux a été formée sur le suivi de l'implantation du management socio-économique au sein de chaque hôpital. Ensuite, des grappes et des sous-grappes par projet ont été constituées afin d'appliquer les outils socio-économiques et de mettre en place les nouveaux projets.

Des séances de formation-concertation périodiques individuelles et par groupes sur l'utilisation des outils socio-économiques et pour l'élaboration et la mise en place des projets socio-économiques ont été animées, en collaboration avec l'ISEOR. La figure 4.2 illustre l'architecture de l'intervention de l'encadrement. Il convient de noter que les directrices des soins infirmiers ont été membres des grappes B et C, en tant que membre de la direction de l'hôpital. Ces directrices ont ensuite co-animé les grappes Ba et Ca avec l'aide des intervenants. Ces grappes comprenaient l'ensemble de l'encadrement infirmier (surveillante).

Schéma 4.2 Architecture de l'intervention(©ISEOR)



4.4 Le Diagnostic Horizontal

Le diagnostic socio-économique horizontal a rendu compte des points faibles des hôpitaux afin de focaliser l'attention et les efforts des acteurs sur les actions d'amélioration à envisager en particulier en ce qui concernait les conditions globales de progression des compétences de l'encadrement infirmier. Le déroulement du diagnostic fut une sorte de dialogue professionnel où les personnes interviewées ont eu la liberté de parler ouvertement. Au cours des entretiens, les acteurs ont exprimé des idées significatives sur les différents thèmes (conditions de travail, organisation de travail, etc.). Nous avons alors sélectionné les idées concernant les dysfonctionnements pour constituer les phrases-témoins. Les idées évoquées par l'acteur ont révélé des dysfonctionnements réels reconnus par d'autres personnes ou, dans certain cas, des malentendus. Dans le premier cas il s'agissait de trouver une solution de transformation, de changement ou de modification. Dans le second cas, il suffisait d'une solution d'information, de clarification ou de rappel des règles du jeu.

4.4.1 Segmentation de la population pour le diagnostic horizontal

Trois sous-ensembles ont été désignés pour le diagnostic horizontal. La première catégorie concernait les membres de la gouvernance et était constituée de dix entretiens. La deuxième catégorie concernait les membres de l'équipe de Direction et comprenait sept entretiens. La troisième catégorie concernait les membres de l'encadrement y compris l'encadrement infirmier et était constituée de soixante-six entretiens dont trois directrices des soins infirmiers et 31 surveillantes.

Tableau 4.2 Récapitulatif du nombre d'entretiens du diagnostic horizontal des troishôpitaux

Diagnostic qualitatif		
Sous-population	Nombre d'entretiens	Nombres de personnes
Gouvernance	10	10
Equipe de Direction	6	6
Encadrement y compris encadrement infirmier	66	66
Total	82	82

La Composition de la sous-population par catégorie dans les trois hôpitaux est presque identique et elle est reflétée dans le tableau suivant :

Tableau 4.3 Composition de la sous-population du diagnostic horizontal par catégorie et par hôpital

Fonctions	Hôpital H1	Hôpital H2	Hôpital H3	Total / 3 hôpitaux	Infirmier (I) on non infirmier (NI)
Conseil d'administration	√	√	√	3/3	NI
Audit	√	√	√	3/3	NI
Gouvernance				10 Entretiens	
Directeur de l'hôpital	√	√	√	3/3	NI
Directeur Médical	√	√	√	3/3	NI
Equipe de Direction				6 Entretiens	
Responsable médecine	√	√	√	3/3	I
Responsable ORL/OPH	√			1/3	I
Responsable Soins intensifs	√	√	√	3/3	I
Responsables Urgences	√	√	√	3/3	I
Responsables Cardiologie	√			1/3	I
Responsable chirurgie	√	√	√	3/3	I
Infirmière chirurgie			√	1/3	I
Responsable pédiatrie	√	√	√	3/3	I
Responsable cathétérisme	√			1/3	I
Responsable maternité	√	√	√	3/3	I
Sage-femme			√	1/3	I
Pharmacien	√	√	√	3/3	NI
Responsable stérilisation	√			1/3	I
Responsable exploration	√		√	2/3	I
Agent Contrôle des infections	√		√	2/3	I
Diététicienne	√	√	√	3/3	NI
Responsable laboratoire	√	√	√	3/3	NI
Chef technicien radiologie	√	√	√	3/3	NI
Responsable dialyse	√	√		2/3	I
Responsable qualité	√		√	2/3	NI
Ingénieur biomédical	√		√	2/3	NI
Responsable bureau d'achat	√			1/3	NI
Responsable informatique	√	√	√	3/3	NI

Chef comptable	√	√		2/3	NI
Responsable entretien	√			1/3	NI
Responsable Blocs opératoires		√	√	2/3	I
Adjoint directeur médical	√		√	2/3	NI
Directeur des soins infirmiers		√	√	2/3	I
Adjoint directeur des soins		√		1/3	I
Directeur des ressources humaines		√		1/3	NI
Responsable archives		√		1/3	NI
Responsable finances		√		1/3	NI
Responsable facturation		√	√	2/3	NI
Responsable cuisine			√	1/3	NI
Encadrement Infirmier				34 entretiens	
Encadrement non infirmier				32 Entretiens	

4.4.2 – Étapes de réalisation du diagnostic horizontal

82 entretiens auprès de 82 personnes des trois niveaux hiérarchiques les plus hauts de l'organigramme de chacun de ces trois hôpitaux dont les trois directrices de soins ont été réalisés. Pour recenser les dysfonctionnements à partir du diagnostic horizontal, nous avons effectué avec les intervenants-chercheurs de l'ISEOR 10 entretiens individuels d'une heure chacun auprès de dix personnes de la gouvernance des trois hôpitaux, puis six entretiens individuels d'une heure chacun auprès de six personnes de l'équipe de Direction des trois hôpitaux, et enfin 66 entretiens individuels d'une heure chacun auprès de 66 personnes de l'encadrement des trois hôpitaux.

Après avoir effectué les entretiens auprès des personnes désignées, nous avons procédé à une sélection de 10 à 12 phrases témoins par entretiens, soit environ 890 phrases témoins pour le diagnostic horizontal. Le classement des phrases recensées en thèmes, sous-thèmes, idées-clés, ainsi que le calcul des fréquences ont été réalisés à l'aide du logiciel Système Expert de Gestion Socio-économique « SEGESE » créé par l'ISEOR. La

formulation de l'avis d'expert et la constatation des non-dits sont présentés aux acteurs pour l'élaboration des projets socio-économiques. La correspondance des fréquences des phrases-témoins par catégorie des personnes interviewées est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 4.4 correspondance des fréquences des phrases-témoins pour le diagnostichorizontal

	Gouvernance	Direction	Encadrement
Parfois	2 entretiens	1 entretien	10 à 20 entretiens
Assez souvent	3 à 4 entretiens	2 entretiens	21 à 33 entretiens
Souvent	5 à 6 entretiens	3 entretiens	34 à 43 entretiens
Très souvent	7 à 8 entretiens	4 à 5 entretiens	44 à 60 entretiens
Toujours	9 à 10 entretiens	6 entretiens	61 à 67 entretiens

4.4.3 – Convergences et spécificités en diagnostic horizontal

Dans cette étape du diagnostic socio-économique nous avons réalisé un regroupement des idées clés selon chaque thème et sous-thème, en spécifiant s'il s'agit de convergence d'idées entre les différentes catégories d'acteurs ou si elles sont, au contraire, spécifique à une catégorie déterminée. Le tableau 4.4 suivant résume les spécificités et les convergences des idées-clés entre catégories des personnes interviewées pour le diagnostic horizontal. Nous avons rajouté une précision au niveau d'impact des lacunes de compétences de l'encadrement infirmier sur les dysfonctionnements recensés : TF (très fort), F (Fort), f (Faible), tf (très faible). Il s'agit à ce stade d'hypothèses qui devront

être précisées et testées lors de la mise en place du projet et des outils du management socio-économique.

Dans le tableau, 1 signifie gouvernance, 2 directions et 3 encadrements

Tableau 4.5 grille de convergences - spécificités (©ISEOR)

Thème : Conditions de travail				
Sous-thème	Convergences	Spécificités		
		Gouvernance (1)	Direction (2)	Encadrement (3)
Aménagement et agencement des locaux	Manque de fonctionnalité des locaux (2,3)		Les décisions de rangements sont contestées	Locaux exigus (f) Manque des sanitaires (F) Manque des parkings (tf) Manque de salles (f) Signalétique inadaptée (F) Mauvaise organisation du rangement (TF) Système de sécurité défaillant (F) Non respect de la législation hygiène et sécurité (TF) Manque d'accès pour les handicapés (tf)

Matériel et fournitures	Manque de matériels (1,2,3)			Manque d'entretien préventif (tf) Matériel vétuste (tf) Matériel ne fonctionne pas Matériel inadéquat (tf) Ruptures de stocks (F)
Horaire de travail	Non respect des horaires (2,3)			Horaires de travail non adaptés (TF)
Ambiance de travail	Conflits de personnes exprimés ou larves (1, 2,3) Nonchalance du personnel (2,3) L'ambiance est perturbée par l'attitude de certaines personnes (1,3) L'ambiance de travail est jugée mauvaise (1,3)			(TF) (TF) (TF) (F)
Nuisance				Locaux bruyants (f) Aération insuffisante (f)

				Entretien des locaux insatisfaisant (F)
Conditions physique de travail				Cantine de mauvaise qualité (f)
<p>Dans le cas des conditions de travail, on s'aperçoit que les lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier ont probablement des impacts très forts sur l'hygiène, l'organisation et la perturbation de l'ambiance de travail et forts sur le système de sécurité. Cela signifie que l'encadrement infirmier n'a pas su consacrer assez de temps ou d'énergie dans les actions de développement. En outre, on peut percevoir un manque de travail en équipe au sein de l'encadrement infirmier pour surmonter les difficultés générales tel que le manque d'entretien de locaux, etc.</p>				
Thème : Organisation du travail				
Sous-thème	Convergences	Spécificités		
		Gouvernance (1)	Direction (2)	Encadrement (3)
Répartition des tâches, des missions et des fonctions	<p>Glissements de fonction (2,3)</p> <p>Absence de coopération et d'entraide entre services (2,3)</p> <p>L'attribution de certaines tâches est remise en cause (2,3)</p>	<p>Défaut de synchronisation générale</p> <p>Défaut de précision dans la répartition des tâches</p>	<p>Absence de répartition claire des pouvoirs et des responsabilités</p>	<p>Manque de précision dans la répartition des tâches (TF)</p> <p>Multiplicité des donneurs d'ordres (F)</p> <p>Défaut de qualité (TF)</p> <p>Remise en cause de la répartition des responsabilités (F)</p> <p>La prise en charge des patients est inadaptée (TF)</p>
Charge de travail	Mauvaise			La charge de

	répartition de la charge de travail (2,3) Forte charge de travail (2,3)			travail est irrégulière (F)
Règles et procédures	Manque de méthodes de travail communes (1,2,3) Manque de règles de jeu (1,2) Manque de respect des procédures (1,2,3) Manque de respect des procédures de sécurité (2,3)		Inadaptation des règles et procédures	Procédures incomplètes (TF) Certaines procédures de travail sont jugées inadéquates (TF) La distribution des repas aux patients est inadéquates (F)
Régulation de l'absentéisme				Difficultés de régulation de l'absentéisme (F)
Organigramme				Il manque des fonctions dans l'organigramme (f) Absence de responsabilité de services (f)
Thème : Communication – coordination – Concertation (3c)				
Sous-thème	Convergences	Spécificités		
		Gouvernance (1)	Direction (2)	Encadrement (3)
3c interne au service	Les relations avec le corps médical sont difficiles (1,2,3)			Manque des 3c au sein du service (F)

	Manque de communication avec les patients (2,3)			Difficultés à joindre les médecins (f)
3c au niveau de l'équipe de direction	Existence de conflits au sein de l'équipe de direction (1,2,3)		Absence de comité général de direction	(tf)
Transmissions des informations	Non transmission des informations (1,2,3) La confidentialité de certaines informations n'est pas respectée (2,3)	Manque de retour d'informations Manque de formalisation des informations		Manque des panneaux d'affichage (f) Les modes de transmissions des informations sont jugés peu fiables (F) Complexité du circuit d'information (f) Perte d'informations (F) Transmission d'informations erronées (F) Retards de transmission des informations (F)
3c horizontale		Cloisonnement entre les personnes	Concurrence entre les départements	Défaut de communication et de coordination entre les services (F)
Relations avec les services environnants				Accueil physique ou téléphonique défaillant (tf)

Dispositifs de 3c				Manque de réunions (f) Il manque certaines personnes aux réunions (f)
3c Verticale				La 3c avec la direction est insuffisante (F) L'encadrement n'est pas assez présent sur le terrain (TF) Manque de transparence (F)
Thème : Gestion du temps				
Sous-thème	Convergences	Spécificités		
		Gouvernance (1)	Direction (2)	Encadrement (3)
Planification, programmation des activités		Défauts de planification – programmation des activités	Manque de cohérence dans la programmation des activités	(F)
Taches mal assumées		Certaines taches sont incomplètement accomplies	Les dossiers sont mal complétés	(F)
Facteurs perturbateurs de la gestion du temps		Sollicitations excessives		Appels téléphoniques fréquents (F) Dérangements fréquents (F) Sollicitations excessives (F)
Respect des délais				Difficulté à respecter les délais (F) Temps d'attente

				excessifs (F) Les délais de paiements aux fournisseurs sont trop longs (tf) Temps d'attente des patients excessifs (TF)
Planification, programmation des activités	Manque de cohérence dans la programmation des activités (2,3) La programmation n'est pas respectée (2,3)			(F) (F)
Taches mal assumées	Les dossiers sont mal complètes (2,3)			Certaines tâches sont incomplètement accomplies (TF)
Thème : Formation intégrée				
Sous-thème	Convergences	Spécificités		Encadrement (3)
		Gouvernance (1)	Direction (2)	
Compétences disponibles	Manque de compétences (1,2,3)			(F)
Dispositifs de formation	Dispositifs de formation pas toujours exploités (2,3) Les décisions de formation sont contestées (2,3)		Abandon d'un dispositif de formation performant	Manque de 3c sur la formation (F)
Besoins de formation	Manque de formation (1,2,3)			Manque de polyvalence (TF)
Thème : Mise en œuvre stratégique				

Sous-thème	Convergences	Spécificités		
		Gouvernance (1)	Direction (2)	Encadrement (3)
Orientations stratégiques	Orientations stratégiques imprécises (1,2,3)	L'évolution de l'environnement nécessite une adaptation de la stratégie	Absence de politique commerciale	(f)
	Certaines orientations stratégiques sont contestées (1,2,3)	Manque d'adhésion de la stratégie	Inquiétude concernant la stratégie	(F)
	Orientations stratégiques inconnues (1,2)			(f)
	Absence de politique d'achat (2,3)			(tf)
Auteurs de la stratégie	Coordination et concertation insuffisantes pour la détermination de la stratégie (1,2)			Manque d'application des décisions prises (TF)
Démultiplication et organisation de la mise en œuvre stratégique	Lenteur de la prise de décision (2,3)	Manque de visibilité sur les projets	Manque de synergie entre les départements	L'encadrement ne joue pas son rôle (TF)
	La qualité des soins est insuffisante ou risque de le devenir(2,3)	Manque de précision dans la définition des objectifs prioritaires	Resistance aux changements Manque de pilotage financier	(TF) (TF)
Outils de la mise en œuvre stratégique	Retard stratégique sur certains investissements en matériel (1,2)	Remise en cause de la politique d'investissement matériel		Système informatique inadapté aux besoins (tf) Nécessité de

				maintenir la rigueur budgétaire (F) Remise en cause de la politique d'investissement matériel (f)
Système d'information	Les informations disponibles sont peu ou pas utilisées (2,3)			Manque de fiabilité du système d'information (tf)
Moyens de la mise en œuvre stratégique	Manque de moyens financiers (1,2,3)			(f)
Gestion du personnel	Effectif insuffisant (1,2,3) Remise en cause de la politique salariale (1,2,3) Taux important de rotation du personnel (1,2,3) Sentiment de manque de considération du personnel (2,3)	Viellissements des effectifs Mauvaise qualité des recrutements Manque d'implication du personnel	Manque d'implication de certains médecins	Manque d'information et d'accueil des nouveaux (TF) Manque de 3c sur les recrutements (F) La politique de recrutement est contestée (f) Les statuts sont contestés (F) Manque d'implication du personnel (TF) Absence de sanctions (F) Manque d'équité des pratiques des gestions de personnel (TF)
Mode de	Manque de			(tf)

management	cohésion au sein de la direction (1,2,3)			
	Manque de respect de la hiérarchie (1,2,3)			(F)
	La direction semble vouloir éviter d'affronter les problèmes (1,3)			(F)
	Manque de respect de la part de la hiérarchie (1,3)			(F)
	Mode de management autoritaire (1,3)			(TF)
	Remise en cause du mode de management (1,3)			(TF)

4.5 – Diagnostics Verticaux

Les diagnostics verticaux ont été effectués en deux vagues au sein de nos terrains d'observation scientifique. Dans la première phase, le département du bloc opératoire a été diagnostiqué à l'hôpital H1, le département de maternité à l'hôpital H3 et un diagnostic intégral dans l'hôpital H2.

Ensuite dans la deuxième vague, les départements de soins intensifs, de maintenance et d'ingénierie biomédicale à l'hôpital H1, les départements de services administratifs et des urgences à l'hôpital H3 ont été diagnostiqués.

Tableau 4.6 Départements concernés en diagnostic vertical

	Hôpital H1	Hôpital H2	Hôpital H3
Vague 1	Bloc Opérateur	Intégral	Maternité et Pédiatrie
Vague 2	Biomédical et maintenance – Soins Intensifs		Services administratifs - Urgences
Total départements	4	Tous les départements	4

Dans la suite de ce chapitre, nous nous concentrons principalement sur les cas des diagnostics des départements médicaux.

4.5.1 Étape de réalisation des diagnostics verticaux

Les diagnostics socio-économiques verticaux comprennent deux étapes : la première est identique à celle du diagnostic horizontal qui est purement qualitative. La deuxième étape se divise en deux sous-parties, le calcul des coûts-caches et la représentation de l'adéquation formation emploi, réalisée par les grilles de compétences.

4.5.1.1 Partie qualitative des diagnostics

Il s'agit de la réalisation d'un certain nombre d'entretiens dans chaque département diagnostiqué pour recenser les dysfonctionnements. La même méthodologie appliquée lors du diagnostic horizontal a été appliquée pour la réalisation des diagnostics verticaux pour chacun des secteurs visés. Les entretiens individuels d'une heure chacun ont été effectués auprès des membres de la direction et de l'encadrement et les entretiens collectifs d'une heure et demie chacun ont été réalisés auprès du personnel de base de chacun des trois hôpitaux. Une sélection de 10 à 12 phrases témoins par entretien a été retenue. Après la formulation des phrases témoins, leur traitement à l'aide du logiciel « SEGESE » a permis leur classement en thèmes, sous-thèmes et idées clés avec un calcul des fréquences. La

formulation de l'avis d'expert et l'expression des non-dits ont été présentées aux acteurs concernés par le diagnostic suite à la phase de traitement des données recueillies.

Nous résumons dans le tableau 4.6 suivant le nombre d'entretiens des diagnostics qualitatifs verticaux effectués au sein des trois hôpitaux.

Tableau 4.7 Diagnostic qualitatif vertical

	Hôpital	Entretiens Direction-encadrement	Nombre de personnes	Entretiens personnel de base	Nombre de personnes	Total entretiens	Total Personnes
Bloc Opérateur	H1	10	10	5	18	15	28
Biomédical et maintenance	H1	21	21	2	5	23	26
Soins-intensifs	H1	12	12	15	27	27	39
Maternité et pédiatrie	H3	6	6	6	11	12	17
Services Administratifs	H3	8	9	14	22	22	31
Urgences	H3	15	18	9	9	24	27
Intégral	H2	32	32	17	57	49	89
Total		104	108	68	149	172	257

4.5.1.2 – Evaluation des coûts-cachés

La phase de l'évaluation des coûts-cachés débute juste après l'étude qualitative. Après avoir sélectionné des dysfonctionnements élémentaires à partir des notes des entretiens réalisés dans la partie qualitative, des entretiens centrés sur le calcul des coûts cachés d'une heure chacun à deux reprises étaient effectués auprès d'un nombre de personnes de la direction et de l'encadrement dans chacun des trois hôpitaux. Ces entretiens consistaient en une formation intégrée et une assistance personnalisée de l'encadrement qui calcule l'impact des défauts de compétences managériales sur la performance économique. Ces entretiens de coûts-cachés ont permis de former l'encadrement à la description des actes de régulation des dysfonctionnements soulevés, et ont permis à cet encadrement de découvrir les marges de manœuvre dont ils étaient peu conscients pour agir de façon proactive sur les difficultés rencontrées, y compris en ce qui concerne les besoins budgétaires pour recruter et payer les personnel. Nous présentons dans le tableau 4.7 suivant le nombre d'entretiens de coûts-cachés effectués dans les trois hôpitaux.

Tableau 4.8 Diagnostic des coûts cachés

Secteur diagnostiqué	Hôpital	Entretiens Direction-encadrement	Nombre de personnes
Bloc Opératoire	H1	20	10
Biomédical et maintenance	H1	21	21
Soins-intensifs	H1	12	12
Maternité et pédiatrie	H3	10	5
Services Administratifs	H3	6	7
Urgences	H3	13	13
Intégral	H2	30	15
Total		112	83

4.6 Évaluation des couts cachés

L'évaluation des coûts cachés vise à calculer l'incidence économique des dysfonctionnements au moyen d'une analyse de leur régulation. Le calcul s'appuie sur les dysfonctionnements cités par les acteurs. Les dysfonctionnements ont été repérés en amont de l'unité diagnostiquée, au sein de cette unité, ou en aval de cette unité. Il s'agissait donc de dysfonctionnements internes à l'unité et des dysfonctionnements externes. Pour une interprétation correcte du niveau des coûts-cachés, nous avons dû répondre à des questions qui révélaient des erreurs d'intervention des cadres infirmiers:

- Certains voulaient comparer différents services ou départements : cela n'était pas l'objectif, puisque le calcul des coût-cachés avait pour but de déceler avant tout les marges de manœuvre cachées internes à chaque service.
- Certains croyaient qu'il s'agit de sommes totalement récupérables : on n'évitera, par exemple, jamais les retards des opérations mais on peut les limiter en

anticipant davantage et en formant toutes les personnes concernées, c'est-à-dire non seulement les infirmières mais aussi les chirurgiens.

- Certains considèrent les montants seulement comme des charges à réduire : il y avait aussi une proportion importante de coûts d'opportunité : temps perdu, non production, etc.

L'objectif du calcul des coûts cachés était aussi de les convertir en totalité ou en partiellement en :

- Investissement immatériels, incorporels et intellectuels à travers l'amélioration de la qualité et la création de potentiel : par exemple la formation intégrée des infirmières.
- Résultats financiers à travers la création de nouveaux services autofinancés.
- Rémunération à travers des compléments de salaires et de récompenses pour les personnels et d'augmentation de dividendes pour les actionnaires.

Le niveau de coûts-cachés évalué a révélé un ordre de grandeur qui repère un gisement de ressources partiellement reconvertibles. Ce gisement a été compris par l'encadrement infirmier comme un montant à réallouer en partie à la réduction de charges payées à l'extérieur de l'entreprise et en partie en temps dégagé des personnes qu'il s'agit de stratégie de développement de l'hôpital à travers la création de nouveaux services et de nouveaux marchés ou de stratégie de redimensionnement de l'hôpital à travers la réduction d'horaires ou d'effectifs.

L'évaluation des coûts cachés a permis de faire prendre conscience à l'encadrement infirmier a pris conscience du fait que la réduction des dysfonctionnements et la conversion des coûts-cachés en création de valeur, de nombreuses opportunités se présentent pour réduction des surtemps et les non-productions à l'hôpital, et pour fournir au clients-patients ou usagers plus de biens et de services au même prix ou à des prix inférieurs.

Le niveau de coûts-cachés n'est pas un indice de performance de l'organisation, mais c'est un indicateur de la réserve de ressources potentielles partiellement récupérables. Le niveau des coûts cachés peut être identique dans deux hôpitaux très différents : l'un en difficulté, ayant un faible indice de performance et l'autre, très prospère, qui recèle un potentiel de performance supplémentaire. Il convient ici de rappeler que les coûts-cachés sont révélateurs du pouvoir informel des employés quand il s'agit du comportement dysfonctionnel. Nous présentons dans le tableau 4.8 quelques exemples de dysfonctionnements élémentaires et de leurs effets sur le plan économique dans l'hôpital.

Tableau 4.9 Exemples de calcul de coûts cachés à l'hôpital H1

Dysfonctionnements	Causes invoquées	Coûts-cachés annuels
Injustice du programme mensuel des infirmiers. Les infirmiers sont obligés d'assurer les gardes qui sont parfois surchargées.	Manque de personnel en prenant compte des longues journées opératoires. Non-respect des médecins pour le programme opératoire.	Sursalaire : 37 000 \$
Non-respect des normes d'hygiène	Une seule porte pour la rentrée et la sortie du bloc opératoire. Matériel à usage unique restérillisé. Le ménage a lieu à portes ouvertes, etc.	Surtemps : 2 800\$ Surconsommations : 15 100 \$
Retard des admissions des malades	Malade admis au service tard. Mauvaise préparation du malade. Retard d'appel du chirurgien.	Sursalaires : 7 000 \$ Surtemps : 7 200 \$

Ces coûts n'auraient pas pu être mesurés ou contrôlés par des outils classiques de management. Nous les avons classés en deux catégories :

- Ceux incorporés aux comptes de coûts visibles mais dilués dans les dépenses courantes par exemple le coût des heures supplémentaires.
- Ceux qui viennent en manque de profitabilité c'est-à-dire en diminution des revenus.

Quant à la performance cachée, elle prenait souvent la forme d'une création du potentiel non explicitée, ni mesurée comme telle : par exemple lorsqu'une directrice des soins a mis en place des protocoles pour les dons d'organes, cela était considéré comme un coût dans le contrôle de gestion traditionnel, alors qu'il s'agirait en réalité d'une contribution importante à la stratégie de l'hôpital.

Il s'agit de calculer les composants financiers des coûts-cachés : Les sursalaires, les surtemps, les surconsommations, la non-production, la non-crédation du potentiel et les risques.

Afin de pouvoir calculer certains composants financiers des coûts cachés, il a fallu calculer la Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Cout Variable (CHVACV) de chaque hôpital.

L'effet-miroir a montré à l'encadrement infirmier que le pouvoir informel de toutes les catégories de personnel était élevé : il convenait par conséquent de ne pas se contenter de recourir à des modes de management traditionnels de leur personnel (par exemple des remarques et des reproches), mais de négocier avec les infirmières et aides-soignantes une participation plus active dans l'amélioration de la qualité de travail.

Tableau 4.10 Calcul de la CHVACV des trois hôpitaux

Hôpitaux	H1	H2	H3
CA annuel hors médecins	21,025,882,710	7,119,167,743	8,687,789,588
CA avec médecins (CA hors médecins / 0,7)	30,036,975,300	10,170,239,633	12,411,127,983
Charges variables	8,273,891,154	2,606,543,517	3,106,720,025
Marges sur coûts variables	21,763,084,146	7,563,696,116	9,304,407,958
Base de calcul des heures travaillées employés	352 emp *200 h * 12 m	150*200*12	232 emp*200h*12
Heures travaillées des employés	844,800	360,000	556,800
Base de calcul horaires médecins (4 h /j et 5 j /sem)	45 méd à 1000 h/ an	20 méd à 1000 h/an	30 méd à 1000 h/an
Heures médecins	49,500	22,000	33,000
Total heures travaillées	894,300	382,000	589,800
CHVACV en livres libanaises	24,335	19,800	15,776
CHVACV en \$ (LL/1500)	16.22	13.20	10.52
CHVACV (valeur en \$)	16,22 \$	13,20\$	10,51\$

Le calcul de cette contribution à la valeur ajouté a permis de faire prendre conscience à l'encadrement infirmier de l'importance d'une bonne utilisation des heures, que ce soit pour la performance à court terme (qualité des soins) ou pour la création des potentiels (actions de développement du service).

