



HAL
open science

Le rôle de “ l’ascenseur stratégique ” dans l’amélioration des processus de décision et de la performance globale à l’hôpital

Sophie Le Lédan

► To cite this version:

Sophie Le Lédan. Le rôle de “ l’ascenseur stratégique ” dans l’amélioration des processus de décision et de la performance globale à l’hôpital. Gestion et management. Université Jean Moulin - Lyon III, 2023. Français. NNT : 2023LYO30033 . tel-04626415

HAL Id: tel-04626415

<https://theses.hal.science/tel-04626415v1>

Submitted on 26 Jun 2024

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.



N° d'ordre NNT : 2023LYO30033

THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ JEAN MOULIN LYON 3

Membre de l'université de Lyon

École doctorale n° 486 - SEG, Sciences économiques et de gestion

Discipline : **Sciences de gestion**

Soutenue publiquement le 04/10/2023, par

Sophie LE LÉDAN

Le rôle de « l'ascenseur stratégique » dans l'amélioration des processus de décision et de la performance globale à l'hôpital

Laboratoire de recherche : **Centre de recherche Magellan**

Directrice de thèse : **Mme Véronique ZARDET**

Devant le jury composé de :

Mme Véronique ZARDET

Professeure des universités, université Jean Moulin Lyon 3. Directrice de thèse

M. Mathieu DETCHESSAHAR

Professeur des universités, Nantes université. Président du jury

Mme Sandra BERTÉZÈNE

Professeure, conservatoire national des arts et métiers, Paris. Rapporteure

M. Gérald NARO

Professeur des universités, université de Montpellier. Rapporteur

Mme Sophie BEAUPÈRE

Déléguée générale,

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Paris. Examinatrice

Mme Françoise GOTER

Maîtresse de conférences, université Jean Moulin Lyon 3. Examinatrice

Mme María Ángeles RASTROLLO HORRILLO

Professeure titulaire, université de Málaga (Espagne). Examinatrice

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de thèse, la professeure Véronique Zardet, qui m'a guidée et accompagnée avec patience et bienveillance. Elle m'a permis de grandement progresser, notamment dans les domaines de la recherche et des sciences de gestion, grâce à l'alliance de sa rigueur et de son pragmatisme. La confiance qu'elle m'a témoignée en acceptant de diriger ma thèse et en partageant ses connaissances et ses compétences de chercheur de terrain, m'a permis de dépasser mes doutes innombrables et de sortir de mes égarements épisodiques.

Je suis reconnaissante et honorée que les professeurs Sandra Bertézène et Gérald Naro aient accepté de me faire part de leurs observations, d'évaluer ce travail et d'en être les rapporteurs. Je les remercie, ainsi que les professeurs Mathieu Detchessahar et Maria Ángeles Ratollo Horillo d'avoir accepté de participer à mon jury de soutenance et de me faire profiter de leurs critiques pour m'aider à progresser.

Je remercie Françoise Goter de sa relecture active de mon travail et de ses conseils avisés.

Je remercie chaleureusement Sophie Beaupère, déléguée générale d'Unicancer, de m'avoir donné l'opportunité et les moyens de poursuivre ma recherche doctorale sur des terrains très riches. Sa confiance et son soutien m'ont accompagnée et aidée à mener à bien ma recherche.

Je suis très reconnaissante envers tous les acteurs des établissements de santé qui ont accepté d'échanger leurs points de vue avec moi, de donner de leur temps et de leur énergie, et d'expérimenter certains dispositifs que je leur ai proposés. Ils ont apporté une contribution essentielle à la réalisation de ce travail. Un salut tout particulier à mes collègues du Centre Anticancer qui m'encouragent, m'aident et me soutiennent depuis mon premier jour dans leur établissement.

Je remercie Henri Savall, président-fondateur et Véronique Zardet, directrice générale de l'ISEOR, de m'avoir donné de leur temps, beaucoup de connaissances et un lieu propice au travail de rédaction. Je les associe à la gratitude que m'inspirent les intervenants, doctorants et personnels de l'ISEOR, pour leur accueil, leurs conseils et nos échanges enrichissants.

Enfin, et ils ne sont pas les derniers dans mon cœur, j'exprime ma chaleureuse et profonde gratitude et toute mon affection à mon frère et son épouse, et à tous mes amis qui ont cru en moi, m'ont aidée à me construire, m'ont encouragée, rassurée et soutenue dans les périodes difficiles comme dans les moments agréables, depuis le lycée François Mauriac jusqu'à ma reconversion professionnelle et mon parcours doctoral, que je n'aurais jamais pensé entreprendre sans leur confiance.

« L'Université de Lyon n'entend donner ni approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

<i>Introduction générale</i>	9
0.1 L'émergence du sujet de recherche	9
0.2 Définition de l'objet, du champ et de la problématique de la recherche	16
0.3 Positionnement théorique, épistémologique et méthodologique	22
0.4 Fil conducteur et annonce du plan général	25
<i>PARTIE 1. Cadre théorique et méthodologique</i>	27
<i>Chapitre 1 - Le système de santé français</i>	29
1.1 La politique de santé et l'organisation du système de santé français	30
1.2 Les parties prenantes majeures	43
<i>Chapitre 2 - Deux cadres théoriques complémentaires : la Théorie socio-économique et l'Approche par les ressources</i>	61
2.1 La Théorie socio-économique	62
2.2 L'approche par les ressources et les compétences	70
2.3 Synthèse : Complémentarité, convergences et divergences des théories	74
<i>Chapitre 3 - Positionnement épistémologique et méthodologie de la recherche</i>	83
3.1 Positionnement épistémologique	83
3.2 Présentation générale des terrains de recherche et de leur complémentarité	92
3.3 Méthodologie de la recherche doctorale	103
<i>Partie 2. Une complémentarité insuffisante entre informations, décisions et mises en œuvre observées</i>	121
<i>Chapitre 4 - Une analyse organisationnelle du cas Clinique SSR</i>	123
4.1 Les principales décisions de gestion financière entre 2018 et 2021	123
4.2 Les principaux apports du diagnostic socio-économique réalisé en 2019 – 2020	158
4.3 L'analyse du système général de Communication-Coordination-Concertation	175
<i>Chapitre 5 - Analyse approfondie de quelques décisions et situations de gestion au sein de l'établissement</i>	187
5.1 La création d'un plateau de consultation	187
5.2 L'amélioration de l'outil de planification des entrées/sorties	203
5.3 La certification de l'établissement par la Haute Autorité en Santé	217
<i>PARTIE 3. L'ascenseur stratégique : concept et applications</i>	231
<i>Chapitre 6 - Proposition d'interprétation des processus et contenus des décisions</i>	233
6.1 Résultats : les types de décisions repérés	234
6.2 Les "pannes d'ascenseur" et leurs facteurs explicatifs	236
6.3 Interprétation et confrontation théorique des résultats	251

6.4	Vers une meilleure performance des processus de décision _____	271
<i>Chapitre 7 - Les implications managériales de la recherche _____</i>		<i>285</i>
7.1	Les implications au sein de l'organisation hospitalière _____	285
7.2	Les implications au niveau de la gouvernance hospitalière _____	303
7.3	Les implications au niveau des pouvoirs publics en charge de la santé _____	313
<i>Chapitre 8 - Conclusion générale _____</i>		<i>321</i>
8.1	Synthèse de la recherche _____	321
8.2	Principales contributions de la recherche _____	334
8.3	Limites et perspectives de la recherche _____	336
<i>Liste des abréviations _____</i>		<i>339</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE _____</i>		<i>341</i>
<i>Table des encadrés _____</i>		<i>355</i>
<i>Table des figures _____</i>		<i>357</i>
<i>Table des tableaux _____</i>		<i>359</i>
<i>Table des matières _____</i>		<i>363</i>
<i>ANNEXES _____</i>		<i>371</i>

Introduction générale

L'introduction de notre thèse présente l'émergence du sujet de recherche, au fil de notre parcours professionnel puis doctoral, dans le milieu hospitalier. Après l'exposé de l'objet, du champ, de la problématique et de l'hypothèse centrale de notre recherche, nous présentons notre positionnement théorique, épistémologique puis méthodologique. Enfin, est exposé le fil conducteur de notre thèse.

0.1 L'émergence du sujet de recherche

Dans cette section, nous présentons certains des paradoxes actuels auxquels sont confrontés les acteurs du système de santé. Notre parcours professionnel dans les établissements sanitaires, nous a amené à un questionnement persistant, qui nous a conduit au parcours doctoral que nous exposons.

0.1.1 Quelques paradoxes actuels du système de santé

La France s'est longtemps enorgueillie d'avoir organisé un des meilleurs systèmes de santé au monde, procurant des soins de bonne qualité avec un niveau de sécurité satisfaisant. Cependant, les certitudes se sont effritées dès les années 1980, au fur et à mesure que sont apparus des scandales sanitaires tels que celui de l'hormone de croissance, du sang contaminé ou du Médiator®. Parallèlement, des questionnements sur le coût d'un système reposant sur un déficit permanent du système d'assurance maladie sont apparus et ont conduit à des efforts d'infléchissement des dépenses de santé. Les politiques publiques ont été progressivement orientées vers l'amélioration de l'efficacité du système de santé, en s'appropriant et en tentant d'appliquer les principes du nouveau management public (Rivière *et al.*, 2019). Les réformes successives ont souligné le manque de gestion économique dans la dispensation des soins, tout en posant des règles de plus en plus précises et contraignantes pour les différentes parties prenantes. Ainsi s'est construite une double vision : celle des pouvoirs publics et des médias d'une part, qui souligne la nécessité de réformer un système trop dispendieux et celle de nombreux professionnels de santé d'autre part, pour lesquels les logiques managériales du nouveau management public s'opposent aux logiques de soin (Belorgey, 2010). La diminution des moyens s'accompagne, en effet, de contraintes opérationnelles difficiles à concilier.

L'actualité récente a braqué les projecteurs sur les capacités du système de santé à faire face aux crises sanitaires qui se succèdent. La pandémie due au Sars-Cov2, communément appelé COVID-19, a mis en lumière les tensions sur les lits de soins critiques des établissements sanitaires, elle a provoqué l'inquiétude, la mobilisation des responsables politiques et des citoyens (Libération, 13 mars 2020 ; Le Monde diplomatique, 9 septembre 2020). Les attentes du public vis-à-vis du système de santé, inconsciemment illimitées, se sont heurtées à la réalité

douloureuse de son incapacité à absorber, sans coup férir, des sollicitations décuplées pendant une période beaucoup plus longue que les épidémies habituelles. Le soulagement et le retour à la normale espérés en période post-COVID n'ont pas eu lieu. Le manque de personnels soignants et les difficultés croissantes de recrutement conduisent à la fermeture de lits et de services entiers dans les secteurs médicaux et médico-sociaux (L'Obs, 2 décembre 2021 ; Le Parisien, 10 mai 2022). Le même phénomène provoque les mêmes effets dans d'autres secteurs économiques et dans d'autres pays occidentaux, comme aux États-Unis. Cet état de fait a d'abord beaucoup étonné. Les commentateurs craignent une "grande démission" (La Tribune, 25 août 2022), mais l'analyse plus approfondie des mouvements de salariés fait apparaître une réalité plus nuancée. Dans les métiers d'aide-soignant et d'infirmier par exemple, le nombre de démissions a augmenté en raison à la fois de la dégradation des conditions de travail perçue par les soignants et de la stagnation des rémunérations pendant plusieurs années, et ce, avant même la crise sanitaire (Conseil économique, social et environnemental, 2022). À la situation démographique déjà inquiétante, sont venus s'ajouter plusieurs éléments : la détérioration des conditions de travail et de la reconnaissance pécuniaire ainsi que le manque de sens ressenti par les soignants.

Au plan local comme au plan national, les revendications des personnels soignants sont régulièrement attribuées à un corporatisme fortement ancré dans ces professions. La résistance au changement expliquerait la sous-efficacité des réformes du système de santé (de Kervasdoué, 2008). Pourtant, des recherches de terrain montrent, d'une part, que les résistances peuvent être causées par des manques de moyens et d'autre part, que les changements demandés vont à l'encontre du professionnalisme, tel qu'il est construit dans les professions du soin (Belorgey, 2010). Les tutelles justifient la diminution des budgets alloués aux établissements par des gains d'efficacité à réaliser. En conséquence, les directions d'établissements prennent des décisions visant des économies de dépenses et des augmentations de produits. Elles prennent des mesures pour améliorer l'efficacité, afin de réduire la masse salariale ou de ne pas l'augmenter lorsque l'activité croît. Elles tentent également d'augmenter les produits par le biais de la diminution de la durée moyenne de séjour et l'augmentation du volume d'activité. Certaines de ces décisions semblent aller à l'encontre de la stratégie affichée d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le même auteur a montré que la mise en place des réformes de rationalisation dans certains services d'urgences hospitalières provoquait la dégradation de la qualité des soins, y compris dans les services où les salariés étaient favorables à ces réformes. Ainsi, les objectifs d'amélioration d'efficacité, affichés pour justifier les réformes, ne sont pas atteints, dans la mesure où la qualité des soins n'est pas conservée. L'application des réformes s'accompagne de contraintes stratégiques et opérationnelles paradoxales pour les personnels des établissements sanitaires, à tous les niveaux hiérarchiques.

La volonté de rationalisation des dépenses se traduit très souvent par une modification des structures. Au plan territorial, les regroupements d'établissements visent à mettre en commun des moyens matériels et/ou humains. Ainsi à partir de 1996, sont nés les groupements de

coopération sanitaire, qui ont été refondus et rénovés en 2009 (Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire). Les organisations territoriales se complexifient en opérant des regroupements et des fusions d'établissements ou de départements appartenant à des établissements différents. Au plan local interne aux établissements, la réorganisation en pôles, la fusion de services et la constitution de fédérations ou de départements ont conduit à constituer des équipes paramédicales plus polyvalentes et constituées de plus de personnels, permettant de diminuer le nombre de managers. Ainsi, les organisations internes et externes se complexifient et deviennent plus difficiles à manager et à coordonner.

In fine, les réformes qui ont pour but de maintenir, voire d'améliorer le système de santé ont des conséquences qui paraissent aller à l'encontre des buts visés : les personnels qui font le système de santé dont le pays est fier, ne se sentent pas reconnus et ne comprennent pas que la politique sociale prenne le pas sur la politique de santé publique. La volonté de fiabilisation et de simplification du parcours de l'utilisateur s'accompagne, dans les faits, d'une complexification croissante des systèmes de soins territoriaux.

0.1.2 Notre parcours professionnel

Notre parcours professionnel, résumé dans l'encadré 1, a débuté dans les fonctions d'infirmière au sein de services de soins variés, en médecine, chirurgie et soins de suite et réadaptation, en tant que salariée d'établissements ou intérimaire. Nous avons ainsi découvert les fonctionnements spécifiques ou communs aux établissements publics et privés, à but lucratif ou non. Puis les stages du diplôme de spécialité de bloc opératoire nous ont permis de nous former dans des établissements de tous statuts, en région Aquitaine et en région parisienne.

Lors d'une parenthèse dans notre parcours hospitalier, nous avons exercé la fonction de gérante d'une entreprise familiale dans le bâtiment, pendant environ trois ans. Ce premier contact avec les fonctions de gestion d'entreprise au sens large a été l'occasion de nous familiariser avec les fonctions de management des ressources humaines et la comptabilité, mais aussi de découvrir l'environnement administratif et économique externe d'une entreprise privée.

Encadré 1. Résumé de nos expériences professionnelles et de nos formations ayant un impact sur notre vision du sujet

<p>Expériences professionnelles</p> <p>1994 – 1996 : Infirmière dans différents services de médecine et chirurgie (Aquitaine - CDD et intérim)</p> <p>1997 - 2000 : Gérante d'une entreprise de menuiseries industrielles (Aquitaine)</p> <p>2000 - 2010 : Infirmière / Infirmière de Bloc opératoire / Infirmière de sapeurs-pompiers (Aquitaine)</p> <p>2011 – 2013 : Cadre de santé : Blocs opératoires de gynécologie et d'obstétrique – Centre Hospitalo-Universitaire (Aquitaine)</p> <p>2013 – 2015 : Cadre de santé : Service de chirurgie digestive hépato-biliaire – Centre Hospitalo-Universitaire (Aquitaine)</p> <p>2015 – 2016 : Cadre de santé : Blocs opératoires de chirurgie thoracique et de chirurgie digestive – Centre Hospitalo-Universitaire (Aquitaine)</p> <p>2016 - 2017 : Cadre de santé – Missions transversales : Blocs opératoires – Attractivité et Fidélisation – Projet service de crise / Centre Hospitalo-Universitaire (Aquitaine)</p> <p>2019 : Chargée de missions auprès de la direction d'un centre de lutte contre le cancer (Auvergne – Rhône – Alpes)</p> <p>Formations</p> <p>2020 – 2023 : Doctorat en Sciences de Gestion – Université Jean Moulin – Lyon 3</p> <p>2017-2018 : Master : Recherche-intervention et gestion socio-économique – IAE Lyon – Université Jean Moulin – Lyon3</p> <p>2011 : Diplôme de cadre de santé - Institut de Formation des Cadres de Santé - Centre hospitalier Charles Perrens / Bordeaux</p> <p>2007 - 2009 : Diplôme Inter-Universitaire des Services de Santé et de Secours Médical – Université Victor Segalen - Bordeaux 2</p> <p>2006 : Diplôme d'État d'infirmier de Bloc Opératoire – Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux</p> <p>1994 : Diplôme d'État d'Infirmier – Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux</p>
--

En parallèle de notre activité d'infirmière en centre hospitalo-universitaire, notre engagement en tant qu'officier sapeur-pompier volontaire au sein du service de secours et de soutien médical a été l'occasion d'observer et de participer aux décisions lors de l'organisation et la mise en œuvre de dispositifs de secours, en situations de crises telles qu'incendies ou accidents de la circulation.

Puis, en 2011, après avoir suivi la formation de cadre de santé, nous avons occupé les fonctions de cadre de blocs opératoires dans deux projets successifs de regroupement d'activités, avec fusion des équipes paramédicales, suivi des travaux de construction et déménagement dans de nouveaux locaux. Nous avons également exercé comme manager dans un service de chirurgie digestive et, enfin, comme chargée de missions transversales auprès de la direction des soins. Ces projets se sont avérés à la fois passionnants et complexes. Ils nous ont aussi confrontée à certains enjeux et à certains atouts et faiblesses des organisations publiques.

À titre personnel, nos expériences ponctuelles en tant que patiente et nos responsabilités en tant qu'aidante naturelle pendant dix-sept années, nous ont fourni un point d'observation externe et une vision plus globale des enjeux de santé publique et du positionnement des professionnels de santé vis-à-vis des patients et du public, souvent supposés non sachants et peu capables de prendre part aux décisions qui les concernent.

Au fil de notre parcours, nous avons identifié et constaté des dysfonctionnements récurrents.

Les services en manque de personnel et en difficulté de recrutement le restent longtemps, souvent pendant plusieurs années, quels que soient le type et le statut de l'établissement sanitaire concerné. Les missions d'intérim y sont très fréquentes. Très régulièrement, les remplacements n'y sont pas organisés, la rotation des soignants sur un même poste est rendue plus difficile par l'absence d'outils et des dispositifs permettant une prise de fonction rapide et sûre. Dans ces secteurs, on note une absence ou un déficit d'encadrement de proximité paramédical et/ou médical et un sentiment, partagé par les professionnels du service et les remplaçants, d'un risque aigu pour la sécurité des soins délivrés. Sous la pression d'un manque de temps, d'organisation ou de personnel qu'ils perçoivent, les professionnels craignent de commettre des erreurs et d'être délétères pour un ou plusieurs patients. Cela en conduit certains à quitter ces services et les intérimaires à éviter d'y être affectés.

Dans tous les types d'établissements hospitaliers, quel que soit leur statut, nous avons constaté la faible marge de manœuvre laissée par chaque niveau hiérarchique aux niveaux inférieurs et la tendance très ancrée à rechercher le *statu quo*. En revanche, il existe parfois des espaces, tels que des services ou des groupes de services, où les personnels de différents niveaux et différents statuts souhaitent et parviennent à coordonner leurs objectifs et leurs actions. Les résultats tant en termes de qualité et sécurité des soins que de conditions de travail peuvent alors être très encourageants.

Les décisions stratégiques sont souvent inconnues ou incomprises des personnels de terrain, voire de l'encadrement de proximité et intermédiaire. Certaines décisions semblent d'emblée contre-productives et peuvent s'avérer, *in fine*, peu efficaces. Elles sont pourtant rarement évaluées. La culture de l'évaluation des décisions de gestion n'est pas entrée dans les habitudes des établissements hospitaliers que nous connaissons. Il apparaît donc logique de constater que le système d'informations hospitalier ne fournit pas les éléments nécessaires pour évaluer les coûts et l'efficacité réels des décisions prises.

Ces constats, mûris au fil du temps, n'ont cessé de nous questionner.

0.1.3 Un questionnement récurrent

Notre questionnement le plus fréquent porte sur ce que sont ou devraient être les compétences managériales pour assurer un fonctionnement satisfaisant pour toutes les parties intéressées aux activités hospitalières. Comment expliquer et résoudre les situations problématiques, à la fois pour les patients et les professionnels, qui perdurent malgré les informations et les alertes communiquées à la hiérarchie ? L'hypothèse la plus fréquemment posée est une insuffisance de compétences professionnelles des autres membres de la chaîne de décision. Selon notre expérience, les processus de décision à l'œuvre dans les établissements de santé semblent rarement remis en question. Pourtant, les décisions, quelle que soit leur portée, sont souvent incomplètement mises en œuvre. Par exemple, les projets de restructuration de service sont

régulièrement amendés jusqu'au dernier moment, sous la pression de certains acteurs, ce qui ne permet pas l'atteinte de certains des objectifs initiaux. Parfois, les restructurations ou les changements envisagés n'ont simplement pas lieu. En tant que manager de santé, nous avons donc cherché à comprendre comment améliorer les décisions pour qu'elles soient pertinentes et effectives. Nos missions auprès de plusieurs directions générales nous ont permis d'observer que les décisions classiquement qualifiées de tactiques et de stratégiques ne tenaient que rarement compte des dysfonctionnements opérationnels et tactiques qu'elles pouvaient générer. Les outils numériques à la disposition des soignants font l'objet d'énormément de critiques. Par exemple, dans tous les établissements publics et privés à but non lucratif dans lesquels nous avons travaillé, les chefs de service, de pôles ou de départements se plaignent de ne pouvoir avoir accès aux produits engendrés par leur activité, alors qu'ils sont informés et contrôlés sur ce que leur activité coûte. Dans les recherches faites durant la formation de cadre de santé, il nous est apparu que ces informations n'étaient, souvent, pas cachées par la direction mais qu'elles étaient impossibles à obtenir du système d'informations hospitalier en place. Aussi, se pose la question de savoir sur la base de quelles informations les décisions opérationnelles, tactiques et stratégiques d'un centre hospitalier sont prises, dans la mesure où les données économiques de production ne sont que très rarement connues.

L'impossibilité de trouver des réponses à ces questions et le souhait d'acquérir plus de connaissances nous ont incitée à suivre une formation complémentaire en sciences de gestion puis à entreprendre un parcours de recherche doctorale.

0.1.4 Notre parcours doctoral

Nous avons découvert le concept des coûts cachés et la théorie socio-économique à l'occasion de notre recherche de fin d'études pour le diplôme de cadre de santé. Les apports pour le management hospitalier nous ont alors paru très intéressants. C'est pourquoi nous avons choisi de suivre le Master recherche-intervention et gestion socio-économique à l'université de Lyon. Dans ce cadre, nous avons effectué un stage de 10 mois en alternance, dans un centre de lutte contre le cancer, que nous désignerons par son activité principale et non par son nom, comme tous les établissements dans cette thèse, pour en garantir l'anonymat, le "Centre Anticancer".

La recherche que nous y avons menée dans le cadre du Master est la première pierre de notre recherche doctorale. D'une part, notre mémoire de recherche nous a permis de cerner ce qui est devenu notre objet de recherche. La recherche-intervention menée sur un plateau technique et les autres missions confiées en parallèle, nous ont permis de confirmer que certains des constats faits jusque-là s'appliquent également à cet établissement. D'autre part, les résultats et les compétences construits lors de cette recherche nous ont guidée pour notre dispositif de recherche doctorale et pour l'analyse des données obtenues. Enfin, la méthodologie de recherche a vivement intéressé la direction de l'établissement. Les apports mutuels de la collaboration nous

ont conduit à envisager de la poursuivre, dans le cadre d'une recherche doctorale en Convention Industrielle de Formation par la Recherche en Entreprise (CIFRE), dont nous décrivons les caractéristiques dans le chapitre 3.

La convention n'a pu être conclue avec le Centre Anticancer, pour des raisons administratives. En revanche, la direction nous a proposé de mener notre recherche en accompagnant la **restructuration** d'un autre établissement, que nous nommerons dans cette thèse, la "Clinique SSR". Cet établissement sanitaire a été racheté en 2018, à parts égales, par le Centre Anticancer et un autre établissement sanitaire à but non lucratif de la même agglomération, que nous nommerons "Clinique Court Séjour". Le Centre Anticancer et la Clinique Court Séjour ont constitué une association et ont acquis la Clinique SSR pour pérenniser et développer l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation, que les deux repreneurs ne pratiquent pas.

La recherche a été menée pendant trois ans sur notre terrain principal, la Clinique SSR, de 2020 à 2022. Nous avons passé la moitié du temps sur le terrain et consacré l'autre moitié au travail de laboratoire, selon la répartition décrite dans le tableau 1.

Tableau 1. Partage du temps de recherche entre laboratoire et terrain par année ou semestre

	% de temps en laboratoire	Nombre de mois en laboratoire	% de temps sur le terrain	Nombre de mois sur le terrain
1 ^{ère} année (12 mois)	20 %	2,4	80 %	9,6
2 ^{ème} année (12 mois)	55 %	6,6	45 %	5,4
3 ^{ème} année Semestre 1	50 %	3	50 %	3
3 ^{ème} année Semestre 2	100 %	6	0 %	0
TOTAL	50%	18	50%	18

Cette opportunité nous a permis de mener une recherche longitudinale sur un établissement complet, avec lequel nous avons construit le projet de recherche. Dans le même temps, nous avons mené une recherche-intervention sur le département de l'exploitation du Centre Anticancer, avec l'objectif de comparer ce cas avec le cas principal. Finalement, le retard pris au cours de notre recherche nous a conduit à choisir de n'utiliser, dans cette thèse, que les résultats du cas principal, la Clinique SSR.

0.2 Définition de l'objet, du champ et de la problématique de la recherche

La recherche a été structurée par la construction puis l'énoncé de la problématique, la définition de son objet, le choix du champ, puis l'énoncé de l'hypothèse centrale.

0.2.1 Problématique

La problématique de notre recherche est née de trois constats de terrain. D'abord, nous relevons le **faible temps de préparation du projet de reprise de la Clinique SSR**. Le risque de dépôt de bilan a été le fait générateur de la reprise et du partenariat entre les deux établissements repreneurs. La formalisation du projet médico-scientifique a été postérieure à la reprise. L'association formelle des repreneurs a inauguré une relation de coopération, c'est-à-dire une alliance de deux établissements par ailleurs en concurrence.

De plus, la littérature de gestion comme notre expérience attestent des **difficultés d'ajustement des structures et des comportements dans les organisations hospitalières**, qui sont caractérisées par un niveau élevé de compétences techniques et une multiplicité de métiers. Une première étude exploratoire, réalisée au bloc opératoire du Centre Anticancer dans le cadre du master Recherche (Le Lédan, 2019) a montré l'écart entre d'une part, la stratégie de l'établissement et sa mise en œuvre effective et d'autre part, la vision de la direction et la connaissance qu'en ont les salariés.

Enfin, nous avons observé au Centre Anticancer certaines **difficultés opérationnelles, tactiques et stratégiques** selon la catégorisation traditionnelle, **consécutives aux déficits budgétaires** des exercices 2012 à 2020. La direction s'est trouvée confrontée à la nécessaire maîtrise d'une situation, qualifiée d'extrêmement complexe lors du conseil d'administration de juin 2012, qui a exigé une croissance organique et une réduction de charges. Un **plan de retour à l'équilibre financier**¹ a alors été établi en concertation étroite avec et sous la surveillance de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les projets stratégiques antérieurs ont été fortement restreints pendant leur mise en œuvre, ce qui a conduit à des adaptations.

Notre recherche s'intéresse à la manière dont un établissement sanitaire privé à but non lucratif construit et met en œuvre sa stratégie, pour parvenir à assurer sa survie et/ou son développement. Pour ce qui concerne notre terrain de recherche, la Clinique SSR, l'enjeu est d'adapter les structures et, ainsi, d'assurer en même temps la transformation de son activité, la croissance de cette activité, son retour à l'équilibre et le maintien d'un haut niveau de qualité des soins.

¹ CIRCULAIRE DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé

Notre problématique a évolué depuis le projet initial de la thèse, du fait d'une meilleure compréhension des fonctionnements des organisations observées, d'un approfondissement de la réflexion sur la thématique et des limites de l'expérimentation possible rencontrées sur le terrain. Initialement, **nous avons défini notre problématique ainsi** :

Comment l'organisation hospitalière peut adapter ou transformer ses structures pour assurer en même temps son retour à l'équilibre, l'augmentation d'activité et le maintien d'un haut niveau de qualité des soins. Quel modèle organisationnel et économique permettrait d'atteindre les objectifs stratégiques et comment adapter/transformer la structuration et le fonctionnement d'un établissement pour accompagner cette évolution stratégique ?

Après quelques mois d'observation du terrain de recherche, **nous avons restreint la problématique**, pour étudier plus finement les terrains tels que nous les connaissions après une année et demie d'expérimentation. Nous avons observé **un écart entre les décisions prises et leur mise en œuvre**. Nous avons fait l'hypothèse que cet écart pouvait être une cause de la sous performance de l'établissement et de la difficulté d'adapter ses structures. Notre étude s'est donc portée sur la démarche décisionnelle réelle jusqu'à la mise en œuvre. Deux types de dysfonctionnements sont apparus : un manque de communication entre les décideurs et les acteurs de la mise en œuvre et un manque de prise en compte d'informations pertinentes dès les décisions initiales. Ces dysfonctionnements sont particulièrement visibles entre les niveaux stratégiques et opérationnels.

Les recherches sur la décision sont abondantes. Desreumaux et Romelaer (2001), cités dans Bérard (2009), décrivent dans leur état de l'art sur la prise de décision une multiplicité de thèmes et des logiques d'interprétation très variées. La **théorie de la décision**, telle qu'elle a évolué jusqu'à présent, est particulièrement axée sur la définition de dispositif d'aide à la décision reposant sur des modèles mathématiques, qui réduisent les risques et tentent d'obtenir une solution optimale compte tenu des critères pris en compte (Kast, 1993/2002). Parallèlement, les travaux sur la rationalité ont exploré le postulat des sciences économiques selon lequel les décisions étaient prises sur la base d'une rationalité parfaite. Le décideur était alors considéré comme possédant toutes les informations et faisant toujours les choix optimaux. Simon (1945, 1983), en proposant le concept de rationalité limitée, a ouvert le champ de recherche de la **théorie de la rationalité**. En plus de la rationalité limitée, Desreumaux et Romelaer (2001) décrivent des recherches sur la rationalité politique, la rationalité contextuelle et la rationalité sociocognitive. Aujourd'hui, en sciences de gestion, la rationalité limitée des décideurs donne lieu à des recherches d'approfondissement. Elle est considérée comme une donnée certaine, non plus comme une hypothèse.

Les cadres théoriques d'étude des phénomènes décisionnels sont nombreux, en sciences de gestion tout comme en sociologie, en philosophie ou en psychologie. Dans notre discipline et dans les dernières décennies, les recherches semblent porter particulièrement sur l'aide que

peuvent apporter les systèmes d'informations aux décisions. Ainsi, Beau (2012) étudie le manque d'intégration des informations opérationnelles dans les décisions stratégiques dans les projets liés aux systèmes d'informations. Petrevska Nechkova et al. (2015) étudient les tentatives d'automatisation du traitement des informations pour articuler le niveau opérationnel et le niveau stratégique. Leur étude du management tactique fait état d'un traitement de l'information non satisfaisant dans lequel informations entrantes informations sortantes sont en inadéquation. Leurs résultats montrent que les systèmes d'informations sont encore inadaptés aux besoins des gestionnaires du niveau tactique, qu'ils doivent pourtant combiner de nombreuses données. Ils notent également que le système qu'ils ont à gérer est dynamique et que, comme la décrit Holland (1996), l'organisation est un système adaptatif complexe, qui exige des capacités d'adaptation dans le comportement même des managers, mais aussi dans la conception du système d'informations. Les résultats de Beau (2012) mettent en lumière le manque d'intégration des faisabilités opérationnelles dans les décisions stratégiques des projets de systèmes d'information étudiés. Elle remarque que « les erreurs communément commises encore aujourd'hui dans les entreprises sont liées à une déconnexion entre les technologies d'information et de la communication et leurs enjeux organisationnels » (p. 77 ». Ces erreurs ont un impact sur la performance de l'entreprise.

Dans le champ de la gestion des ressources humaines, les modalités de la décision sont étudiées sous l'angle de leur influence sur les comportements, les conditions de travail, la motivation et l'implication des personnels. Par exemple, Chan (2023) étudie l'influence des émotions sur le partage des connaissances. Almeida (2020) s'intéresse à la manière dont la prise de décision peut influencer la fidélisation des professionnels de santé et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Dans le champ du management stratégique, les décisions sont étudiées majoritairement sous le prisme de la théorie de l'acteur réseau et celle des parties prenantes. Les recherches prennent enfin en considération l'influence réciproque des acteurs internes et externes à l'organisation. Ainsi, Aldrin (2012) étudie les processus de décision politique dans une organisation pluraliste. Bérard (2009) réalise une étude par simulation de l'évolution des processus de décision, avec des décideurs, en utilisant l'intervention systémique. Le cadre d'analyse de la décision est la théorie de la complexité. Contrairement à Aldrin, elle est centrée sur l'individu, dont on fait évoluer le comportement par l'intervention systémique afin de mieux analyser les processus de décision. Les résultats mettent en évidence l'importance d'une « perspective multidimensionnelle et intégrée » pour analyser les processus de décision. L'auteur choisit, après analyse de la littérature, d'étudier la démarche décisionnelle, les acteurs impliqués et les rationalités qui sont à l'œuvre (Bérard, 2009,125). La littérature nous aide à guider notre analyse des processus de décision. Il apparaît cependant, d'une part, que des études sur les processus de décision tels qu'ils existent sur le terrain portent soit sur l'analyse-même des processus, soit sur les conséquences des décisions sur les acteurs et la performance. Mais ils ne s'intéressent pas

encore à l'articulation entre les caractéristiques de la démarche décisionnelle, les effets directs et les effets induits sur la performance de l'organisation et sur l'évolution de celle-ci dans le temps. D'autre part, les recherches portent essentiellement sur les informations formelles. Les dispositifs d'information informelle ne sont pas étudiés sous l'angle de l'amélioration qu'ils peuvent apporter à la performance globale de l'organisation. Nous avons donc restreint notre **problématique de recherche** ainsi :

Comment mettre en place un "ascenseur stratégique" afin d'améliorer les dispositifs d'information et de communication-coordination-concertation utilisés dans les prises de décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles, pour améliorer leurs mises en œuvre et ainsi la performance et la survie-développement des établissements de santé.