4.6.1 Les sursalaires

Les glissements des fonctions sont souvent à la base des sursalaires. C'est-à-dire lorsqu'un supérieur réalise la tâche de son subordonné. La différence de salaire qui résulte entre les deux niveaux hiérarchiques fait naître un surplus de salaire versé de la part de l'hôpital pour réaliser des tâches à faible valeur ajoutée.

L'absentéisme, le manque des personnels et les temps passés à corriger des erreurs peuvent également générer des sursalaires. Dans le cas des cadres infirmiers, nous avons pu en recenser de nombreux exemples tels que les : les corrections des rapports de la secrétaire médicale, ou les corrections des paramètres pris par les aides-soignantes, etc.

4.6.2 Les surtemps

Les surtemps sont des temps passés dans l'hôpital pour réaliser des tâches ne correspondant pas à une création de valeur ajoutée. Cela entraîne un coût, non seulement parce que l'entreprise paie des salaires pour ce temps utile, mais aussi parce que cela absorbe des ressources en temps d'utilisation des infrastructures et des équipements. Ce coût peut aussi être considéré comme un coût d'opportunité, comme dans les cas des coûts de non production, car ce temps perdu aurait pu être utilisé pour réaliser des activités à haute valeur ajoutée, soit pour produire et rendre davantage des services, soit pour créer du potentiel lié à des opportunités stratégiques¹.

Les surtemps peuvent être de différents types :

- Surtemps liés à des erreurs, par exemple dans le bloc opératoire le temps passé à corriger les instruments de la boîte de chirurgie d'orthopédie.
- Surtemps liés à des travaux inutiles, par exemple le temps passé à faire l'inventaire des consommables de l'unité de soins.
- Surtemps en recherche d'information, par exemple le temps passé pour rechercher un dossier patient.
- Surtemps liés à un manque de rigueur ou à des dérangements, par exemple le temps passé au bavardage.
- Surtemps liés à des équipements inefficaces, par exemple le temps passé pour attendre le résultat d'imagerie médicale dû à la lenteur de la machine de radio.
- Surtemps liés à des défauts de qualité, par exemple le temps de refaire un bilan sanguin pour erreur du résultat.

¹Savall H., Zardet V., Bonnet M., Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique, op. cit.

4.6.3 – Les surconsommations

Les surconsommations sont des dépenses excessives de ressources qui ne génèrent pas de valeur ajoutée et qui pourraient être évitées. Elles sont le résultat entre les besoins en ressources et les dépenses. Elles sont de plusieurs aspects : gaspillages, surplus de dépense d'énergie, ou des consommations suite à des erreurs.

4.6.4 – Les non-productions

Les non-productions sont des perturbations et des arrêts de l'activité liés à des dysfonctionnements. Les non-productions dans un hôpital sont par exemple reliés à :

- Retard de livraison des marchandises ou de pièces de rechange
- Arrêt de travail à cause de dépannage de certains équipements

Pour évaluer les non-productions, il est nécessaire de s'appuyer sur le calcul de la marge sur coûts variables moyens par heure et par personne.

4.6.5 – Les non-créations de potentiel

Les non-créations de potentiel sont considérées comme un coût d'opportunité. On les lie souvent à des pertes de part de marché qui peuvent être par exemple des conséquences de rumeurs lors d'une faute médicale, ou des pertes de savoir-faire lors de la démission d'une main d'œuvre qualifiée ou enfin au retard de mise en marche d'un nouvel appareil médical ou d'une nouvelle technique de soins.

4.6.6 – Les risques

Les risques sont des coûts futurs induits par des dysfonctionnements actuels. On les calcule en évaluant la probabilité de l'évènement en la multipliant par les coûts des dysfonctionnements qui adviendraient si cet évènement se produisait.

A partir des diagnostics verticaux des départements de soins, nous avons procédé au calcul des coûts-cachés selon la démarche socio-économique. Nous résumons les résultats du calcul dans chacun des secteurs diagnostiqués dans le tableau suivant :

Tableau 4.11 Synthèse des couts cachés par indicateur et composant

Diagnostic Vertical Bloc Opérateur H1 en USD (\$)							
	Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non-production	Non-crédation de potentiel	Risques	Total
Absentéisme	79 500	600	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	80 100
Accident du travail	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.
Rotation du personnel	N.E.	7 500	N.E.	4 000	N.E.	N.E.	11 500
Défaut de qualité	12 500	89 000	95 400	122 700	N.E.	N.E.	319 600
Ecart de productivité	4 500	11 400	16 600	40 600	N.E.	N.E.	73 100
Total	96 500	108 500	112 000	167 300	N.E.	N.E.	484 300
Diagnostic Vertical Soins Intensifs H1 en USD (\$)							
	Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non-production	Non-crédation de potentiel	Risques	Total
Absentéisme	29 200	500	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	29 700
Accident du travail	600	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	600

Rotation du personnel	N.E.	10 800	N.E.	3 800	N.E.	N.E.	14 600
Défaut de qualité	N.E.	198 300	43 300	6 400	N.E.	N.E.	248 000
Ecart de productivité	N.E.	96 100	100	N.E.	N.E.	N.E.	96 200
Total	29 800	305 700	43 400	10 200	N.E.	N.E.	389 100
Diagnostic Integral H2 en USD (\$)							
	Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non-production	Non-crédation de potentiel	Risques	Total
Absentéisme	41 700	1 900	N.E.	28 600	N.E.	N.E.	72 200
Accident du travail	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.
Rotation du personnel	N.E.	67 600	N.E.	65 700	N.E.	N.E.	133 300
Défaut de qualité	500	147 100	47 400	225 900	N.E.	N.E.	420 900
Ecart de productivité	N.E.	118 200	49 000	47 700	N.E.	N.E.	214 900
Total	42 200	334 800	96 400	367 900	N.E.	N.E.	841 300
Diagnostic Vertical Maternité et pédiatrie H3 en USD (\$)							
	Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non-production	Non-crédation de potentiel	Risques	Total
Absentéisme	1 800	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	1 800
Accident du travail	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.
Rotation du personnel	N.E.	93 800	N.E.	29 800	N.E.	N.E.	123 600
Défaut de qualité	21 700	3 500	1 100	41 300	N.E.	N.E.	67 600
Ecart de productivité	10 500	10 300	N.E.	147 300	N.E.	N.E.	168 100
Total	34 000	107 600	1 100	218 400	N.E.	N.E.	361 100

Diagnostic Vertical Urgences H3 en USD (\$)							
	Sursalaire	Surtemps	Surconsommation	Non-production	Non-création de potentiel	Risques	Total
Absentéisme	14 300	4 700	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	19 000
Accident du travail	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.
Rotation du personnel	N.E.	N.E.	N.E.	2 600	N.E.	N.E.	2 600
Défaut de qualité	300	218 200	N.E.	388 000	N.E.	N.E.	606 500
Ecart de productivité	2 500	85 200	1 800	77 000	N.E.	N.E.	166 500
Total	17 100	308 100	1 800	467 600	N.E.	N.E.	794 600

A partir des coûts cachés totaux, nous aboutissons à une moyenne de coûts-cachés par personne et par an. Le tableau suivant permet de refléter le coût moyen par personne par an et par secteur diagnostiqué.

Tableau 4.12 Moyenne des couts-cachés par personne et par an

Secteur	Hôpital	Nombre de personnes	Total des Coûts-cachés (\$) annuels	Equivalent de la masse salariale du service	Moyenne des coûts-cachés par personne par an (\$)
Bloc opératoire	H1	40	484 300	100%	12 100
Soins Intensifs	H1	27	389 100	120%	14 400
Intégral	H2	150	841 300	42%	5 600
Maternité	H3	20	361 100	150%	18 000
Urgence	H3	20	794 600	330%	39 700

4.7 – Interprétation de l'origine des coûts cachés

Ces coûts-cachés ont été des révélateurs par l'encadrement infirmier de l'importance d'une transformation de leur rôle, en se centrant d'avantage sur la prévention des dysfonctionnements et sur le pilotage stratégique. Lors de la présentation de l'avis d'expert (non-dits), les hypothèses que nous avons formulées sur les causes-racines des dysfonctionnements ont été vérifiées et validées par l'ensemble des membres de l'encadrement infirmier. Nous présentons ci-dessous quelques exemples issus des avis d'expert de notre échantillon :

- L'exiguïté, la vétusté, le caractère bruyant et le manque de fonctionnalité des locaux du bloc opératoire entraînent des pertes de temps et des risques de contamination, en particulier en ce qui concerne les portes du bloc et le circuit des déchets qui sont à l'origine de risques de maladie nosocomiales.
- Des matériels vétustes et parfois mal entretenus, ainsi que des manques de draps sont à l'origine de retard dans la réalisation des tâches et de dégradation des conditions de travail du personnel du bloc.
- Les procédures d'hygiène et de sécurité ne sont pas assez respectées, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies nosocomiales et les procédures d'anesthésie. Un manque d'implication dans le respect des procédures et l'accréditation est également signalé.
- Les visites préopératoires ne sont pas suffisamment anticipées, et la documentation après les opérations reste lacunaire.
- Des périodes de surcharge de travail sont observées, notamment en raison du manque de clarté des règles de programmation des opérations. En outre, la répartition des charges de travail est jugée inéquitable.

Conclusion du chapitre 4

Dans ce chapitre nous avons présenté des éléments du diagnostic socio-économique appliqué au sein des trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche. Après avoir effectué un diagnostic qualitatif horizontal dans chacun d'eux, nous avons conduit des diagnostics verticaux dans des différents services tels que le bloc opératoire et les soins-intensifs dans l'hôpital H1 ; l'ensemble des services de l'hôpital H2, et dans les services de maternité, de pédiatrie, et urgences de l'hôpital H3.

Nous avons également présenté les populations ciblées et interviewées pour les divers diagnostics en expliquant la méthodologie de collecte et de traitement des données recueillies, en lien avec la problématique des compétences managériales de l'encadrement infirmier.

Les diagnostics ont montré l'importance des lacunes de compétences managériales de l'encadrement infirmier, tout en formulant l'hypothèse que la performance globale des hôpitaux dépend probablement non seulement des compétences managériales des directions de soins et des cadres infirmiers, mais aussi de celle de l'ensemble des cadres et dirigeants des hôpitaux étudiés.

Chapitre 5 : la formation intégrée de l'encadrement infirmier aux compétences managériales au travers de la mise en œuvre du projet et des outils socio- économiques

Le chapitre 5 aborde les éléments qui constituent la mise en œuvre du projet et des outils socio-économiques en tant que moyens de développement du niveau des compétences managériales dans l'organisation. Dans les chapitres précédents nous avons expliqué la nécessité des compétences managériales pour la réussite et le développement des organisations. Après avoir présenté la place des compétences dans les diverses théories des organisations nous avons justifié notre choix du management socio-économique comme levier et support pour l'amélioration des compétences managériales. Ensuite nous avons présenté notre terrain de recherche avec ses spécificités et nous avons présenté le diagnostic socio-économique réalisé dans les trois hôpitaux qui constituent notre terrain d'expérimentation. Le diagnostic socio-économique sert à l'élaboration du projet d'amélioration des performances économiques et sociales au sein de l'entreprise diagnostiquée et cela par la mise en œuvre d'un projet et des outils de management socio-économique. Notre hypothèse est que la réalisation de ce projet et de ces outils constitue une formation intégrée aux compétences managériales. Le but de ce chapitre est de présenter les outils et leur utilisation et d'explicitier leurs impacts sur la performance économique et sociale des hôpitaux.

5.1 Le groupe de projet comme aide à l'amélioration des compétences de l'encadrement infirmier

La mise en œuvre d'un processus d'amélioration des compétences managériales de l'encadrement infirmier des trois hôpitaux s'est inscrite dans le cadre d'un projet socio-économique global sur l'ensemble des trois hôpitaux et a donné lieu à des formations et assistances personnalisées pour la réalisation des outils. Dans le prolongement d'un projet horizontal centré sur le développement des compétences managériales des équipes de direction, les actions « verticales » au niveau notamment des services de soins ont consisté à mettre en place des méthodes de travail en équipe pour mieux valoriser les talents et les compétences cachées.

5.1.1 - La mise en place du groupe de projet

Les projets socio-économiques élaborés à la suite des diagnostics dans les services de soins ont comportés plusieurs thèmes dénommés paniers. Dans chacun des cas, le groupe du projet a été formé du chef de projet, d'un groupe avec la direction de l'hôpital et la direction des soins, le directeur médical et du médecin chef de service avec le cadre infirmier (surveillante), et de groupes de travail pour chacun des « paniers », en associant à la fois des personnes du service et des services environnants. Par exemple dans le cas du projet de bloc opératoire de l'hôpital H1, la responsable du service des soins intensifs a été associée au projet pour élaborer des solutions de prévention des maladies nosocomiales.

5.1.1.1 Le chef du projet

Chaque projet est confié à une personne qui est responsable de son exécution et de sa réussite. Le chef du projet doit faire des évaluations périodiques sur l'état d'avancement du projet, il est responsable de la mise en œuvre et du calcul des performances et des résultats. Il détecte les problèmes et les obstacles afin de trouver les solutions

convenables. Il propose des tactiques en prenant en compte la stratégie interne et externe de l'hôpital. Ses principaux rôles se résument par la définition des objectifs à atteindre par le groupe restreint, la définition des ressources nécessaires pour la réalisation du projet, la mise en place du calendrier du travail, la mobilisation des compétences des divers acteurs, la définition des formations requises, la communication et la coordination entre les divers membres du groupe, et le contrôle continu de l'avancement du projet.

5.1.1.2 Le groupe de projet

Il a été composé dans chaque cas du chef du projet, de son responsable hiérarchique direct et de plusieurs autres membres désignés selon la nature du projet. Le groupe de projet a pour mission principale de garantir la conformité stratégique du projet. Dans ce groupe ont été définis les objectifs à atteindre. Il s'est réuni tous les 2 mois pendant un an pour piloter l'avancement des travaux du projet et s'assurer régulièrement des conformités vis-à-vis de la stratégie générale de l'hôpital. Il a proposé l'ordre de jour des groupes de travail (paniers) et pris les mesures nécessaires pour que les solutions proposées soient acceptées sur la base d'une balance économique.

5.1.1.3 Les groupes de travail

Pour des raisons d'efficacité et d'efficacités, les actions proposées et les solutions envisagées, ne pouvaient pas être conçues et étudiées par les seuls membres du groupe plénier. Pour cela, des groupes de travail ont été désignés par le groupe plénier. Ces groupes de travail ont favorisé la cohésion et aidé à mieux accepter les solutions par l'ensemble du personnel de l'hôpital, grâce au nouveau rôle de l'encadrement de faire participer tous les personnes concernées y compris le personnel de base.

Tableau 5.1 Illustration d'un groupe de projet appliqué au terrain d'expérimentation

Projet : Bloc opératoire H1			
Chef du Projet	Groupe du projet	Groupes de travail	Objectifs
Surveillante du bloc	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur Médical - Direction des soins infirmiers - Surveillante du bloc opératoire - Chef du département du service de chirurgie : Médecin chirurgien - Anesthésiste responsable 	<ul style="list-style-type: none"> - Architecte - Biomédical - Surveillante du bloc - Responsable financier - Chef du service de chirurgie - Hygiéniste 	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement du service - Modernisation des équipements au bloc opératoire
		<ul style="list-style-type: none"> - Directeur Médical - Chef du comité médical - Direction des soins infirmiers - Surveillante du bloc opératoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Règles de programmation - Horaire de démarrage des chirurgies - Droit et devoirs des médecins - Formation des instrumentistes - Formation polyvalente - Acquisition d'un dactylophone pour les comptes rendus opératoires

Nous avons constaté que l'infirmière responsable du service du bloc opératoire a appris à proposer des solutions d'amélioration en équipe, plutôt que de subir les dysfonctionnements avec fatalisme, ce qui était le cas auparavant : il s'agit par conséquent d'une formation aux compétences managériales.

5.2 Les outils de mise en œuvre stratégique du management socio-économique au service du développement des compétences managériales.

Le management socio-économique est défini par SAVALL comme un management global de l'entreprise. Il est fondé sur le développement du potentiel humain comme

levier primordial d'amélioration des performances de l'entreprise¹. Plusieurs outils du management socio-économique ont été proposés, construits et mis en place pour stimuler le développement du potentiel humain au sein des entreprises et des organisations.

A la différence des outils traditionnels de management (voir chapitre 2), ses outils socio-économiques visent à transformer les compétences managériales de l'encadrement, pour faire passer les managers d'un rôle centré sur la gestion quotidienne de leur service à un rôle de développement de leur service par le développement de tous les personnels dont ils ont la responsabilité.

Les outils socio-économiques se sont avérés être des éléments centraux du développement de la compétence managériale de l'encadrement pour les raisons suivantes :

- Ils aident à participer à l'élaboration de la stratégie de l'hôpital, en explicitant le rôle du personnel infirmier et en mobilisant ce personnel dans le projet global (l'outil PASINTEX ou plan d'actions stratégiques internes et externes).
- Ils contribuent à la rigueur du pilotage des actions de développement (l'outil PAP ou plan d'actions prioritaires) avec les infirmières et aides-soignantes.
- Ils permettent de synthétiser les indicateurs de gestion courante et la gestion de développement (l'outil tableau de bord de pilotage).
- Ils améliorent la qualité de la gestion de temps (l'outil gestion de temps)
- Ils stimulent la progression des compétences et de la polyvalence du personnel de soins (l'outil grilles de compétences).

5.2.1 Le plan d'actions stratégiques internes et externes (PASINTEX)

Il s'agit du plan émis pour une période de 3 à 5 ans. Il résume d'une façon prioritaire les actions à entreprendre pour le développement de l'organisation. Le plan stratégique doit être analysé et mis à jour semestriellement, ce qui permet de faire le point sur l'état d'avancement des divers projets en cours. A la suite de chaque révision, des modifications et ajustements relatifs aux objectifs émis, à échéanciers ou aux porteurs d'action seront faite afin de faire évoluer la stratégie dessinée.

¹ Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, 4^{ième} édition Economica, Paris, 2003.

La formulation du plan stratégique ainsi que sa révision a nécessité des réunions de concertation, de communication et de coordination durant laquelle les compétences des divers acteurs, surtout décideurs de l'entreprise, ont été mis à contribution. Cet exercice a stimulé le développement continu de leur compétence managériale au fur et à mesure de leur progression dans la réalisation de la stratégie émise et du pilotage de l'ensemble des objectifs et actions stratégiques.

Dans le cas des trois hôpitaux, l'encadrement infirmier a été associé de plusieurs façons à l'élaboration du PASINTEX.

Tout d'abord, tout l'encadrement infirmier a été interviewé sur les dysfonctionnements à surmonter et à prendre en compte dans la partie interne du PASINTEX.

Il a ensuite été associé à des groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du PASINTEX, par exemple en ce qui concerne l'harmonisation des protocoles des soins, la réorganisation des locaux des urgences et l'architecture de l'hôpital.

Enfin, l'encadrement infirmier s'est servi du PASINTEX pour expliquer la stratégie aux membres du personnel soignant et pour leur montrer leur importance discriminante dans le succès de sa mise en œuvre.

Tableau 5.2 Illustration du plan stratégique combiné des trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche (*nous avons dans cet exemple regroupé une partie des PASINTEX des trois hôpitaux*)(©ISEOR)

Axes Stratégiques	Objectifs prioritaires	Actions prioritaires	Hopitaux	Porteurs	2011		2012		2013		2014		2015		
					S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
Medical et clinique: L'excellence au service des patients	Assurer une diversification au niveau des specialisations medicales et biomedicales tout en assurant la complementarité entre les 3 hopitaux pour etre au service du patient	Amelioration du service d'imagerie	H1	DM - IB		→									
		Amelioration du service de laboratoire	H1	DM - IB	→										
		Amelioration du service de Sterilisation	H1	DM - IB			→								
		Amelioration du service de bloc operatoire	H1	DM - IB					→						
		Acquisition d'une ambulance	H1	DM - IB	→										
		Creation d'une unité de court sejour	H3	DM - IB						→					
		Renouvellement equipement de scopie digestive	H3	IB	→										
		Rehabilitation de laboratoire microbiologique	H3	DM - IB	→										
		Acaht d'un nouveau respirateur pour le BO	H3	DM - IB				→							
		Acquisition d'un IRM	H3	DM - IB							→				
		Recrutement de nouveau medecins	H1, H2, H3	DG - DM											→
		Agrandissement unité de Soins Intensifs et segregation des cas Cardio et Polyvalents	H3	DM - IB								→			
		Agrandir les soins intensifs pour ajouter deux lits supplementaires	H2	DM - IB						→					
		Achat IRM	H2	DM - IB							→				
		Achat colono et Gstro	H2	DM - IB					→						
		Achat d'un coelioscope	H2	DM - IB	→										
		Achat d'une Mamographie	H2	DM - IB					→						
		Agrandir les urgences et ajouter une salle de reanimation	H2	DM - IB							→				

Légende : DM= Directeur Médical, IB= Ingénieur Biomédical, DG= Directeur General, S1= Semestre 1 et S2= Semestre 2.

Dans chacun des trois hôpitaux, le premier axe stratégique est l'axe médical et clinique avec comme objectif prioritaire d'assurer une diversification au niveau des spécifications médicales et biomédicales tout en assurant la complémentarité entre les trois hôpitaux pour être au service des patients. Le deuxième axe stratégique concerne tout ce qui est organisationnel et administratif pour être efficient et humain avec comme objectif prioritaire de se conformer le plus possible aux standards d'accréditation nationaux et d'émettre des plans d'amélioration continue de la qualité. Le dernier axe stratégique concerne les relations humaines et l'environnement à travers le respect et les réalisations des valeurs. Ce troisième axe a trois objectifs prioritaires : valoriser et dynamiser les fonctions d'hôtellerie tout en assurant un accueil et un hébergement de qualité et de sécurité avec un respect de l'intimité des patients ; créer un environnement de vie sociale et relationnelle, saine pour participer à la bonne image de l'hôpital ; créer un environnement d'écoute, de présence, de paroles fraternelles de soutien et d'accompagnement dans le milieu hospitalier et ce, pour indiquer comment les êtres humains doivent se comporter, agir et être, entre eux et envers ce qui les entoure.

Chacun des objectifs prioritaires comporte plusieurs actions prioritaires bien définies dans le temps et pour lesquelles un ou plusieurs porteurs sont attribués, dont l'encadrement infirmier, par exemple pour tout ce qui concerne les objectifs d'accréditation.

Au cours de l'élaboration des projets, les balances économiques permettent de bâtir des scénarios contrastés qui stimulent la créativité des acteurs pour construire en équipe un futur préférable pour tous dans l'hôpital et pour le bien des patients.

Cela correspond à l'un des principes de la prospective tel qu'énoncé par A. MARCHAIS-ROUBELAT et F. ROUBELAT¹ : « Développer l'interaction entre acteurs plutôt qu'une opposition sur des scénarios alternatifs ».

5.2.2 Le plan d'actions prioritaires (PAP)

Les plans d'actions prioritaires ont été conçus pour augmenter la possibilité de la mise en œuvre du PASINTEX. Ce sont des plans semestriels dans lesquels figurent les actions départementales à entreprendre chaque semestre. Les objectifs du plan d'actions prioritaires sont d'ordre individuel, semi-collectif et collectif.

Les PAP ont été directement reliés à la stratégie de l'hôpital et ont été formulés pour une durée de six mois renouvelable tout au long de la durée du plan d'actions stratégiques internes et externes. Pour qu'ils soient efficaces, il a fallu veiller à leur synchronisation et à leur cohérence.

Les PAP une fois élaborés pour chaque département médical ont permis d'agir collectivement sur les actions à mettre en place en prenant en considération les priorités. Ils ont consisté à démultiplier la stratégie en actions concrètes pour toutes les parties prenantes. Ils ont permis également de piloter les actions de façon coordonnée et synchronisée en respectant les échéances. Les objectifs émis dans les PAP ont été faciles à comprendre par le personnel, car concrets et bien planifiés.

Nous illustrons dans le tableau 5.3 suivant un extrait d'un plan d'actions prioritaires tel que formalisé par le département de Bloc Opératoire à l'hôpital H2.

¹ Marchais-Roubelat A., Roubelat F., designing action based scenarios, in *Revue Futures*, Elsevier, 2007.

ce processus a contribué au progrès des compétences managériales de l'encadrement infirmier qui a su mieux décider et agir, coordonner, communiquer et négocier avec le personnel infirmier les actions de développement.

5.2.3 – Le Contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN)

Un outil du management socio-économique vise à contractualiser les engagements de performance des acteurs d'organisations, il s'agit du CAPN (Contrats d'Activités Périodiquement Négociable). Il existe une négociation des objectifs et des moyens à chaque niveau des hôpitaux étudiés, ce qui correspond à un contrôle de gestion décentralisé au niveau de chaque manager. Du point de vue de l'employé, c'est la reconnaissance de sa contribution à la création de valeur de l'entreprise. Cette reconnaissance s'exprime dans le CAPN par une amélioration des apports de l'entreprise sur 6 domaines : conditions de travail, organisation du travail, communication-coordination-concertation, gestion de temps, formation intégrée et mise en œuvre stratégique. Dans le cas de ce dernier domaine, le CAPN apporte en particulier un complément de salaire, qui permet à chaque membre du personnel de mieux financer ses besoins dans sa vie hors du travail. Du point de vue de la direction et des managers, le CAPN stimule la négociation de l'exigence partagée : comportements plus coopératifs, amélioration des compétences, productivité plus intense et contribution aux actions de création de potentiel. Ce mode de management assainit les relations entre la direction, l'encadrement et le personnel de base par des pratiques de management plus équitables et moins complaisantes ou moins brutales. C'est en 1977 que H. SAVALL a commencé à développer l'outil de contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN). Il s'agit d'un outil de gestion simple et opérationnel permettant aux acteurs de l'organisation de gérer simultanément plusieurs problèmes et d'atteindre de façon coordonnée différents objectifs, à la fois économiques et sociaux¹. Le CAPN est l'outil socio-économique qui permet de classer et réaliser les objectifs par priorité et degré d'indispensabilité tout en

¹ Savall H., Zardet V., Maitriser les couts et les performances cachés, 4^{ème} édition Economica, Paris, 2003.

précisant les moyens alloués à utiliser pour leur accomplissement. Tous les employés d'une organisation, à tous les niveaux, sont concernés et participent dans la réalisation de la stratégie. Il est limité dans le temps, normalement pour un semestre et il doit être établi d'une façon continue en annexes avec le PASINTEX et les PAP. C'est l'outil qui incite également à la mise en place de la stratégie interne et externe de l'organisation puisque la rétribution de chacun des employés au sein de l'entreprise dépend du niveau moyen d'accomplissement des objectifs émis.

En élaborant un CAPN entre supérieur hiérarchique et son collaborateur, ce dernier est susceptible pour satisfaire ses besoins physiologiques à travers le complément de salaire rapporté par l'exécution du CAPN. Il se sent également en sécurité et protégée par le progrès de sa carrière et le développement de l'entreprise à laquelle elle appartient, il satisfait ses besoins sociaux d'appartenance en réalisant des objectifs collectifs et/ou semi-collectifs par le travail d'équipe, et se sent plus estimé à travers la reconnaissance qui est le résultat de la réussite et de l'atteinte des objectifs émis et enfin il a la possibilité de satisfaire ses besoins d'actualisation et de réalisation de soi à travers la créativité et le développement personnel. Le CAPN apparait donc comme un outil de stimulation et d'incitation pour la réalisation de la stratégie de l'entreprise.