"L'ascenseur stratégique" (Savall et Zardet, 2008) est un concept né de l'observation et des recherches conduites dans les entreprises et les organisations par l'Institut de Socio-économie des Entreprises et des Organisations (ISEOR). L'ascenseur stratégique désigne l'organisation permanente de la circulation des informations stimulantes, opérationnelles et fonctionnelles, humainement intégrées, entre les différents niveaux horizontaux et les différents services verticaux (Savall et Zardet, 1987/2020).

0.2.2 Objet et champ de la recherche

Notre objet de recherche a été progressivement précisé, au fur et à mesure des interactions avec le terrain.

Notre recherche se situe à la fois dans le champ de la stratégie et dans celui, plus général, du management. Nous cherchons, en effet, à étudier l'interdépendance entre, d'une part, l'intégration des informations tactiques et opérationnelles dans les dispositifs de communication-coordination-concertation et, d'autre part, la prise de décision stratégique.

Nous le définissons ainsi :

L'intégration des **informations tactiques et opérationnelles** dans les dispositifs de communication-coordination-concertation et dans la prise de **décisions stratégiques** et leur mise en œuvre et, réciproquement, l'intégration des **informations stratégiques** à la prise de **décisions tactiques et opérationnelles et aux pratiques**, comme facteur de **performance** dans les établissements de santé.

On considère traditionnellement que les informations stratégiques ne sont utiles que pour prendre des décisions stratégiques et que les décisions opérationnelles et tactiques sont prises sur la base d'informations opérationnelles et tactiques uniquement. Nous souhaitons étudier **l'intégration des informations tactiques et opérationnelles dans les décisions stratégiques et, inversement, la prise en compte d'informations stratégiques dans les décisions**

opérationnelles et tactiques. Notre objectif est d'étudier l'impact sur la mise en œuvre des décisions. Cet impact sera étudié par la modification des pratiques observées, qui, à leur tour, pourront faire varier la performance globale de l'établissement.

0.2.3 Hypothèse centrale et corps d'hypothèses

Nous avons défini une hypothèse centrale à deux niveaux d'ambition pour guider notre recherche. Il s'agit de deux objectifs de niveaux de démonstration différents. Nous formulons l'hypothèse centrale minimale dans l'encadré 2.

Encadré 2. Hypothèse centrale minimale

L'absence d'ascenseur stratégique conduit à de nombreux dysfonctionnements dans les prises de décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles et dans leurs mises en œuvre, et freine la transformation des pratiques, ce qui dégrade la performance socio-économique.

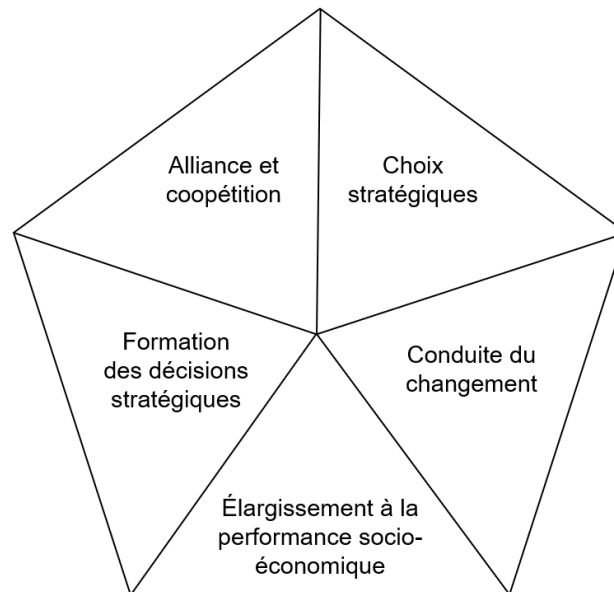
L'hypothèse centrale maximale, détaillée dans l'encadré 3, est plus ambitieuse.

Encadré 3. Hypothèse centrale maximale

Une amélioration de la performance socio-économique est obtenue par l'installation et la maintenance d'un ascenseur stratégique, qui favorisent l'intégration par les acteurs des informations tactiques et opérationnelles dans les décisions stratégiques, et l'intégration des informations stratégiques dans les décisions tactiques et opérationnelles, ce qui améliore la mise en œuvre effective des décisions et l'évolution des pratiques.

L'hypothèse centrale a été déclinée en un ensemble de sous-hypothèses, dénommé corps d'hypothèses, reproduit *in extenso* en Annexe A, afin de construire un corps de connaissances sur l'objet de recherche (Savall et Zardet, 2004). Il permet l'étude des différentes variables à travers différentes dimensions, identifiées en sous-thèmes. Nous avons délimité cinq thèmes pertinents de recherche sur notre terrain, schématisés dans la figure 1.

Figure 1. Thèmes d'étude du terrain de recherche Clinique SSR



Les sous-hypothèses sont des énoncés de règles de connaissances hypothétiques (Savall et Zardet, 2004). Elles sont un guide pour orienter et préciser la recherche ainsi qu'un moteur pour parvenir à modéliser l'objet de recherche, complexe et multidimensionnel. Le corps d'hypothèses a évolué dans le temps, au fur et à mesure de l'évolution des connaissances issues de l'exploitation des matériaux expérimentaux et bibliographiques, qui ont confirmé ou infirmé les sous-hypothèses initialement formulées.

Les sous-hypothèses sont de trois natures. A chaque hypothèse descriptive sont liées des hypothèses explicatives et éventuellement des hypothèses prescriptives. Ces dernières visent à prédire et, si possible, à expérimenter des recommandations issues de la validation éventuelle des sous-hypothèses descriptives et explicatives correspondantes. Par exemple, dans le thème « formation des décisions stratégiques », la confirmation ou l'infirmité des exemples d'hypothèses du tableau 2 a guidé notre recherche de matériaux et notre analyse.

Tableau 2. Extrait du corps d'hypothèses

Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
HD2.3 Les informations nécessaires à la formation de la décision stratégique sont partiellement connues de tous les acteurs concernés par sa mise en œuvre.	HE2.3.1 Les salariés possèdent des éléments d'information pertinents sur l'environnement externe et sur le fonctionnement interne qui ne sont pas connus de la direction.	HP2.3.1 Lorsque les décisions prennent en compte toutes les données disponibles par des moyens raisonnables, elles sont adaptées à la réalité et aux objectifs qui les motivent.
	HE2.3.2 Le temps restreint consenti pour la prise de décision diminue la quantité et la qualité des informations recueillies pour sa formation.	
	HE2.3.3 La décision stratégique prend appui sur des informations existantes, disponibles immédiatement, et sur des informations qui réclament un effort de mobilisation ou de construction.	HP2.3.3 La coordination organisée des informations montantes et descendantes et le management global sont des facteurs clés de la réussite de la restructuration d'un établissement de santé déficitaire.

Les sous-hypothèses ont une vocation générique. Leur validation ou leur invalidation sur le terrain de la recherche a une portée restreinte mais constitue un premier pas vers des connaissances

généralisables, si les résultats obtenus sur d'autres terrains, avec la même méthodologie, viennent les confirmer.

La recherche de validation des sous-hypothèses et de l'hypothèse centrale s'appuie sur un cadre théorique et une méthodologie choisis en accord avec le positionnement épistémologique.

0.3 Positionnement théorique, épistémologique et méthodologique

Nous avons choisi la théorie socio-économique et l'approche par les ressources comme cadres théoriques. Notre positionnement constructiviste, résultat d'une évolution de notre conception de la construction des connaissances, nous a amené à choisir la recherche-intervention qualimétrique comme méthodologie.

0.3.1 Cadre théorique

La Théorie Socio-économique (Savall, 1974/1979, Savall et Zardet, 1987, 1992, 1995) est une théorie intégrative, qui permet de penser les organisations en tant qu'objets complexes. Elle repose sur l'hypothèse fondamentale que la performance de l'organisation est le fruit des interactions entre ses structures et les comportements des êtres humains qui la composent. De ces interactions entre structures et comportements naissent la production de valeur matérielle et humaine et la performance globale de l'entreprise. Lorsque structures et comportements ne sont pas complémentaires et synergiques, naissent des dysfonctionnements, qui génèrent des coûts de régulation, appelés coûts/performances cachés. Ils sont dits "cachés" parce qu'ils ne sont pas mis en évidence dans le système d'information comptable usuel. Les coûts cachés dégradent la performance et l'efficacité. En étudiant les structures de l'entreprise et les comportements au travers de la théorie socio-économique, nous souhaitons identifier les défaillances précises de l'organisation et les interpréter sous les angles complémentaires de la stratégie globale et de la mise en œuvre effective des décisions stratégiques. En effet, l'approche par les dysfonctionnements fournit un outil d'analyse des processus de décision jusqu'à leur mise en œuvre.

La théorie socio-économique envisage l'organisation de manière holistique et dynamique. Elle comporte de nombreux points de convergence avec la pensée systémique et le modèle organisationnel de la décision avec la théorie de la rationalité limitée, telle qu'elle a été créée par Herbert Simon. Nous avons choisi de nous référer à ce cadre théorique, qui articule de manière cohérente et efficace les aspects des théories de la décision et de la complexité. Nous approfondirons les approches systémiques et décisionnelles à travers la théorie socio-économique.

L'approche par les ressources permet de décrire et de caractériser les ressources dont disposent les organisations et, ainsi, d'éclairer le positionnement stratégique qu'elles peuvent

construire sur cette base. Wernerfelt (1984) et Barney (1991) proposent une définition et une typologie des ressources. Les développements de la théorie des ressources dans la voie du management stratégique des compétences, à la suite de Prahalad et Hamel (1990), apportent une grille d'analyse des compétences organisationnelles nécessaires à l'utilisation des ressources. Les ressources internes des établissements de santé, telles que leurs capacités d'innovation technique ou leur capital organisationnel, sont des forces potentielles qui peuvent apporter un avantage concurrentiel, dans un marché où les prix sont régulés et la demande limitée. L'approche par les ressources nous permet d'envisager la stratégie selon un point de vue différent, celui des ressources disponibles et mobilisables par l'organisation hospitalière.

0.3.2 Positionnement épistémologique

Notre positionnement épistémologique est le fruit d'un cheminement, partiellement inconscient, du positivisme vers le constructivisme. De formation initiale plutôt scientifique, nous avons été très fortement influencée par le positivisme dans notre façon d'appréhender le monde. Une partie de notre formation professionnelle nous a fait découvrir diverses sciences humaines. L'inconfort à analyser la réalité par le biais de concepts de sciences humaines, avec un positionnement inconsciemment positiviste, s'est transformé en une impossibilité lorsque nous avons commencé à exercer des fonctions managériales. La vision cartésienne analytique et logico-déductive des phénomènes nous est apparue inadaptée pour comprendre et agir dans la réalité des situations professionnelles que nous rencontrons. Nos tentatives de mobiliser des connaissances issues de plusieurs champs, allant des sciences de gestion à la sociologie et la psychologie en passant par l'anthropologie, se sont heurtées à notre incapacité à faire la synthèse des principes théoriques utilement mobilisables. La confrontation à des points de vue différents, dans des situations délicates et très variées, nous a amenée à prendre conscience de la complexité de la réalité et de l'impossibilité de l'embrasser d'un seul regard. Nous appréhendons maintenant les entreprises et les organisations en général dans la complexité qui est inhérente à leur nature. Nous considérons que seule une approche qui s'adapte aux individus et aux cadres mentaux propres à chaque organisation, peut permettre une appréhension suffisante pour faire évoluer l'organisation vers des buts souhaités.

C'est pourquoi nous avons choisi un positionnement "constructiviste générique" dans le cadre de cette recherche (Savall et Zardet, 1995, 2004 ; Cappelletti et Voyant, 2018 ; Savall et *al.*, 2019). Selon nous, les observations et les expérimentations sur le terrain de recherche sont un moyen efficace pour construire des connaissances d'intention scientifique qui approchent d'assez près une représentation satisfaisante de la réalité observée. Les dispositifs de présentation des résultats intermédiaires et les échanges avec les acteurs de terrain sur les résultats obtenus ont permis d'assurer une validité interne des connaissances construites. Lorsqu'elles sont considérées avec un assez grand nombre de variables, c'est-à-dire lorsqu'elles sont très

contextualisées, elles peuvent être comparées à d'autres résultats et permettre d'extraire des traits génériques. La mise en exergue de ce qui apparaît comme générique constitue alors une validation externe des résultats (Savall et Zardet, 2004).

Notre dispositif de recherche initial comportait trois terrains, dans l'objectif de comparer les résultats obtenus avec la même méthodologie, dans le même espace-temps, et d'identifier les résultats spécifiques à chacun des terrains et leurs résultats communs, dont nous faisons l'hypothèse qu'ils pourraient être génériques. La survenue de la crise sanitaire et les contraintes de temps nous ont obligée à réduire notre ambition et à limiter notre analyse aux données issues du terrain principal.

Notre positionnement épistémologique nous a conduit vers la recherche d'une théorie permettant de penser et d'agir dans des situations managériales complexes. C'est pourquoi nous avons choisi le cadre de la théorie socio-économique et le management socio-économique, qui en est le dispositif d'opérationnalisation. De ce cadre et de notre objet de recherche a découlé notre choix méthodologique.

0.3.3 Méthodologie générale

La recherche-intervention qualimétrique (Savall et Zardet, 2004) est une recherche à visée transformative, qui observe et transforme l'objet de recherche pour mieux le connaître. Elle repose sur trois principes épistémologiques, qui permettent à la fois d'en assurer la validité scientifique et de guider le chercheur (Krief et Zardet, 2013).

Elle requiert la recherche active de données qualitatives, quantitatives et financières, afin de comprendre le fonctionnement de l'organisation étudiée de manière globale et dans ses différentes dimensions. Les données qualitatives sont précisées par la quantification de certains phénomènes. Le calcul de la contrepartie financière de certains d'entre eux enrichit les informations qualitatives, en les mettant en perspective avec les données financières traditionnellement prises en considération dans les organisations.

Les recueils de données s'effectuent lors de la réalisation d'un diagnostic socio-économique ainsi que par des observations, participantes ou non, et par l'étude de documents internes à l'organisation ou issus de l'environnement dans lequel elle interagit. Les résultats du diagnostic posé par le chercheur sont présentés aux acteurs et amendés si besoin. Le projet d'amélioration, qui suit immédiatement, est coconstruit par les acteurs et le chercheur. L'évaluation du projet fait partie de sa mise en œuvre.

La recherche-intervention menée au sein de la Clinique SSR a duré deux ans et demi. Des amendements méthodologiques ont été faits. Nous les décrivons et expliciterons les circonstances dans le troisième chapitre.

0.4 Fil conducteur et annonce du plan général

Nous présentons maintenant le fil conducteur de notre thèse en suivant le plan général. Les parties, les chapitres, les liens logiques de la recherche et les liens chronologiques de la thèse sont présentés dans la figure 2.

La thèse comporte trois parties.

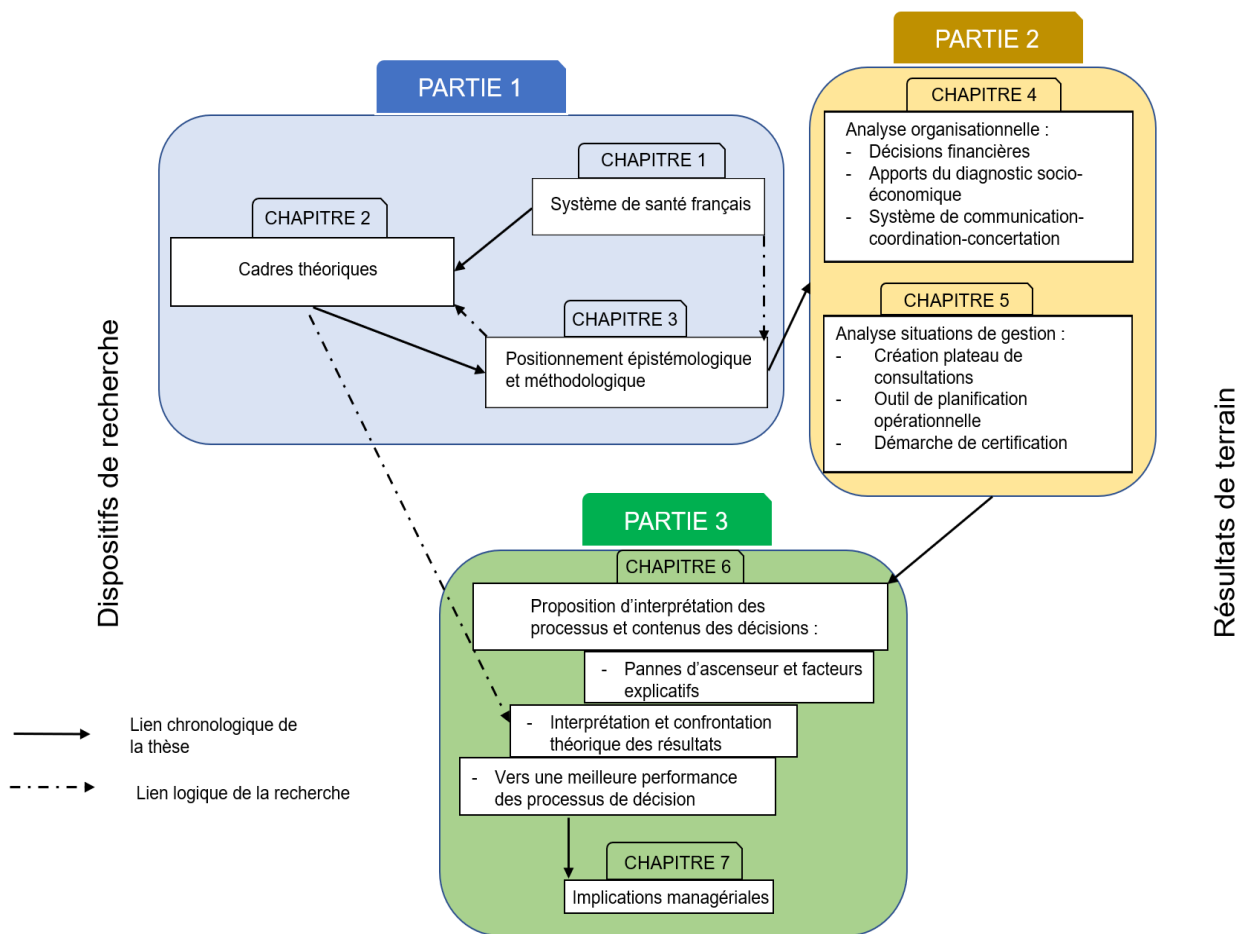
La **partie 1** présente **les cadres de la recherche**. Le chapitre 1 décrit le cadre contextuel formé par le système hospitalier français. Les réformes successives sont étudiées du point de vue de leurs conséquences pour la stratégie des établissements sanitaires et des enjeux qui sont à l'œuvre. La présentation des principales parties prenantes et de leurs relations permet d'identifier une part des contraintes externes et internes des établissements. L'étude du contexte permet de tracer le cadre à l'intérieur duquel évoluent les établissements et, en creux, les marges de manœuvres, financières, économiques et managériales laissées aux décideurs hospitaliers. Le chapitre 2 présente la théorie socio-économique et l'approche par les ressources, les deux principaux cadres théoriques mobilisés. Il étudie leurs divergences et leur complémentarité. La conception de l'organisation dans la théorie socio-économique donne des clés de lecture du rôle des informations et de la communication dans les décisions de l'organisation, qui est, par essence, complexe. Les concepts de valeur ajoutée et de potentiel humain, notamment, sont envisagés sous l'angle de l'approche par les ressources. Enfin, le chapitre 3 développe notre positionnement épistémologique et décrit en détails la méthodologie de recherche utilisée. Nos interactions avec les terrains de recherche y sont décrites et expliquées, à travers les missions qui nous ont été confiées et qui nous ont donné accès à des méthodes de collecte de données variées, riches et complémentaires.

La **partie 2** expose le **premier niveau de nos résultats** de terrain. Le **deuxième niveau** approfondit l'analyse puis synthétise les résultats. Nous présentons des situations où les décisions n'atteignent que partiellement leurs objectifs. Nous étudions les dispositifs de communication-coordination-concertation mobilisés dans les processus décisionnels observés. Nous avons choisi de décrire les résultats propres à six situations de gestion, au sens de Girin (2011). Dans la partie 2, nous apportons des données collectées sur les décisions, le contexte pertinent et les éléments pour analyser leur impact sur la performance. Il s'agit du premier niveau de résultats. Nous décrivons dans les chapitres 4 et 5, sélectivement, les éléments nécessaires à l'analyse plus approfondie et plus globale développée dans le chapitre 6 (partie 3), qui constitue le second niveau. Le chapitre 4 présente trois situations qui concernent l'ensemble de l'établissement. Tout d'abord, sont étudiées les principales décisions de gestion financière sur trois exercices. Ensuite, les principaux apports du diagnostic socio-économique, réalisé en 2019 et 2020, sont analysés et synthétisés à l'aune de la problématique de notre thèse. Enfin, le système général de communication-coordination-concertation de l'établissement est étudié. Le chapitre 5 présente de manière plus approfondie quelques décisions et situations de gestion,

choisies pour étudier le fonctionnement des processus de décision et d'information. Le projet de création d'un plateau de consultations externes est étudié, depuis l'idée du projet jusqu'à sa mise en œuvre et aux résultats obtenus. Nous présentons ensuite les enjeux et les difficultés rencontrées pour améliorer un outil de planification des entrées et sorties des patients au sein du service d'hospitalisation. Enfin, nous analysons la dynamique et les difficultés qui ont entouré la démarche de certification de l'établissement par la Haute Autorité en Santé.

La **partie 3** développe le concept d'ascenseur stratégique et ses applications. Dans le **chapitre 6**, nous proposons une interprétation des processus et contenus des décisions, au moyen d'une analyse multiniveaux, individu / service / établissement. Sur un ensemble de décisions sélectionnées, nous décrivons les pannes de l'ascenseur stratégique et leurs facteurs explicatifs. Puis, nous interprétons ces résultats et les confrontons aux cadres théoriques choisis. Enfin, nous proposons des principes et axes prioritaires pour améliorer la performance des processus de décision. Le **chapitre 7** présente les implications managériales des résultats de la recherche. Après les préconisations pour les établissements sanitaires, nous identifions des implications pour la gouvernance des établissements puis pour les pouvoirs publics en charge de la santé.

Figure 2. Synthèse des parties et chapitres de la thèse



PARTIE 1. Cadre théorique et méthodologique

Introduction de la première partie 1

Notre première partie a pour objectif de présenter les cadres à l'intérieur desquels nous avons poursuivi notre recherche.

Le premier chapitre décrit les éléments significatifs de l'environnement législatif, économique et professionnel dans lequel évoluent les établissements sanitaires français. Il permet de cerner les différents périmètres de liberté pour les décisionnaires hospitaliers dans les domaines de la stratégie externe, leurs latitudes vis-à-vis des produits et marchés et les particularités en termes de gestion des ressources humaines.

Le deuxième chapitre présente les éléments des cadres théoriques que nous avons sélectionnés pour mieux comprendre nos résultats de terrain. Nous avons choisi délibérément des théories plus larges que la théorie de la décision, afin d'envisager notre terrain de recherche dans sa complexité. La théorie socio-économique est notre cadre principal. L'approche par les ressources permet d'envisager les sources de création de valeur sous un angle de vue différent. La complémentarité entre ces deux cadres théoriques, la théorie de la décision et la théorie de la rationalité limitée est ensuite décrite.

Le chapitre trois expose les raisons de notre positionnement épistémologique constructiviste générique. Nous y présentons nos terrains de recherche et leur complémentarité puis la méthodologie de notre recherche doctorale.

Chapitre 1 - Le système de santé français

Ce chapitre vise à présenter les éléments clés de l'environnement externe des établissements de santé. L'objectif est de comprendre le cadre général, qui, tour à tour, contraint, protège et influence sur les décisions prises dans les établissements. Le terme « système de santé » désigne l'ensemble des institutions et des acteurs de santé qui participent à la mise en œuvre des politiques de santé en France et leurs interrelations (Tuffreau, 2013).

Historiquement, le concept de santé publique est apparu en réponse à la survenue de différentes épidémies et au constat des calamités qu'elles provoquent, pour les populations et les économies des pays touchés. En dehors de ces événements catastrophiques communautaires, la santé relevait du fait individuel. C'est une loi de 1902 qui crée le code de la santé publique, dans lequel sont rassemblés pour la première fois les textes législatifs et réglementaires qui régissent les questions de santé communautaire (Tabuteau, 2016). Selon Palier (2010), l'évolution du système de santé français est étroitement liée à l'histoire des professions médicales et à celle des politiques sociales, qui visent à couvrir le risque maladie.

Le même auteur résume les missions du système de santé en trois points. De manière générale, il est destiné à organiser la rencontre entre la demande et l'offre de soins. Pour ce faire, il assure la mise à disposition, pour les individus, des moyens financiers nécessaires pour couvrir les frais engagés dans les prestations de soins et pour remplacer les revenus non perçus. Enfin, il organise la production de soins par tous les acteurs concernés, il organise les professions médicales et, depuis plus récemment, il assure la production et la distribution des médicaments et des autres technologies médicales nécessaires aux soins. Le système de santé nous paraît donc être le périmètre pertinent pour analyser l'environnement stratégique d'un établissement sanitaire.

Ce chapitre a été principalement alimenté par plusieurs ouvrages. Tout d'abord, nous sommes redevables à *L'usager et le monde hospitalier* (2018), de Xavier Bonnet, directeur de la stratégie, du pilotage, de la performance et de l'audit, à la caisse nationale de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocation familiales (URSSAF), et François Ponchon, directeur d'hôpital. Cet ouvrage nous a éclairé sur les missions et fonctionnements de différentes institutions. Le chapitre "Politique de santé", écrit par Didier Tabuteau, docteur en droit public et membre du Conseil d'État, publié dans le *Traité de santé publique* (2016), que l'auteur a codirigé avec Bourdillon et Brücker, trace les lignes politiques qui dessinent et expliquent l'évolution du système de santé. L'ouvrage *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale* dirigé par François Tuffreau, directeur adjoint de l'observatoire régional de la santé en 2013, permet de définir précisément les concepts et les dispositifs propres à cet environnement foisonnant, fait d'acteurs innombrables et de changements permanents.

Dans un premier temps, la politique de santé, et l'organisation du système de santé qui en découle, sont décrites. Puis nous présentons les parties prenantes majeures de tout établissement.

1.1 La politique de santé et l'organisation du système de santé français

Les politiques publiques sociales et sanitaires sont intimement liées, dans la mesure où la maladie peut agir directement sur les conditions de vie et les revenus et où, réciproquement, les conditions de vie et les revenus influent sur l'état de santé de la population. Elles sont inscrites comme prérogatives et devoirs de l'État dans la constitution française depuis 1946. Celui-ci doit fournir la protection de la santé et le moyen de subsistance à toute personne incapable de travailler. Il doit aussi donner les conditions nécessaires au développement de l'individu et de la famille à tous les citoyens (Tabuteau, 2016).

L'application de ces principes, par le biais des politiques sociales et sanitaires nécessite des moyens financiers importants. Les dépenses de santé sont classées en deux catégories. D'une part, la consommation de soins et de biens médicaux, regroupe les dépenses destinées à traiter une dégradation provisoire de l'état de santé. D'autre part, sont comptabilisées ensemble les autres dépenses, parmi lesquelles les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées, les services de soins infirmiers à domicile, les indemnités journalières, les dépenses de préventions, etc. (Soual, 2017). Les dépenses de ces deux catégories sont agrégées dans les dépenses de santé courantes, indicateur qui permet les comparaisons internationales. Entre 1950 et 2021, les dépenses de santé ont connu, à elles seules, une augmentation supérieure à celle du produit intérieur brut (DREES, 2021, 2022a). Pendant cette période, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le produit intérieur brut est passée de 2,5% à 9,1%, soit une multiplication par 3,6. Sur la même période, l'espérance de vie a augmenté de 16 ans. En 2021, la consommation de soins et de biens médicaux s'élève à 227 milliards d'euros. Dans le même temps, toujours selon la DREES, la part des seuls soins hospitaliers passe d'environ 1% à plus de 4% du produit intérieur brut national. Les dépenses de santé constituent donc un point de vigilance économique et un enjeu social, économique et politique important.

En un peu plus d'un siècle, depuis 1902 et la création du code de la santé publique, la politique de santé et le système sur lequel elle agit, ont connu une évolution extraordinaire. En effet, se sont conjugués les effets des évolutions démographiques, des nombreuses innovations dans les conditions de vie, le développement immense des connaissances dans le domaine de la santé et l'évolution de la société, conséquence de tous ces changements. L'ensemble a concouru à une forte augmentation des dépenses de santé.

Afin de décrire l'organisation du système français actuel et ses enjeux, nous présentons un panorama des réformes des trente dernières années, issu de la littérature, et proposons de

résumer leurs impacts stratégiques les plus marquants pour les établissements de santé. Enfin, le système actuel de régulation de l'activité hospitalière est présenté.

1.1.1 La politique et le système de santé

Si le système de santé a une définition clairement établie, la notion de politique de santé est, elle, beaucoup plus difficile à cerner, car la notion-même de santé est insaisissable (Tabuteau, 2016). La santé et les politiques qui y ont trait ont un caractère à la fois individuel et collectif. La santé est une notion très vaste, sous laquelle chaque individu place des représentations différentes. Ces différences sont encore plus grandes entre des personnes de cultures, de pays ou de conditions de vie différents. Ainsi, définir la santé comme l'absence de maladie peut paraître pragmatique mais s'avère inexact, du point de vue de la personne qui se sent malade mais pour laquelle aucun diagnostic n'a encore été posé. Dans la mesure où l'état de maladie est perçu très différemment d'un individu à l'autre, la définition de la santé ne peut faire complètement consensus. Pour Tabuteau, la notion de politique de santé est tout aussi complexe, dans la mesure où la plupart des politiques publiques ont une influence sur des facteurs qui agissent, à leur tour, plus ou moins directement sur la santé, appelés déterminants de santé. Par exemple, la décision d'augmenter les taxes sur les carburants peut faire diminuer la circulation automobile et, ainsi, concourir à améliorer la qualité de l'air, qui est un facteur influençant l'état de santé d'une partie de la population. En ce sens, cette décision, qui paraît purement économique, a des conséquences sur la santé publique.

Les lois et règlements relatifs aux politiques sociales et aux politiques de santé sont séparés pour ce qui concerne les établissements d'accueil sociaux et médico-sociaux d'une part, et sanitaires d'autre part. L'organisation des soins directement liés à la maladie, aux blessures et à la grossesse est appelée organisation sanitaire. Elle est définie dans le Code de la santé publique. Les prises en charge sociales et médico-sociales relèvent des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, qui sont régis par le code de l'action sociale (Tuffreau, 2013). Les politiques, ainsi cloisonnées pour plus d'efficacité, ont montré leurs limites. Depuis la loi du 21 janvier 2009, les politiques publiques tentent de lever les cloisonnements entre champs sanitaire et médico-social. Les usagers des établissements sociaux et médico-sociaux sont aussi des usagers des établissements sanitaires et inversement. Malgré les tentatives de penser la politique de manière globale, le décloisonnement d'ordre administratif et financier n'est pas encore satisfaisant pour les parcours de vie et de soins de la population (Tabuteau, 2016).

En France, l'accès au système de santé repose sur le principe du libre choix. Le patient choisit le professionnel de santé qu'il veut consulter. De son côté, le médecin a le choix du type, du lieu d'exercice de sa profession et, dans une certaine mesure, de ses tarifs. Ces choix sont plus restreints pour d'autres professionnels de santé. Le principe du libre choix a pour corollaire des inégalités territoriales, financières et sociales (Palier, 2010). Par conséquent, l'environnement

concurrentiel est très différent en fonction du territoire et des caractéristiques sociales et économiques de sa population.

Outre la rigidité des structures mises en place pour agir sur les questions sociales et sanitaires, la société et les politiques doivent s'adapter à l'évolution majeure des connaissances et des technologies médicales. Parallèlement, les niveaux de vie et d'instruction des citoyens ont progressé. Les décisions politiques doivent composer à la fois avec l'augmentation du niveau d'exigence de la population vis-à-vis du système de santé, et avec l'augmentation du coût des politiques sociales et des dépenses de santé, en France comme dans nombre d'états occidentaux (Bonnet et Ponchon, 2018). Il en résulte une succession de réformes plus ou moins profondes, qui modifient l'équilibre du système de santé et l'environnement concurrentiel des acteurs qui le constituent.

1.1.2 Les évolutions récentes : les réformes successives

Le système de santé est l'objet de nombreuses réformes depuis les années 1970. D'abord centré sur les hôpitaux et le mode d'allocation de leur financement, l'État s'est ensuite positionné plus largement vis-à-vis de l'ensemble du système de santé (Tabuteau, 2016). Dans les années 1980 et 1990, les drames sanitaires tels que l'épidémie de sida, l'apparition de l'encéphalopathie spongiforme bovine et le scandale de l'hormone de croissance, ont créé un choc et une prise de conscience, à la fois pour l'État et pour les usagers du système de santé. La place du patient dans sa prise en charge, la sécurité sanitaire puis la gestion des risques se sont développées et sont entrées dans la loi. Ces évolutions normatives qualitatives se sont ajoutées à la croissance démographique de la population générale, à son vieillissement et aux nombreuses innovations médicales et techniques. De sorte que les dépenses de santé, déjà considérées comme importantes, accroissaient encore leur vitesse d'augmentation.

Le tableau 3 présente les principales lois qui ont réformé le système de santé, édictées depuis 1990. Les principales orientations de chaque loi sont détaillées de manière à montrer les périmètres modifiés. Comme les changements opérés sont très nombreux, nous avons fait le choix d'extraire les principales conséquences, en termes d'impact stratégique pour les établissements sanitaires dans la colonne de droite.