Parmi les résultats qualitatifs obtenus après la mise en œuvre des CAPN, les cadres infirmiers des hôpitaux H1, H2, H3 ont jugé que le personnel soignant avait progressé sur les points suivants : créativité, responsabilité, prise d'initiative, bonne humeur, participation, etc.

Tout cela s'est traduit par une meilleure motivation qui a eu des répercussions sur la performance sociale et économique de l'hôpital, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Le tableau 5.4 représente un exemple de CAPN de la direction des soins infirmiers à l'hôpital H1 pour le premier semestre de l'an 2012.

Tableau 5.4 Extrait du CAPN de la direction des soins infirmiers à l'hôpital H1(©ISEOR)

N°	OBJECTIF	INDICATEUR : niveau initial au	ETALONNAGE DU NIVEAU FINAL A ATTEINDRE AU :			MOYENS SPECIFI- QUES ALLOUES	% PONDE- - RATIO N
			3/3	2/3	1/3		
1	Diminution de la charge du personnel	\$ 46,000	7%	5%	3%	Rotation Formation polyvalence Gestion des Heures supplémentaires	20%
	Augmentation des admissions dans l'hôpital	4183 patients admis	7%	5%	3%	Gérance des places Politique de décharge des patients	20%
2	Maintien du niveau d'accréditation	100%	100%	-	-	Audit accreditation	10%
3	Aménagement des services Chirurgie générale, Chirurgie ortho et traumato, médecine, cardiologie et exploration	Mauvaise répartition des malades et locaux inadéquats	Chirurgie générale, Chirurgie ortho et traumato, médecine, cardiologie et exploration	Chirurgie générale, médecine, cardiologie	Chirurgie générale, cardiologie	PASINTEX	20%
4	Rotation du personnel	10% du total	40%	30%	20%	Plan de formation Plan de rotation	10%

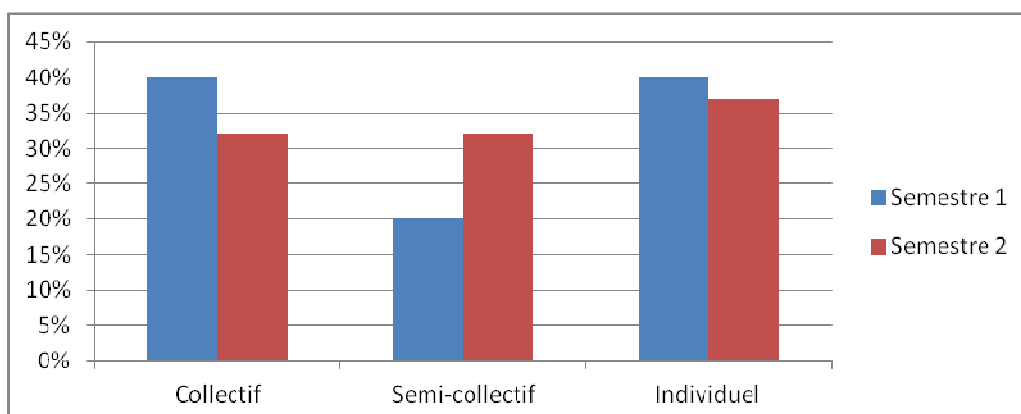
	Formation sur les compétences a la communication	Conflits intra personnels	80%	70%	60%	Plan de formation	10%
5	Réunions inter services	Manque de coordination	6	4	3	Calendrier des réunions + Compte rendues	10%
						TOTAL	100%

5.2.3.1 Répartition des objectifs des CAPN

Les objectifs des CAPN de chaque personne ont été choisis à partir du PAP (Plan d'Actions Prioritaires) de service auquel elle appartient. A son tour, les PAP de chaque service ont été élaboré à partir du PASINTEX (Plan d'Actions Stratégiques Internes et Externes) global de l'hôpital. Les objectifs choisis pour chaque semestre n'ont pas dépassé les dix. Les objectifs choisis ont été répartis en trois catégories :

- Des objectifs individuels tels que l'amélioration du comportement par exemple la façon de communiquer avec les patients.
- Des objectifs semi-individuels tels que l'acquisition d'un matériel spécifique par exemple l'acquisition d'une machine d'anesthésie au bloc opératoire.
- Des objectifs collectifs tels que la diminution des charges d'achats ou l'augmentation des nombres d'admissions.

Schéma 5.1 Répartition des objectifs CAPN pour 2 semestres consécutifs à l'hôpital H2



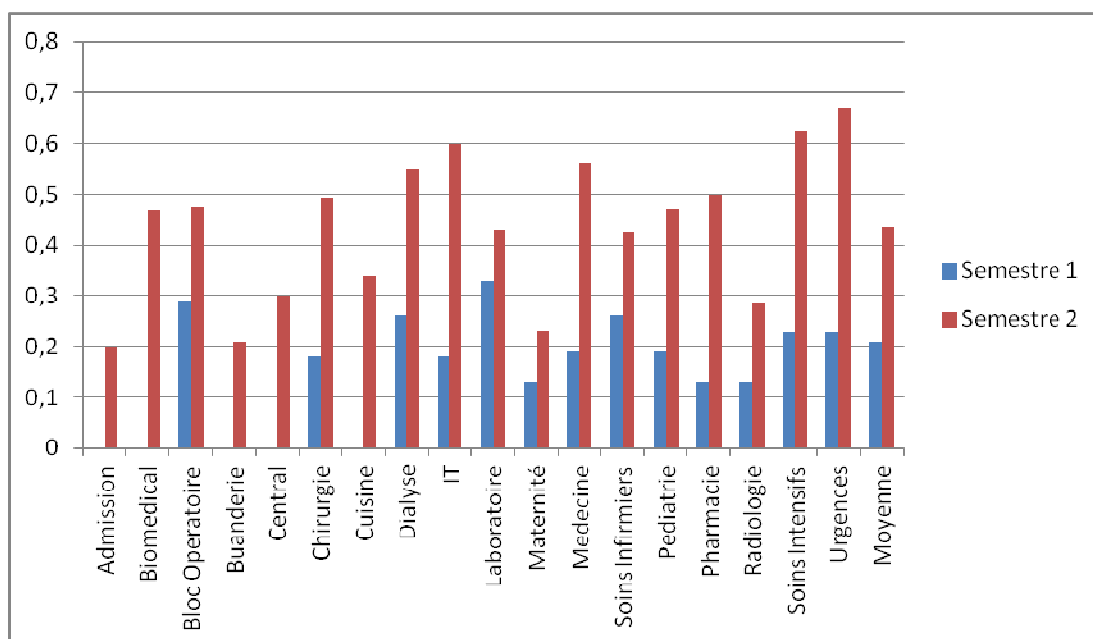
Afin de pouvoir autofinancer les CAPN, les hôpitaux ont maintenu en premier lieu une moyenne d'objectifs collectifs et semi-collectifs supérieure à 50%. En effet ces objectifs étaient à caractère financier comme la diminution des cahreges des achats par exemple tandis que la majorité des objectifs individuels étaient principalement à caractère qualitatif comme les objectifs de comportement par exemple.

Nous avons pu mesurer une amélioration remarquable de taux moyen de réalisation des objectifs CAPN constatée d'un semestre à l'autre. Cela étant dû à plusieurs raisons à savoir :

- L'augmentation de la confiance entre subordonné et supérieur hiérarchique.
- L'acquisition de l'expérience dans la réalisation des objectifs et de formulation des CAPN et des indicateurs d'évaluation.
- Plus de rigueur dans l'application de la méthode.
- Le sentiment d'égalité entre les employés.
- Le sentiment d'équité résultant de l'équation « Le personnel apporte, l'entreprise apporte »

Compte tenu des objectifs collectifs qui impliquent non-seulement le personnel soignant mais également les autres personnes de l'hôpital, le taux de réalisation des CAPN de l'encadrement infirmier a été affecté et parfois négativement à cause de la non réalisation des objectifs par le personnel non-infirmier. Nous reflétons cela dans le schéma 5.2.

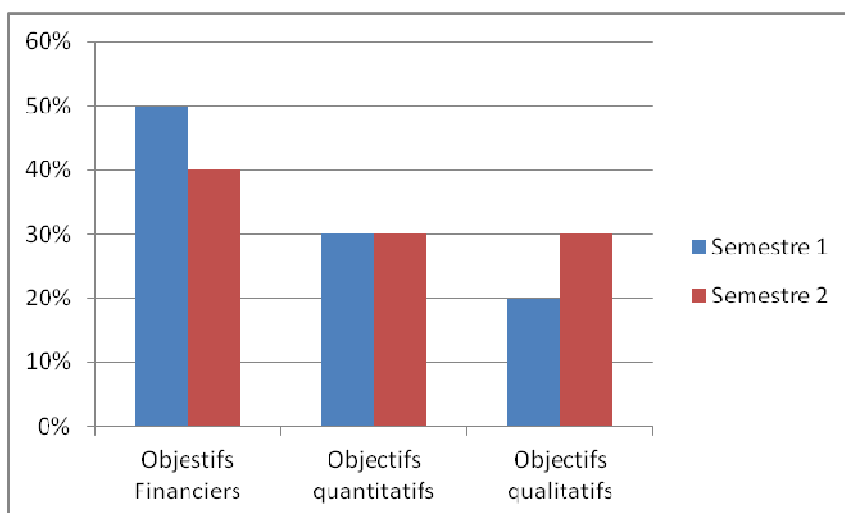
Schéma 5.2 Taux moyens de réalisation des objectifs CAPN par département pour 2 semestres consécutifs à l'hôpital H2



5.2.3.2 La pondération des objectifs CAPN

Les objectifs CAPN ont eu pour but principal d'orienter les personnels soignants dans l'accomplissement de leurs tâches vers la réalisation de la stratégie de l'hôpital tout en minimisant les dysfonctionnements et leurs impacts. Les outils socio-économiques, une fois mis en place au sein des institutions, ont aidé à convertir les coûts-cachés en création de potentiel, afin d'autofinancer les investissements matériels et immatériels émis dans la stratégie de l'entreprise et de financer les surplus d'apports pour le personnel de soins résultant de la réalisation des objectifs CAPN. Au démarrage de la mise en œuvre des CAPN, pour pouvoir maintenir l'équilibre financier, l'hôpital H2 a attribué une pondération supérieure pour les objectifs financiers et quantitatifs par rapport aux objectifs qualitatifs. Les cadres infirmiers ont attribué aux objectifs les plus indispensables et dont la réalisation a engendré une amélioration de la situation financière de l'hôpital un coefficient plus élevé que les autres.

Schéma 5.3 Taux de pondération des objectifs financiers, quantitatifs et qualitatifs



5.2.4 Le tableau de bord de pilotage stratégique (TDBP)

Les diagnostics socio-économiques réalisées par l'ISEOR auprès des diverses populations d'encadrement infirmier ont mis en évidence un type spécifique de dysfonctionnements¹ : les dysfonctionnements de mise en œuvre stratégique, c'est-à-dire les écarts entre les objectifs stratégiques de l'hôpital et les réalisations effectives. Au cours de l'analyse de la source de ces écarts de mise en œuvre stratégique, nous avons constaté les conditions difficiles dans lesquelles s'exerce le pilotage des services de soins infirmiers. Selon SAVALL trois types d'actions paraissent nécessaires pour mieux réaliser le pilotage de l'entreprise² :

- Prendre des décisions et réaliser des actes de mise en œuvre stratégique : il s'agit là d'un principe d'énergie de « passage à l'acte » des acteurs ;
- Faire partager le contenu des décisions avec d'autres acteurs : principe de coopération indispensable dans la mise en application des décisions ;
- Disposer d'un tableau de bord de pilotage stratégique bien conçu et maniable : principe d'instrumentation.

¹ Savall H., Zardet V., Maitriser les coûts et les performances cachés, 4^{ème} édition Economica, Paris, 2003.

² Savall H., "le rôle des cadres dans la mise en œuvre de la stratégie de l'entreprise", les cahiers de recherche de l'ISEOR N.5, 1983, article publié dans la revue enseignement et gestion numéro spécial, FNEGE, 1983.

Le tableau de bord de pilotage est un ensemble d'indicateurs qui permettent de piloter la stratégie. La définition d'un indicateur est « la résultante d'un petit nombre d'informations qui ont la propriété d'être particulièrement significatives par rapport aux objectifs stratégiques de l'entreprise, d'être régulièrement mises à jour et analysées »¹.

Les indicateurs du tableau de bord doivent donner des précisions sur la gestion courante et sur la gestion de développement ou de création de potentiel. Il s'agit de contrôler les décisions prises dans l'activité courante ou quotidienne avec la mise en œuvre de la stratégie. Il est utilisé comme un aide-mémoire pour faciliter le pilotage d'évènements nombreux et souvent complexe et également un moyen de stimulation pour le regroupement physique des informations qui permettent de piloter l'activité. En d'autres termes le tableau de bord de pilotage permet de regrouper les indicateurs de vigilance afin d'alimenter la prise de décision stratégique ou de faire remonter certaines informations aux décideurs.

5.2.4.1 La composition du tableau de bord de pilotage

Pour être utile, le tableau de bord de pilotage doit être composé d'une variété d'indicateurs sans toutefois s'éloigner du nécessaire. Les indicateurs sont de type qualitatif, quantitatif et financier. Ces indicateurs doivent être simples, faciles à calculer et comparables d'une période à l'autre. Ils doivent constituer un support pour la communication, la coordination et la prise de décision.

SAVALL et ZARDET (1995) considèrent que pour remplir un tableau de bord, il faut s'interroger :

- Sur les indicateurs nécessaires pour prendre des décisions dans la zone de responsabilité du pilote ;
- Sur les indicateurs qui vont servir à rendre compte au supérieur hiérarchique ;

¹ Savall H., Zardet V., Maitriser les couts et les performances cachés, 4^{ème} édition Economica, Paris, 2003.

- Sur les indicateurs qu'il faudra transmettre régulièrement aux subordonnés ;
- Sur les indicateurs nécessaires pour répondre aux partenaires extérieurs ;
- Comment rendre ses informations accessibles et compréhensibles ? Sur les indicateurs grâce auxquels nous évaluons et grâce auxquels nous sommes évalués.

Les principaux indicateurs soulevés dans les trois hôpitaux lors de notre intervention se résument en plusieurs catégories et sont des indicateurs qualitatifs, quantitatifs et financiers. Nous donnons quelques exemples dans la liste qui suit :

- La variation des résultats par unités de soins et par département
- Le revenu net par unité de soins et par département
- Le nombre total de patients
- Le nombre de patients admis ou internes
- Le nombre de patients externes
- Le revenu net par patient
- Les charges fixes par patient
- Les charges variables par patient
- La marge sur coût variable
- La marge sur coût variable unitaire
- La contribution horaire à la valeur ajoutée sur coût variable
- Le point mort en nombre total de patients
- Le point mort en nombre de patients admis ou internes
- Le point mort en nombre de séjours
- Le point mort en taux d'occupation
- La durée moyenne de séjour
- Les rotations
- Les nominations
- Le registre des congés
- La répartition des effectifs
- Le nombre d'admissions par classe
- Le nombre d'admissions par catégorie de tiers payants

- Le nombre d'admissions par service
- Le nombre d'admissions des urgences
- Le nombre d'admission par médecin
- La facturation par classe
- La facturation par catégorie de tiers payants
- La facturation par service
- La facturation des urgences
- La facturation par médecin
- Le nombre d'opérations par médecins
- Le nombre d'opérations par spécialité

Les indicateurs énumérés ci-haut sont périodiques et comparés. Ils sont destinés aux directions et aux cadres infirmiers pour l'aide à la décision. La fréquence de la collecte a varié d'un indicateur à l'autre. Certains de ces indicateurs étaient à usage collectifs et d'autres sont à usage individuel.

5.2.5 La grille de gestion du temps

La grille de gestion de temps est un outil du management socio-économique qui amène les cadres et les dirigeants à mieux planifier leurs tâches et à réduire les dysfonctionnements relatifs surtout au glissement de fonctions. Il permet d'accroître la proportion du temps consacré à la gestion du développement de l'entreprise.

Tableau 5.5 Grille de gestion de temps de la Direction des soins infirmiers à l'hôpitalH1, jour J

JOURNÉE DU : _____ AUTO-ANALYSE DU TEMPS DE :

NATURE DE L'ACTE	ÉMETTEUR	ACTE CONCRET	Nb DE PASS	TPS EN MIN	TYPE D'ACTIVITÉ					VALEUR AJOUTÉE			URGENCE RÉELLE			OBSERVATIONS	ÉVOLUTION SOUHAITABLE			
					GC	RD	GF	PS	PD	TF	F	f	tf	TF	F		f	tf	A	B
SI	HR	Présence et planification	2	60			60					60		60		Secrétaire		60		
V	Formation	Salle de conférence pour formation	1	40			40			40			40				40			
T	DRH	Répondre	1	10	10							10		10			10			
V	DRH	Interview avec nouvelle Infirmière	1	30	30					30			30				30			
V	DG	Demande document	1	30	30					30			30				30			
V	Formation	Salle de conférence pour formation	1	60			60				60			60			60			
V	DPT	Absence de formateur	1	10		10				10			10				10			
SI	I. Chimie	Plan de formation + outil	1	20	20					20				20			20			
L	AS	Réunion non programmée pr résoudre un Pb	1	20		20				20			20			Maladie		20		
AO	DSI	TC pour CPR	1	40			40			40			40				40			
Réu	Medecine	Organisation	1	70			70			70			70				70			
E	DSI	Présence et planification	1	10		10					10			10		Secrétaire		10		
GD	DSI	Classement	1	30	30							30			30	Secrétaire		30		
T	Chi	Programation employé remplaçant	1	20	20					20			20				20			
SI	DSI	Informatisation formation	1	30		30					30			30			30			
TOTALISATION EN MINUTES					480	140	30	100	210	0	220	60	170	30	240	20	190	30		
POURCENTAGE DE CHAQUE TYPE D'ACTIVITÉ, DE NIVEAU DE VALEUR AJOUTÉE, D'URGENCE RÉELLE ET D'ÉVOLUTION SOUHAITABLE																				

← À REMPLIR EN TEMPS RÉEL
← À REMPLIR EN FIN DE JOURNÉE
← À REMPLIR AVEC PLUS DE REcul

© ISEOR 1989

ARGDT11
Version 00

Cette grille réalisée avant l'intervention, illustre :

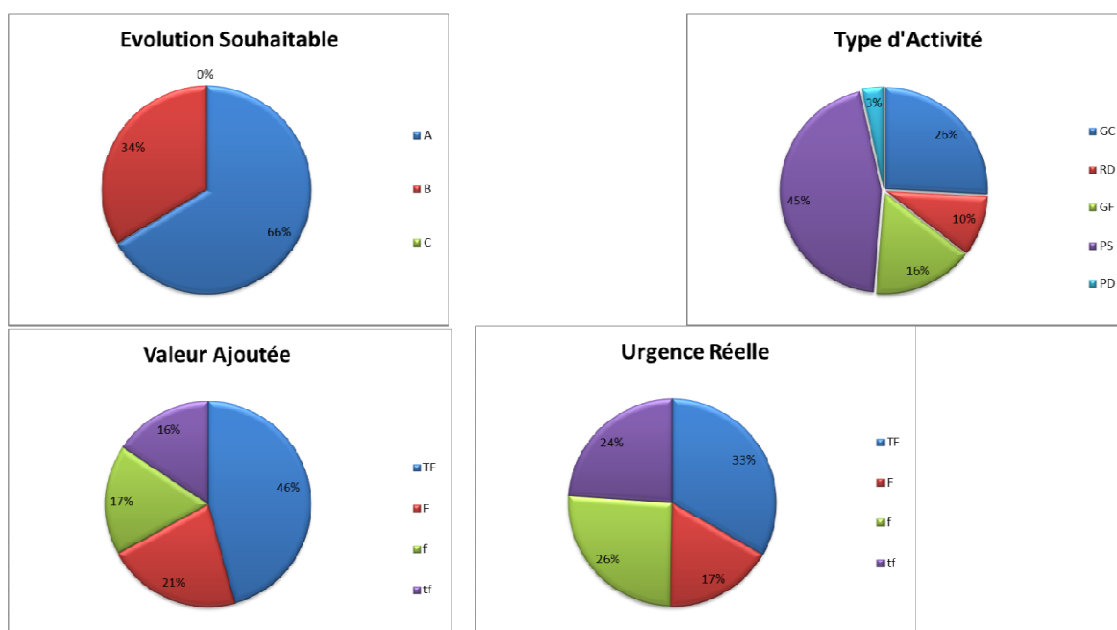
- un fractionnement du temps
- un centrage sur le court terme (peu de pilotage stratégique et de prévention des dysfonctionnements)
- Une portion non négligeable d'activité à faible valeur ajoutée.

5.2.5.1 L'auto-analyse de la grille de gestion du temps

L'auto-analyse de la grille de gestion de temps a permis aux cadres infirmiers en premier lieu d'avoir une vision générale de l'allocation de leur temps vis-à-vis des tâches effectuées. Elle les a aidés, dans un second temps, à mieux attribuer une partie importante de leur temps pour des tâches de développement.

Schéma 5.4 Grille d'auto-analyse de temps sur trois jours consécutifs du directeur des soins infirmiers à l'hôpital H1

DASHBOARD GRILLE D'AUTO ANALYSE DU TEMPS																
TPS EN MIN	TYPE D'ACTIVITÉ					VALEUR AJOUTÉE				URGENCE RÉELLE				ÉVOLUTION SOUHAITABLE		
	GC	RD	GF	PS	PD	TF	F	f	tf	TF	F	f	tf	A	B	C
480	140	30	100	210	0	220	60	170	30	240	20	190	30	330	120	0
480	100	95	130	362	60	75	185	80	140	140	20	120	200	245	235	0
480	200	40	40	200	0	365	60	0	55	100	205	60	115	360	120	0
1440	440	165	270	772	60	660	305	250	225	480	245	370	345	935	475	0
100%	31%	11%	19%	54%	4%	46%	21%	17%	16%	33%	17%	26%	24%	65%	33%	0%



5.2.5.2 – L'interprétation de l'auto-analyse de la grille de gestion du temps

C'est la phase qui a suivi l'analyse de la grille de la gestion du temps effectuée pour une période déterminée. Durant cette phase, les principaux constats sur les tâches de pilotage stratégiques et sur les tâches de préventions de dysfonctionnements ont été tracés d'une part et d'autre part les actions d'amélioration à envisager ont été proposées.

Tableau 5.6 Interprétation de l’auto-analyse de gestion du temps de la directrice des soins infirmiers à l’hôpital H1

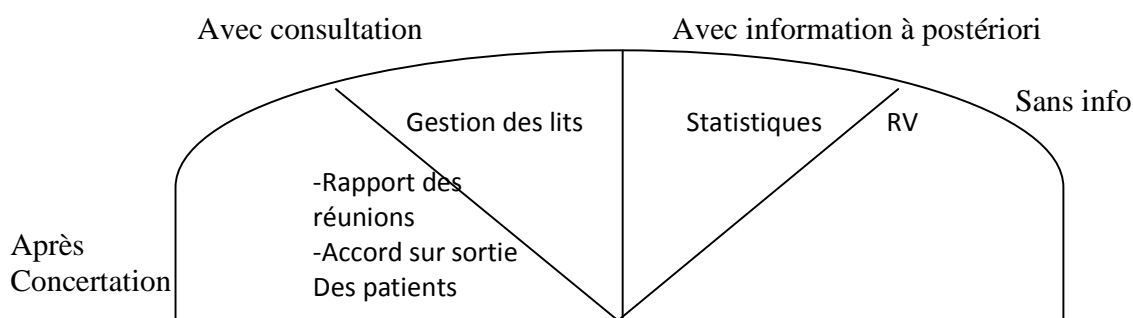
Principaux constats	Actions d’amélioration envisagées
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Pilotage stratégique :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration des procédures de soins infirmiers. ▪ Elaborer un plan annuel de formation générale et spécifique du personnel infirmier. ▪ Elaborer un plan des tests de compétences du personnel infirmier. ▪ Mise en œuvre des politiques et procédures. ▪ Surveiller et poursuivre les plans de formation et des tests de compétences. ▪ Organisation des différents services : réunion intra service. ▪ Echange d’information entre les responsables et la directrice des soins lors des réunions du comité des soins infirmiers. ▪ Préparation des sujets de formation (Don d’organes, Soins infirmiers,...). ▪ Mener des audits cliniques et des dossiers infirmiers. ▪ Rédiger les rapports d’audit avec les actions correctives. ▪ Suivre les actions correctives mises en place. ▪ Elaborer un plan de collecte des données afin d’évaluer la performance. ▪ Analyse et interprétation des indicateurs de performances et élaboration des actions d’amélioration. ▪ Aide à la formation socio-économique. ▪ Orientation et évaluation des nouveaux employés. ▪ Evaluation de la satisfaction du personnel. ▪ ➤ <u>Prévention des dysfonctionnements :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation des congés imprévus dans les services. <p>Développer les poly-compétences par la rotation du personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Pilotage stratégique à développer :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation extra hospitalière des infirmières responsable des services. ▪ Auto évaluation : Initiation et implémentation ▪ Implication de tous les employés dans le travail d’accreditation ➤ <u>Prévention des dysfonctionnements à développer :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunions à mettre en place selon un plan hebdomadaire pour la relevée des plaintes et des réclamations du personnel. ▪ Designer des heures du bureau spécifiques pour les réclamations et les entrevues. ➤ <u>Actions à déléguer :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saisi des tests de compétences. ▪ Gérance des places des malades. ▪ Travaux de secrétariat ▪ Classement des dossiers. ➤ <u>Actions à supprimer :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correction des lettres des responsables.

5.2.5.3 La délégation concertée

Dans notre cas, le processus de délégation concertée visait une amélioration des compétences managériales du supérieur hiérarchique et de ses subordonnées à travers la délégation des tâches plus ou moins importantes. La délégation pouvant atteindre plusieurs niveaux dépendamment des niveaux de concertation et d'autonomie :

- Décision prise du délégant après concertation.
- Décision prise du délégant avec consultation.
- Décision prise du délégant avec information à posteriori.
- Décision prise du délégant sans information .

Schéma 5.5 Extrait de l'éventail de délégation concertée entre le directeur des soins infirmiers à l'hôpital H1 et ses collaborateurs (©ISEOR)



5.2.6 La grille de compétences

Pour mesurer le niveau de l'adéquation, la grille de compétences permet de visualiser les compétences disponibles dans chaque département et par conséquent dans l'organisation. Cet outil de management socio-économique a été rempli par chaque surveillante pour tous les membres de son service. Elle comprend :

- En ligne les personnels du service.
- En colonne toutes les tâches et les opérations qui sont réalisées dans le service et qui sont classées en trois catégories : gestion de sécurité, gestion de développement et savoir-faire particulier.

- Le processus a consisté à évaluer pour chaque personne son niveau de compétences sur chacune des tâches et des opérations recensées, selon une échelle définie comme suit :
- Carré complètement noir : l'employé possède une maîtrise totale pour l'accomplissement de la tâche. Il connaît bien son aspect théorique et pratique.
- Carré moitié noir : L'employé connaît bien l'aspect théorique de la tâche avec une connaissance pratique limitée et occasionnelle.
- Carré complètement blanc : L'employé possède seulement une connaissance théorique de la tâche.
- Trait : L'employé ne possède aucune connaissance, ni théorique ni pratique, de la tâche.
- Rond : Signifie qu'il y a une formation à prévoir sur la tâche.

5.2.6.1 Les principes génériques de la grille de compétences

Les grilles de compétences ont fait apparaître une représentation de l'activité des services de soins au sein de l'organisation à travers les tâches et les savoir-faire transversaux pour la réalisation des diverses opérations d'une part et l'ensemble des personnels soignants d'autre part.

Les compétences ont été considérées comme l'ensemble des savoirs et des savoir-faire fournis par les infirmières et aides-soignantes en exécutant ses fonctions au sein de son département. La grille de compétences est apparue comme une cartographie intégrant deux dimensions : individuelle quand il s'agissait des tâches de chaque employé, collective lorsqu'on considère l'ensemble des personnels soignants sur une ou plusieurs tâches.

La lecture horizontale de la grille a reflété la dimension individuelle et a permis d'analyser la polyvalence du personnel soignant. La lecture verticale a reflété la dimension collective et a permis la détection des vulnérabilités au sein de chaque département ou unité de travail. C'est un outil de base qui a été considéré comme un des supports pour l'augmentation des compétences managériales. En effet, la grille de compétences a permis de distinguer entre les tâches courantes et celles relatives au développement de l'organisation. Une fois corrélée avec les autres outils de management socio-économiques, elle a aidé à orienter les activités vers l'exécution et la mise en place de la stratégie de l'entreprise. Elle a ainsi été considérée parmi les outils de pilotage de la stratégie les plus indispensables, pour anticiper le développement de la qualité des soins.

5.3 Actions de formation intégrée

Les grilles de compétences, une fois établies, ont permis d'améliorer le pilotage stratégique et courant des services de soins et ont été un outil nécessaire pour la formation intégrée. La formation intégrée a été contrôlée à travers :

- Des diagnostics continus au niveau individuel et collectif de l'organisation de travail et la mise en place des protocoles et des procédures de détection des besoins de formation.
- Des diagnostics continus des compétences disponibles.
- Des évaluations des résultats des formations mises en œuvre.

5.3.1 Les cinq principes socio-économiques de la formation intégrée¹

« La formation intégrée s'est appuyée sur les cinq principes suivants :

- Les compétences sont à la fois acquises par divers modes de formation et observables dans la pratique des opérations ou activités.
- La formation insiste sur la régulation et sur la prévention des dysfonctionnements et non exclusivement sur l'orthofonctionnement.
- Les divers modes d'acquisition des compétences sont la formation initiale, la formation professionnelle continue, l'apprentissage ou l'expérience professionnelle conceptualisée, consciente et transmissible. Ces trois modes d'acquisition de compétences sont indispensables et indissociables.
- Une opération est toujours faite en coopération soit à deux personnes, soit à plus.
- La formation est en grande partie assurée au sein du micro-espace, car chaque opérateur est formateur souvent sans avoir pris bien conscience.

Il va donc s'agir de rendre visible cette « formation intégrée de facto » mais mal gérée et non reconnue, grâce au plan de formation interne. »

Donc le développement des compétences managériales se fait à l'intérieur de l'entreprise mais cela nécessite une démarche le favorisant. Le management socio-économique à travers le diagnostic, la mise en œuvre du projet et l'utilisation de ses divers outils est considéré comme une démarche favorisant l'amélioration des compétences managériales pour une meilleure performance économique et sociale.

¹ Savall H., Zardet V., Maitriser les coûts et les performances cachés, 4^{ème} édition Economica, Paris, 2003.

5.3.2 Les étapes de la formation intégrée au service du développement des compétences managériales

Un diagnostic des compétences existantes a été réalisé dans chaque service grâce à la grille de compétences. Ces diagnostics ont permis de détecter les besoins en formation et de préciser les formations à prévoir. Les besoins en formation une fois détectés ont été traduits dans les objectifs d'amélioration des compétences dans les plans d'actions prioritaire et dans les contrats d'activité périodiquement négociable, pour être ensuite exécutés en formation interne. Ces objectifs de formation ont été classés en besoins individuels ou en besoins collectifs de formation.

Un autre aspect indispensable pour le développement des compétences managériales a été l'amélioration des comportements humains au sein de l'organisation. L'outil socio-économique pour le développement des comportements a été la grille de comportement. La grille de comportement suit le même principe que la grille de compétences. La même légende a été utilisée. Il s'agissait de mettre en évidence à la place des tâches à exécuter, les besoins en comportement et de les évaluer de la même façon.

Nous illustrons dans la figure suivante un exemple de la grille de comportement appliquée au département de chirurgie à l'hôpital H1.

Schéma 5.7 Grille de comportement appliquée au service de chirurgie de l'hôpital H1 (©ISEOR)

GRILLE DE COMPORTEMENT : CHIRURGIE		Date: janvier 2013																				OBSERVATIONS				
ACTEURS	CRITERES	Accueil	Orientation des gens	Ponctualité	Sourir, Service, Amabilité	Respect de l'hierarchie	Proposition des solutions	Respect du règlement interne	Esprit d'équipe et d'entraide	Respect de la confidentialité	Connaissance de ses limites	Dynamisme	Lutte contre le gaspillage (ressources, temps,...)	Respect des biens de l'hôpital	Loyauté professionnelle interne et externe	Rotation dans un autre service	Présence au service durant l'horaire	Sens de l'observation	Maîtrise des réactions	Preuve de curiosité intellectuelle	Violence contre autrui		Disponibilité	Tenue personnelle	Hygiène personnelle	Suivi des formations
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O										
A		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
B		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
C		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
D		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
E		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
F		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
G		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
H		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
I		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
J		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
K		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
L		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
M		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
N		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
O		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■ Réalisé sans problème
▣ Effort et réalisation in
▤ Effort important et réalisation significative
□ Refus ou au ci
 LÉGENDE:

AFGI-
 Version
 010

5.4 Autres outils du management socio-économique au service du développement des compétences managériales.

Plusieurs autres outils du management socio-économique aident à mieux réaliser les objectifs émis suite au diagnostic socio-économique.

5.4.1 La balance économique, une nouvelle évaluation des projets d'investissements matériels et immatériels

Dans un contexte marqué de plus en plus par les mutations technologiques, les décideurs dans les hôpitaux se trouvent face à un impératif de réactivité. Cela engendre souvent une multitude de macro et microdécisions à prendre à tous les niveaux de l'organisation et notamment aux deux niveaux les plus indispensables : stratégique et opérationnel¹.

Les critères traditionnels d'évaluation des projets d'investissement font l'objet de profondes mutations. En effet à travers les méthodes classiques d'analyse de la rentabilité et d'aide à la décision d'acceptation ou non de nouveaux projets, les outils proposés permettent difficilement de réunir tous les facteurs qui conditionnent la conception, l'étude, la mise en place et la réussite des nouveaux projets d'investissement.

Si pour évaluer un projet d'investissement, le délai de récupération du montant investi ainsi que la valeur actuelle nette du projet, le taux de rendement interne et l'index de profitabilité accompagnés de quelques projections et ratios financiers sont pris en considération, beaucoup d'autres éléments tant immatériels que matériels échappent à l'étude approfondie de variation de charges et de produits qui résultent de l'exécution d'un projet quelconque. Cela fausse parfois les vrais résultats et même la décision par manque de conscience des coûts et performances cachés engendrés.

¹ Ennajem C., Evolution du rôle du contrôleur de gestion : contrôle de gestion décentralisé, éditions universitaires européennes, 2011.

Le management socio-économique identifie les limites des méthodes traditionnelles d'étude de rentabilité : un fonctionnement complexe et coûteux, des découpages sophistiqués qui entraînent une interprétation illusoire et inutile des résultats calculés. En outre, les découpages ne correspondent pas à l'espace et au temps d'action. La méthode d'analyse des écarts ne permet pas d'identifier les causes profondes de ces écarts, les écarts sont constatés plutôt qu'analysés. Les coûts et les produits cachés ne sont pris en compte qu'implicitement et parfois ils ne sont pas calculés. L'essentiel est donc de prendre en considération, en calculant le retour sur investissement, la mesure de l'investissement incorporel qui est souvent délaissé dans la littérature comme dans la pratique. La prise en compte des coûts cachés modifie la méthode et le résultat de la prise de décision pour deux raisons : la première est que le coût visible de l'action est complété par la prise en compte des coûts cachés associés à cette action ; la deuxième est qu'il est possible d'évaluer les performances nouvelles attendues des réductions des coûts cachés et donc de calculer un délai de retour sur l'investissement modifié de celui calculé en prenant en considération seulement les facteurs matériels¹.

Dans chaque projet il y a une part de matériel et une part d'immatériel tel que le temps, l'acquisition du savoir-faire, la sous-productivité liée à l'apprentissage, etc. il est donc nécessaire de valoriser le temps humain et de l'intégrer dans l'étude de faisabilité de n'importe quel projet d'investissement².

Nous élaborerons dans le tableau qui suit une balance économique effectuée dans l'hôpital H1 pour un projet de remplacement d'une machine de Ct-scan.

¹ Savall H., Zardet V., le nouveau contrôle de gestion, Editions comptables Malesherbes, 1992.

² Savall H., Zardet V., Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique – observer l'objet complexe, Economica, Paris, 2004.

Tableau 5.7 Balance économique du projet de remplacement du Ct-scan à l'hôpital H1(©ISEOR)

Libellés Devise : USD	Montant	Variation des charges	Variation de produits	Description
Cout d'acquisition du CT-Scan	660 000			Amorti sur 10 ans
Amortissement		66 000		
Variation Maintenance		-18 000		Année 1 : Garantie, à partir de la deuxième année : 33000USD nouveau contre 18 000 USD ancien
Remplacement A/C	3 500			Nouveau : 5000, vente ancien : 1500
Amortissement A/C		500		Amorti sur 5 ans
Travaux d'adaptation du local	6 000			Chantier
Amortissement travaux		1 200		Amorti sur 5 ans
Reprise ancien Ct-Scan	40 000			Amorti sur 5 ans
Amortissement Produits / reprise			8 000	
Formation Techniciens	519			2 techniciens pour 16 heures chacun, contribution horaire à la valeur ajoutée sur cout variable CHVACV=16.22
Amortissement formation		173		Amorti sur 3 ans
Sous-activité d'apprentissage 2 techniciens	4 720			Pendant 3 mois estimé à 40% le premier mois, 20% le 2ieme, et 10% le troisième. 208h. de travail /mois $2*(208*0.4+208*0.2+208*0.1)*16.22$
Amortissement Sous-activité		944		Amorti sur 5 ans
Augmentation consommation		2 000		Calculée : 2000 USD

d'électricité					
Economie en films		-4 800			Calculée : 4800 USD
Revenus sur augmentation tarif			32 000		Augmentation annuelle du prix de vente de 10% pour technologie avancée
Revenus sur augmentation nombre d'examens			80 000		2 examens par jour pour 300 jours (133USD/Examen augmenté de 10%)
Revenus sur augmentation nombre d'admissions			180		2% du surplus nombre d'examens Bénéfice moyen annuel par admission : 15USD
Total		48 017	120 180		
Solde favorable année 1			72 163		+ intérêts annuels=79 000 USD
Solde favorable à partir de la 2ieme année			39 163 + intérêts annuels = 44 000		En ajoutant aux charges les 18 000 USD d'économie sur première année de maintenance de l'ancienne machine et en ajoutant la différence de maintenance entre ancien et nouveau à partir de la 2ieme année

L'application de la balance économique du management socio-économique dans l'exemple précédent montre l'impact sur les variations des charges et des produits de tous les facteurs matériels et immatériels nécessaires à la mise en œuvre du projet d'investissement. Certes, en appliquant les méthodes traditionnelles d'évaluation des projets d'investissement, les implications des investissements incorporels comme les coûts d'apprentissage et le manque de produits générés des sous-activités par exemple ne seront pas prises en considération. Pour cela, les compétences managériales des contrôleurs de gestion dans les hôpitaux doivent évoluer pour pouvoir accompagner le progrès et les complexités qui caractérisent le secteur, d'où la nécessité vitale de l'utilisation de nouveaux outils de gestion pour le développement des établissements hospitaliers.

5.4.2 La fiche de résolutions

Dans le cadre du projet d'amélioration de compétences managériales, un autre outil socio-économique est utilisé dans toutes les réunions. Il s'agit de la fiche de résolutions. Elle sert à noter, au cours de chaque réunion, les actions et les résolutions prises par les participants. Elle permet une traçabilité surtout d'une réunion à une autre et elle permet par conséquent de faire le point et l'état des lieux des résolutions prises au cours des réunions précédentes. C'est un outil de communication et de correction des décisions prises quant aux porteurs d'actions ou aux actions elles-mêmes.

Cet outil permet d'accroître la rigueur du management de l'encadrement infirmier, car il a évité de nombreux dysfonctionnements observés :

- Manque de préparation des réunions : la fiche de résolutions a facilité la préparation en assurant la continuité d'une réunion sur l'autre. Par exemple les actions d'amélioration de la qualité doivent faire l'objet d'une continuité dans la succession des réunions.
- Manque de concrétisation des décisions : souvent, nous observions que les réunions se terminaient sans que les décisions concrètes soient prises, ni désignation d'un porteur d'action et d'un délai. Dans l'exemple présenté dans le schéma 5.8, on voit que la fiche de résolutions précise bien ces éléments et constitue ainsi à renforcer la rigueur du pilotage, élément essentiel de la compétence managériale.
- Manque de délégation concertée : nous observions très souvent, au travers des grilles d'auto-analyse de la gestion de temps, que l'encadrement infirmier préférait le glissement de fonction à la délégation. Par exemple, des surveillantes préféraient réaliser elles-mêmes la prise de température des patients plutôt que de confier cette tâche aux aides-soignantes ou aux infirmières. Les fiches de résolutions les ont aidées à déléguer progressivement des tâches, car les surveillantes avaient désormais l'assurance d'un suivi et d'un contrôle de réalisation.

Schéma 5.8 : Exemple de fiche de résolution du groupe de pilotage de l'hôpital H 1

(© ISEOR)

<u>ENTREPRISE OU AFFAIRE :</u> Hôpital H1	<u>REUNION :</u> Groupe de pilotage	<u>DATE :</u> 16 février <u>LIEU :</u> H1	<u>HEURE</u> 9 h à 12 h:
<u>PARTICIPANTS :</u> Cf feuille d'émergence			
<u>DOCUMENTS</u> <u>DISTRIBUES :</u> Balance économique			
<u>POINTS EN SUSPENS :</u> <u>A CREUSER :</u>		<u>A SUIVRE :</u>	
<u>RESOLUTIONS :</u>			
1) Approbation du budget d'achat d'un IRM: voir dossier sur methode de paiement et autofinancement.			
2) Approbation budget consstruction parking : voir balance économique			
3) Approbation budget de l'hôpital : voir le PAP de l'hôpital			
4) Délégation du directeur médical pour le rapport IRM : voir éventail de délégation concertée.			

Conclusion du chapitre 5

Nous avons présenté, dans ce chapitre, les outils du management socio-économique utilisés au sein des trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche et qui sont nécessaires pour l'amélioration des compétences managériales à tous les niveaux pour une meilleure performance économique et sociale à l'hôpital. Des exemples et des illustrations sur l'utilisation des principaux outils par l'encadrement infirmier ont été présentés.

Nous avons regroupé les outils utilisés en deux catégories : des outils destinés à l'amélioration des compétences de la mise en œuvre de la stratégie, et des outils nécessaires pour la gestion courante.

Nous allons dans le chapitre six qui suit évaluer l'impact de l'utilisation des outils du management socio-économique et le résultat de l'amélioration des compétences managériales sur la performance économique et sociale des hôpitaux.

Chapitre 6: Evaluation socio-économique des impacts du développement des compétences managériales au niveau de l'encadrement infirmier

Dans ce dernier chapitre nous allons présenter l'évaluation des impacts socio-économiques de l'intervention socio-économique. Cette méthode comprend notamment un audit des outils socio-économiques, qui est une nécessité pour la réussite du projet notamment en ce qui concerne les PAP et les CAPN, qui constituent la base même du développement des compétences managériales des cadres infirmiers.

Nous présentons ensuite les résultats qualitatifs, quantitatifs et financiers obtenus au travers de la mise en place du projet-socio-économique. Nous analyserons également les répercussions du développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier sur la performance économique et sociale des hôpitaux et nous montrerons les variations et les évolutions des différents indicateurs suite à la réalisation du projet socio-économique.

6.1 La signification de l'évaluation

L'évaluation consiste à estimer la valeur d'un bien ou service. Il ne s'agira pas ici seulement de juger un bien ou service par rapport à un standard, référentiel ou norme dans l'absolu, comme dans une démarche traditionnelle d'audit, mais nous souhaitons évaluer de façon relative les progrès accomplis au travers de l'intervention, considérée comme une sorte d'action de formation intégrée dans le domaine du management.

Le terme d'évaluation est souvent perçunégativement car il est associé à l'idée de sanction dans l'esprit de nombreux acteurs. En effet, l'évaluation dans le management traditionnel porte sur les démarches de contrôle et renforce l'image négative de l'évaluation¹. Afin de bannir cette idée négative sur l'évaluation auprès des différents acteurs de notre terrain d'expérimentation, nous avons procédé à une démarche participative au moyen de l'évaluation socio-économique. Le principe épistémologique de l'évaluation socio-économique auquel nous recourons est celui « d'intersubjectivité contradictoire »². Ce principe signifie que l'évaluation est réalisée en recherchant un consensus entre tous les acteurs de l'organisation sur les résultats de la formation intégrée aux compétences managériales, sans chercher une vérité absolue et totalement objective. Dans cette partie, nous formulons l'hypothèse que l'évolution observée des compétences managériales conduit à une situation préférée de l'ensemble des acteurs concernés : les cadres infirmiers, le personnel soignant, les médecins, la direction financière, et les directeurs exécutifs des trois hôpitaux concernés par la recherche-intervention. Pour rassembler des éléments d'évaluation, sans prétendre à une exhaustivité, nous nous appuyons principalement sur des recueils des données qualitatives, quantitatives et financières. Les données qualitatives sont des jugements émis lors d'entretiens individuels et validés par les autres acteurs dans les réunions de formation-concertation. Les données quantitatives comprennent notamment des indicateurs validés à la fois par les cadres infirmiers, les personnels de soins et la direction des hôpitaux. Les données financières s'appuient notamment sur les balances économiques réalisées par les membres des groupes de projet, en s'appuyant sur les

¹ Laredo P. et Vinck D., *Evaluer: médiation et préparation des actions futures*, 1991.

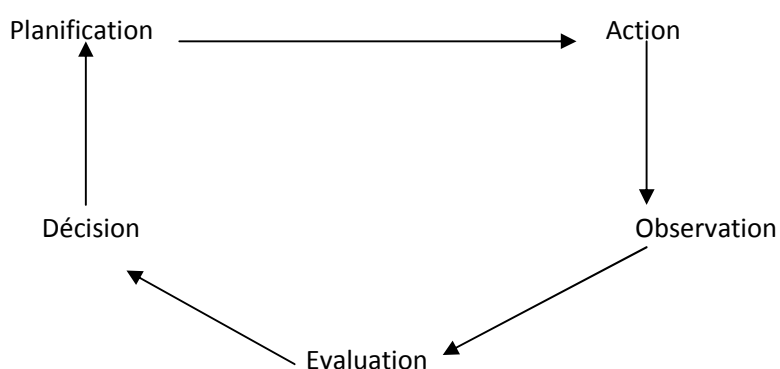
² Savall H., Zardet V., « observer l'objet complexe. Approche qualimétrique », *op. cit.*

données recueillies auprès du personnel du base (coûts cachés), de l'encadrement infirmier, administratif et médical, et des directions financières et générales des trois hôpitaux.

6.2 L'évaluation en tant que partie intégrante d'un système

Notre approche sur l'évaluation intègre à notre avis les recommandations de plusieurs acteurs. Parmi les méthodes existantes, certaines sont centrées sur le calcul d'une unité de mesure, d'autres sont à caractère plus qualitatif ou sont à dominante interprétativiste. Par exemple, BOUVIER parle d'une démarche qui repose sur la production de connaissances dans un système complexe, opposée à celle qui cherche l'optimisation des actions dans un souci d'aide à la décision¹. L'évaluation est donc un outil d'aide à la prise de décision : nous sommes d'accord avec lui sur le fait que l'évaluation est par essence au service de l'action². Dans notre cas, l'action consiste à stimuler la progression des compétences managériales de l'encadrement infirmier. Nous rejoignons cet auteur qui s'inscrit dans la logique de l'évaluation en tant qu'apprentissage organisationnel.³

Schéma 6.1 L'évaluation, une partie d'un système



¹ Bouvier A., Management et projet, Paris Hachette, 1994.

² Hadji C., L'évaluation des actions éducatives, Presses universitaires de France, 1992.

³ Argyris C., Schon D., Organizational learning: A theory of action perspective, Addison Wesley, 1978.

D'autres modèles de l'évaluation sont appliqués par plusieurs entreprises comme le modèle bureaucratique (analyse de conformité aux normes), le modèle techno-économique et encore le modèle du *modus vivendi*¹. Le modèle de l'évaluation socio-économique comprend une part d'hybridation de différents modèles. Le modèle bureaucratique est considéré comme une démarche de contrôle. Il s'agit de vérifier les non-conformités et les conformités des travaux effectués par rapport aux procédures émises. Dans notre cas, il s'agira de nous assurer que l'encadrement infirmier est au niveau des compétences managériales attendues, telles que nous les avons décrites dans le premier chapitre. Le modèle techno-économique est une démarche qui prend en considération les éléments quantifiables du point de vue financier sans approfondir les aspects qualitatifs des progrès accomplis des autres : nous nous efforçons d'intégrer cette dimension au travers de la mise en place d'indicateurs quantitatifs et financiers. Le modèle du *modus vivendi* porte surtout sur la satisfaction et sur les intérêts spécifiques des différents acteurs par rapport à leurs objectifs stratégiques (au sens de Crozier) : la méthode d'évaluation socio-économique que nous avons retenue comporte cette dimension car elle prend en compte des éléments d'appréciation des progrès perçus par les différents acteurs, en s'assurant qu'aucun des acteurs concernés n'est perdant.

6.3 Positionnement de notre évaluation dans le cadre des démarches d'évaluation des hôpitaux du Liban

La démarche d'évaluation est récente dans les établissements hospitaliers libanais. Depuis quelques années et plus précisément depuis l'an 2002, le concept d'évaluation s'est institutionnalisé à la suite de mise en place du système d'accréditation obligatoire par le gouvernement libanais. L'évaluation dans les hôpitaux libanais porte surtout sur les aspects médicaux, cliniques et soins infirmiers sans pourtant aboutir à une évaluation globale des activités de l'hôpital. Il manque encore des processus d'évaluations des activités annexes, des activités paramédicales et des activités administratives et de gouvernance. L'évaluation du niveau des compétences managériales est quasi absent à

¹ Monnier E., évaluation de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan, Economica, 1987.

tous les niveaux et aucune structure à ce niveau n'est mise en place, ce qui justifie d'autant plus l'intérêt des éléments d'évaluation de ce chapitre.

L'évaluation des résultats et des activités à l'hôpital présente d'autres intérêts que la minimisation des coûts ou l'efficacité des pratiques médicales. Elle est un outil politique d'aide à la décision¹. Elle permet aux membres de la direction de mieux répartir et allouer les ressources de l'hôpital. La dimension de l'évaluation globale étant rare dans le secteur hospitalier libanais, des actions d'amélioration sont portées sur les soins médicaux sans prendre en considération l'amélioration des compétences managériales et les outils de gestion stratégique et courante. Nous pensons qu'une démarche d'évaluation globale permet de créer un environnement de travail sain à travers l'amélioration des conditions de travail et celle de l'image de marque de l'hôpital, ce qui se répercute sur la performance durable de l'établissement.

6.4 Rôle de l'évaluation dans le management socio-économique

Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'évaluation dans le processus d'intervention socio-économique repose sur trois types d'indicateurs qualitatif, quantitatif et financier. Nous allons détailler les différentes phases de cette évaluation et leur positionnement dans le processus de notre recherche-intervention.

6.4.1 La fonction de l'évaluation

L'évaluation démarre après la mise en œuvre du projet socio-économique. Il s'agit selon SAVALL et ZARDET « d'orienter la poursuite de l'action, car elle permet de mettre en évidence les dysfonctionnements non résolus, les attentes nouvelles ou anciennes du personnel et éventuellement les nouveaux dysfonctionnements créés (...) l'évaluation

¹ Buraud C. et Amouretti M., Evaluer les activités hospitalières: une impérieuse nécessité, 1989.

enclenche un processus permanent de perfectionnement »¹. Ce processus de perfectionnement a permis une amélioration continue et un ajustement périodique des actions stratégiques menées au service du développement du potentiel humain et des compétences managériales. Le processus d'évaluation socio-économique a permis d'identifier d'une façon permanente l'état des lieux des actions prioritaires pilotées par l'encadrement infirmier et les autres.

6.4.2 Le contenu de l'évaluation

Il s'agit de faire une comparaison de la situation globale des services de soins avant le diagnostic et après la mise en œuvre du projet socio-économique. Le but principal était de détecter l'amélioration des performances sociales et économiques des secteurs diagnostiqués à l'aide d'un ensemble d'indicateurs qualitatifs, quantitatifs et financiers qui constituent un tableau de bord de pilotage. Comme cela est préconisé par SAVALL et ZARDET l'évaluation se construit en trois étapes² :

- Une analyse de l'adéquation formation-emploi : elle a consisté à mesurer à partir de la grille de compétences, quelle est l'évolution des compétences à la fois sur les nouvelles opérations et sur les opérations déjà existantes.
- Une synthèse des entretiens avec tout le personnel à tous les niveaux hiérarchiques et dans toutes les spécialités, pour mettre en exergue les apports, les limites de l'action ainsi que les suggestions de poursuite.
- Une évaluation de la conversion des coûts-cachés en création de valeur ajoutée, pour mesurer la durée de récupération de l'investissement initial (balance économique).

¹ Savall H. et Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, Economica 1987.

² Savall H. et Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, 4^{ième} édition, Economica 2003.

6.4.3 Un outil d'amélioration continue

L'évaluation en management socio-économique permet de réviser périodiquement les actions et les objectifs prioritaires afin de prendre des mesures d'ajustement correctives. Puisqu'elle consiste à comparer les impacts des dysfonctionnements initiaux à la situation après règlement de ces dysfonctionnements, elle a pour but de montrer l'impact de la mise en œuvre du projet sur la performance économique et sociale des services de soins. Par conséquent, elle permet de bien contrôler l'évolution des résultats et d'en tirer les enseignements nécessaires pour l'amélioration et le développement continue.

6.5 Evaluer à l'hôpital

L'hôpital est un type d'organisation où différents métiers sont exercés d'une façon simultanée, réciproque, interdépendante ou complémentaire, ce qui rend la fonction d'évaluation particulièrement complexe. Il s'agit de faire en même temps une analyse de conformités aux objectifs et une réflexion sur les pratiques. Dans les hôpitaux, l'évaluation des performances concerne tous les secteurs d'activité tels que les suivants :

- Les soins médicaux, diagnostiques et thérapeutiques.
- Les soins infirmiers, compétences, savoir-faire et comportements.
- Recherche-développement, nouvelles technologies, nouvelles sciences médicales.
- Services annexes et hôteliers, accueil, cuisine, buanderie, cafeteria.
- Gestion et administration à tous les niveaux et dans tous les domaines.

L'évaluation a ainsi pour effet de faire prendre conscience des interactions entre les différents métiers de l'hôpital pour obtenir une performance globale. Toutefois, nous

nous centrons dans ce chapitre sur la contribution des progrès des compétences managériales de l'encadrement infirmier sur la performance globale.