Tableau 3. Les principales réformes du système de santé français depuis 1990 et leurs impacts stratégiques pour les établissements sanitaires

Dates	Lois	Principales orientations	Impacts stratégiques pour les établissements sanitaires
1991	Loi n°91-748 du 31 juillet 1991	Nouvelle planification de l'offre de soins via l'institution des Schémas Régionaux de l'Offre de Soins, des projets d'établissement et de la contractualisation	Offre de soins dirigée par l'État Obligation de communiquer le projet d'établissement, donc le projet stratégique pour les établissements publics de santé
1996	Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996	Mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation pour piloter la régulation de l'offre hospitalière et le lancement de la procédure d'accréditation	Renforcement de la régulation régionale de l'offre de soins Procédure de certification externe des établissements sur la base d'un référentiel national
2002	Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002	Réforme du droit des malades	Modification des règles juridiques
2003	Loi d'habilitation n°2003-581 du 2 juillet 2003 Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003	Plan Hôpital 2007 de modernisation de l'hôpital Remplacement de la carte sanitaire par le territoire de santé Simplification du régime des autorisations Renforcement de la coopération hospitalière	Modification des procédures de demandes d'autorisation d'activité Renforcement des coopérations entre établissements : mise en commun de moyens, modification de la concurrence
2004	Loi du 9 août 2004	Lien officiel entre hôpital et santé publique	
2005	Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005	Instauration de la nouvelle tarification à l'activité (T2A) Nouvelle gouvernance hospitalière	Modification des règles de financement donc des recettes
2009	Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)	Refonte des statuts des établissements hospitaliers Définition des missions de service public hospitalier Création des Communautés Hospitalières Territoriales et des Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens Transformation des Agences Régionales de l'Hospitalisation en Agences Régionales de Santé (ARS)	ARS : coordination territoriale des politiques de santé Possibilité pour les établissements privés à but lucratif d'assurer le service public : modification substantielle de la concurrence entre établissements privés à but lucratif et non lucratif
2012	Plan hôpital 2012	Amélioration de l'efficience de l'offre hospitalière Modernisation technique des établissements	Fermetures de lits et d'activités dans certains établissements, pour améliorer l'efficience
2016	Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé	Réaffirmation du service public hospitalier Création des Groupements Hospitaliers de Territoire	Objectifs : rationalisation économique et renforcement des liaisons avec les Centres Hospitaliers Universitaires, qui voient ainsi leurs places confortées
		Création d'une commission de représentation des usagers	Renforcement de la participation des usagers dans les décisions des établissements
		Remplacement des missions de service public par le Service Public Hospitalier	Augmentation des contraintes normatives pour les établissements privés de droit commun
		Possibilité pour le directeur général de l'ARS de solliciter tout établissement de santé en vue d'assurer la permanence des soins	Limitation des choix opérationnels en cas de demande de l'ARS
		Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes aux établissements privés	
		Sécurisation de l'organisation financière des établissements de santé privés non lucratif pour les établissements financés antérieurement par la dotation globale	Modification des règles de financement
2019	Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	Création des "hôpitaux de proximité" Création du Projet Territorial de Santé Modernisation du régime des autorisations des activités de soins et des équipements lourds Rend obligatoire la rédaction d'un plan de préparation et de gestion des tensions hospitalières, pour tous les établissements, publics et privés Ajout obligatoire d'un volet sur la qualité de vie au travail dans le projet social défini par chaque établissement	Modification des caractéristiques de l'offre de soins dans les territoires Plan d'anticipation de la gestion des lits au niveau du territoire, au-delà des limites de chaque établissement Introduction de l'évaluation de la qualité de vie au travail dans le projet social des établissements
2020	Accords du 13 juillet 2020, dits "du Ségur de la santé"	Revalorisation des métiers non médicaux dans les établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs publics et privés Annonce du recrutement de 15 000 personnes à l'hôpital public Revalorisation salariale des praticiens hospitaliers (établissements publics de santé uniquement)	Augmentation des salaires sans visibilité sur la pérennité du financement du surcoût par l'État Modification de la concurrence sur le recrutement des ressources humaines

Nous retenons trois des grandes lois qui ont eu des conséquences majeures pour les établissements de santé. La loi de 1991 marque le début de la régulation de l'offre de soins par l'État, donc une forte limitation de la liberté d'entreprise pour les acteurs du système de santé. Elle institue également la nécessité d'un projet d'établissement pour les établissements publics. Il leur est ainsi demandé de formaliser un projet stratégique, ce qui est très nouveau pour le secteur public. Cependant, malgré cette injonction, la pratique peine à se développer aussi bien du point de vue formel, l'écriture effective d'un projet d'établissement, que du point de vue de l'appropriation de la finalité de cette mesure. Nobre et Haouet confirment le constat de Couaneau (2003) dans les résultats de leurs recherches, parus en 2011, soit vingt ans après le vote de la loi. La projection dans une stratégie future pour un établissement public, autre que celle de soigner les malades, n'est pas entrée dans les habitudes de pensée.

Les ordonnances de 1996, dites "ordonnances Juppé", créent les Agences Régionales d'Hospitalisation, pour ancrer dans le territoire les schémas régionaux de l'offre de soins, institués par la loi de 1991. Cette mesure décentralise le contrôle de l'État au niveau régional et officialise ainsi une vision plus territorialisée du système de santé. La loi instaure également une procédure de certification externe des établissements, à partir d'un référentiel national de qualité à créer. L'État se donne ainsi les moyens de contrôler les pratiques à l'intérieur même des institutions, faisant suite ainsi à l'effarement de l'opinion publique devant l'absence de contrôle ayant conduit au scandale du sang contaminé notamment.

L'ordonnance de mai 2005 modifie de manière radicale le mode de financement des établissements de santé publics et privés à but non lucratif particulièrement, en instaurant la tarification à l'activité, ou T2A. L'allocation de ressources devient conditionnée par l'activité effectivement réalisée. Elle n'est plus automatiquement calculée à partir des dépenses des exercices précédents, comme elle l'était jusque-là. La révolution est à la fois philosophique et technique. Le terrain avait été partiellement préparé avec l'instauration du Programme de Médicalisation du Système d'Information, qui avait pour but de rendre visible l'activité réelle des services de soins. Sur le plan de la philosophie, les professionnels de santé doivent prendre en considération ce qu'ils vont percevoir comme rémunération pour calibrer leurs dépenses. Or, cette vision économique du fonctionnement des établissements était jusque-là celle des établissements privés à but lucratif essentiellement.

Dans l'ensemble, les réformes ont eu pour but d'étendre la régulation de l'État aux périmètres qui sont sources de dépenses non contrôlées. Valette et Denis (2005) notent que l'État a d'abord incité au développement de l'offre de soins, pour faire face à la demande, puis a souhaité le contrôle des dépenses, sans obtenir d'effets structurels. Selon Dupuy et Naro (2015), la puissance publique et les analystes économiques percevaient la gestion des établissements publics de santé comme désorganisée, inefficace et inefficente. Cette interprétation du fonctionnement public était également celle des gouvernants d'autres pays occidentaux,

notamment des pays anglo-saxons. Certains avaient déjà pris le tournant d'une nouvelle gestion publique, traduction du concept de *New Public Management*, dont les sept principes ont été formalisés par Hood en 1991. Dupuy et Naro les traduisent ainsi : la professionnalisation du management à partir d'une définition explicite des responsabilités, des standards et mesures de performance explicites, la focalisation sur le contrôle des résultats, la départementalisation des unités au sein des administrations, l'introduction d'une logique de concurrence dans le secteur public, l'accent mis sur les modes de management du secteur privé et le renforcement de la discipline budgétaire avec des économies systématiques de ressources. L'application de tous ces principes a été recherchée dans le secteur public hospitalier français et a eu des conséquences pour tous les établissements sanitaires, publics et privés. Ainsi, par exemple, toujours selon Dupuy et Naro, un nouveau modèle de plan comptable obligatoire a été adopté, ainsi que l'obligation de certification des comptes, issue des méthodes de comptabilité de gestion des entreprises privées dans d'autres secteurs de l'économie. Ce modèle de plan comptable a évolué et est devenu la norme de présentation des comptes de tout établissement à leurs tutelles. Les auteurs relèvent que les objectifs visés par l'application du nouveau management public n'ont pas été atteints. Notamment, les changements organisationnels attendus ne sont pas intervenus. Il apparaît que ces changements ne semblent pas toujours avoir de sens pour les acteurs des établissements publics de santé. L'État impose des outils comptables et budgétaires, comme par exemple l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), afin de contraindre les décisionnaires à intégrer une logique économique de performance et d'efficience. Cependant, ces outils ne sont pas complètement adaptés à l'activité de soins et de recherche, et ne permettent pas d'adapter de manière souple les instruments de gestion aux activités réelles qu'ils doivent représenter dans leur dimension économique. Ils sont imposés comme des outils de *reporting* obligatoire, sans accompagnement pour leur mise en œuvre concrète dans les établissements.

Tabuteau (2016) constate qu'il est très difficile de mettre en œuvre une politique de santé interactive car ses objectifs sont très nombreux et sa mise en place d'autant plus complexe que les acteurs cherchent à rester à l'écart de toute régulation. Il relève que la politique de maîtrise des finances sociales influe maintenant plus sur la politique de santé publique que l'inverse.

Les nombreuses et fréquentes modifications de l'environnement normatif et financier par le législateur provoquent des changements rapides et marqués de l'environnement concurrentiel pour les établissements de santé. Nous allons maintenant décrire le système de régulation, tel qu'il fonctionne au moment de l'écriture de cette thèse.

1.1.3 Le système de régulation de l'activité hospitalière

Le mot « hôpital » a une signification variable selon le contexte dans lequel il est utilisé. Il peut être synonyme d'établissement public de court séjour, c'est-à-dire qui pratique les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Il est alors à opposer au mot « clinique », qui désigne alors un établissement sanitaire privé. Dans d'autres contextes, il fait référence à un établissement sanitaire qui délivre des soins médicaux de cours ou de moyen séjour, par opposition aux établissements médico-sociaux, des personnes handicapées ou âgées. C'est dans cette dernière acception qu'il faut entendre l'expression « activité hospitalière ».

On dénombre quatre champs sanitaires. Pour chacun des champs, les modalités d'autorisation d'activité, de financement et les normes de fonctionnement sont différentes et sont donc l'objet de textes réglementaires séparés. Tout d'abord, l'activité de court séjour concerne les soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, communément connus sous le sigle MCO. Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) délivrent aux patients en sortie de court séjour, des soins qui vont de la rééducation d'un membre traumatisé à la réadaptation à une diminution de l'autonomie du patient. À compter de 2023, ce champ est dénommé Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Le troisième champ est celui de l'hospitalisation à domicile, qui concerne uniquement des activités de court séjour de médecine et de chirurgie. Il s'agit d'une activité non obligatoire, exercée par des établissements de court séjour. Enfin, le dernier champ est celui de la psychiatrie.

Selon Valette et Denis (2005), le système de régulation agit grâce à deux leviers, le régime des autorisations et la maîtrise des prix. Toutes les activités hospitalières sont soumises à une autorisation de création d'activité, ce qui interdit le libre accès au marché du soin pour un établissement. De plus, les tarifs facturables pour les activités de soins et la base des frais de séjour sont encadrés pour un établissement donné. Enfin, les activités délivrées chaque année au niveau national sont limitées par une enveloppe budgétaire.

La régulation est opérée par des acteurs institutionnels, à deux niveaux. Au niveau local, les autorisations d'activité et les tarifs autorisés à un établissement sont décidés par les Agences Régionales de Santé, ou ARS. Au fil des réformes, le pouvoir central a développé la décentralisation des décisions jusqu'à déléguer les pleins pouvoirs de la politique hospitalière aux agences régionales de santé (Tabuteau, 2016), qui n'ont cependant pas les mêmes capacités d'action sur la gestion de la "médecine de ville". La médecine de ville fait référence à l'ensemble des professionnels de santé libéraux, par opposition à la médecine hospitalière, qui fait référence aux établissements sanitaires. La régulation nationale revient *in fine* au Parlement, par le vote annuel de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Il s'agit de l'enveloppe totale dédiée aux dépenses de l'assurance-maladie et des accidents de travail pour l'année civile suivante (Tuffreau, 2013). Ce budget est décidé sur la base des prévisions de dépenses et des objectifs de la politique publique (Bonnet et Ponchon, 2018).

1.1.3.1 Les régimes d'autorisation et de déclaration

La limitation des créations et des développements de l'activité hospitalière transforme le secteur de l'hospitalisation en un marché sous contrainte. Les établissements de santé peuvent innover sur le plan stratégique et développer des initiatives, à l'intérieur de stricts cadres communs.

L'ouverture de services et la reprise d'établissements sont également soumises à autorisation de l'agence régionale de santé. Les demandes sont faites au travers d'un dossier étudié par des experts de l'agence, qui décident ou non de compléter leur étude par une visite de l'établissement. La délivrance de l'autorisation dépend de l'inscription du projet stratégique de l'établissement, qui doit obligatoirement être écrit, dans les objectifs d'offre de soins régionale et départementale. Elle est conditionnée par le respect des normes en vigueur. Les normes à respecter sont à la fois techniques et administratives. Un certain nombre ont trait à la sécurité sanitaire (Tabuteau, 2016 ; Bonnet et Ponchon, 2018).

La délivrance d'une autorisation donne lieu à une contractualisation entre l'agence régionale de santé et l'établissement. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est négocié et signé pour cinq ans. Il vise à faire concorder la stratégie de l'établissement avec la politique nationale de santé (Tabuteau, 2016), en matière d'amélioration de la qualité du service rendu, d'efficience économique, d'optimisation des ressources humaines et de coopération avec d'autres acteurs du territoire (Bonnet et Ponchon, 2018). Le contrat détermine les résultats attendus, sur des thèmes définis au niveau national, qui sont évalués annuellement par l'agence régionale de santé, au moyen d'indicateurs de suivi et de résultat énoncés dans le contrat. La revue annuelle peut donner lieu à une suspension ou éventuellement à une résiliation du contrat et à des pénalités financières.

Les tarifs que l'agence régionale de santé autorise à facturer varient d'un établissement à l'autre, y compris quand le statut et la spécialité sont identiques. Ces données ne sont pas communiquées publiquement. Elles sont considérées comme une donnée stratégique très sensible, par les directions d'établissements comme par les agences régionales de santé. Les tarifs annuels décidés pour les prestations de l'établissement sont annexés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, sous la forme d'un avenant.

La maîtrise de l'offre de soins par l'État, via les agences régionales de santé, exerce des contraintes fortes sur les stratégies des établissements, qui ne peuvent décider de changer l'activité dans un service ou de développer une spécialité, sans l'accord préalable de l'autorité régulatrice. À certaines périodes, en fonction de l'évolution des textes législatifs, le nombre de lits dédiés à chaque activité donnait lieu à autorisation ou à déclaration. En dehors des activités critiques, telles que la réanimation par exemple, la variation du nombre de lits effectivement exploités ne nécessite plus d'autorisation préalable. Si le volume de production dans une activité donnée n'est plus strictement encadré, il est, dans les faits, contraint par les obligations

d'amélioration de la qualité et de la performance, dans une enveloppe budgétaire globalement peu extensible.

1.1.3.2 *Le financement des activités hospitalières*

Le financement des activités hospitalières recouvre une part très majoritaire des produits des établissements sanitaires. Il est constitué de la somme de nombreux éléments, différents en fonction de la nature et la quantité des prestations délivrées par chaque établissement. Cette part est strictement encadrée par la loi. Il laisse également une faible marge de manoeuvre stratégique.

Après avoir présenté le cas général, nous détaillons celui des établissements de soins de suite et de réadaptation, champ auquel est rattaché notre terrain de recherche principal.

1.1.3.2.1 Un financement composite

Les sommes versées aux établissements par les financeurs institutionnels sont perçues majoritairement au titre du paiement des prestations de soins, selon le tarif conventionnel. Tout ou partie de ces sommes sont proportionnelles à l'activité réelle de soins. Des allocations forfaitaires peuvent être versées en fonction d'investissements consentis ou de missions particulières remplies par un établissement.

1.1.3.2.1.1 Le dispositif de financement lié à l'activité

La tarification à l'activité, ou T2A, a été mise en place à partir de 2005 dans les établissements de court séjour (Kletz et Moisdon, 2015). Jusque-là, schématiquement, une dotation globale annuelle constituait l'immense majorité des recettes des établissements, sans contrepartie d'activité, pour les établissements publics en particulier. La mesure de l'activité médicale devient alors un enjeu stratégique pour les établissements (Bonnet et Ponchon, 2018). Deux des objectifs de la tarification à l'activité sont de responsabiliser les équipes sur l'utilisation des fonds publics et, ainsi, d'initier des démarches de maîtrise des dépenses de santé (Krief, 2009).

La tarification à l'activité repose sur un système d'informations médico-économiques, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ou PMSI (Kletz et Moisdon, 2015). Ce système de recueil est utilisé pour développer une méthode complexe de calcul de coûts. La grille est construite à partir de la pathologie principale qui déclenche les soins. Les tarifs correspondants à une pathologie dépendent de critères de lourdeurs et de gravité associés au cas traité (Nobre et Biron, 2002). Par exemple, le tarif consenti pour enlever l'appendice iléo-caecal, acte appelé appendicectomie, est plus élevé si le patient présente une infection, telle qu'une péritonite, ou s'il est porteur de troubles cardiaques graves. Toujours selon Nobre et Biron, le coût des activités comprend, en effet, le coût en personnel, l'amortissement des matériels et les charges de structures de l'établissement. Dans le cas d'une appendicectomie simple, le tarif

comprend les charges dépensées pour la prise en charge d'un séjour de quelques jours. Dans le cas d'une péritonite, le traitement nécessite un séjour plus long, donc plus coûteux.

Le tarif de séjour associé à chaque pathologie est recalculé chaque année par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière, connue sous le sigle ATIH. Un échantillon d'établissements a été choisi comme référence pour le calcul des coûts par pathologie. Ils répondent volontairement à l'étude nationale des coûts. Pour une pathologie donnée, ils font connaître les coûts dépensés pour chaque groupe homogène de patients traités dans l'établissement. L'agence technique de l'information hospitalière est chargée de la maintenance du programme de médicalisation des systèmes d'information. Sur la base du codage dans le programme de médicaments des systèmes d'information et de l'étude nationale des coûts, elle traduit les prestations en tarifs. En effet, les actes réalisés par les professionnels de santé pour chaque patient doivent apparaître dans le résumé de sortie anonyme, qui alimente le programme de médicalisation des systèmes d'information. Cette obligation est en vigueur pour les disciplines de court séjour et de soins de suite et de réadaptation (Bonnet et Ponchon, 2018).

Les mêmes auteurs remarquent que le programme de médicalisation des systèmes d'information nécessite à la fois un système d'informations qui permet de recueillir toutes les informations pertinentes, mais aussi une participation active au codage des médecins en particulier, pour fiabiliser la valorisation de chaque séjour. À ces conditions, s'ajoute l'obligation de facturer individuellement, pour chaque patient, et de transmettre à la caisse primaire d'assurance-maladie, par voie électronique, selon des nomenclatures et un format strictement définis. L'ensemble doit être adressé dans un délai limité pour obtenir le remboursement.

Comme l'ensemble des dépenses est limité par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et comme, malgré cela, la croissance de l'activité hospitalière est supérieure à l'objectif fixé, les tarifs diminuent mécaniquement. L'étude de Kletz et Moisdon (2015) confirme **la diminution conventionnelle des tarifs, qui s'éloignent de plus en plus des coûts de revient réels constatés par les établissements. Par conséquent les établissements doivent améliorer leur efficacité chaque année.**

1.1.3.2.1.2 *La rétribution des missions et les aides aux investissements*

Des enveloppes budgétaires sans lien direct avec l'activité réelle de soins sont votées chaque année pour financer des missions d'intérêt collectif. Elles permettent aux agences régionales de santé d'attribuer des allocations différenciées en fonction des missions réalisées en plus des soins.

Le financement des Missions d'Intérêt Général et de l'Aide à la Contractualisation (MIGAC) relève de l'assurance-maladie. Il vise à compenser la réalisation d'activités qui ne relèvent pas directement des soins, et donc de la tarification à l'activité pour les établissements de court séjour. Tel est le cas, par exemple, des expertises réalisées par certains centres de références ou de la

collecte, de la conservation et de la distribution des produits de santé d'origine humaine. Sont ainsi financés également la prévention et l'éducation à la santé, les Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes (Tuffreau, 2013), missions le plus souvent assurées par les centres hospitalo-universitaires.

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) permet de financer les charges liées à des missions comme la permanence des soins, dans les établissements ou chez les professionnels de santé libéraux et les réseaux de santé. C'est aussi par ce biais que sont financées des actions de modernisation et de restructuration de l'offre de soins, à travers des démarches d'amélioration de la performance et des conditions de travail du personnel (Tuffreau, 2013).

Ces financements peuvent concerner tout type d'établissement.

1.1.3.2.2. Le financement des Soins de Suite et Réadaptation (SSR)

Contrairement aux soins de court séjour, les soins dispensés en soins de suite et de réadaptation ne sont pas rétribués en totalité en fonction de l'activité. À partir de 2007, le financement traditionnel de type dotation globale des établissements de soins de suite et de réadaptation a été combiné avec une petite part liée directement à l'activité de soins effectivement réalisée. Cette part s'appelle la dotation modulée à l'activité, ou DMA (Bonnet et Ponchon, 2018). Elle recouvre 10 % du financement des soins. Les 90 % restant sont calculés en multipliant le nombre de journées réalisées et le prix de journée, fixé annuellement par l'agence régionale de santé.

Le prix de journée est lui-même une combinaison de différents forfaits et suppléments, facturés en fonction de certaines évolutions dans la prise en charge du patient. Ces différents forfaits ont des périodicités de facturation différentes, allant de la journée à la semaine en passant par la tarification ponctuelle de chaque prestation. Le tableau 4 présente les différentes prestations concernées et leur périodicité de facturation. Il ne comporte que les catégories de prestations d'hospitalisation avec hébergement, qui correspondent à l'activité de la Clinique SSR.

La dotation modulée à l'activité repose sur le recueil et la transmission des informations du programme de médicalisation du système d'information. Il est donc indispensable de recueillir, de manière systématique, des données administratives, démographiques et médicales. Les auxiliaires médicaux, tels que les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les diététiciens, les ergothérapeutes et les psychologues notamment, doivent renseigner le programme de médicalisation du système d'information, au moyen des codes fournis par la nomenclature correspondante. Les actes de rééducation et de réadaptation ne sont pas codés par les paramédicaux dans les établissements de court séjour. Les informations recueillies sont différentes de la tarification à l'activité à cet égard. C'est pourquoi les compétences et les mesures d'optimisation qui sont efficaces en court séjour ne sont pas directement transférables en soins de suite et réadaptation (Bonnet et Ponchon, 2018).

Tableau 4. Les différentes catégories de prestations d'hospitalisation avec hébergement

CODE	Nom de la prestation	Périodicité de facturation
ENT	Forfait d'entrée	Semaine
PHJ	Forfait de médicaments	Journalière
PJ	Prix de journée	Journalière
PMS	Forfait de production et transmission d'informations	Semaine
SHO	Supplément au prix de journée en cas d'isolement sur prescription médicale	Journalière le temps de l'isolement en chambre particulière
SSM	Surveillance médicale	Journalière
ST1	Supplément transport pour transfert vers un établissement, supérieur à 2 jours (définitif)	Transport facturé par l'établissement d'origine
ST2	Supplément transport pour transfert provisoire pour consultation externe	Transport facturé par l'établissement d'origine
ST3	Supplément transport pour permission de sortie	Chaque transpo

Arrêté du 25 février 2019

La mise en place de la tarification à l'activité sur le modèle du court séjour était initialement prévue en 2016 pour les soins de suite et réadaptation. Elle a été repoussée d'année en année. Le système de codage et le financement apparaissaient insuffisamment élaborés et peu pertinents aux parties prenantes par rapport aux soins réellement prodigués. L'agence technique d'information hospitalière a proposé plusieurs versions de nouvelle classification des actes et de nouveaux principes de financement. Jusqu'en 2022, toutes ont été rejetées par les organisations professionnelles et les fédérations hospitalières. Un accord a été trouvé et, en 2022, une réforme majeure des services de soins de suite et de réadaptation a été votée. Sa date d'entrée en vigueur a été reportée au 1^{er} juin 2023.

La réforme modifie le nom de l'activité de soins, qui devient soins médicaux et de réadaptation ou SMR. Les procédures d'attribution des autorisations d'activité aux établissements de santé changent également. Les objectifs opérationnels de ce changement sont explicités dans la fiche d'impact général, qui accompagne le texte sur le site Légifrance. Il s'agit de l'amélioration de la qualité de la sécurité des prises en charge, une meilleure adaptation à l'innovation en santé et une plus grande territorialisation de l'offre de soins. (Légifrance, 2022).

Les conditions d'implantation de l'activité de soins sont modifiées et nécessitent la demande d'une nouvelle autorisation pour les établissements déjà en activité. De même, les conditions techniques de fonctionnement requises évoluent. Les établissements ont un délai de trois ans pour se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions légales (décret n°2022-25 du 11 janvier 2022).

Contrairement à l'objectif initial, **la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation ne bascule pas complètement vers une tarification à l'activité**, telle qu'elle est appliquée en court séjour. Il semble maintenant que **la réforme des soins de suite et réadaptation préfigure la réforme du financement du court séjour et la modification du dispositif de tarification à l'activité**.

Celle-ci a été conçue comme un outil qui devait donner les moyens d'explorer et d'inciter à l'innovation sur le plans organisationnel et managérial (Moisdon et *al.*, 1997 ; Kletz et Moisdon, 2015). L'objectif majeur était d'améliorer la redistribution budgétaire en fonction des prises en charge réelles. Mais tous les effets escomptés ne se sont pas produits. Le programme de médicalisation du système d'information visait à remplacer les indicateurs classiques de mesure de l'activité hospitalière par des bases de données sur le coût de la prise en charge des séjours (Kletz et Moisdon, 2015). Selon Bonnet et Ponchon (2018), les indicateurs couramment utilisés étaient limités au nombre de journées cumulées sur l'année, au nombre d'entrées par discipline, à la durée moyenne de séjour et au coefficient d'occupation². Le calcul même des tarifs liés à l'activité ont été remis en cause par un certain nombre d'auteurs, car ils ne prennent pas en considération les charges indirectes (Nobre et Biron, 2002). De plus, seuls les soins médicaux et chirurgicaux sont pris en compte, laissant de côté les soins infirmiers et paramédicaux en général. Nobre et Biron rappellent les résultats obtenus par Petit sur les groupes homogènes de patients, qui sont à la base du calcul de coûts. Dès 1989, celui-ci a montré qu'il existait une faible corrélation entre la charge de travail en soins infirmiers et les groupes homogènes de malades. Ces défauts de la tarification à l'activité expliquent en partie l'opposition des fédérations hospitalières à son application en soins de suite et réadaptation.

La réforme du financement des soins de suite et réadaptation est publiée dans le décret n°2022-597 du 21 avril 2022. Le changement majeur porte sur le passage d'un financement composé à 90 % par le prix de journée et à 10 % par la dotation modulée à l'activité, à une rétribution liée à l'activité plus importante, à laquelle sont ajoutés un pourcentage lié à la dotation populationnelle, un pourcentage de dotation de transformation, un pourcentage de réalisation des indicateurs d'incitation financière à la qualité (IFAQ) et un pourcentage pour les molécules onéreuses. Le montant des pourcentages n'est pas défini dans le décret. Selon des sources non officielles (Hospimédia – 22/04/2022 ; Syfmer, 2022), les chiffres négociés en groupe de travail s'élèveraient à 50% pour les recettes issues de l'activité, 35 à 40% de dotation populationnelle, 3 % pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation, 2% de dotation spécifique pour la pédiatrie, 2% pour les plateaux techniques spécialisés, 2% dédiés à l'incitation financière à la qualité et 1% pour le remboursement des molécules onéreuses. À ce jour, les établissements ne savent avec certitude ni dans quelle proportion les prestations seront

² Coefficient d'occupation = nombre de journées exploitées/nombre de lits exploitables

rétribuées, ni ce que recouvre la dotation populationnelle. Les modifications des conditions techniques de fonctionnement vont, quant à elles, nécessiter des investissements en matériel, en locaux et peut-être en personnel. Cependant, la contrepartie financière sur laquelle les établissements pourront s'appuyer pour la construction des budgets prévisionnels n'est pas connue.

1.2 Les parties prenantes majeures

Le système de santé est constitué d'une vaste galaxie d'institutions, d'organisations et de professionnels salariés et libéraux. Les établissements sanitaires sont des acteurs majeurs de l'offre de soins. Ils emploient et travaillent en relation étroite avec les professionnels médicaux et les autres professionnels du soin aux personnes.

Tabuteau (2016) identifie des groupes d'acteurs qui ont un rôle singulier : les professions de santé, le secteur hospitalier, les technostructures hospitalières et les services administratifs, les industriels de santé et les assurances complémentaires. Il note que le secteur de la santé représente 12 % de la richesse nationale, ce qui le place au centre d'enjeux financiers très importants pour les industriels de santé en particulier. Ils ont en effet un rôle important dans l'économie nationale, tout en étant soumis à une stricte régulation. Nous ne développons pas leur place dans le système de santé dans notre thèse.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'État a répondu à la hausse continue des dépenses de santé par des réformes comportant des dispositifs de maîtrise de ces dépenses. Toutes les parties prenantes du système de santé sont confrontées à des changements lors des réformes. Nous décrivons ici les parties prenantes les plus importantes pour la stratégie des établissements sanitaires. Après la présentation des acteurs institutionnels, nous décrivons les enjeux pour les usagers puis les établissements de santé et, enfin, les personnels hospitaliers.

1.2.1 Les acteurs institutionnels

Les institutions participant au système de santé sont nombreuses et variées. Un certain nombre sont rattachés de manière hiérarchique ou fonctionnelle à l'État. Les organismes de financement, qu'ils soient rattachés à l'État ou non, sont décrits dans un deuxième temps.

1.2.1.1 L'État

La politique de santé est décidée et mise en œuvre par les systèmes législatifs et exécutifs. Dans l'ordre chronologique de fabrication de la majorité des lois, le gouvernement, certains ministères et directions qui en dépendent, telles que la direction générale de l'offre de soins, prennent des décisions sur la politique de santé, en fonction, notamment, des objectifs de santé publique. Ils décident également de la planification de l'action publique. Ils écrivent les lois et règlements qui

seront présentés au Parlement, la loi annuelle d'orientation de la loi de financement de la sécurité sociale, qui fixe l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie pour l'année suivante.

Le Parlement enrichit, amende et vote les lois et règlements, proposés essentiellement par l'exécutif.

Les agences régionales de santé sont les seuls opérateurs en charge de l'organisation, tant sanitaire que médico-sociale, en région. Leurs missions consistent à définir et mettre en œuvre les actions et les programmes nécessaires à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé et des principes de l'action sociale et médico-sociale (Bonnet et Ponchon, 2018). Les mêmes auteurs rapportent que les établissements dénoncent l'aspect descendant de la démarche de contractualisation menée par les agences régionales de santé.

Il existe de nombreuses agences nationales non-gouvernementales qui participent au fonctionnement du système. Parmi elles, la Haute Autorité en Santé (HAS) est un interlocuteur incontournable pour les directions d'établissements sanitaires. Elle est en charge de multiples missions de promotion, de réflexion et d'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. Elle assure également la responsabilité et la mise en œuvre de la procédure de certification des établissements sanitaires. Nous en décrivons un exemple dans la partie 5.3 ci-dessous. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été créée en 1998, sous une autre appellation. Sa mission concerne l'ensemble des produits de santé médicaments et dispositifs médicaux et vise à assurer la protection de la santé publique lors de l'utilisation en santé humaine de ces produits (Tuffreau, 2013). Enfin, toujours selon Tuffreau, l'Agence Technique d'Information Hospitalière (ATIH) est chargée de tous les travaux techniques qui permettent la mise en œuvre et l'accessibilité au système d'information national pour les établissements de santé. Cette agence a pour tutelle le ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

1.2.1.2 Les organismes de financement

Le financement des activités de soins est partagé entre, d'une part, l'assurance-maladie obligatoire, d'autre part, les organismes de santé complémentaires et, enfin, les usagers.

Tuffreau (2013) définit l'assurance-maladie obligatoire comme le niveau de protection de base en matière d'assurance-maladie, dont bénéficie l'ensemble des assurés sociaux, quel que soit le régime auquel ils appartiennent. Il existe à ce jour vingt-huit régimes. Le régime général est géré par la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM). C'est l'organisme de base du régime de la sécurité sociale. Il assure le service des prestations pour les branches maladie, maternité, accidents et maladies professionnelles notamment. Tuffreau note que, en France métropolitaine, chaque département possède une caisse primaire d'assurance-maladie. Le régime général couvre 88 % de la population française (securite-sociale.fr, 2022).

Les autres couvertures obligatoires relèvent du régime agricole et de vingt-six régimes spéciaux, hérités de l'histoire de la couverture sociale, pour certains secteurs ou entreprises. Ainsi, par exemple, la société nationale de chemin de fer (SNCF), les mines ou Électricité et Gaz de France (EDF-GDF) ont des régimes qui leur sont propres. **Toutes les caisses d'assurance-maladie sont en relation directe avec les assurés sociaux et les professionnels de santé, pour les questions d'ouverture de droit à prestations, la facturation et le paiement.**

On dénombre trois types d'organismes complémentaires : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances privées. Selon Tuffreau (2013) et Tabuteau (2016), elles couvrent en partie ou en totalité une part significative des dépenses laissées à la charge des assurés par l'assurance maladie. Leur rôle est devenu primordial car elles remboursent une part croissante du financement du système de santé.

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Soual, 2017), la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé augmente plus vite que la consommation de soins et de biens médicaux, sur les 25 dernières années. Les postes qui ont connu la plus forte hausse sont l'optique, les audioprothèses et les prothèses dentaires.

Entre 1990 et 2010, la part financée par les organismes complémentaires est passée de 10,4 % à 13,4% (Soual, 2017) puis a légèrement diminué pour arriver à 12,9% en 2021, soit un montant de 29,2 milliards d'euros pour la consommation de soins et de biens médicaux (DREES, 2022).

Cette hausse est le résultat de plusieurs facteurs, dont le principal est la stratégie de l'État visant à limiter l'augmentation de la part remboursée par la caisse primaire d'assurance-maladie, afin de limiter la hausse des dépenses de santé dans leur ensemble. Pour ce faire, plusieurs techniques ont été employées. Le taux de remboursement de certains médicaments a été diminué ; d'autres ont été complètement déremboursés. Certaines prestations sont maintenant soumises à des franchises, c'est-à-dire qu'un forfait reste à la charge de l'utilisateur. Enfin, les différents modes de conventionnement des tarifs de consultation et des actes médicaux permettent, pour le secteur 2 dit conventionné à honoraires libres, de limiter le remboursement à un forfait conventionnel pour un acte donné, et de laisser libres les dépassements pratiqués par les praticiens libéraux.

Par conséquent, pour que le système de santé fonctionne correctement, il est nécessaire que les organismes gardent de bons rapports avec les professions de santé et avec les pouvoirs publics et qu'ils soient compétitifs auprès des usagers.

Pour les établissements sanitaires, nous avons vu que la facturation des prestations de soins était individualisée pour chaque patient. Ils sont donc en relation avec tous les organismes obligatoires et complémentaires qui assurent la couverture maladie des patients qu'ils prennent en charge. Chaque organisme a des modalités de communications qui lui sont propres, qui

peuvent être spécifiques à chaque département. De plus, l'offre de contrats d'assurance complémentaire est très fournie et très variée. Enfin, les délais de paiement aux établissements sanitaires sont très variables, à la fois par les organismes complémentaires et par les patients eux-mêmes. Le système de financement nécessite, par conséquent, la création de processus de facturation très techniques et adaptables dans le temps.