6.6 L'évaluation et l'amélioration des compétences

L'évaluation au sein des établissements hospitaliers touche tous les secteurs. Elle porte sur tout genre de ressources : matérielles, financières, numériques, commerciales, et humaines. Elle permet de mieux identifier et gérer les risques associés à ces diverses catégories. Elle est d'abord du type administratif et concerne les gestionnaires hospitaliers¹. Or, pour atteindre les objectifs stratégiques émis et pour se conformer le plus possibles au divers standards de qualité et de sécurité du patient, des évaluations périodiques sont mises en place et sont considérées comme des stimulateurs garantissant le développement des compétences à tous les niveaux. En fait l'évaluation ne doit pas être ponctuelle, elle doit être continue, périodique et comparée d'une période à l'autre pour être enfin considérée comme un plan auto-formateur. Discutés en groupe, les résultats de l'évaluation peuvent améliorer la créativité collective et stimuler l'initiative.

6.7 Contribution de l'audit des outils socio-économiques à l'évaluation

L'audit des outils socio-économiques a été une phase essentielle pour le développement des compétences de management des divers acteurs et cela a contribué à la réussite du projet socio-économique. Peu après la mise en place des outils du management, nous avons audité les deux principaux outils utilisés sur notre terrain d'expérimentation : les plans d'actions prioritaires (PAP) et les contrats d'activités périodiquement négociables (CAPN). Nous présentons ici le cas de l'audit du PAP de l'infirmière responsable du

¹ Matillon Y., Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement des chambres en psychiatrie, 1998.

service de bloc opératoire à H2 et du CAPN de l'infirmière responsable du service de cathétérisme cardiaque à H1.

Tableau 6.1 : Fiche d'audit du PAP du responsable du bloc opératoire à l'hôpital H2 (©ISEOR1992)¹

FICHE D'AUDIT D'UN PLAN D' ACTIONS PRIORITAIRES AVEC RECOMMANDATIONS

PAP entité : H2

Service de la personne : B.O. Fonction : SF Surveillante du service

Cotation (niveau) : Très satisfaisant Satisfaisant
 Insuffisant

- Non concerné

CRITERES D'AUDIT (et de vigilance)	NIVEAU	OBSERVATIONS RECOMMANDATIONS
1- AUDIT PAP		
1.1) Origine du PAP		
1.1. Le PAP est issu d'un PASINTEX	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.2) Pilotage mensuel du PAP		
1.2. Le porteur de l'action est clairement identifié	<input checked="" type="checkbox"/>	

¹ F. Datry, D. Zakkour et al. sous la direction de H. Savall et V. Zardet (2013) « Audit des PAP dans les hôpitaux ». Rapport ISEOR.

1.3) Présentation de l'outil		
1.3. Le PAP est dactylographié	<input checked="" type="checkbox"/>	Dactylographie en français au Liban car c'est une langue officielle des hôpitaux
1.4. Le support utilisé est un formulaire normalisé	<input type="checkbox"/>	Il manque un copyright, on n'utilise pas la matrice originale
1.5. La police utilisée permet une bonne lisibilité	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.6. Le PAP a une colonne « Axes stratégiques »	<input checked="" type="checkbox"/>	Explicitation entre PASINTEX et PAP
1.7. Le PAP a une colonne « Objectifs Prioritaires »	<input checked="" type="checkbox"/>	Démultiplication de la stratégie au niveau du service
1.8. Le PAP a une colonne « Actions Prioritaires »	<input checked="" type="checkbox"/>	Les actions consistent à traduire les objectifs de façon concrète
1.9. Le PAP a une colonne permettant d'identifier les personnes concernées	<input checked="" type="checkbox"/>	Rempli d'une façon correcte
1.10. Le PAP a une colonne Planning	<input checked="" type="checkbox"/>	Idem
1.11. Le planning est sur 6 mois	<input checked="" type="checkbox"/>	Parfois étalé sur 12 mois
1.12. Le PAP a une colonne « Observations »	<input checked="" type="checkbox"/>	Permet de renforcer la vigilance sur les difficultés particulières de mise en œuvre des actions.
1.13. Le nom du service ou de la personne concernée est indiqué	<input checked="" type="checkbox"/>	Facilite l'archivage

1.14. La période concernée est mentionnée	<input checked="" type="checkbox"/>	Se limiter à une période de 6 mois au lieu de 12
1.15. La date de mise à jour du PAP est indiquée	-	
1.16. Le PAP a un copyright	-	
1.4) Qualité intrinsèque		
1.17. L'axe stratégique est repris du PASINTEX	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.18. Tous les axes stratégiques du PASINTEX sont repris	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.19. La terminologie des axes est respectée	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.20. Le nombre d'objectifs par axe est réaliste	<input checked="" type="checkbox"/>	A l'exception du deuxième objectif qui manque de cohérence avec l'objectif considéré comme travail quotidien.
1.21. Le nombre d'actions par objectif est réaliste (caractère prioritaire)	<input type="checkbox"/>	
1.22. Les actions sont suffisamment concrètes	<input checked="" type="checkbox"/>	Certaines actions émanent du travail quotidien
1.23. L'intitulé des actions commence par un verbe	<input checked="" type="checkbox"/>	Sauf 2 actions
1.24. Les actions sont compréhensibles	<input type="checkbox"/>	Non pas compréhensible et beaucoup de confusion
1.25. Les actions sont programmables	-	Programmation illogique, réunions régulières doivent être étalées sur 6 mois

1.26. Les actions et les objectifs sont mesurables (quand, combien,...)	<input type="checkbox"/>	Il manque les détails au niveau du plateau technique qui a besoin d'être soulevé
1.27. Les actions prioritaires et l'ordonnement des actions ne sont pas confondus	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.28. Des actions contribuent à la réduction des dysfonctionnements	<input type="checkbox"/>	
1.29. Des actions contribuent aux résultats immédiats de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	Organisation des réunions n'a aucun effet sur les résultats immédiats.
1.30. Des actions contribuent à la création de potentiel de l'entreprise	<input checked="" type="checkbox"/>	2 actions seulement
1.31. Les actions sont vraiment prioritaires et significatives et ne relèvent pas de la gestion courante	<input checked="" type="checkbox"/>	Une partie des actions relèvent de la gestion courante
1.32. Les actions répondent clairement aux objectifs	<input checked="" type="checkbox"/>	Manque de détails
1.33. Le PAP comprend des actions locales	<input checked="" type="checkbox"/>	Introduction de nouveaux services ou spécialités n'émane pas de sa responsabilité.
1.34. Les intitulés n'expriment pas une simple déclaration d'intention	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.35. Il y a un porteur unique sur chacune des actions (ce qui n'exclut pas les coopérants)	<input checked="" type="checkbox"/>	Colonne des porteurs est incomplète et le porteur est absent dans certains cas

1.36. Le porteur est repéré clairement	<input checked="" type="checkbox"/>	Absence du directeur de l'hôpital au niveau des porteurs d'action
1.37. Le portage des actions n'est pas concentré sur quelques têtes	<input checked="" type="checkbox"/>	Notion presque assimilée
1.38. Les coopérants nécessaires sont identifiés	<input checked="" type="checkbox"/>	Idem
1.39. Les coopérants sont trop nombreux	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.40. Les actions sont repérées dans le temps	<input type="checkbox"/>	
1.41. Les actions sont planifiées	-	
1.42. La colonne « Observations » est utilisée à bon escient (vigilance, indicateurs) et sélectivement	-	Rien n'est mentionné dans la colonne observation
2 – ANALYSE TRANSVERSALITE ET VERTICALITE		
2.1) Qualité intrinsèque		
2.1. Le portage des actions est partagé en équipe	<input type="checkbox"/>	Porteur d'action absent et confusion avec services concernés.
2.2) Déclinaison du PAP		
2.2. La déclinaison du PAP N+1 est effective	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.3. Le PAP impulse des actions clairement dédiées aux PAP N-1	<input checked="" type="checkbox"/>	

2.3) Croisement des PAP		
2.4. Le PAP reprend des objectifs qui viennent d'autres secteurs (transversalité)	<input type="checkbox"/>	
2.4) Un ensemble de PAP		
2.5. Toutes les actions du PAP N+1 sont reprises en objectifs	<input checked="" type="checkbox"/>	
3 – AVIS D'EXPERT		
3.1) Origine du PAP		
3.1. Le PAP reprend des objectifs demandés par la Direction	<input type="checkbox"/>	Quelques objectifs ne concernent pas le service
3.2. Le PAP est réalisé sur la base de mini-diagnostic de dysfonctionnements	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.2) Implication et démultiplication des actions dans l'équipe		
3.3. Les objectifs du PAP sont repris dans les CAPN	<input type="checkbox"/>	
3.4. Tous les cadres de l'entreprise ont un PAP	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.5. Chaque membre de toutes les équipes est concerné par une ou plusieurs actions du PAP	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.6. Les PAP sont réalisés en équipe	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.3) Calibrage du PAP vis-à-vis des autres ressources que le temps		

3.7. Le PAP est associé à une démarche budgétaire	-	
3.4) Calibrage du PAP en temps de délai de réalisation		
3.8. La réalisation du PAP est anticipée	<input checked="" type="checkbox"/>	Manque de logique
3.9. Les actions prioritaires recensées sont concrètes compte tenu de l'agenda	<input type="checkbox"/>	
3.10. Les actions prioritaires sont planifiées et programmées	<input type="checkbox"/>	Non pas de programmation ni de date limitée
3.5) Calibrage du PAP vis-à-vis des autres ressources que le temps		
3.11. Les actions prioritaires recensées sont rationnelles compte tenu de la stratégie de l'entreprise	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.6) Pilotage mensuel du PAP		
3.12. Le PAP sert à piloter la mise en œuvre de la stratégie	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.13. Les membres de la Direction se sont concertés pour la réalisation des PAP	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.14. Le PAP fait l'objet de dispositifs de pilotage réguliers	<input checked="" type="checkbox"/>	A partir d'un certain temps le PAP fait l'objet d'une base de départ
3.15. Les opérationnels sont incités et aidés à réaliser leur PAP		Le chef du projet et DSI et l'intervenant interne sont à la disposition des opérationnels pour n'importe quel conseil



3.7) Qualité intrinsèque		
3.16. Le PAP reprend les objectifs non atteints sur la période précédente	<input type="checkbox"/>	
3.17. Les actions sont significatives des performances attendues du métier, du secteur, de la personne	<input checked="" type="checkbox"/>	

Le processus d'audit des PAP a constitué une phase essentielle pour sa bonne application et son perfectionnement. Il a servi de support de formation et de développement des compétences de la responsable des soins infirmiers du bloc opératoire à l'hôpital H1.

Tableau 6.2 Fiche d'audit du CAPN du responsable du service de cathétérisme cardiaque à l'hôpital H1 (©ISEOR 1992)¹

FICHE D'AUDIT D'UN CONTRAT D'ACTIVITE PERIODIQUEMENT NEGOCIABLE
--

Service de la personne :
Cathétérisme / H1

Fonction :
Infirmière

Cotation (niveau) : Très satisfaisant Satisfaisant Insuffisant — Non concerné

¹¹ F. Detry, D. Zakkour et al. sous la direction de H. Savall et V. Zardet (2013) « Audit des CAPN dans les hôpitaux ». Rapport ISEOR.

CRITERES D'AUDIT (et de vigilance)	NIVEAU	OBSERVATIONS
1. Présentation de l'outil		
1.43. Le CAPN est dactylographié	■	
1.44. Le support utilisé est un formulaire normalisé avec le copyright	■	
1.45. La police utilisée permet une bonne lisibilité	■	
1.46. Le CAPN est défini sur 6 mois	■	
1.47. La période du CAPN est mentionnée	■	
1.48. Les noms et/ou équipes des personnes concernées sont indiqués	■	
1.49. Le CAPN est émargé par le responsable	■	
1.50. Le CAPN est émargé par la personne concernée (facultatif Mais ?)	■	
1.51. Le montant maximum de la prime est indiqué	■	
2. Formulation et cohérence des objectifs		
2.6. Le nombre d'objectifs est réaliste	■	
2.7. Les objectifs sont suffisamment concrets, stimulants et compréhensibles	■	
2.8. La formulation des objectifs traduit clairement les performances attendues sur la période	■	

2.9. Les objectifs sont pertinents d'un point de vue économique (autofinancement)	■	<input type="checkbox"/>
2.10. Des objectifs contribuent à la réduction des dysfonctionnements	■	
2.11. Des objectifs contribuent aux objectifs stratégiques de l'entreprise	■	
2.12. Des objectifs contribuent aux résultats immédiats de l'entreprise	■	
2.13. Des objectifs contribuent à la création de potentiel de l'entreprise	■	
2.14. Des objectifs contribuent à l'amélioration du comportement	■	
2.15. Des objectifs de résultats immédiats, de création de potentiel et de comportements sont équilibrés	■	
2.16. Des objectifs contribuent à l'amélioration des performances de l'ensemble (collectif)	■	
2.17. Des objectifs contribuent à l'amélioration des performances attendues du métier ou du service (semi-collectif)	■	
2.18. Les objectifs sont significatifs des performances attendues de la personne (individuel)	■	
2.19. La pondération est conforme aux règles fixées par l'entreprise : (40% pour l'individuel, 30% pour le semi-collectif, 30% pour le collectif)	■	
2.20. La somme des pondérations fait 100 %	■	
2.21. La pondération est significative de l'importance de l'objectif	■	
3. Formulation et cohérence des indicateurs et de l'étalonnage		
3.18. Il y a un lien direct entre les indicateurs et les objectifs	■	

3.19. Les indicateurs sont de nature qualitative, quantitative, et financière	<input type="checkbox"/>	2/6 des objectifs sont sans indicateurs
3.20. Le niveau initial de l'indicateur est indiqué	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.21. L'étalonnage est indiqué	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.22. L'étalonnage est peu contestable a posteriori	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.23. L'étalonnage est compréhensible et précis	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.24. L'étalonnage traduit une exigence d'amélioration concrète	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Formulation et cohérence des moyens alloués et des commentaires		
4.1. Des moyens spécifiques alloués sont identifiés lorsque c'est nécessaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.2. Les moyens alloués sont en lien avec l'objectif	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Arborescence des CAPN et des PAP		
5.1. La déclinaison du CAPN N+1 est effective	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.2. Les objectifs contribuent à la réalisation du CAPN N+1	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.3. L'atteinte des objectifs est relayée par le CAPN N-1	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.4. Le CAPN reprend des objectifs du PAP	<input checked="" type="checkbox"/>	

5.5. Le CAPN reprend des objectifs du PAP N+1	■	
---	---	--

L'audit des CAPN comprend cinq domaines. Le premier concerne la présentation et la forme ; le deuxième, la formulation et la cohérence des objectifs ; le troisième, la formulation et la cohérence des indicateurs et des étalonnages, le quatrième la formulation et la cohérence des moyens alloués ; et le cinquième l'arborescence des CAPN et des PAP.

L'audit des CAPN a contribué à renforcer la compétence managériale des cadres infirmiers. Ils ont notamment pris conscience de la nécessité de mise en place des objectifs, des indicateurs et d'allocation des ressources nécessaires pour la réalisation de la stratégie.

6.7.1 Les outils audités sur le terrain d'expérimentation

Afin de présenter l'avis d'expert sur l'adéquation et la conformité de l'utilisation des outils du management socio-économique et dans le but de développer les compétences managériales, nous avons procédé à un audit total de 63 PAP et de 164 CAPN, la majorité étant du corps infirmiers et soignants. Le but de l'audit des PAP et de CAPN des autres catégories de personnel étant de mieux adapter les objectifs collectifs et semi-collectif à la stratégie globale de chaque hôpital. La répartition par hôpital des outils audités est reflétée dans le tableau suivant.

Tableau 6.3 Répartition des outils socio-économiques audités sur le terrain d'expérimentation

	Total	H1	H2	H3
Plans d'actions prioritaires	63	28	23	12
Contrats d'activité périodiquement négociables	164	58	53	53
TOTAL	227	86	76	65

6.7.2 La méthode d'audit des outils socio-économiques

L'audit a consisté à analyser les outils recueillis dans les trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche, c'est à dire 227 outils, grâce à des matrices d'audit de qualité. Ces résultats de cet audit ont été présentés à l'ensemble de l'encadrement infirmier dans chacun des trois hopitaux, ce qui a constitué une action de formation intégrée de perfectionnement des competences manageriales.

Chaque outil a été analysé individuellement, à l'aide de plusieurs dizaines de critères de qualité, répartis en différents thèmes tel que présenté dans les tableaux 6.1 et 6.2 précédents. La consolidation de ces analyses a permis d'étudier et d'apporter une appréciation sur la maîtrise de la gestion socio-économique.

6.7.3 Présentation de la contribution de l'audit socio-économique à la formation managériale de l'encadrement infirmier

Il s'agit d'une synthèse qui reprend, à partir des critères utilisés pour l'audit et déjà cités dans les tableaux 6.1 et 6.2 précédents, l'analyse formelle, politique, technique et opérationnelle de chacun des outils. Elle a été construite en trois parties : les réalisations marquantes : point positifs, les points qui nécessitent une certaine vigilance pour pérenniser l'utilisation et l'efficacité du modèle et des outils : points à surveiller, les recommandations : propositions d'actions d'amélioration par les intervenants afin d'améliorer la conception, l'utilisation et le contenu du modèle et des outils.

6.7.3.1 Les réalisations marquantes constatées à partir des audits des PAP

Il s'agit à partir des audits des outils socio-économiques de constater les réalisations marquantes que nous résumons pour les trois hôpitaux par les points forts suivants :

- Mise en œuvre des Plans d'Actions Prioritaires et des Contrats d'Activités Périodiquement Négociables dans l'ensemble des trois hôpitaux : un effort collectif remarquable a été constaté pour clarifier la stratégie et expliciter le rôle de chacun dans cette stratégie.
- L'appropriation rapide des outils : un langage commun a été acquis et partagé au sein des trois hôpitaux, et l'encadrement a assimilé d'une façon significative de nouvelles compétences.
- Dans l'ensemble, les outils ont été bien formalisés : les PAP et CAPN étaient dactylographiés et utilisaient des formulaires normalisés.

- Le lien entre les PAP et les CAPN était assez clair : particulièrement pour les actions d'amélioration du nombre d'admissions et du développement de la qualité des soins.
- Une attention particulière a été portée à la définition d'indicateurs de mesure des objectifs CAPN. Cela a amélioré la qualité d'évaluation et a limité les jugements subjectifs.
- L'implantation des PAP et des CAPN a couvert tous les services de soins : la démarche a été globale et exigeante à l'égard de toutes les spécialités.
- Les CAPN ont respecté les termes de la Charte. Cela a témoigné d'une discipline bien comprise par l'encadrement et a renforcé la crédibilité de l'outil aux yeux des collaborateurs.
- Dans l'ensemble, le nombre d'objectifs dans les CAPN était réaliste : entre 4 et 6 objectifs.

6.7.3.2 Points à surveiller dans le pilotage des PAP et des CAPN

Il s'agissait à partir des audits des outils socio-économiques de détecter les points à surveiller que peuvent se résumer de la façon suivante :

- Dans les PAP, des porteurs des actions étaient mal identifiés : au niveau des équipes, les porteurs devraient être des personnes et non des services.
- Les outils devaient être mieux intégrés dans le système de pilotage des activités et des équipes : des réunions régulières de pilotage des PAP sont à programmer au cours du semestre. Des rendez-vous réguliers entre l'encadrement et les collaborateurs devraient avoir lieu plus régulièrement pour stimuler la mise en œuvre des CAPN.
- Il convient de mieux surveiller les écarts significatifs de taux moyen de réussite des CAPN entre les services: veiller à l'équité et à la rigueur des pratiques d'évaluation et accompagner les secteurs en difficulté pour atteindre les objectifs.
- Le bilan de réalisation des PAP à la fin de chaque semestre aide à la préparation des campagnes suivantes : ce rythme n'est pas encore inscrit dans toutes les pratiques.

- L'audit des PAP et des CAPN n'a pas permis d'évaluer avec précision le lien entre les groupes de projets et les outils : il convient de veiller au report des actions issues des groupes de projet dans les PAP et leur déclinaison dans les CAPN lorsque les enjeux méritent une stimulation et un effort particulier des pilotes.
- Le lien est parfois peu clair entre les PAP, les CAPN, et les objectifs de conversion de coûts cachés en valeur ajoutée : les actions proposées par les groupes de projets verticaux sont probablement sous-exploitées.
- Le calibrage des PAP ne fait pas toujours l'objet d'une attention suffisante de la part de l'encadrement. Le taux de mise en œuvre des actions dépend du réalisme des PAP, c'est-à-dire de la planification-programmation des actions.

6.7.3.3 Recommandations à la suite des audits des PAP

Des propositions d'actions d'amélioration ont été formulées après l'audit des PAP afin d'améliorer la conception, l'utilisation et le contenu du modèle :

- Maintenir le niveau de qualité de formalisation des outils : la forme des outils est étroitement liée à leur mode d'emploi. Dénaturer la forme peut nuire à leur efficacité.
- Veiller à préciser la période et la date de mise à jour des PAP et à mieux articuler des outils du management socio-économique avec le système qualité (certification-normes) en vigueur dans les hôpitaux.
- Stimuler la préparation des PAP en équipe : réaliser des mini-diagnostics à la fin de chaque semestre et dans chaque équipe.
- Mieux partager l'effort de pilotage des actions des PAP : indiquer le nom des personnes dans les colonnes « porteurs » pour impliquer l'ensemble des membres des équipes en fonction de leurs responsabilités et de leur charge de travail.

- Accompagner les porteurs d'actions prioritaires des PAP par une formation intégrée au pilotage : la mise en œuvre des outils est une occasion de faire évoluer les compétences des personnes.
- Inciter l'encadrement à utiliser, avec pertinence, la colonne « observations » dans les PAP : les points de vigilance, les contraintes éventuelles, la précision de moyens particuliers alloués aux actions améliorent le taux de mise en œuvre des actions.
- Poursuivre l'effort d'amélioration de la formulation des actions prioritaires dans les PAP et des objectifs dans les CAPN (exemple : service de chirurgie et des urgences à H2) : la compréhension des actions pour tous est essentielle pour l'implication des personnes dans la mise en œuvre stratégique.
- Un lien plus explicite pourrait être fait entre les PAP et les objectifs budgétaires : davantage associer la préparation des PAP avec la réalisation de balances économiques.
- Les indicateurs de mesure du niveau initial des objectifs CAPN manquent parfois de précision. Il convient d'améliorer la mesure des résultats attendus pour éviter de nuire à la qualité du dialogue entre l'encadrement et les collaborateurs au moment de l'évaluation des CAPN.
- L'étalonnage des objectifs CAPN manque parfois de précision : il serait utile de mettre en valeur la progressivité de l'effort et encourager l'implication des personnes.
- Accompagner et former l'encadrement infirmier à une plus grande rigueur dans la négociation des CAPN : le respect de la programmation des entretiens avec les collaborateurs, anticipation des évaluations, qualité de l'écoute.
- Veiller à la reprise et à la déclinaison des axes stratégiques issus du PASINTEX : respect de la stratégie, qualité de la déclinaison en objectifs prioritaires, équilibre des actions de résultats financiers, d'amélioration de la qualité des soins, du développement du potentiel humain.

- Mieux structurer le dispositif de préparation des PAP : calendrier semestriel, séminaire de Direction de préparation des campagnes PAP (sélection des priorités à partir du PASINTEX)

6.7.4.4 Les réalisations marquantes au niveau de l'exécution des CAPN

Les points forts constatés dans les trois hôpitaux après l'audit des CAPN sont les suivants :

La qualité de l'outil CAPN est globalement très satisfaisante et la formulation des objectifs, des indicateurs et des niveaux d'étalonnage est en progrès. Au sein de toutes les grappes les CAPN ont stimulé la mise en œuvre stratégique tout en instaurant un management de proximité, où la concertation, le dialogue et le travail en équipe se sont développés. Les actions prioritaires ont respecté les axes stratégiques du PASINTEX.

Les actions prioritaires ont été reprises dans les PAP et dans les CAPN des collaborateurs concernés. Cela a permis d'obtenir une bonne démultiplication de la stratégie à partir du PASINTEX. Les actions prioritaires ont couvert toutes les dimensions de la performance socio-économique : résultats immédiats et création de potentiel, développement des résultats et réduction des dysfonctionnements.

Les PAP du 2^{ème} semestre ont fait remarqué de nombreux progrès par rapport aux PAP du 1^{er} semestre, notamment concernant la formulation des objectifs prioritaires et de la planification.

6.7.4.5 Recommandations au niveau de l'exécution des CAPN

Les principaux points à améliorer pour la qualité des CAPN dans les trois hôpitaux ont été les suivants :

Les indicateurs permettant de mesurer les impacts financiers des activités n'ont pas été assez nombreux. Les indicateurs de mesure d'atteinte des objectifs du CAPN n'ont pas toujours été assez explicites. Pour l'ensemble de l'organisation, les moyens identifiés ont parfois été confondus avec les méthodes de travaux et/ou les indicateurs.

Aider à identifier plus clairement qui sont les pilotes et les coopérants pour chaque action. Cela permettrait de clarifier les responsabilités et la contribution au sein des équipes et d'intensifier sans doute le pilotage des actions.

6.8L'évaluation des résultats du développement des compétences managériales

L'évaluation en management socio-économique porte sur plusieurs indicateurs d'ordre qualitatif, quantitatif, et financier. Une évaluation comparative des résultats, avant et après la mise en œuvre du projet socio-économique de développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier, a été réalisée pour les trois hôpitaux H1, H2 et H3, via l'utilisation des outils du management socio-économique met en relief l'impact positif sur la performance économique et sociale de ces trois hôpitaux.

6.8.1Les résultats qualitatifs résultant du développement des compétences managériales

A la suite de l'entretien qualitatif d'évaluation, auprès des mêmes acteurs ayant participé aux diagnostics verticaux, après la mise en œuvre des groupes de projets dans les trois hôpitaux, les principaux constats sur les résultats qualitatifs se résument par :

- Un progrès en matière de qualité des soins des patients et une meilleure application des standards d'accréditation et de normes nationales et internationales : les

trois hôpitaux ont obtenu les notes maximales sur les critères d'accréditation pour ce qui concernait les soins infirmiers.

- Un progrès des compétences managériales des surveillantes perçu par les directeurs des trois hôpitaux. Les phrases-témoins ci-dessous ont été exprimées par les directeurs exécutifs de chacun des trois hôpitaux :

- « Je constate plus de dynamisme ». (H1)
- « J'observe plus de disponibilité et d'ouverture psychique pour collaborer ». (H2)
- « J'ai pu observer une meilleure qualité de communication entre les urgences et les autres services ». (H2)
- « Les médecins sont difficiles, mais ils ont pris conscience des problèmes et sont prêts à changer ». (H2)
- « Il y a un comportement plus sain et plus respectueux, et le personnel a pu s'exprimer ». (H3)
- « Les CAPN incitent les surveillantes et infirmières à améliorer leur travail dans le but d'augmenter les admissions ». (H1)
- « Avec les mêmes moyens et sans heures supplémentaires, nous pouvons réaliser 30 opérations par jour, contre 23 au maximum l'an dernier ». (H1)
- « Nous constatons plus d'admissions et de capacité de travail, ainsi qu'une réduction des coûts cachés ». (H3)
- « Les états financiers des trois premiers mois de 2012 mettent en évidence une augmentation de 30% du résultat, alors que les prix des matières ont augmenté de 18% en moyenne, et qu'il y a eu une augmentation des salaires ». (H1)
- « Malgré l'augmentation des coûts, le résultat financier est resté stable ». (H2)
- « Les résultats sont positifs, malgré les augmentations des prix que nous avons subies ». (H3)
- « Nous avons mesuré une augmentation des admissions de 4% à 5% par rapport à l'an dernier ». (H3)
- « Il y a une amélioration du processus du circuit-patient ». (H3)
- « Nous constatons une augmentation de notre attractivité pour les recrutements, avec notamment des candidats mieux formés et expérimentés ». (H2)

- « Nous constatons une économie sur les réactifs et une réduction du nombre d'examens inutiles ». (H1)
- « Il y a maintenant plus de réunions inter-départements chaque mois ». (H1)
- « On observe une plus grande responsabilisation de l'encadrement au travers des PAP et cela se transmet au niveau du personnel ». (H3)
- « On sent que les gens sont plus responsables, jusqu' au niveau du personnel employé ». (H2)
- « On observe une demande croissante de formations ». (H3)
- « J'ai constaté une réduction de l'absentéisme et des heures supplémentaires ». (H3)
- Un progrès de compétences managériales perçu par les directrices de soins infirmiers.
 - « Les surveillantes sont plus responsables et on peut leur déléguer, par exemple la gestion de plaintes du personnel ». (H3)
 - « Les surveillantes incitent leur médecin chef de service à faire des études de cas et des conférences scientifiques. Cela a un impact à la fois sur la qualité des soins pour les patients et sur la formation des infirmières ». (H3)
 - « Cela fait longtemps qu'on n'avait pas vu une étude de cas scientifique dans plusieurs services avec le médecin chef de service ». (H3)
 - « Les surveillantes respectent mieux les formations programmées ». (H1)
 - « Les surveillantes développent la polyvalence interservices ». (H1)
 - « Il y a eu une meilleure gestion des heures supplémentaires par les surveillantes ». (H1)
 - « Les surveillantes ont bien progressé à des degrés divers ». (H2)
 - « On a moins de glissements de fonction qu'auparavant ». (H2)
 - « On observe une amélioration de l'objectivité des évaluations du personnel, notamment au travers des grilles de compétences ». (H2)
 - « Il y a une amélioration des recrutements, grâce à notre plus grande attractivité ». (H2)

- Un progrès des comportements de personnels de soins perçu par les cadres infirmiers, en tant que résultat de leur propre amélioration des compétences managériales.

- H1 : meilleure révision des protocoles médicaux, meilleure gestion des plats, plus grande rapidité pour la prise en charge des patients, meilleure propreté du local et meilleure organisation de la décontamination des chariots (dialyse), améliorations de la disponibilité et de la rotation jour/nuit, meilleure hygiène, plus de rapidité sur les protocoles, rapidité des tests défibrillateurs et chariots d'urgence (cardiologie), meilleur esprit d'équipe et disponibilité, respect des autres, amélioration de la rotation et de la polyvalence, amélioration de la ponctualité, amélioration de la communication et du respect de la hiérarchie, amélioration de la confidentialité, amélioration de la disponibilité pour les urgences et le bloc, plus de gentillesse, sourire et support psychologique vis-à-vis des patients (radiologie), amélioration de la disponibilité, amélioration du dynamisme et de la productivité, amélioration de la communication avec les services de chirurgie et de médecine, meilleure tenue personnelle et hygiène (ORL), amélioration de la maîtrise de soi et du comportement verbal, acceptation de la formation, plus de curiosité pour apprendre de nouvelles tâches (stérilisation), plus de rapidité dans la préparation des salles, respect de la formation, meilleure écoute, moins de tensions, meilleure propreté des équipements, moins de pertes, progrès sur la documentation, meilleur esprit d'équipe.

Nous avons observé que les infirmières et les aides-soignantes sont très attachées aux CAPN et ne veulent pas revenir en arrière. Il y a beaucoup moins de plaintes du personnel auprès des directions des ressources humaines et auprès des directions de la qualité, le personnel est jugé plus détendu.

6.8.2 Les résultats quantitatifs résultant du développement des compétences managériales

Après la mise en œuvre du projet socio-économique dans les trois hôpitaux, les principaux constats sur les résultats quantitatifs se résument par :

- Une augmentation de la satisfaction des patients.
- Une augmentation en nombre d'admissions des patients internes et externes.
- Une diminution de nombres d'heures supplémentaires.
- Une diminution de nombre de plaintes de la part des patients et de leurs familles.
- Une diminution de nombre de plaintes de la part des employés.
- Une diminution de nombre de plaintes de la part des médecins.
- Une réduction des taux d'infections nosocomiales.

Par ailleurs, nous avons pu établir une grille comparée des compétences managériales de l'encadrement infirmier. Cette grille, inspirée de la première partie de notre thèse, comprend les trois critères de la compétence managériale socio-économique en les appliquant au cas de l'encadrement infirmier. Ces grilles reflètent le point de vue des directions des soins infirmiers et des surveillantes elles-mêmes.

Ses compétences se résument comme suit :

1-Compétences sur les outils du management de l'unité de soins:

- Participer à l'élaboration du PASINTEX.
- Compréhension du PASINTEX.
- Expliquer le PASINTEX aux collaborateurs et les impliquer.
- Anticiper et planifier les actions stratégiques de développement (PAP).
- Prévenir les dysfonctionnements (PAP).
- Piloter l'avancement du PAP.
- Négocier avec les collaborateurs les objectifs, les moyens et les ressources (CAPN).
- Définir les indicateurs d'évaluation (CAPN).
- Calculer la prime CAPN et reconnaître les progrès des collaborateurs.
- Hiérarchiser les objectifs (pondération des objectifs CAPN).

- Négocier le progrès sur les comportements.
- Contrôler l'activité de gestion courante de chacun des collaborateurs (TDBP).
- Tenir des indicateurs sur les actions de développement (création du potentiel dans le TDBP).
- Faire le reporting sur les indicateurs du TDBP.
- Remédier au fractionnement de la GDT.
- Gérer les réunions (GDT).
- Développer la délégation concertée (GDT).
- Faire une cartographie des compétences de son service (GDC).
- Analyser la vulnérabilité et la polyvalence (GDC).
- Former les collaborateurs et les faire progresser (GDC).

2-Compétences sur le pilotage du changement et des progrès :

- Détecter le potentiel d'amélioration de la performance du service (diagnostic).
- Traduire ce potentiel en coût-cachés (diagnostic).
- Analyser les causes racines des dysfonctionnements (diagnostic).
- Elaborer des solutions d'amélioration en équipe (projet).
- Mesurer les impacts potentiels d'amélioration (BECO projet).
- Programmer et synchroniser les actions du progrès (mise en œuvre).
- Evaluer les performances du projet (évaluation).

3-Les compétences sur le leadership et les décisions politiques et stratégiques :

- Etre exemplaire.
- Respecter les valeurs et les orientations de l'hôpital (loyauté professionnelle).
- Etre équitable dans l'évaluation du personnel et le développement des carrières.

Tableau 6.4 Extrait de la grille d'évaluation de la progression des compétences managériales de l'encadrement infirmier à l'hôpital H1(©ISEOR)

H2(©ISEOR)

		GRILLE DE COMPÉTENCES																	2013												
ACTIVITÉS	ACTEURS	DANS L'ORGANISATION EN DÉBUT DE PÉRIODE																													
		OPÉRATIONS EXISTANTES																													
		I- Compétences sur les outils du management de l'unité de soins													Compétences sur le pilotage du changement et des projets																
		Participation à l'élaboration du pasintex	Compréhension du PASINTEX	Savoir expliquer le PASINTEX aux collaborateurs et les implémenter	Savoir anticiper et planifier les actions stratégiques de développement (PAP)	Savoir prévenir les dysfonctionnements (PAP)	Savoir piloter l'avancement du PAP	Savoir négocier avec les collaborateurs les objectifs, les moyens et les ressources (CAPN)	Savoir définir les indicateurs d'évaluation (CAPN)	Savoir calculer la prime CAPN et reconnaître les succès des collaborateurs	Savoir hiérarchiser les objectifs (pondération des indicateurs CAPN)	Savoir négocier le progrès sur les comportements	Savoir contrôler l'activité de gestion courante de chacun des collaborateurs (TDBP)	Savoir tenir des indicateurs sur les actions de développement (évaluation du moment dans le TDBP)	Savoir faire le reporting sur les indicateurs du TDBP	Remédier au fractionnement de la GDT	Savoir gérer les réunions (GDT)	Savoir développer la délégation concertée (GDT)	Savoir faire une cartographie des compétences de son service (GDC)	Savoir analyser la vulnérabilité et la polyvalence (GDC)	Savoir faire former les collaborateurs et les faire progresser (GDC)	Savoir détecter le potentiel d'amélioration de la performance du service (diagnostic)	Savoir traduire ce potentiel en court-cachés (diagnostic)	Savoir analyser les causes racines des dysfonctionnements (diagnostic)	Savoir élaborer des solutions d'amélioration en équipe (projet)	Savoir mesurer les impacts potentiels d'amélioration (BECO projet)	Savoir programmer et synchroniser les actions du progrès (mise en œuvre)	Savoir évaluer les performances d'un projet (évaluation)	Savoir être exemplaire	Savoir respecter les valeurs et les orientations de l'hôpital (loyauté professionnelle)	Etre équitable dans l'évaluation du personnel et le développement des carrières
1		—	+	+	+	+	++	+	+	+	+	+	—	—	—	+	++	++	++	+	—	—	+	+	—	+	+	+++	++	+	
2		—	+	+	++	++	++	++	+	++	+	+	—	—	+	+++	—	+++	+++	+	—	—	+	+	—	+	+	++	++	+	
3		—	+	++	+	++	+++	+	+	+	++	++	—	—	++	++	+	+++	+++	++	+	+	++	+	—	+	+	++	++	+	
4		—	+	++	+	++	+++	+	+	++	++	++	—	—	++	++	+	+++	+++	++	+	+	++	++	—	+	+	+++	++	+	
5		—	+	++	+	++	++	+	+	++	++	++	—	—	++	++	+	+++	+++	+	+	+	+	—	+	+	++	++	+		
6		—	+	+	+	++	++	+	+	++	+	+	—	—	+	++	+	+++	+++	+	++	+	+	—	+	+	++	++	+		
7		—	+	+	+	++	++	+	+	++	++	++	—	—	+	++	++	+++	+++	+	++	+	+	—	+	+	+++	++	+		
8		—	+	++	+	++	++	+	+	++	+	++	—	—	++	+++	++	+++	+++	+	+	+	++	—	+	+	+++	++	+		
9		—	+	+	+	++	+	+	+	++	++	++	—	—	+	++	++	++	++	+	—	—	+	++	—	+	+	+++	++	+	
LÉGENDE:		— N'a pas évolué																	++ A moyennement évolué												
		+ a peu évolué																	+++ A fortement évolué												

Tableau 6.6 Extrait de la grille d'évaluation de la progression des compétences managériales de l'encadrement infirmier à l'hôpital H3(©ISEOR)

comme le montrent les figures 6.4, 6.5 et 6.6, mais le seront dans le futur une fois les surveillants y seront formés comme la réalisation des balances économiques, la participation à l'élaboration du PASINTEX, la formulation des indicateurs de développement, etc.

6.8.3 Les résultats financiers résultant du développement des compétences managériales

Afin de pouvoir analyser les progrès financiers au sein des trois hôpitaux H1, H2 et H3, nous retenons plusieurs indicateurs financiers et nous présentons leur évolution après la mise en œuvre du projet socio-économique.

Sur le plan financier, nous avons mesuré deux types d'indicateurs :

- La CHVACV¹ Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables, cet indicateur reflète l'amélioration globale de performances économiques à court terme. Il s'agit ici d'une performance résultant de toutes les améliorations du management de l'entreprise : développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier mais aussi de toutes les autres catégories de personnel, y compris la direction.
- Les balances économiques des projets dans les services de soins infirmiers. Ces projets ont consisté à réaliser de façon très rigoureuse des PAP dans des services ciblés : bloc opératoire et soins intensifs dans l'hôpital H1, urgences et maternité-pédiatrie dans l'hôpital H3, et amélioration du circuit patient dans l'hôpital H2. Les balances économiques de ces PAP permettent de mesurer, de façon plus ciblée, l'impact de l'amélioration de la compétence managériale des cadres infirmiers concernés, car les surveillantes étaient les chefs de ces projets, chargées d'animer les travaux des groupes (« paniers » des projets) pour convertir les coûts-cachés en création de valeur ajoutée. Nous présentons ci-après les résultats de cinq projets, à titre d'exemple. Les balances économiques font apparaître au débit, les coûts matériels et immatériels du

¹ Savall H., Zardet V., maîtriser les coûts et les performances cachés, op. cit.

projet échelonné en fonction de la durée d'amortissement et au crédit, les performances constatées : augmentation des produits ou diminution des charges.

6.8.3.1 Balance économique du projet du bloc opératoire de l'hôpital H1

Les actions mises en place concernent notamment : des réunions inter-départements, des réunions avec le chef du bloc, la mise au point des instruments, la formation des infirmières, la réorganisation des règles de paiement des anesthésistes, la mise en place du projet de bloc dédié à l'orthopédie et le recrutement d'une infirmière et d'une aide-soignante.

La mise en œuvre du projet a permis de mesurer : la diminution du retard du programme du bloc (moyenne du retard qui est passée de 70 minutes à 18 minutes, soit l'équivalent potentiel de 5 opérations par jour), la diminution des attentes entre deux opérations, une augmentation de la polyvalence, une meilleure formation instrumentiste, des économies d'énergie, l'amélioration de la satisfaction des chirurgiens et des gains sur heures supplémentaires. La partie financière des résultats est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6.7 Balance économique du projet du bloc opératoire à l'hôpital H1

<u>Version provisoire de la balance économique du projet « Bloc opératoire HSG »</u> (Copyright ISEOR/H1 2012)					
<u>COÛTS</u>				<u>PERFORMANCES</u>	
	Montant brut	Durée amort.	Montants annuels (\$)		Montants annuels (\$)
Salle dédiée pour orthopédie	300 000 \$	40 ans	7 500 \$		
				Gain de temps de 20 minutes entre 2 opérations sans trempage et de 15 minutes entre 2 opérations avec trempage. Cela a permis une augmentation du nombre d'opérations : +130 sur 6 mois à 500\$	65 000 \$
Réunion de projet (5p. + 3 p) soit 8 h à 17 \$			136 \$	Gains sur heures supplémentaires : passage de 1053 h à 786 heures sur 5 mois	16 320 \$
2 réunions avec les départements 6 p. soit 12 h à 17 \$			204 \$		
2 réunions avec le chef du bloc soit 4 h			74 \$		
Réunion comité bloc : 5 p. 2 fois 1 h			170 \$		
Réunion mise au point instruments : 2 p. 3 h			102 \$	Amélioration de la satisfaction des chirurgiens	Pour mémoire (PM)
Formation pratique instrumentiste : 8 h 15 j	2040 \$	3 ans	680 \$		
Vérification du nettoyage 15 fois par mois ¼ h 2p. sur 12 mois			1530\$		
Projet orthopédie : 30 h			510\$	Baisse des consommations d'instruments	8 000 \$
Une infirmière diplômée et une AS en plus : 208 h + 180 h pour 12 mois			25 000 \$		
TOTAL			35 906 \$	TOTAL	89 320 \$
				<u>CRÉATION NETTE DE VALEUR AJOUTÉE PAR AN</u>	\$ 53 414

La balance économique du projet montre une création nette de valeur ajoutée annuelle de 53 000 \$. Les surplus en charges de la première année s'élevaient à 36 000 \$ et les surplus en bénéfices à 89 000 \$. Cette même balance économique montre que la création de valeur ajoutée augmentera à partir de la deuxième année compte tenu de quelques charges qui ne seront plus pris en considération comme les réunions de projet, les réunions des départements, du comité de bloc, etc.

6.8.3.2 Balance économique du projet des soins intensifs de l'hôpital H1

Les actions réalisées ont porté sur les politiques et procédures et sur la coordination entre urgences et cardiologie. Le PAP comprenant aussi l'élaboration et la revue des fiches de transfert entre urgences et soins intensifs, le transfert matériel entre bloc et soins, les règles de circulation entre bloc et soins, l'élaboration de fiches de liaison entre urgences et soins, le recrutement d'une infirmière pour les soins et les urgences, le recrutement d'une aide-soignante pour les urgences, l'élaboration des règles de présence du réanimateur, la mise en place des réunions inter-départements (soins, cardio, cath-lab et urgences), la formation des personnels soignants sur la communication, l'enrichissement des tâches des aides-soignantes, et enfin la négociation des règles d'implication des médecins dans le projet.

Les indicateurs de performance sont les suivants : réduction des infections nosocomiales, moins de gaspillages de matériels et de gaspillages de temps, gains de place aux soins intensifs, gains de temps de contrôle des dossiers, augmentation de la satisfaction des patients par transfert plus rapide aux étages.

Tableau 6.8 Balance économique du projet des soins intensifs à l'hôpital H1

Version provisoire de la balance économique du projet : « Soins intensifs » (Copyright ISEOR-H1 2012)					
COÛTS				PERFORMANCES	
	Montant brut	Durée amort.	Montants annuels (\$)		Montants annuels (\$)
				Gain de temps de 14 à 30 minutes : 2 infirmières *14 minutes/60* 287 jours*17\$	4 554 \$
Transfert du matériel entre Bloc opératoire et soins intensifs avec check list (5 h)			85 \$		
				Gain de place aux soins intensifs : 121 patients* 230 \$	27 000 \$
Procédure circulation entre bloc et soins : 2 h.			34 \$	Réduction des infections noscomiales	PM
Fiche de liaison entre soins et étages : 4 h			68 \$	Gain de temps de contrôle des dossiers : 3* 10 minutes/60*261 j * 17\$	2 100 \$
Recrutement d'une aide-soignante supplémentaire aux urgences			10 344 \$	Minimisation des réserves de matériel pour l'isolement	17 500 \$
Procédure d'achat : 1 h*17\$			17\$		
Réunion de coordination entre soins, cardiologie, urgences et Cathlab : 17 p. 1h.			289 \$		
Check-list d'orientation : 4,5 h*17\$			76\$		
Mise en place d'un sas entre le bloc et les soins intensifs			3000\$		
Système informatique :26 h * 17\$			714\$		
Formation : 17 p*1h 17\$					
4p* 1h* 17\$					
Un PC bio-médical	500\$	5 ans	100\$		
TOTAL			14 727 \$	TOTAL	51 154 \$
				<u>CRÉATION NETTE DE VALEUR AJOUTÉE PAR AN</u>	36 427 \$

La balance économique du projet des soins intensifs dans l'hôpital H1 montrent une création nette de valeur ajoutée de 36 000 \$. L'excès de charges résultant de la mise en œuvre du projet s'élevaient à 15 000 \$ et l'augmentation des performances à 51 000 \$. A partir de la deuxième année les surplus des charges seront seulement les frais

d'amortissement et le coût du salaire de l'aide-soignante, ce qui engendrerait une création de valeur ajoutée nette de 40 000 \$.

6.8.3.3 Balance économique du projet de maternité de l'hôpital H3

Les actions du PAP ont porté sur un démarrage rapide de l'activité, après avoir remis à niveau la maternité et la néo-natalité. Une deuxième salle d'accouchement a été prévue et l'équipe de néo-natalité a été complétée.

Les indicateurs de performance concernent le début de redémarrage de ce service.

Tableau 6.9 Balance économique du projet de maternité à l'hôpital H3

Version provisoire de la balance économique du projet : « Maternité et néo-natalité H3» (Copyright ISEOR-H3 2012)					
COÛTS				PERFORMANCES	
	Montant brut	Durée amort.	Montants annuels (\$)		Montants annuels (\$)
Recrutement de deux SF : 2*182 h * 12 mois * 12\$	52216		52 116 \$	Augmentation admissions accouchements à 1000 \$ (prévision de 236 en 2012 contre 134 en 2011), et passage à un rythme supérieur à 100 par mois en 2013, sous réserve de recruter 2 nouvelles gynécologues. Interventions : prévision de 130 actes en 2012 contre 70 en 2011, soit 50 actes à 600 \$	102 000 \$
Temps de recrutement 4 h * 12\$	48	1 an	48		
Orientation : 15 h * 12\$	180	1 an	180 \$		
Sous-activité d'apprentissage savoir-faire: (60 h + 991 h)*12\$	12612	5 ans	2522 \$		
Recrutement gynécologue + néo-nat 75 h * 12\$	900	2ans	450 \$		
Equipements	20000	5 ans	4000 \$		
7 lits à 2000 \$	14000	5 ans	2710 \$		
Recrutement de 4 ID à la néo-nat (temps de recrutement et orientation) : 204 h\$12	2448	2 ans	1224 \$		
Formation interne du personnel 12 h * 12 \$	144	2 ans	72 \$		
Formation externe 2* 2080	4160	5 ans	832 \$		
Sous-activité d'apprentissage IDN : 48 h*12	576	2 ans	288 \$		30 000 \$
Revoir anciens médecins			PM		
Révision de la politique tarifaire			PM		
Amélioration de l'hôtellerie			NE		
TOTAL			64 442 \$	TOTAL	130 000 \$
				<u>CRÉATION NETTE DE VALEUR AJOUTÉE PAR AN</u>	\$ 66 000

La création de valeur ajoutée nette du projet de maternité à l'hôpital H1 est évaluée à 66 000 \$ par an compte tenu de surplus de charges résultant de la mise en œuvre du projet d'environ 64 000 \$ et de l'augmentation des performances d'environ 130 000 \$.

6.8.3.4 Balance économique du projet des urgences de l'hôpital H3

Les actions ont porté sur l'aménagement des locaux, la professionnalisation des urgences, l'amélioration du parcours patient et des règles de comportements, l'achat d'équipements complémentaires (défibrillateur, respirateur, etc.), la mise à jour des procédures, le recrutement d'un urgentiste et d'une infirmière, la mise en place d'un protocole de prise en charge, la définition de critères de transfert intra-hospitaliers et l'audit des procédures de transmission, la liste nominative actualisée de l'équipe, les procédures en cas de comportements violents, les règles de gestion des stocks, les règles de triage des malades, la mise à jour du système informatique, la procédure de transfert des malades et l'organisation des petites chirurgies, etc.

Les indicateurs de performance concernent notamment l'évolution des comportements, l'augmentation de l'activité, et la réduction des coûts-cachés.

Tableau 6.10 Balance économique du projet des urgences à l'hôpital H3

<u>Version provisoire de la balance économique du projet : « Urgences H3 »</u> (Copyright ISEOR-H3 2012)					
<u>COÛTS</u>				<u>PERFORMANCES</u>	
	Montant brut	Durée amort.	Montants annuels (\$)		Montants annuels (\$)
Aménagement des urgences	200 000	40 ans	5 000	+ 10 % admissions, soit 1950 U à 50 \$	98400
2 urgentistes : 8760 h. *12\$	25920		105 120		
Mise à jour des procédures :5p*10h*12	600	2 ans	300	Admissions I en plus via les urgences : 1950 *600 \$	200 000
Protocole de prise en charge : 5 p*13h*12\$	780	2 ans	390		
Critères de transfert intra-hospitalier : 7h*5p.*12 \$	420	2 ans	210	36 réadmissions en plus à 600 \$	21 600
Matériels +défibrillateur et respirateur	15000	7 ans	2 143		
Procédure « violence verbale » :	144	2 ans	70		
-Elaboration : 2 p.* 6 h *12 \$	1440	2 ans	720		
Formation : 2 h*60 p*12\$					
Gestion du stock : 1h * 10 p.* 12 \$	120	1 an	120		
Triage des malades : 1 h*7p. * 12 \$	84	1 an	84		
Système informatique 1 h* 4 p* 12 \$	48	1 an	48		
Procédure transfert malade : 1 h* 3 p. 12\$	36	2 ans	18		
Recrutement d'une ID (à étudier)					
Organisation petites chirurgies : 3 p. 1h. 52 s.*12\$	1872		1 872		
Audit transmissions	PM				
	PM				
Etude charge de travail (Recrutement ID ?)					
TOTAL			142 K\$	TOTAL	320 k\$
				<u>CRÉATION NETTE DE VALEUR AJOUTÉE PAR AN</u>	\$ 178 000

Cette balance économique montre un résultat financier annuel de 178 000\$ d'augmentation de valeur ajoutée nette. Les charges de la mise en œuvre du projet des urgences à l'hôpital H3 s'élevaient à 142 000 \$ et les surplus de performances annuels à 320 000 \$.

6.8.3.5 Balance économique du projet d'amélioration du circuit patient de l'hôpital H2

Les actions ont porté sur des compléments des équipements, des règles de transfert des urgences vers les soins intensifs, la politique des critères d'admission, l'audit des urgences, l'organisation des soins intensifs et la formation spécifique du personnel, la définition de critères d'admission en maternité pour les cas non gynéco, la remise à niveau de l'endoscopie et du plateau technique du bloc.

Les indicateurs de performance ont permis de mesurer des améliorations de la satisfaction des médecins, l'augmentation des admissions, l'amélioration de la satisfaction des patients et des médecins, la réduction des gaspillages, etc.

Tableau 6.11 Balance économique du projet du circuit patient à l'hôpital H2

<u>Version provisoire de la balance économique du projet intégral HSL</u> (Copyright ISEOR-CMSST 2012)					
<u>COÛTS</u>				<u>PERFORMANCES</u>	
	Montant brut	Durée amort.	Montants annuels (\$)		Montants annuels (\$)
<u>Constructions et aménagements</u>	200 000	40 ans	5 000	<u>Augmentation de valeur ajoutée</u> Plus 1200 admissions urgences à 50 \$	60 000
				Plus 34 réadmissions à 600 \$	20 400
<u>Equipements</u>					280 000
Défibrillateur	5 000	5 ans	1000	Plus 480 admissions à 600 \$	14 000
Porte urgences	3 000	5 ans	600	<u>Baisse des surconsommations</u>	5 000
Service endoscopie	40 000	5 ans	8000	<u>Baisse des sursalaires et heures sup.</u>	
Plateau technique au bloc op.	70 000	5 ans	15600	<u>Performances qualitatives</u> La satisfaction patient passe de 90 à 95%	PM
<u>Temps passés en développement</u>				Baisse de 25 à 18 % des attentes sup. à 30'	PM
Règles de transfert	16 h à 15 \$	2 ans	120	Hausse satisfaction médecins de 65 à 69 %	PM
Politique critères admission SI	18 h. à 15 \$	2 ans	135		
Audit transfert SI vers services	24 h à 15 \$	1 an	360		
Organisation petites chirurgies	32 h à 15 \$	2 ans	235		
Critères admission maternité cas non gynéco.	6 h à 15 \$	1 an	45		
<u>Augmentation des temps</u>					
Surveillant nuit	2184 h à 15 \$		32762		
TOTAL			63 857	TOTAL	379 400
				<u>CRÉATION NETTE DE VALEUR AJOUTÉE PAR AN</u>	315 543 \$

L'augmentation des performances pour le projet d'amélioration du circuit de patient à l'hôpital H2 s'élève à 379 000 \$ et les charges de la mise en œuvre du projet à 64 000 \$. D'où une création de valeur nette ajoutée nette de 315 000 \$.

6.8.3.6 L'impact du développement des compétences managériales sur la CHVACV

Pour évaluer la valeur ajoutée créée par la réalisation des objectifs socio-économique, SAVALL propose de calculer périodiquement la contribution horaire à la valeur ajoutée sur cout variable (CHVACV). C'est un indicateur de performance financière et économique de l'organisation. L'amélioration continue de la valeur de cet indicateur permet à l'entreprise de faire face aux défis des deux environnements interne et externe. Il lui permet en effet de financer ses investissements stratégiques et de mieux concurrencer tout en améliorant la qualité des produits et services rendus aux clients. Par conséquent plus la valeur de la CHVACV augmente, plus l'entreprise couvre ses charges fixes et réalise des profits. Pour le faire, il est nécessaire de détecter les coûts et les performances cachés et de les convertir autant que possible en création de potentiel à travers un projet socio-économique.