1.2.2 Les usagers

Au sens le plus strict, les usagers du système de santé sont, ce qu'il est convenu d'appeler dans le milieu hospitalier, les patients. Au sens plus large, les usagers du système sont aussi les familles et les proches des patients. Toute la population a été, est et sera usagère du système de santé à un moment de sa vie.

Sur le plan financier, les usagers payent aux prestataires de soins ce qui est appelé le reste à charge. C'est la part qui n'est remboursée ni par le régime d'assurance-maladie ni par un organisme complémentaire. Dans les faits, les dépenses de santé d'une personne ou d'un ménage sont constituées par le reste à charge et les cotisations aux organismes complémentaires. Selon Consales et *al.* (INSEE, 2019), entre 1960 et 2007, la part des dépenses de santé des ménages a doublé, passant de 2 à de 4% de leur budget, alors qu'elle a diminué en pourcentage de la consommation en soins et biens médicaux. En effet, de manière contre-intuitive, la part du reste à charge des ménages a diminué dans la Consommation de Soins et de Biens Médicaux. La forte hausse de cet indicateur a été compensée par une augmentation du financement par l'Assurance Maladie et par les organismes complémentaires. De sorte que ce que coûte tous les soins et biens médicaux repose plus qu'avant sur la communauté, malgré la hausse de la part de budget que chaque ménage consacre aux soins. La même étude de l'INSEE relève que, plus le budget du ménage est élevé, plus il consacre une part élevée à la santé. La manière dont les patients et les familles perçoivent le reste à charge est une dimension à prendre en considération dans la stratégie des établissements sanitaires. La perception de recettes sur les prestations annexes à l'hospitalisation, telles que la fourniture de services de blanchisserie, de téléphonie ou de télévision, est régulièrement remise en question par des usagers et par certains personnels. La facturation et le paiement sont plus difficiles à obtenir, du fait de la représentation sociale des soins, de la maladie et des attentes vis-à-vis de l'État.

Les prestataires de soins pratiquent une activité de service. Meyssonier (2012) détaille les différences majeures entre activités industrielles et activités de services. La production de services nécessite l'implication du client. La prestation offerte est coproduite avec lui. Elle nécessite donc un certain degré de coopération, plus ou moins important, en fonction de la situation. De plus, le service est immatériel. Les conditions de réalisation de la prestation comptent autant, dans la satisfaction finale du client, que le contenu du service lui-même. Le personnel, qui est au contact du client, est donc amené à gérer à la fois les aspects opérationnels,

c'est-à-dire ce qui est utile au client, et les aspects relationnels, c'est-à-dire ce qui lui est agréable. Les situations de prestations de services varient, autant en termes de contenus du service nécessaire et qu'en termes du comportement du personnel et de l'utilisateur. Le personnel doit être en capacité d'adapter son comportement aux attentes, aux réactions du client et aux facteurs qui environnent la prestation. La gestion des ressources humaines doit donc prendre en compte que les compétences relationnelles sont aussi importantes que les compétences techniques.

Gueguen (2005) constate que l'identification de l'environnement par les acteurs d'une même entreprise varie d'un acteur à l'autre. Il cite Martinet (1984), pour qui chaque stratège a une vision différente de l'environnement. La structure, la culture de l'entreprise et le système d'informations utilisé sont des facteurs de variation de la perception de l'environnement et de l'angle sous lequel chacun l'analyse. *A fortiori*, dans les activités de services où les personnels sont plus en contact avec les clients que la direction, il est à prévoir que leur vision de la stratégie sera d'autant plus variable.

Les prestations de soins ont la particularité de fournir des services où la prestation a pour but d'améliorer l'état de santé ou de diminuer le mal-être du client lui-même. Les soins physiques et psychiques touchent toujours, à des degrés divers, la dimension intime de chaque patient et l'avenir de sa qualité de vie ou de son existence même. C'est pourquoi les compétences relationnelles sont considérées, pour les prestataires de soins, comme des compétences techniques particulières. Chaque situation de soins est différente, ce qui représente une source supplémentaire de variation des comportements du patient et du personnel.

Comme dans toutes les activités, industrielles ou de services, les activités de soins donnent lieu à des démarches de standardisation, à la fois dans un objectif de reproductibilité du niveau de qualité et dans celui de l'amélioration de l'efficacité. L'ensemble des prestations de soins sont l'objet d'une normalisation très importante. De nombreuses normes exogènes, issues du législateur, des agences gouvernementales et des sociétés savantes, s'imposent aux professionnels et s'ajoutent aux normes endogènes, propres à chaque établissement, à chaque service et à chaque professionnel. Les améliorations d'efficacité sont recherchées par la standardisation des prises en charge des patients. La tarification à l'activité incite à une standardisation des durées de séjour, par des tarifs différenciés, moins rémunérateurs au-delà d'une borne, calculée statistiquement pour un groupe homogène de patients donné. Cette contrainte est en voie d'être intégrée dans les prises en charge paramédicales de patients par le biais des chemins cliniques.

Les contraintes économiques dans les établissements sanitaires peuvent conduire à une standardisation excessive. Patients et professionnels se plaignent de la place de plus en plus grande que prend la bureaucratie, dans le temps imparti à la relation de soins. Il s'agit donc de trouver l'équilibre entre qualité du service, qualité de la relation et efficacité de la production de soins. C'est un des enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé.

1.2.3 Les établissements sanitaires

Les établissements sanitaires ont des missions et des champs variés. Ils ont des statuts et, par conséquent, des stratégies différentes.

1.2.3.1 Les missions et champs des établissements sanitaires

Les établissements sanitaires ne peuvent produire que des services. Ils ont l'obligation de remplir un certain nombre de missions, définies dans le code de la santé publique. Celles-ci sont synthétisées par Tuffreau (2013) et reproduites dans l'encadré 4.

Encadré 4. Missions des établissements sanitaires

- "Assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- Délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'étendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles ;
- Participer à la coordination des soins avec les autres professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements en services médico-sociaux [...] ;
- Participer à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- Mener en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale [...] ;
- Élaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins" (lutte contre les événements indésirables, lutte contre l'iatrogénie, définition d'une politique de médicament et du dispositif médical)." (Tuffreau, 2013, p. 220)

Un établissement sanitaire peut délivrer des soins relevant d'un ou plusieurs champs d'exercice définis précédemment, médecine – chirurgie – obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et hospitalisation à domicile. Les services de soins de suite et réadaptation et d'hospitalisation à domicile sont appelés "lits d'aval" pour le court séjour. Ce sont des services qui sont très majoritairement destinés à accueillir des patients qui sortent de services de court séjour et dont l'état requiert une continuité de soins, qui ne peut être délivrée par des professionnels libéraux. Ces services reçoivent beaucoup de demandes d'admission, qui, très souvent, ne peuvent pas toutes être satisfaites. Les activités des différents champs sont donc liées entre elles. Il existe une relation client-fournisseur entre les services de soins de suite ou d'hospitalisation à domicile et les services de médecine et de chirurgie.

Toute activité relevant de ces quatre champs est soumise au régime des autorisations d'exercice et à des réglementations spécifiques, qui stipulent les moyens minimaux à mobiliser, et les conditions d'exercice pour un champ donné et une éventuelle spécialité.

Il n'a pas été possible de trouver le nombre exact d'établissements par catégorie. En effet, d'une part, certains d'entre eux exercent plusieurs activités et, d'autre part, certaines activités peuvent être réalisées en commun par plusieurs établissements de statuts éventuellement différents.

Nous présentons l'activité d'hospitalisation réalisée par les établissements sanitaires en France en 2019 dans le tableau 5. Il s'agit du nombre de journées d'hospitalisation complète ou partielle, en court séjour, psychiatrie et soins de suite et réadaptation, pour l'ensemble des établissements, puis catégorie d'établissements en fonction de leur statut. Les journées d'hospitalisation partielle font référence aux hospitalisations en service ambulatoire et en hôpitaux de jour.

Tableau 5. Nombre de journées d'hospitalisation complète ou partielle en France en 2019 par type d'établissement sanitaire

	Ensemble des établissements	Établissements Publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	
MCO	64 019 398	44 926 473	5 372 724	13 720 201	
%	52%	70%	8%	21%	100%
Psychiatrie	22 521 496	13 796 822	3 014 509	5 710 165	
%	18%	61%	13%	25%	100%
SSR	37 381 953	13 738 826	10 044 437	13 598 690	
%	30%	37%	27%	36%	100%
TOTAL	123 922 847	72 462 121	18 431 670	33 029 056	
%	100%	58%	15%	27%	100%

D'après DREES, 2021.

Les mêmes types de données ont été colligés pour la région Auvergne-Rhône-Alpes pour l'année 2021 dans le tableau 6, les chiffres de 2019 n'étant pas directement accessibles.

Au plan national comme au plan régional, plus de la moitié des journées d'hospitalisation sont réalisées en établissements de court séjour. Ces données montrent également que les parts de marché ne sont pas uniformément réparties entre les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif. Leurs parts de marché varient essentiellement d'un champ à l'autre mais sont relativement similaires aux niveaux national et régional. Les établissements publics sont majoritairement positionnés sur le court séjour, dont ils réalisent 70% des journées d'hospitalisation. Les établissements à but non lucratif sont plutôt positionnés sur le champ des soins de suite et de réadaptation. Les établissements à but lucratif réalisent leur activité dans les quatre champs, avec une légère prépondérance sur les soins de suite et de réadaptation au plan national. Dans un champ donné, la répartition des parts de marché conduit à des positionnements stratégiques différents, d'un champ à l'autre et en fonction du statut.

Tableau 6. Nombre de journées d'hospitalisation complète ou partielle en Auvergne-Rhône-Alpes en 2021 par type d'établissement sanitaire

	Ensemble des établissements	Établissements Publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	
MCO	7 245 519	5 478 033	736 751	1 030 735	
%	54%	76%	10%	14%	100%
Psychiatrie	2 705 561	1 173 204	719 333	813 024	
%	20%	43%	27%	30%	100%
SSR	3 579 263	1 400 519	1 230 580	948 164	
%	26%	39%	34%	26%	100%
TOTAL	13 530 343	8 051 756	2 686 664	2 791 923	
%		60%	20%	21%	100%

D'après sae-diffusion.sante.gouv.fr

1.2.3.2 Statuts et stratégie

Dans le système hospitalier français, il existe trois statuts différents, que nous avons brièvement présentés dans le paragraphe précédent. Au 31 décembre 2019, la DREES (2022), dénombrait 3008 établissements sanitaires dans les quatre champs. Dans le tableau 7, nous présentons le nombre d'établissements de lits et de places installés et leur répartition par statut d'établissements en France au 31 décembre 2019. La place est l'unité de mesure de la capacité d'accueil pour les activités d'hospitalisation partielle et les activités d'ambulatoire. Un même lit physique peut accueillir plusieurs patients dans la même journée.

Les établissements publics font fonctionner plus de la moitié des lits. Les établissements à but lucratif exploitent environ un quart des capacités d'accueil. Les établissements à but non lucratif en exploitent un peu moins de 20%.

Du point de vue de la stratégie globale, Bonnet et Ponchon (2018) distinguent des établissements de soins à caractère public et des établissements à caractère privé. Les premiers n'ont pas d'objectifs lucratifs, qu'ils soient publics ou privés. Les établissements à but lucratif sont l'objet des mêmes mouvements stratégiques que les autres entreprises de l'économie de marché, telles que des phénomènes de fusions-acquisitions pour obtenir des économies d'échelle et capter des parts de marché sur des segments précis.

Tableau 7. Nombre d'établissements sanitaires en France, capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation à temps partiel et répartition par statut en France, au 31 décembre 2019

Statut des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre de places	Pourcentage des lits	Pourcentage des places
Publics	1354 *	241 345	43 210	61%	55%
Privés à but lucratif	983	94 863	20 757	24%	26%
Privés à but non lucratif	671	56 395	14 853	14%	19%
Dont Centres de Lutte Contre le Cancer	20	2 738	688	1%	1%
TOTAL	1 654	392 603	78 820	100%	100%

D'après DREES, 2021

* entités géographiques et non entités juridiques

Nous décrivons maintenant les caractéristiques des trois statuts.

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils sont dotés de l'autonomie administrative et financière, dans la mesure où ils contribuent à la réponse aux besoins de santé, telle qu'elle est définie dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Leurs activités doivent être conformes aux missions du service public hospitalier et ne peuvent en déroger. (Bonnet et Ponchon, 2018). Les personnels qu'ils emploient relèvent en grande partie de la fonction publique hospitalière. L'hôpital public emploie 87 % des 1,184 million d'agents travaillant dans la fonction publique hospitalière au 31 décembre 2019, soit un peu plus d'1 million de personnes (Direction générale de l'administration et de la fonction publique, 2021).

Leur périmètre d'action territorial est très variable : communal, départemental, régional ou national, dans le cas d'expertises très spécifiques. La taille, tant en termes de superficie que de capacité d'accueil, est globalement proportionnelle à la taille de la zone géographique qu'ils desservent. Les centres hospitalo-universitaires sont un cas particulier. Ce sont des centres hospitaliers régionaux qui sont adossés à des facultés de médecine. Ils ont toujours un rôle de formation et de recherche, qui s'ajoute aux missions de soins et de prévention de tous les autres établissements. Les établissements publics sont dirigés par un directeur général, qui, le plus souvent, est un haut fonctionnaire, titulaire du diplôme de directeur d'hôpital délivré par l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) (Lefébure, 2020). La direction de l'établissement s'appuie sur différents organes de gouvernance et sur le contrôle d'un conseil de surveillance, dans lequel siègent des membres des collectivités territoriales.

La gouvernance des établissements publics de santé a souvent évolué avec les réformes hospitalières. Marcon *et al.* (2008) relèvent la complexité du système de décision dans lequel s'insère la gouvernance. Elle est à l'interface de deux sous-systèmes : une organisation dédiée à la production de soins, et les tutelles et financeurs auxquels elle doit rendre compte de

l'efficacité de son organisation. Elle est soumise à des règles et des procédures institutionnelles, qui nécessitent une très bonne connaissance du droit administratif en particulier. Tabuteau (2016) constate, pour sa part, que la sphère d'influence de l'hôpital public est toujours très importante. Il a en effet un rôle social et politique prépondérant sur son territoire, dont il est souvent un des plus gros employeurs. De plus, les fédérations hospitalières, qui les représentent, sont puissantes et leur assurent encore un rôle influant dans l'élaboration de la politique de santé.

Les établissements privés de santé relèvent tous du droit privé, quel que soit leur statut, qu'ils aient un but lucratif ou un but non lucratif. En 2018, ils employaient un peu plus de 300 000 salariés (DREES, 2021).

Les établissements de santé privés à but non lucratif regroupent une grande variété de statuts, et donc de modes de gouvernance. On y trouve des associations, des congrégations religieuses, des fondations et des établissements gérés par des mutuelles.

Les centres de lutte contre le cancer sont un cas particulier parmi les établissements à but non lucratif. Comme les établissements publics de santé, ils n'assurent que des missions de service public et leur mode de gouvernance est fixé par la loi (Bonnet et Ponchon, 2018). En revanche, ils relèvent du droit privé et sont dirigés par un directeur général qui est un médecin salarié du centre, élu par ses pairs pour cinq ans. Ils ont pour objet le traitement des malades atteints de cancer, le dépistage, la recherche et la prévention des pathologies cancéreuses uniquement.

Les établissements de santé privés à but lucratif ont un fonctionnement très proche des entreprises de l'économie marchande. Cependant, à l'instar de certains secteurs stratégiques, ils interviennent dans un environnement très régulé, à la fois sur les capacités de production et sur le prix des prestations pratiquées. Les études sur la stratégie effectivement mise en œuvre dans le secteur des établissements de santé sont rares. Claveranne et *al.*, en 2003, ont décrit les grandes tendances stratégiques du secteur des établissements sanitaires privés à but lucratif. Certains résultats de leur recherche s'observent encore aujourd'hui. Le secteur continue son mouvement de concentration autour de grands groupes hospitaliers privés. La recherche de la masse critique, qu'il est nécessaire d'atteindre pour assurer sa survie, en est une motivation principale. Les grands groupes, en particulier, recherchent des économies d'échelle en centralisant certaines fonctions au niveau national. Nombre de procédures, d'outils de gestion et de pratiques managériales sont pensés et décidés par la maison-mère, puis transférés aux établissements de soins, au moment de leur rachat ou lors de changement de direction décidé au niveau régional ou national. La recherche de ces auteurs montrait également un développement de la fonction managériale, en particulier du contrôle de gestion et du pilotage des activités. Il est également advenu dans les établissements à caractère public, un peu plus tard. Ce développement était alors très nouveau dans le secteur de la santé. Dans notre expérience, nous avons constaté que le contrôle de gestion et son utilisation pour le pilotage opérationnel sont souvent plus développés dans les établissements à caractère privé que dans

les établissements à caractère public. Enfin, l'équipe de recherche a relevé que les établissements privés à but lucratif mettaient en cohérence leur plan stratégique avec leur environnement territorial. Ils recherchaient déjà des coopérations et des complémentarités inter établissements à des fins de gain de parts de marché et de gestion des ressources à forte valeur ajoutée que sont les médecins en particulier.