Tableau 6.12 CHVACV comparées

Hôpitaux	H1	H2	H3
CA annuel hors médecins	24,737,502,615	8,902,769,569	10,319,361,520
CA avec médecins (CA hors médecins / 0,7)	35,339,289,450	12,718,242,241	14,741,945,029
Charges variables	10,096,754,419	3,530,511,155	4,166,995,448
Marges sur coûts variables	25,242,535,031	9,187,731,086	10,574,949,581
Heures travaillées des employés	844,800	386,400	556,800
Heures médecins	49,500	22,000	33,000
Total heures travaillées	894,300	408,400	589,800
CHVACV en livres libanaises	28,226	22,497	17,930
CHVACV en \$ (LL/1500)	18.82	15.00	11.95
CHVACV (valeur arrondie en \$)	19	15	12
CHVACV (valeur arrondie en \$) Au démarrage	16	13	10

La variation de la contribution horaire de marge sur coûts variables sur deux ans est de 3 dollars américains pour l'hôpital H1, de deux dollars américains pour les deux hôpitaux H2 et H3. Compte tenu du nombre total d'heures annuelles travaillées dans chacun des trois hôpitaux, l'impact financier global de l'amélioration des CHVACV serait considérable. Si les charges fixes sont considérées constantes, l'amélioration de marge globale affectera le résultat net du même montant.

Tableau 6.13 Amélioration de marge globale sur coûts variables

Hôpitaux	H1	H2	H3
CHVACV (valeur arrondie en \$)	19	15	12
CHVACV (valeur arrondie en \$) Au démarrage	16	13	10
Amélioration CHVACV en \$	3	2	2
Total heures annuelles travaillées	894,300	408,400	589,800
Amélioration globale de marge sur coûts variables en \$	2,682,900	816,800	1,179,600

Sans doute l'amélioration globale des résultats financiers permet de montrer que le projet socio-économique permet de dégager une capacité d'autofinancement énorme qui pourra être investit dans la réalisation de la stratégie de l'hôpital. C'est grâce au développement des compétences managériales que les hôpitaux pourront prendre de l'avance sur les autres car la clé de succès réside dans la détection des coûts-cachés et la capacité de pouvoir convertir ces coûts en performance et création de potentiel. Tout cela nécessite des compétences managériales élevées et des outils spécifiques au service de ces compétences.

6.9 Retour d'investissement sur la formation intégrée des cadres infirmiers

Comme nous l'avons vu au travers des balances économiques approfondies réalisées sur cinq secteurs, la formation aux compétences managériales a été un bon investissement. Le coût de la recherche-intervention pour cadre formé, y compris les temps passés, correspondant à 6 500 \$ par personnes, c'est-à-dire l'équivalent de six mois de salaire. La moyenne de performances annuelles obtenues par projet managé et piloté par un

cadre infirmier était d'environ 100 000 \$, ce qui correspond à un rendement de l'investissement de 100% par an.

Nous formulons l'hypothèse qu'un tel résultat n'aurait pas été possible si l'on avait envoyé chacun des cadres infirmiers se former individuellement pour obtenir un diplôme universitaire de management infirmier. En revanche, nous pensons que les deux types de formation sont complémentaires dans des conditions à définir, que nous n'avons pas pu étudier dans cette thèse.

Conclusion du chapitre 6

Le développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier à travers l'introduction d'un management socio-économique a permis aux hôpitaux d'améliorer leurs performances économiques et sociales. Dans le chapitre six, après avoir défini ce qu'est une évaluation, nous avons appliqué la méthode de l'audit des outils socio-économique, qui a permis l'approfondissement et la formation intégrée des managers. Nous avons ensuite mesuré, commenté et analysé les impacts qualitatifs, quantitatifs et financiers de la formation intégrées aux compétences managériales.

Conclusion de la deuxième partie

L'objectif de cette deuxième partie était de présenter d'une façon détaillée la méthodologie suivie dans notre recherche. Nous sommes passés ensuite à la mise en œuvre de la formation intégrée et à l'évaluation de ses impacts socio-économiques sur nos terrains d'expérimentation.

Au cours du quatrième chapitre nous avons élaboré notre méthodologie de recherche, en expliquant la méthode de collecte des données relatives pour la conduite des diagnostics socio-économiques. Une illustration du modèle adapté pour mettre en évidence les données spécifiques et celles qui sont communes ou génériques était présentée. Nous avons proposé de citer les variables génériques qui peuvent servir de base pour le développement des compétences managériales des cadres infirmiers dans les hôpitaux étudiés du Liban et nous avons procédé à un calcul des coûts-cachés générés par les dysfonctionnements relatifs aux manques de compétences managériales de cet encadrement.

Après la présentation de la méthodologie, nous avons défini dans le chapitre 5 la stratégie socio-économique pour le développement des compétences managériales des cadres infirmiers dans les hôpitaux où des expérimentations ont été menées.

Le chapitre six avait pour but d'apporter les éléments d'évaluation des résultats après la mise en œuvre du projet socio-économique. Il montre l'amélioration des performances économiques et sociales dans les trois hôpitaux résultant en particulier du développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier.

Conclusion Générale

Au moment d'achever cette thèse, après deux années d'expérimentation socio-économique dans les trois hôpitaux étudiés, il est temps de marquer un temps d'arrêt sur image pour faire le point sur ce que la recherche nous a appris. Nous proposons de procéder à ce bilan au travers d'un propos d'étape sur l'état de validation de notre corps d'hypothèses, avant d'esquisser quelques hypothèses pour la poursuite de la recherche.

Dans notre introduction, nous avons formulé l'hypothèse centrale que l'encadrement infirmier dans les hôpitaux libanais devait renforcer ses compétences managériales afin de mieux faire face aux exigences croissantes de l'environnement et à la nécessité de concilier la réduction des coûts tout en améliorant la qualité des soins.

Les résultats obtenus dans les trois hôpitaux nous amènent à préciser notre hypothèse et à la décliner de façon plus précise en hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives¹. Ce corps d'hypothèses établi de façon « abductive » semble en bonne partie validé dans les trois hôpitaux concernés, mais il devrait être testé dans d'autres hôpitaux pour renforcer les connaissances dénommées « contingence générique » dans l'approche qualimétrique.

Nous proposons de formaliser ces connaissances à visée générique de la façon suivante :

1) Hypothèses descriptives

Ces hypothèses concernent les dysfonctionnements observés en lien avec les lacunes de compétences managériales des cadres infirmiers :

-De nombreux dysfonctionnements affectent la performance des unités de soins : absentéisme du personnel soignant, retards, maladies professionnelles liées au stress, démissions d'infirmières compétentes, non-respect des consignes qualité et manque de qualité des soins et de l'accueil, pertes de temps, bavardages, temps gaspillés, etc.

-Les impacts de ces dysfonctionnements sur la performance économique des hôpitaux sont considérables et peuvent être mesurés au travers des composants de coûts cachés :

¹ Savall et Zardet (2004) : Observer l'objet complexe : approche qualimétrique. Op. cit.

sursalaires liés à des heures supplémentaires et aux glissements de fonctions des surveillantes, surconsommations de pansements, de médicaments surtemps et de matériel médical en raison notamment d'un manque de rigueur dans l'application des protocoles, surtemps liés à des soins à refaire ou à des surcroûts de vérifications dus aux erreurs, non productions liés à des temps d'attente, non créations de potentiel induits par des patients non satisfaits, risques liés notamment à la non-qualité des soins. Nous avons pu calculer ces coûts cachés dans au moins cinq services de soins et avons observé que ces coûts représentaient toujours plus de l'équivalent de 6000 \$ par personne et par an, c'est-à-dire plus de la moitié des salaires avec charges des infirmières ou aides-soignantes.

2) Hypothèses explicatives

Les entretiens réalisés (et restitués par effet-miroir) avec le personnel infirmier et avec l'encadrement infirmier, ainsi qu'avec la direction des hôpitaux ont abouti à trois types de lacunes de compétences managériales à l'origine du manque de performance des services de soins et des hôpitaux :

- un manque de rigueur dans les méthodes de travail en équipe : mauvaise gestion des priorités stratégiques et manque d'explicitation du lien entre la stratégie de l'hôpital et les progrès à faire au niveau de chaque service de soins, mauvaise anticipation des actions de développement et de progrès, manque de moyens de négociation des progrès de comportements à accomplir au niveau du personnel infirmier, manque de pilotage et de calcul des impacts économiques des indicateurs relatifs aux actions de progrès et de développement, centrage de la gestion du temps sur le court terme et les urgences quotidiennes, manque d'accompagnement et de pilotage de la progression des compétences des infirmières et aides-soignants.

- Un manque de compétences pour gérer les projets de services de soins dans la perspective d'une stratégie ambitieuse des hôpitaux pour faire face à une concurrence de plus en plus forte et à un environnement réglementaire contraignant : manque de savoir-faire pour détecter les ressources cachées endogènes et manque de discernement sur les

causes profondes des dysfonctionnements, manque de méthode commune de résolution de problèmes pour élaborer des solutions d'amélioration au sein du service de soins aussi bien qu'entre le service de soins et les services environnants, manque de synchronisation, de pilotage et d'évaluation des actions de développement et de progrès.

-Un manque de compétences de leadership, pour négocier la compatibilité entre la stratégie et la personnalité de chaque membre du personnel et la stratégie du service de soins, en lien avec la stratégie de l'hôpital. Il en résulte notamment un manque de justice et d'équité dans l'évaluation du personnel et le développement des carrières.

3) Hypothèses prescriptives

Les hypothèses prescriptives visent à proposer des solutions à la racine des problèmes et des dysfonctionnements compétences managériales. Dans le cas de notre expérimentation, nous avons formulé l'hypothèse qu'une intervention socio-économique constituait une action de formation intégrée aux compétences managériales de l'encadrement infirmier. Cette formation intégrée permet de faire progresser les compétences dans trois domaines :

-Les outils de management : plans d'actions stratégiques internes et externes, plans d'actions prioritaires, contrats d'activité périodiquement négociables, tableaux de bord de pilotage du service de soins, gestion du temps, et grilles de compétences.

-La conduite de projets socio-économiques : diagnostic des dysfonctionnements et des coûts cachés, élaboration d'un projet en équipe, planification et pilotage du projet, et évaluation des projets au travers des balances économiques.

-Le développement de la dimension politique et stratégique du leadership : exemplarité, équité et justice dans la gestion du personnel, négociation de la compatibilité des valeurs et des objectifs de chacun en cohérence avec le projet du service et la stratégie de l'hôpital.

4) relativité de la validation des hypothèses

Les données recueillies tendent à confirmer les hypothèses formulées, même si nous sommes consciente des limites de ce travail, réalisé de façon approfondie sur une partie des services de soins de trois hôpitaux, dans le contexte bien particulier du Liban. Nous avons cependant acquis les convictions suivantes, qui peuvent constituer des hypothèses pour des recherches futures :

-L'intervention socio-économique est une méthode de formation intégrée efficace des cadres infirmiers, et complémentaire des séminaires de formation traditionnels qui existent dans les universités et sur le marché de la formation. Toutefois, notre recherche ne nous a pas permis d'approfondir cette problématique.

-La formation intégrée de l'encadrement infirmier est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour obtenir une performance économique durable de l'hôpital. La démonstration des autres conditions, en particulier en ce qui concerne le rôle des équipes de direction, devrait faire l'objet d'un nouveau travail de recherche.

-Bien qu'incomplète, la liste des compétences managériales des cadres infirmiers sur lesquelles nous nous sommes centrée dans la deuxième partie, est en cohérence avec les diverses théories des compétences managériales présentée en première partie. Toutefois, nous pensons que l'apport de notre recherche est d'avoir montré comment intégrer ces compétences managériales dans un système cohérent grâce au dispositif de formation intégrée de l'intervention socio-économique, et non de façon dissociée et analytique, comme nous l'avons souvent vu pratiquer en tant que DRH d'un hôpital au Liban.

Ainsi, les impacts de notre recherche peuvent contribuer à plusieurs implications managériales :

-Notre propre formation en tant que DRH d'hôpital, en donnant à notre fonction une dimension nouvelle de gestion de la formation.

-Un impact pour les hôpitaux concernés au Liban, dont les résultats et les notes d'accréditation figurent maintenant parmi les plus remarquables parmi la centaine d'hôpitaux privés libanais.

-La diffusion du modèle auprès des autres hôpitaux au Liban et au Moyen-Orient, pays qui ont besoin d'hôpitaux peu coûteux pour assurer le bien-être des populations les plus pauvres.

La recherche nous a permis de répondre aux diverses questions déjà posées dans la problématique centrale de la thèse. Les solutions apportées à notre problématique ont été testées et prouvées par l'intervention socio-économique menée au sein des trois hôpitaux qui constituent notre terrain d'expérimentation. Le fait d'appliquer les outils socio-économiques dans trois hôpitaux bien repartis sur le territoire libanais et compte tenu des résultats positifs en tenant compte des aspects qualitatifs, quantitatifs et financiers constatés sur les trois hôpitaux montre que malgré les spécificités de chaque hôpital, la démarche appliquée pour le développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier afin d'améliorer les performances économiques et sociales des hôpitaux est valable quel que soient l'environnement et la situation.

Quelle est la démarche et quels sont les outils que doivent appliquer les dirigeants d'hôpitaux en vue d'améliorer les compétences managériales dans le but d'améliorer les performances économiques et sociales de leurs établissements en même temps sans toutefois affecter l'une au dépend de l'autre. En effet plusieurs méthodes et plusieurs théories déjà adaptées par les chefs d'organisation mènent au développement économique au détriment du développement social ou inversement. Pour cela notre objectif était de bien démontrer qu'il existe une méthode qui peut concilier les deux objectifs : amélioration de la performance économique et amélioration de la performance sociale.

Le système de santé et système de soins sont indissociables, même s'ils sont de nature différente et que le premier est un ensemble de déterminants et le second un ensemble d'activités. Si le système de santé est considéré comme l'ensemble des déterminants de la santé, le système de soins est défini comme l'ensemble des activités médicale et des

activités annexe fournies au patient en diagnostiquant et/ou en traitant sa maladie que ça soit sur le plan médical ou sur le plan hôtelier. Donc le système de soins constitue une partie intégrante du système de santé d'un pays. Par conséquent pour qu'un système de santé soit performant, il faut que le système de soins le soit aussi. Pour l'être le système de soins dirigé par les professionnels de santé doit comporter les compétences requises à cet effet, d'où la nécessité d'une méthode de management qui permet aux dirigeants et aux cadres des systèmes de soins de développer d'une façon continue leurs compétences au niveau du management des entités de soins. Compte tenu des divers défis et changements qui touchent au secteur, les responsables ne peuvent plus s'en passer d'une méthode rationnelle qui leur permet de bien s'adapter à tout moment, ou plutôt anticiper, les changements perpétuels qui distinguent le secteur hospitalier.

Le but principal est de pouvoir gérer d'une façon efficiente. Il incombe aux divers acteurs quelque soient leurs niveaux hiérarchiques ou leurs catégories d'utiliser d'une façon effective et efficiente les ressources mises à leur disposition.

Les établissements hospitaliers sont considérés comme uniques, car leur processus de production est très spécifique, complexe et original. Ce qui les distingue des autres industries se résume par ce qui suit¹ :

- Pouvoir définir et mesurer l'output est très difficile
- Le travail est très variable et complexe
- Une très grande partie du travail est effectué en urgence et elle est de nature immédiate et non ajournable
- Le travail ne pas tolérer même un minimum d'ambiguïté et l'erreur n'est pas permise et coute beaucoup
- Les activités et les taches effectuées sont très interdépendantes et demandent un niveau très élevé de coordination à travers des groupes de professions différentes et variées

¹ Shortell S., Kaluzni A., Healthcare management, Organization Design and Behavior, 5th edition, 2006.

- Le travail effectué requiert un niveau très élevé de spécialisations
- La majorité des professionnels et des praticiens ont leur loyauté envers leur profession beaucoup plus forte qu'envers l'organisation
- Un contrôle faible existe de la part des gestionnaires sur les groupes considérés comme les plus responsables de génération du travail et des coûts : les médecins
- Deux lignes hiérarchiques existent dans les hôpitaux, ce qui crée parfois une confusion et des problèmes de coordination surtout pour le corps infirmiers qui doit en même temps parfois subir les ordres des médecins et de la direction de l'hôpital.

D'autre part pour qu'un hôpital conserve sa place sur la carte sanitaire les soins fournis doivent répondre aux caractéristiques de base suivantes :

- La sécurité du patient : les patients doivent être traités dans un environnement qui les protège des risques, des incidents et des accidents
- Un traitement effective : Le patient doit bénéficier de l'avancement des sciences médicales et biomédicales et ne doit pas subir aucun abus
- Soins centrés sur le patient : On doit se soucier du patient et non seulement de sa maladie en respectant ses habitudes, ses préférences, son intimité et ses besoins personnels et individualisés
- Soins effectués à temps : Les délais d'attente ainsi que la durée de l'achèvement des soins fournis doivent être rendus au minimum possible. Les temps exagérés et qui pourront nuire ou aggraver l'état du patient doivent être éliminés
- Soins efficient : Les soins doivent être fournis au patient en engendrant le résultat désiré et en consommant le moins possible des ressources
- Soins équitable : Les soins fournis ne doivent pas varier d'une personne à l'autre et surtout à cause de l'ethnicité, de la race, de la situation financière du patient, etc.

Tout cela doit être appliqué par l'établissement hospitalier, mais comment l'appliquer en présence de la multitude des défis et des forces externes politiques, économiques et

sociales que rencontrent les dirigeants et l'encadrement d'hôpitaux et qui ont des implications managériales majeures comme :

- L'avancement de la technologie médicale et biomédicale
- La population de plus en plus âgée à laquelle s'associe la présence des maladies chroniques
- L'augmentation des différences culturelles et ethniques de la population
- Le changement au niveau de l'éducation des professionnels de santé
- La morbidité sociale
- L'avancement de la technologie de l'information
- La globalisation et l'expansion de l'économie internationale
- La demande de plus en plus croissante des patients
- Les stratégies de minimisation des coûts de la part des compagnies d'assurance de santé
- Les tensions interprofessionnelles
- L'application des standards d'accréditation et de certification

Toutes ces pressions qui ont des répercussions sur les processus de production des services de soins et d'hospitalisation, contribuent sans doute au changement et à la transformation des systèmes de soins et par conséquent des établissements hospitaliers.

- Les hôpitaux maintenant doivent concentrer leurs efforts sur la continuité des soins et non sur le traitement aigu du patient
- Les hôpitaux doivent se concentrer sur la promotion du bien-être et non sur le traitement des maladies seulement
- Les hôpitaux doivent être responsables du bien-être de la population et non d'un nombre précis de patients

- Les hôpitaux doivent se concentrer sur le savoir-faire et sur les compétences requises et non seulement sur les actifs tangibles donc ils doivent développer leurs ressources immatérielles et non seulement leurs ressources matérielles
- La différenciation est basée sur la valeur ajoutée et l'habilité
- Le succès c'est de pouvoir guérir et maintenir le bien-être et non pas de remplir les lits d'hospitalisation
- Les plans stratégiques doivent être consolidés entre tous les acteurs horizontaux et verticaux et non sur une base séparée : Administration, soins, médecin, etc.
- L'information doit être un outil pour le développement et la recherche et non seulement pour être enregistrée

Les facteurs précités incitent les managers et les surveillantes des unités de soins à améliorer leurs compétences et celles de leurs collaborateurs. Autrement les dysfonctionnements augmentent engendrant des couts-cachés élevés et mènent les organisations sanitaires au suicide.

Dans la première partie de la thèse, nous avons retracé les particularités du système hospitaliers libanais et ses modes de fonctionnement. Nous avons élaboré aussi la nécessité de la notion de compétences telle que citée dans les diverses théories de gestion à travers le temps et nous avons montré la pertinence de la théorie socio-économique comme support au développement des compétences managériales appliqué aux établissements hospitaliers.

L'étape suivante de notre raisonnement était d'approfondir l'application du management socio-économique à travers la mise en place d'un diagnostic HORIVERT au sein des trois hôpitaux qui constituent notre terrain de recherche. A la suite du diagnostic, nous avons procéder au calcul des couts-cachés résultants des divers dysfonctionnements soulevés et nous avons à la suite décrit la méthodologie de la mise en place du projet socio-économique au sein des trois hôpitaux.

Enfin une étude comparative des résultats qualitatifs, quantitatifs et financiers montrant l'évaluation positive de la performance économique et sociale des trois hôpitaux suite à la mise en place du projet socio-économique et à l'utilisation des divers outils du management socio-économique qui sont des outils du développement des compétences managériales des acteurs internes a été établie et présentée.

Les limites et les perspectives de la recherche

L'objectif d'un travail de recherche tel que celui-ci constitue, pour un doctorant qui souhaite se consacrer à la recherche, un propos d'étape important et approfondi, mais aussi, à certains égards, un point de départ pour de nouvelles recherches. Dans cette perspective, il paraît important de souligner que notre thèse peut d'ores et déjà être approfondie.

Le développement des compétences managériales de l'encadrement infirmier et l'amélioration des performances économiques et sociales sont des soucis majeurs pour les dirigeants et les soignants au sein des hôpitaux. Notre recherche, centrée sur l'utilisation des outils du management socio-économique pour l'amélioration des pratiques de gestion au regard de « l'exigence - qualité » de la prestation hospitalière, a mis en évidence certaines pratiques existantes. L'analyse des dysfonctionnements et des points à améliorer a permis d'établir un certain nombre de recommandations, notamment d'ordre managérial. Ces recommandations s'inscrivent bien dans la logique de développement des compétences managériales du corps soignant tel que requises pour améliorer la performance des établissements hospitaliers et assurer leur survie et progrès.

Nous avons travaillé sur un sujet que nous considérons riche et large. Cela nous a obligé à faire une sélection dans l'étude des concepts étudiés, faute de moyens humains et temporels nécessaires afin d'en exploiter tous les contours.

Dans le cadre de notre travail, des thèmes bibliographiques importants mais parfois peu périphériques étaient consultés.

Nos résultats sont issus de travaux dans un nombre intéressant mais limité d'hôpitaux qui nécessitent de nouvelles investigations afin de confronter les résultats obtenus à d'autres expérimentations. Nous n'avons pas encore le recul suffisant pour constater les effets à long terme de nos travaux ; nous avons des pistes de solutions et des réponses à nos questions, mais il ne s'agit pas de certitudes surtout avec la culture qui régit le système hospitalier libanais actuellement. En perspective, nous pensons qu'il serait aussi intéressant de voir si nos recherches et l'application de nos méthodes et outils peuvent s'étendre à d'autres hôpitaux.

Nous avons été « victimes » du : « manque d'information », du manque de fiabilité des données et de l'absence de statistiques récentes sur le secteur hospitalier, ce qui nous a retardé parfois.

Ces limites ne sont pas les seules, mais elles nous permettent d'envisager la poursuite et le perfectionnement de nos recherches.

Références et Bibliographies

ACCART J.P., PASTY N., Les métiers de l'hôpital, Berger-Levrault, 1995.

Acker F, « Les infirmières : une profession en crise ? », De Kervasdoué J. (dir), La crise des professions de santé, p281-306, Paris, Dunod, 2003.

Adam P, Peretti J.M., et al., Tous talentueux : Développer les talents et les potentiels dans l'entreprise, Eyrolles, 2008.

Ammar w., Health system and reform in Lebanon, Entreprise universitaire d'étude et de publication, 2003.

Arndt M., Bigelow B., The implementation of total quality management in hospitals : how good is the fit ? Health Care Management Review, 20 (4), p. 7-14, 1995.

Argyris C., Savoir pour agir. Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel, Paris, Interéditions, 1995.

Argyris C., Schon D., Organizational learning II, Theory, Method, and Practice, Addison-wesley publishing, 1996.

Argyris C., Schon D., Organizational learning :A theory of action perspective, Addison Wesley, 1978.

Avenier M.J., le pilotage stratégique de l'entreprise, CNRS, 1999.

Baret C., Vinot D., Dumas F., La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : Une proposition de modèle de recherche, XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Bartoli A. le management dans les organisations publiques, Dunod 1997.

Baujard C., Carbonnel A., et Al., Les compétences managériales : enjeux et réalités, L'Harmattan, 2007.

Bayad M., Alis D., Grh une Approche Internationale, 3ieme édition, De Boeck, 2011.

Bernier C., La polyvalence des emplois, nouvelle tendance de l'organisation du travail, Bulletin de l'IRAT n°22, Montréal, 1982.

Boltanski L., Les cadres. La formation d'un groupe social, Paris, Editions de Minuit, 1982.

Bolton S.C., « A simple matter of control ? NHS hospital nurses and new management », *Journal of Management Studies*, vol. 41, n°2, p. 317-333, 2004.

Bonnet M. Savall H., Zardet V., Lien entre GRH et contrôle de gestion dans le domaine de la santé au travail, exemple d'une recherche-intervention centrée sur la prévention des troubles musculo-squelettique, XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au coeur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Bonnet M., Liaison entre organisation du travail et performance socio-économique, Thèse pour le Doctorat d'Etat en sciences de gestion, Univ. Lyon 2, 1987.

Boudon, R., *L'idéologie*, Fayard, 1991

Boulaire M., Retour D., « Gestion des compétences, stratégie et performance de l'entreprise : quel est le rôle de la fonction RH ? », 17ème Congrès de l'AGRH, Reims, 2006.

Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.

Bouvier A., *Management et projet*, Paris Hachette, 1994.

Boye M., Ropert G., *Gérer les compétences dans les services publics*, Les Editions d'Organisation, 1994, 233p.

Boyer L., Scouarnec A., (2009), *La prospective des métiers*, Editions EMS, 368 p.

Bradford, D., Burke, W, *Reinventing Organization Development*, San Francisco, Pfeiffer, 2005.

Buraud C. et Amouretti M., *Evaluer les activités hospitalières: une impérieuse nécessité*, 1989.

Burellier F., L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des «professionnels-managers », XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Burellier F., L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaires des «professionnels-managers », actes du Congrès de l'AGRH, 2008.

Canaoui P., Mauranges A., *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses*, Eds Masson. Paris, 2004.

Cannon T., Winterton J., Winterton R., *Developing Managerial Competence*, Routledge, 1999.

Carlier P., Denis J-L., Lamothe L (2005), « Le rôle de dirigeant dans le pilotage de restructuration hospitalière », Contandiopoulos D., Contandiopoulos A-P., Denis J-L., Valette A. *L'hôpital en restructuration, regards croisés sur la France et le Québec*, p 107-117, Les Presses de l'Université de Montréal.

- Child J., *Organization Contemporary Principles and Practice*, Blackwell Publishing, 2005.
- Choufani N., *Loi de la caisse nationale de la sécurité sociale avec les loi du travail*, librairie du Liban, 3^{ème} édition, 2005.
- Clavranne J. P., *Crises et tension au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner la change ?*, *Les tribunes de la santé*, 2013/1, N. 38.
- Clavranne J. P., *L'hôpital en chantier : Du ménagement au management*, *Revue française de gestion*, 2003/5, N. 146.
- Clavranne J.P., Lardy C., *La santé demain*, Economica 1999.
- Clavranne J.P., Pascal C., *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Medica Edition, 2004.
- Clément J.M., *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème république*, *Les Etudes Hospitalières*, 2010.
- Colle R., Moisson V., *L'impact du stress professionnel et du déséquilibre Effort/Récompense sur l'intention de départ des infirmiers*, XVIIe Congrès de l'AGRH – *Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School*, 16 et 17 novembre 2006, Reims.
- Collectif d'auteurs " *Infirmier-Infirmière à l'hôpital public : droits et devoirs* ". *Les guides de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*, éd. Doin, Paris, 1994, 41 pages, p. 5, Préambule Marinette Olivier. complexe, Economica, Paris, 2004.
- Corn G., *L'économie libanaise: risques et perspectives*. Article publié dans *Accomex*, magazine bimestriel de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, numéro du mois de septembre, 2009.
- Cremadez M., en collaboration avec François GRATEAU, *Le Management Stratégique Hospitalier*, Intéréditions, 1992, 319 pages, page 40.
- Crozier M. Friedberg E., *L'acteur et le système*, Editions Seuil, 1992.
- Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977.
- Crozier M., *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, 1963
- Dadoy M., *Les analyses du travail, enjeux et formes*, *Collection des études*. N° 54. Mars 1990, p.131, 240p.
- De Bovis C., Baret C., Yentile-Yalenios, J., *Les hôpitaux sont-ils des « organisations à haute fiabilité » ? Apports du concept de « HRO » à la GRH des personnels soignants*, XVIIe Congrès

de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

De Singly C., Rapport de la mission “cadres hospitaliers”, Ministère de la Santé, Paris, 2009.

De Tersac G., Autonomie dans le travail, PUF, 1992.

Dekler, M., Healing emotional trauma in organizations: An O.D. Framework and case stud., *Organizational Development Journal*, Vol. 25, pp. 49-56, 2007.

Desreumaux A., Théorie des organisations. Caen, Ed. Management société, 1998.

Diez R., Sarton L., Transférer les compétences, comment éviter les pertes de compétences stratégiques, Eyrolles, 2012.

Drevet G., Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques, Thèse de doctorat, Université Lumière, Lyon2, sous la direction de V. ZARDET, 1999.

Drevet G., La contribution du management socio-économique dans l'assiduité en formation : la grille de compétences, outil d'adéquation formation emploi pour une meilleure identification des besoins en formation, 1995, 133 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2.

Drevet G., La formation, outil de gestion des ressources humaines et l'implication des cadres, Mémoire DEA, Gestion socio-économique Université Lumière, Lyon 2, 1996, 96 pages.

Drevet G., Floret M.C., Une démarche d'ingénierie de formation aux HCL : deux outils de management de la formation au service des cadres, Cahier de gestions hospitalières n° 152, in *Gestions hospitalières*, Février 1999, n° 383, p 125 à 130.

Dubois B., *Le Marketing Management Hospitalier*, Ed. Berger - Levrault, 1987, 378 pages.

Dumas M., Ruiller C., Quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à « panser », XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Ennajem C., Evolution du rôle du contrôleur de gestion : contrôle de gestion décentralisé, éditions universitaires européennes, 2011.

Fasshauer, I., Les interactions entre contrôle et stratégie : redéfinition du rôle des cadres intermédiaires et du levier interactif de contrôle, Thèse de doctorat, Univ. Paris-Dauphine, 2012.

Fayol H., *Administration Industrielle et Générale*, Paris, 1916, réédité par Dunod, 1979.

Ferrary M., Pesqueux Y., *Management de la connaissance*, 2ième édition, Economica, 2011.

Floret M.C., Quelle place pour les outils de management socio-économiques dans le système formation : le transfert des acquis, le professionnalisme des acteurs, 1995, 130 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2.

Fluck C., Bâtir un référentiel de Compétences, conjuguer faire simple à tous les temps, Performance globale, n° 1, juillet 1995, p 16 à 20.

Fongang S., Le développement humain :problematique et fondement d'une politique économique, Gestion des transformation sociales, document de discussion numero 20, Unesco, 2003.

Franchisteguy I., Gérer le changement organisationnel à l'hôpital. Des diagnostics vers un modèle intégrateur, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin, Lyon 3, 2001.

F. Datry, D. Zakkour et al. sous la direction de H. Savall et V. Zardet (2013) « Audit des PAP dans les hôpitaux ». Rapport ISEOR.

F. Datry, D. Zakkour et al. sous la direction de H. Savall et V. Zardet (2013) « Audit des CAPN dans les hôpitaux ». Rapport ISEOR.

Freidson E., La profession médicale, Paris, Payot, 1984.

G. Le BOTERF - « De la Compétence - Essai sur un attracteur étrange » - Les Editions d'organisation - 1994 - 176 pages, p 33.

Gephart R., Qualitative research, AOM journal, volume 47, 2004.

Gonnet F., Lucas S., L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail, Editions Lamarre, 2002.

Goter F., Quels lien entre évaluation et décision de sanctions-récompenses ? Principe de responsabilisation des agents et décision de sanctions-récompenses,XVIIe Congrès de l'AGRH- Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Grosjean M., Lacoste M., Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital, PUF, Le Travail Humain, Paris, 1999.

Gruere JP, Aubert N, Jabes J, Laroche H, Michel S : Management : aspects humains et organisationnels, PUF, 1991, 655 pages, p. 11 à 42.

Gruere JP., Introduction " de " Management : aspects humains et organisationnels, p. 26 et 27, Hadji C., L'évaluation des actions éducatives, Presses universitaires de France, 1992.

Hart J., Mucchielli A., Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc, Lamarre, 1994.

Hart J. et Lucas S., Gestion des ressources humaines, Management Hospitalier, LAMARRE 2002, 180p.

Herzberg F : Le travail humain et la nature de l'homme, Paris, 1966.

Huber G.P., organizational Learning: an examination of the contributing process and a review of the literature, Carnegie-Mellon University, 1989.

Human and Health magazine, Syndicate of private hospitals in Lebanon, Issue N.23, April 2013.

Human and Health magazine, Syndicate of private hospitals in Lebanon, Issue N.22, January 2013.

Human and Health, syndicate of private hospitals in Lebanon, Syndicate of private hospitals in Lebanon issue number 10, 2010.

Human and Health, syndicate of private hospitals in Lebanon, Syndicate of private hospitals in Lebanon issue number 2, 2008.

Human and Health, syndicate of private hospitals in Lebanon, Syndicate of private hospitals in Lebanon issue number 6, 2009.

ISEOR, l'hôpital et les réseaux de santé, en partenariat avec les hospices civils de Lyon, Préface Alain Collombet et Patrick Akfandari, Economica, 2007.

JP. GRUERE et J. JABES : « Traité des organisations », Paris, PUF, 1982, p. 25

Katz R., Skills of an effective administrator, Harvard Business Review, Vol. 33, N.1, 1955, p.33-42.

Khalife M.J., Le tourisme médicale au Liban, le commerce du levant, Decembre 2010.

Krief N., Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales de service public, cas d'expérimentation, université Lyon2, thèse de doctorat, 1999.

La loi décret 9826 du 22 juin 1962 modifiée par le décret législatif 139/83 du 16/9/1983, stipule dans l'Article 7 qu' « il est créé au sein du Ministère de la Santé un « comité d'évaluation de classification et d'accréditation des hôpitaux ».

Lafarge H., Module économies de la santé, cours de MBA, USJ, Liban (non publié).

Lainey P., Le leadership organisationnel, Chenelière éducation, 2008.

Lainey P., Le Leadership Organisationnel: de la théorie à la pratique, Chenelière Education, 2008.

Laroche H, Management : aspects humains et organisationnels, p. 468 à 470.

Lawrence PR., Lorsch JW., Adapter les structures de l'entreprise, Paris, Ed. D'Organisation, 1973.

Le Bortef G., Ingénierie et évaluation des compétences, 6ième édition, Eyrolles, 2011.

Le Boterf G., De la compétence - Essai sur un attracteur étrange, Les Editions d'Organisation. 1994. 176p.

Lefort C., Éléments d'une critique de la bureaucratie, Paris, Droz, Genève, 1971

Lepsinger R., D. Lucia Anntoinette, The art and science of competency model: Pinpointing critical success factors in organizations, Jossey-Bass, 1999.

Lorino P., L'économiste et le manager, Edition La Découverte, 1989.

Malkoun J., Total Quality management, Mémoire DEA: Gestion Kaslik, Université Saint Esprit Kaslik: Bartecard case, 2003- VII-133 p.

Marchais-Roubelat A., De la décision à l'action : essai de stratégie et de tactique, , B. Prospective, Economica, 2000.

Marchais-Roubelat A., La décision, figures, symboles et mythes, B. Prospective, Apors, 2012.

Marchais-Roubelat A., Roubelat F., Designing action based scenario, Article in Press, Elsevier, 2007, available online at: www.sciencedirect.com.

Marchais-Roubelat A., Roubelat F., Future beyond disruptions, Methodological reflection on scenario planning, Article in Press, Elsevier, available online at: www.sciencedirect.com.

Maslow AH., A theory of human motivation, Psychological Review, vol 50, 1943.

Matillon Y., Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement des chambres en psychiatrie, 1998.

Mayo E., The social problems of an industrial civilisation , London, Routledge and Kegan Paul, 1949.

Meignant A., Manager la formation, Préface Pierre Le GORREC. 2° Edition revue et augmentée. Editions Liaisons. 1993 - 336 pages, page 119.

Michel S., Motivation, satisfaction et implication " dans " Management : aspects humains et organisationnels ", p. 175.

Ministère de l'intérieur au Liban 2012.

Ministère de la Santé au Liban 2011.

Monnier E., évaluation de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan, Economica, 1987.

Moral M., Lamy F., Les outils de l'intelligence collective - La favoriser, la comprendre, la stimuler, InterEditions, 2013.

Morgan G., Riding the waves of change, Developing managerial competencies for a turbulent world, Jossey-Bass, 1988.

Morin M., L'incertitude sur les compétences managériales et l'usage des conventions dans l'embauche : Une approche conventionnaliste des processus de décision, Management prospective, Management & avenir, N. 33, pp. 404-424, 2010/3.

Mucchielli A., Les sciences de l'information et de la communication, Hachette Education, 2006.

Mumford M., Zaccaro S., Harding F., et al., Leadership skills for a changing world: solving complex social problems, Leadership Quarterly, Vol. 11, N.1, 2000, p.23.

Naschberger C., « La reconnaissance des compétences au travail à travers un outil de gestion – une étude en milieu hospitalier », XVIIème congrès de l'AGRH, Rouen, 2006.

Naschberger C., La reconnaissance des compétences au travail, à travers un outil de gestion. Une étude en milieu hospitalier, XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Néré J.J., Démarche compétences et pratiques managériales, Préface de G. le Bortef, Demos, 2005.

Newton M., Organizational Development: Values, Process, and Technology, New York, McGraw-Hill, 1972.

Nizet J., Pichault F., A la recherche de l'interface entre la GRH et la coordination du travail Une étude de cas en milieu hospitalier, XVIIe Congrès de l'AGRH – Le travail au cœur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims.

Nobre T., Désapprendre ce qui n'a pas été appris, le paradoxe de la conduite de changement à l'hôpital, Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels 2013/47 (Vol. XIX)

Nobre T., Bollinger G., Comment transformer les paradoxes en leviers de changement? Le cas d'une organisation de service public évoluant vers le secteur marchand, acte du congrès AGRH, 2011.

Nobre T., La prise en compte des différences ethnoculturelles des patients à l'hôpital : une étude exploratoire en contexte français, *Humanisme et Entreprise* 2011/5 (n° 305).

Nobre T., Lambert P., Le management de pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis, Dunod, 2012.

Nobre T., Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier, *Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle*, *Revue française de gestion* 2011/2 (n° 211).

Nobre T., Management hospitalier : Du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif, *Comptabilité - Contrôle - Audit* 2001/2 (Tome 7).

Northouse P.G., *Leadership: Theory and Practice*, 4ième édition, Thousand Oaks, Sage, 2007, p.39.

Ouchi W. " Théorie Z ", Paris, InterEditions, 1982, Ouchi W. " M. Un nouvel esprit d'entreprise ", Paris, InterEditions, 1985.

Peretti J.M., *Gestion des ressources humaines*, 18ième édition, VUIBERT, 2012.

Peretti J.M., Igalens J., *Audit social : Meilleures pratiques, méthodes, outils*, Eyrolles, 2008.

Peretti J.M., *Les Clés de l'équité dans l'entreprise*, Organisation, 2004.

Peretti J.M., *Ressources humaines*, 13ième édition, VUIBERT, 2011.

Peretti J.M., *Tous différents : Gérer la diversité dans l'entreprise*, Organisation, 2006.

Peretti J.M., *Tous DRH : Les Responsabilités Ressources Humaines des cadres et dirigeants*, 3ième édition, Organisation, 2006.

Peretti J.M., *Tous leaders: Faire de chaque collaborateur un authentique leader*, Eyrolles 2011.

Pesqueux Y., Bonnafous-Boucher, *Décider avec les parties prenantes : Approches d'une nouvelle théorie de la société civile*, La Découverte, 2005.

Pesqueux Y., *Le développement professionnel des cadres : Apprentissage et gestion des connaissances*, CNDP, 2012.

Pesqueux Y., *L'entreprise multiculturelle*, L'Harmattan, 2004.

Pesqueux Y., Martinet A.C., *Epistémologie des sciences de gestion*, VNEGE, VUIBERT, 2013.

Pesqueux Y., Méric J., et al., *Le contrôle de gestion : Organisation et mise en œuvre*, 3ième édition, Dunod, 2008.

Pesqueux Y., Méric J., Malleret V., Loning H., Le contrôle de gestion - 4e éd - Des outils de gestion aux pratiques organisationnelles, Management sup, Dunod, 2013.

Pesqueux Y., Organisations : Modèles et représentations, PUF, 2002.

Pesqueux Y., Qualité et management : Une analyse critique, Economica, 2008.

Pesqueux Y., Triboulois, B., La dérive organisationnelle, L'Harmattan , 2004.

-Pesqueux Y. (2011) Management de la connaissance - Knowledge Management & Apprentissage organisationnel & Société de la connaissance, Economica – 2° édition (en collaboration avec Michel Ferrary)

Pesqueux Y. (2012) Imaginaires, Savoirs, Connaissance, Editions du CNAM - Pays de Loire, 2012 (en collaboration avec Georges Bertin).

Pesqueux Y. Contrôle de gestion - Des outils de gestion aux pratiques organisationnelles, 4° édition, Paris, Dunod, 2013 (en collaboration avec Hélène Löning, Véronique Malleret, Jérôme Méric et avec la participation d'Andreu Solé)

Pesqueux Y. Epistémologie des sciences de gestion, Paris, Vuibert, collection "fnege", 2013 (en collaboration avec Alain-Charles Martinet)

Plane J.M., Management des organisations - Théories, concepts, cas, Dunod, 2003.

Plane J.M., Théorie des organisations, Dunod, 2008.

Plane J.M., Théorie et management des organisations - 3e ed., Dunod, 2012.

Plane JM, Méthode de recherche-intervention en management, l'Harmattan, 2000.

Plane JM, Recherche-intervention et innovation managériale, in management des RH, méthode de recherche en sciences humaines et sociales, ed de Boek, sous la direction de P. Roussel et F. Wacheux, 2006.

Pontier M., « Les démarches d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier » Actes du congrès de l'AGRH, p. 975-985, 1998.

Procédure nationale d'accréditation des établissements de sante libanais, Ministère de la sante publique au Liban, Haute autorité de la sante France, version de Janvier 2010.

RA. Thiétart et Coll., Méthode de recherche en management, 1999.

Reason and Bradbury, handbook of action research, SAGE, 2006.

Recueil National des statistiques sanitaires au Liban, USJ, OMS, MPH, Edition 2012.

Richard B., Organization development: strategies and models, Addison-Wesley, p. 114, 1969.

Sanchez R., Martens R., Heene A., Competence Perspectives on Learning and Dynamic Capabilities, JAI press, 2008.

Savall H., Enrichir le travail humain: L'évaluation économique, Dunod, 1975, (traduit en anglais et en espagnol).

Savall H., Enrichir le travail humain : l'évaluation économique, Economica, 1989.

Savall H., Propos d'étape sur la régulation socio-économique de l'entreprise par la recherche de la comptabilité de l'efficacité économique et du développement humain, 1987. Communication au congrès du collège de France sur la régulation dans le mouvement des sciences.

Savall H., « propos d'étape sur la régulation socio-économique dans l'entreprise par la recherche de compatibilité entre l'efficacité économique et le développement humain », 1978 pp. 561-593.

Savall H., "le rôle des cadres dans la mise en œuvre de la stratégie de l'entreprise", les cahiers de recherche de l'ISEOR N.5, 1983, article publié dans la revue enseignement et gestion numéro special, FNEGE, 1983

Savall H. et Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés. Le contrat d'activité périodiquement négociable, Economica 1987.

Savall H. et Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, 4^{ème} édition, Economica 2003.

Savall H. Zardet V., Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique : observe l'objet complexe, préface de David Boje, Economica, 2004.

.

Savall H., Zardet V., "observer l'objet complexe: Approche qualimétrique, Economica 2004, Traduit en anglais.

Savall H., Zardet V., Bonnet M., Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique. BIT 2000.

Savall H., Zardet V., le nouveau contrôle de gestion, Editions comptables Malesherbes, 1992.

Savall H., Zardet V., Maîtriser les coûts et les performances cachés, le contrat d'activité périodiquement négociable. Prix Harvard l'Expansion de Management Stratégique, Préfaces de Marc-André Lanselle et de Jean-Marie Doublet, Economica 1987, édition augmentée de 1989, 3^{ème} édition 1995, 4^{ème} édition 2001.

Savall H., Zardet V., Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique – observer l'objet Laredo P. et Vinck D., Evaluer: médiation et préparation des actions futures, 1991.

Savall H., Zardet V., Recherche en sciences de gestion: approche qualimétrique, Observer l'objet complexe, Economica 2004, p. 337, 432p.

Savall H., Enrichir le travail humain : l'évaluation économique, Préface de Jacques DELORS. Nouvelle Edition. Economica 1989. 275 pages, pages 134 & 135.

Savall H. ,Zardet V., « la dimension cognitive de la recherché-intervention: la production de connaissances par interactivité cognitive », 1996, p.158.

Schroder, H., Managerial competence, Kendall Hunt, 1989.

Scott WR. "Organizations: rational, natural and open systems ".Englewood Cliffs, Prentice Hall, International Editions, 1981.

Senge P., La cinquième discipline, First, 1991.

Shortell S., Kaluzni A., Healthcare management, Organization Design and Behavior, 5th edition, 2006.

Simon H et March JG : " Les organisations ". Paris, Dunod, 1964.

Summers, Donna C.S. Quality management: creating and sustaining organizational effectiveness: Pearson Prentice Hall, 2005- XH-409 p.

Syndicat des hôpitaux privés au Liban 2012.

Syndicat des hôpitaux privés au Liban, assemblée générale de Mai 2011.

Tate W., Developing Managerial Competence: A Critical Guide to Methods and Materials, Gower, 1995.

Taylor F., La direction scientifique des entreprises, Paris, Dunod, 1975.

Thévenet M., « Tous professionnels ! », Revue Française de Gestion, vol 32, 168/169, p.15-3, 2006.

Thierry D., Sauret C., La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences, Editions le Harmattan, 1993, 268 pages.

Thompson D., Mitchell L., *Developing Managerial Competences: Management Learning Contract Approach*, Prentice Hall, 1990.

Thouverez C., *contribution du management socio-économique dans l'amélioration des prestations et du fonctionnement des services hospitaliers*, 1996.

Valette A. et Karaki H. (2005) « Dynamique professionnelle et projets économiques déchargement : questionnements autour d'un cas de restructuration hospitalière française », in *Actes du congrès de l'AGRH*.

Vanos C., Herssens J., *la qualité totale et les PME-Pourquoi ? Comment ?* Gestion 2000, n.6 Décembre 1989.

Weber M., *Economie et société*. Paris, 1922, réédité, Plon, 1971.

Weisbord M. , *Productive Workplace: Organizing and managing for dignity, meaning and community*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1987.

Wolf J., Hanson H., Moir M., *Organization development in health care*, Information age publishing, 2011.

Y. Evrard, B. Pras, E. Roux *Market. Etudes et recherches en marketing*. Nathan, 1993.

Zürcher K., *Problématique éthique soulevée par la démarche d'évaluation de la qualité des pratiques hospitalières*, mémoire DEA, 2000.

Lexique

Accréditation

Une procédure d'évaluation par un agent externe basée sur des standards et des référentiels préétablis permettant d'obtenir une appréciation sur la qualité du fonctionnement des établissements.

Acteur

Toute personne en interrelation avec l'entreprise

Acteur interne

Toute personne au sein de l'organisation et participant à son activité.

Avis d'expert

Jugement porté par l'intervenant suite à l'analyse de la situation diagnostiquée.

Communication

Moyen d'échange d'information entre deux ou plusieurs individus.

Compétence

Ensemble de savoirs liés à l'expérience et à l'apprentissage permettant à l'individu de bien agir face à une situation quelconque.

Compétence Managériale

Ensemble de savoirs inhérents à l'individu lui permettant de bien agir au sein du groupe en utilisant les outils du management requis et de mieux décider dans le but de réaliser les objectifs stratégiques de l'organisation.

Contingence générique

Cadre épistémologique admettant l'existence des spécificités dans le fonctionnement des organisations mais également d'invariants présentant une certaine stabilité et universalité.

Coordination

Processus de synchronisation entre acteurs afin de réaliser les objectifs de l'organisation.

Coûts cachés

Le modèle de l'analyse socio-économique définit les coûts performances cachées comme ceux qui ne sont pas repérés dans les systèmes d'informations que possède l'entreprise. Ils sont définis par opposition aux coûts visibles qui ont une dénomination consacrée, une mesure et un système de surveillance. Les coûts cachés sont la traduction monétaire des activités de régulation des dysfonctionnements.

Création de potentiel

Elle concerne des actions qui auront des effets positifs différés sur les résultats immédiats des exercices suivants. Elle se compose d'investissements matériels et surtout d'investissements immatériels (H. Savall, V. Zardet, 1995).

Diagnostic socio-économique

Diagnostic des dysfonctionnements d'une organisation issus de l'interaction entre les structures et les comportements humains. Il peut être horizontal et concerne alors le fonctionnement général de l'organisation et est réalisé auprès de l'équipe de direction. Il peut être vertical et concerne alors les dysfonctionnements approfondis d'un service, d'une unité ou d'un département et est accompagné d'une évaluation des coûts cachés.

Dysfonctionnements

Produits des interactions entre les structures d'une organisation et les comportements des acteurs, les dysfonctionnements sont définis comme des écarts entre le fonctionnement observé de l'organisation et le fonctionnement souhaité.

Effet-miroir

Première partie du résultat final d'un diagnostic dysfonctionnel. Il regroupe un ensemble de résultats présenté à l'entreprise sous forme orale pour recueillir son avis et ses observations.

Evaluation

Elle s'inscrit dans une construction de l'appréciation d'un phénomène. Elle ne s'oppose pas au contrôle. Le concept d'évaluation-contrôle vise à montrer la complémentarité des deux notions et consiste à mesurer des écarts et des résultats et évaluer un processus dans une démarche qualitative, quantitative et financière.

Evaluation socio-économique

Quatrième étape du processus d'innovation socio-économique constituant à évaluer les résultats engendrés par les actions d'amélioration sur la performance économique et sociale de l'organisation.

Intervention socio-économique

Phase limitée dans le temps qui consiste à implanter et introduire dans une organisation les concepts et outils de l'analyse socio-économique par une action simultanée sur les structures et les comportements humains. Le fonctionnement de l'organisation y est appréhendé dans sa globalité dans un souci de dégager durablement des solutions efficaces et innovantes.

Mise en œuvre stratégique

Réalisation des actions concrètes pour atteindre les objectifs stratégiques de l'organisation démultipliés à chaque niveau de responsabilité et synchronisés transversalement entre les différents partenaires.

Outil

Élément matériel, visible et palpable, qui permet à un individu d'avoir une action sur une matière ou un objet dans un but de transformation, pour obtenir une matière ou un objet différent de son état initial.

Outil de management

Outil utilisée par l'acteur hiérarchique ou non, afin de l'aider et de le guider dans son action de pilotage de l'activité ou de transformation de l'état de l'organisation, que cette transformation soit importante ou non.

Performance

Elle concerne les niveaux économique, social et organisationnel. Cette notion polysémique s'étend comme l'atteinte des objectifs fixes, comme le résultat de l'action et

comme l'ensemble des étapes logiques et élémentaires a l'action. Elle renvoie aux concepts d'efficacité, d'efficience et de qualité.

Phrase-temoin

Appellation donnée à une phrase citée telle quelle par une personne interrogée lors d'un entretien de diagnostic et transcrite telle quelle.

Pilotage stratégique

Il intègre la mise en œuvre et l'application de la stratégie décidées par les dirigeants, ainsi que l'évaluation des écarts entre résultats obtenus et objectifs fixés.

Plan stratégique

Document de formalisation de la stratégie d'une organisation à trois ou cinq ans, vis-à-vis de son environnement interne et de son environnement externe. Il est réactualisé chaque année en fonction de l'évolution des environnements.

Protocole

Énoncé des conditions dans lesquelles une expérience ou un test doit se dérouler. Les protocoles de soins font appel à des procédures écrites, mises à disposition des équipes soignantes.

Recherche-intervention

Constitue un modèle de conception et de pilotage du changement particulier, dans lequel la conception et l'implémentation des nouveautés sont gérées en simultané (A. David, 2000).

Terrain

Entreprise ou organisation faisant l'objet d'une analyse ou d'une intervention. Champ où des comportements humains sont observables par opposition à une représentation virtuelle ne s'appuyant pas sur des moyens et techniques d'observation.

Sommaire

Partie Introductive : présentation de la recherche	29
Première partie : la nécessité des compétences managériales, émergence et pertinence du changement pour les établissements hospitaliers	51
Chapitre 1 : importance des compétences managériales dans le contexte des Directions des soins infirmiers dans les hôpitaux au Liban	55
Chapitre 2 : pertinence du management socio-économique comme levier du développement des compétences managériales de l'encadrement	109
Chapitre 3 : le terrain d'expérimentation, présentation et particularités	155
Deuxième partie : pratiques et démarches de développement et d'amélioration des compétences managériales	203
Chapitre 4 : apport du diagnostic socio-économique à l'analyse des lacunes des compétences managériales de l'encadrement infirmier	207
Chapitre 5 : la formation intégrée de l'encadrement infirmier aux compétences managériales au travers de la mise en œuvre du projet et des outils socio-économiques	251
Chapitre 6 : évaluation socio-économique des impacts du développement des compétences managériales au niveau de l'encadrement infirmier	291
Conclusion générale	345

Donabelle ZAKKOUR TABCHOURY

Les compétences managériales comme levier des performances économiques et sociales: cas de l'encadrement infirmier dans les hôpitaux privés du Liban

Résumé

Notre recherche a pour but de démontrer que le développement des compétences managériales de l'équipe soignante et de l'encadrement infirmier dans les hôpitaux libanais renforce la créativité et la performance globale de l'établissement et permet une certaine différenciation.

Il s'agit, en premier lieu, de définir les compétences managériales de l'encadrement infirmier et de définir les moyens de développement de ces compétences. Nous présentons, dans cette thèse le processus de la mise en place des outils du management socio-économique à partir de l'intervention menée dans trois hôpitaux libanais. Nous analysons à la fin les résultats et les impacts de ce processus sur la performance économique et financière de ces trois hôpitaux.

Mots clés : Hôpital - Compétences managériales - Cadre infirmier - Outils socio-économiques - Evaluation - Performance économique - Performance Sociale.

Résumé en anglais

Our research is aimed at demonstrating that the development of leadership management skills for the nursing team and for the head of units in Lebanese hospitals can improve the creativity and the global performance of the organization and enables strategic differentiation.

We start by defining the managerial competencies required for the nursing team and by explaining methods of developing them. We present, in our thesis, the process of implementing socio-economic management tools conducted during our intervention in three Lebanese hospitals. Then, we analyze the results of the intervention-research process and its impacts on the managerial competencies development on the economic and social performance of the three hospitals.

Key Words : Hospital - Managerial competencies - Head of units - socio-economic tools - Evaluation - Economic performance - Social performance.