Les grandes stratégies des groupes de santé privés ont eu des conséquences pour l'ensemble des parties prenantes du secteur. Les améliorations qu'ils ont obtenues en termes de productivité ont été signalés par l'étude nationale des coûts et le programme de médicalisation du système d'information. Les tarifs liés à l'activité ont ainsi été recalculés à l'aune de ce que les établissements les plus efficaces parvenaient à obtenir, tant en termes de charges directes que de durée de séjour. L'objectif du régulateur, par la comparaison des coûts et des indicateurs de séjour, était en effet d'obtenir une amélioration des organisations, en prenant comme référence les établissements qui parvenaient à soigner plus pour moins cher. Les grands mouvements de restructuration, de concentration et de recherche d'économies d'échelle sont ainsi apparus comme des modèles économiquement intéressants. Le législateur a impulsé le regroupement établissements publics et la mise en commun de moyens par la loi de 2009, avec les communautés hospitalières territoriales et les groupements de coopération sanitaire de moyens.

Nombre d'établissements sont regroupés en groupes d'intérêts appelés fédérations hospitalières. Il s'agit d'associations, auxquels les établissements adhèrent volontairement, qui ont pour objet de représenter les intérêts des établissements adhérents dans les négociations avec l'État, les agences régionales de santé et l'assurance-maladie. Les trois plus grandes fédérations sont la fédération hospitalière de France pour les établissements publics, la fédération de l'hospitalisation privée pour les établissements à but lucratif et la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privée et solidaire, pour les établissements à but non lucratif. Il existe également des associations représentant les intérêts d'un champ sanitaire, de certaines catégories d'usagers et de groupes professionnels.

Ainsi que l'analyse Étienne Minvielle (2018), l'enjeu est que des établissements, en cours de standardisation, trouvent une organisation sur-mesure pour que des professionnels de santé, encadrés par de nombreuses normes, parviennent à délivrer une prestation individualisée à chaque patient pris en charge.

1.2.4 Les personnels hospitaliers

Lors de leur recherche-intervention, Nobre et Haouet (2011) ont décrit l'hôpital comme un ensemble de services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. La multiplicité des métiers et des compétences lui permet de mener à bien une grande diversité d'activités. Les auteurs observent que la multiplicité et la variété des services et des métiers s'accompagnent du

cloisonnement des services, qui sont, centrés sur leur activité, ce qui limite la coordination des acteurs et des projets.

Les établissements sanitaires emploient une grande variété de métiers pour mener à bien leur mission. Un centre hospitalo-universitaire peut compter jusqu'à 110 métiers différents parmi ses employés. Autour des professionnels de santé, s'activent des professionnels allant du menuisier à l'assistance sociale, du frigoriste à l'ingénieur en électricité.

1.2.4.1 Les professionnels de santé

Le code de la santé publique définit une typologie des professions de santé (Hénart *et al.*, 2011). Il distingue les professions médicales, qui englobent les médecins, les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes, et les professions de la pharmacie, des autres professions réglementées. Les professionnels médicaux ont en commun l'habilitation à délivrer des prescriptions médicales, qui déclenchent l'autorisation de délivrer des médicaments. L'expression « professions paramédicales » est utilisée couramment pour faire référence aux professions soignantes non médicales, mais ne correspond pas à une définition légale selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (Safon et Suhard, 2020). Ils peuvent être, comme les médecins, spécialisés. Dans les établissements de santé, les pharmaciens hospitaliers sont habilités à délivrer et distribuer des médicaments et produits de santé d'origine humaine. Les préparateurs en pharmacie les assistent. Au sens sociologique anglo-saxon, les pharmaciens, les médecins, les sage-femmes et les dentistes sont constitués en professions.

Les professions médicales et les autres professions soignantes sont réglementées. Le contenu et la durée de leur formation, les conditions de délivrance des diplômes, leur périmètre d'exercice et leurs obligations vis-à-vis des patients et de la société sont définies par la loi et codifiées dans le code de la santé publique. L'État opère également des régulations démographiques, en lien avec les ordres professionnels, pour les professions qui en possèdent.

Marcon *et al.* (2008) ont analysé le comportement du corps des professionnels de santé et constaté qu'ils privilégient des objectifs qualitatifs de notoriété, vis-à-vis de leurs clients, qui ont des attentes variées. Les professionnels privilégient l'excellence du diagnostic et de la prise en charge, l'accompagnement du patient pendant les différentes phases du traitement, allant de la consultation externe à la recherche d'un établissement de soins de suite ou de réadaptation par exemple, en passant par l'hospitalisation. Un certain nombre de médecins considèrent de leur responsabilité d'organiser la totalité du parcours hospitalier des patients.

On observe actuellement de plus grandes difficultés de recrutement pour certains métiers aux échelons locaux, nationaux et internationaux. Malgré l'augmentation du nombre de médecins, d'infirmiers et d'aides-soignants formés, on observe une raréfaction de la ressource soignante sur le marché du travail. La diminution des durées d'exercice dans toutes les professions est perçue comme expliquant ce phénomène. Aucune étude récente ne confirme l'impression

générale que l'abandon des professions soignantes s'est accentué avec la pandémie de la COVID-19 et le phénomène pourrait ne pas durer.

La réglementation a rendu obligatoire la formation professionnelle continue pour les professionnels de santé. L'évolution des connaissances scientifiques et des technologies nécessite une évolution conjointe des compétences des personnels soignants. La mise en œuvre de la formation professionnelle continue s'avère très difficile pour toutes les professions. Marcon *et al.* (2008) constatent que les nouvelles compétences portent à la fois sur la technicité des métiers mais aussi sur la planification et l'ordonnancement des activités, les conséquences opérationnelles de la tarification à l'activité et la gestion des personnels. Les métiers soignants évoluent donc, avec la prise de responsabilités organisationnelles et une implication qui va au-delà des aspects techniques.

Parmi les professions médicales, l'ensemble des médecins exerçant en France est connu sous le nom de corps médical. Cette distinction est faite dans les champs de la sociologie et des sciences politiques. Tabuteau (2016) a étudié les dimensions politiques de ce groupe professionnel. Il souligne que l'identité collective construite par le corps médical en France, reposait, au moins jusqu'à la création du service public hospitalier, sur son opposition aux pouvoirs publics et sur sa volonté d'édifier une médecine libérale totalement autonome. Selon lui, l'organisation actuelle de la profession témoigne encore de cette structuration. Il constate, par exemple, que les référentiels de conduite diagnostique et thérapeutique et les recommandations médicales n'ont pu voir le jour qu'avec la création de la Haute Autorité de santé et plus d'une décennie de tensions. Il souligne la forte institutionnalisation de cette profession, dont les sociétés savantes écrivent des guides ou des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qui acquièrent un pouvoir quasi normatif. De leur côté, les professionnels libéraux limitent de manière récurrente les modifications de la médecine de ville souhaitée par les pouvoirs publics en charge de la santé.

Les personnels soignants non médicaux sont constitués de différents types de métiers, définis dans le code de la santé publique. La catégorie des professions d'auxiliaires médicaux regroupe infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, orthoptistes, manipulateurs en électroradiologie médicale, techniciens de laboratoires médicaux, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes. Le corps des professions relevant du statut d'aide-soignant est constitué des aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des assistants dentaires (Safon et Suhard 2020 ; Légifrance, 2022). Certaines professions sont traditionnellement incluses dans le terme professions paramédicales, comme les psychologues et les cadres de santé, quoiqu'elles ne soient pas définies comme telle dans le code de la santé publique.

Les professionnels de santé disposent d'une indépendance pour certaines décisions d'ordre opérationnel, qui concernent leur choix d'intervention auprès des patients. Pour les médecins, ce principe apparaît réglementairement dans le code de déontologie. Marcon *et al.* (2008) notent que ce type de fonctionnement peut conduire à une segmentation de la structure hiérarchique et du sommet stratégique entre les administratifs et les centres opérationnels médicaux. Selon ces auteurs, l'absence de ligne hiérarchique claire et unique constitue l'une des faiblesses du management des systèmes de production de soins. Krief (2012) décrit des logiques de pouvoir au sein de l'hôpital, qui restent semblables à celles qu'avait analysées Mintzberg (1981), à savoir des tensions entre, d'une part, des centres opérationnels formés par les « professionnels », qui sont considérés comme la raison d'être de l'organisation, et, d'autre part, le sommet hiérarchique, constitué par la partie administrative, qui serait animé d'une logique rationnelle. **Nombre d'auteurs soulignent les difficultés qu'engendrent les lignes hiérarchiques séparées pour définir et mettre en œuvre une stratégie.** Néanmoins, Nobre et Merdinger-Rumpler (2009), Krief (2012), Nobre et Haouet (2011), Zardet *et al.* (2011), Buono (2021) font tous le constat que ces difficultés peuvent être surmontées.

1.2.4.2 *Le personnel non médical non soignant*

Les établissements sanitaires mènent à bien leur mission également grâce à des professionnels non soignants, aux métiers très variés, peu visibles, très peu étudiés dans la littérature de gestion. Leurs proportions sont très variables en fonction de la taille et des activités de soins réalisées par l'établissement.

L'ensemble des professionnels salariés dans les établissements sanitaires sont classés par catégories professionnelles dans la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), qui est une base de données officielle du ministère de la santé. Dans cette nomenclature, les personnels techniques rassemblent les agents des services hospitaliers, les ingénieurs et les différents techniciens tels que techniciens biomédicaux, serruriers, électriciens, plombiers, chauffagistes, peintres ou menuisiers. Les personnels médico-techniques regroupent des professions de santé telles que les manipulateurs en électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire, ainsi que les dosimétristes, les radio-physiciens ou les conseillers en génétique notamment. Du personnel éducatif et social intervient également auprès des patients, notamment des assistants sociaux. La direction et l'administration des établissements sanitaires est constituée de personnels de direction, de secrétaires médicaux et d'autres personnels administratifs, qui exercent des métiers aussi divers qu'agent d'accueil, technicien d'information médicale, facturier, gestionnaire des ressources humaines, acheteur, comptable ou personnel d'encadrement.

Le tableau 8 présente le nombre et la proportion de salariés rémunérés dans trois établissements sanitaires de dimensions différentes : un centre hospitalo-universitaire, le Centre Anticancer et la

Clinique SSR. Les chiffres sont donnés en Équivalents Temps Plein (ETP), employés le 31 décembre 2021. Les exemples du tableau 13 montrent que les personnels non médicaux non soignants représentent entre 8 et 50 % du nombre des équivalents temps pleins salariés, en fonction des spécificités des établissements.

On constate ainsi que les professions médicales représentent environ 15 % dans les deux établissements de court séjour mais seulement 4 % dans la Clinique SSR. À l'inverse, les personnels soignants non médicaux représentent 77 % des ressources humaines en soins de suite et réadaptation mais, respectivement, 52 % dans le centre hospitalo-universitaire et 35 % dans le centre de lutte contre le cancer. On note, enfin, que les personnels administratifs représentent environ deux salariés sur dix dans le sens de lutte contre le cancer, contre un salarié sur dix dans les deux autres établissements.

Tabuteau (2016) souligne que le développement des différents systèmes techniques, tels que le programme de médicalisation du système d'information et la tarification à l'activité a conféré, aux technostructures et aux services administratifs qui sont chargés de ces systèmes, une compétence technique qui les rend incontournables pour la mise en œuvre des réformes politiques. Il relève également que les enjeux sociaux de la politique hospitalière peuvent entrer en conflit avec les objectifs sanitaires ou médico-économiques de la politique publique.

Les populations salariées dans les établissements sanitaires sont donc hétérogènes et réparties entre les métiers de manière différente d'un établissement à l'autre. Ce facteur complique la gestion des établissements sanitaires.

Tableau 8. Nombres d'Équivalents Temps Plein annuels rémunérés par catégorie de personnel et Pourcentages par rapport au nombre total d'ETP salariés d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), du Centre Anticancer et de la Clinique SSR, en 2021

Professions médicales Spécialité exercée	CHU	Centre Anticancer	Clinique SSR
Spécialités médicales	857,04	152,18	1,49
Spécialités chirurgicales	168,72	28,95	-
Psychiatres	25,74	-	-
Odontologues	21,96	-	-
Pharmaciens	68,77	10,76	0,99
Sages femmes	269,93	-	-
Autres	705,60	14,75	-
Internes	1 058,83	52,00	-
TOTAL	3 176,59	258,64	2,48
% DU TOTAL des SALARIÉS	16%	15%	4%
Catégories de personnel non médical	ETP moyens annuels rémunérés	ETP moyens annuels rémunérés	ETP moyens annuels rémunérés
Personnels d'encadrement du personnel soignant	326,97	23,61	2,06
Infirmiers avec spécialisation	789,56	33,38	-
Infirmiers sans spécialisation	4 341,11	352,61	14,44
Aides soignants	3 704,02	131,33	15,71
Agents des services hospitaliers	584,39	66,51	9,17
Psychologues	137,99	6,93	-
Personnels de rééducation	483,15	11,87	2,17
Total Services de Soins	10 367,19	626,24	43,55
% DU TOTAL des SALARIÉS	52%	35%	77%
Personnels de direction	159,04	7,21	1,00
Directeurs de soins infirmiers	7,91	1,00	-
Autres personnels administratifs	1 988,69	380,50	6,72
Total Personnels administratifs	2 155,64	388,71	7,72
% DU TOTAL des SALARIÉS	11%	22%	14%
Personnels éducatifs et sociaux	150,87	10,45	0,96
Personnels pharmacie	230,02	34,68	0,67
Personnels laboratoire	702,24	98,74	-
Personnels radiologie	399,96	98,19	-
Autres personnels médico-techniques	4,86	223,29	-
Personnels techniques et ouvriers	2 635,92	35,07	1,10
Total Hors Services de Soins et Administratifs	4 123,87	500,42	2,73
Total personnel non médical salarié	16 646,70	1 515,37	54,00
% DU TOTAL des SALARIÉS	84%	85%	96%
Total personnel salarié	19 823	1 774	56

D'après la Statistique Annuelle des Établissements de santé, 2021

CONCLUSION du chapitre 1

Les établissements sanitaires évoluent dans un environnement particulièrement complexe. En premier lieu, l'environnement stratégique est polymorphe, ce qui rend son appréhension difficile. Ainsi que le relève Gueguen (2005), pour toute firme, l'appréhension de l'environnement des entreprises et l'identification de caractéristiques mesurables de cet environnement sont des phénomènes extrêmement complexes. En second lieu, de multiples recherches mettent l'accent sur la transformation et l'adaptation continue du système de production de soins à l'évolution de l'environnement scientifique, technologique, social et économique, politique et institutionnel, ainsi que le relèvent Marcon *et al.* (2008) par exemple.

Les transformations de l'environnement externe des établissements sont des facteurs d'incertitude que rencontrent beaucoup d'entreprises d'autres secteurs économiques. L'environnement stratégique des établissements sanitaires est parfois qualifié de turbulent. Il existe de nombreuses définitions de l'incertitude, de la turbulence ou de l'homogénéité dans les recherches en stratégie. Toujours selon Gueguen (2015), il n'existe pas de cadre de référence pour mesurer la turbulence. Selon lui, c'est en décrivant l'environnement d'une entreprise, puis en l'étalonnant au moyen de différentes théories, qu'il est possible de jauger le niveau de turbulence d'un secteur. Nous choisissons une définition consensuelle de la turbulence en la décrivant comme la **survenue de changements importants, soudains et imprévisibles dans l'environnement externe d'une entreprise ou d'une organisation**. Or, dans l'environnement hospitalier, les évolutions de la régulation apparaissent à l'issue de réformes qui sont négociées, dans la très grande majorité des cas. De plus, le régime des autorisations rend impossible l'arrivée soudaine de nouveaux opérateurs et l'augmentation brutale des capacités de production, par exemple par une augmentation du nombre de lits ou de places d'ambulatoire. Enfin, la baisse annuelle des tarifs est relativement stable d'une année sur l'autre, et les difficultés démographiques évoluent dans le même sens depuis plusieurs années. **L'environnement hospitalier nous apparaît donc assez prévisible dans son évolution et donc peu turbulent**, contrairement à l'intuition que nous en avons avant cette recherche.

Au plan national, la politique de santé est enserrée dans un système de pouvoir complexe, (Tabuteau, 2016) qui se retrouve à petite échelle à l'intérieur des établissements sanitaires. La coexistence de lignes hiérarchiques internes différenciées, entre corps médical, personnel soignant et personnel administratif, favorise la persistance de rapports de pouvoir dans les pratiques de management des différents acteurs, selon Ouchi (1981), cité dans Nobre et Haouet, (2011). Il souligne la divergence des objectifs des différentes catégories d'acteurs et la difficulté qui en découle pour mesurer la performance de l'activité hospitalière.

L'injonction faite aux établissements publics d'écrire un projet stratégique d'établissement pourrait les aider à faire converger les objectifs des différentes catégories d'acteurs. Cependant, cette

injonction n'a pas donné lieu à la conception réelle de projets stratégiques. Il y a eu des projets d'établissement qui n'étaient pas des projets stratégiques mais plutôt une réponse de façade à la demande des tutelles. La réalité est que le projet stratégique nécessite de faire travailler ensemble la direction administrative et la direction médicale en particulier, qu'ils doivent écrire et mettre en place un même projet stratégique alors qu'ils n'ont pas les mêmes visions. L'absence d'accord sur la stratégie commune montre que les dispositifs de négociation et de concertation gagneraient à être améliorés.

La synthèse faite par Guisset *et al.* en 2002, il y a vingt ans, reste tout à fait d'actualité :

Les défis auxquels sont actuellement confrontées les directions d'hôpitaux (gestionnaires, médecins...) sont multiples et parfois en opposition. Le management doit s'efforcer de garantir l'équilibre financier, de maintenir minimal le taux de rotation du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, d'éviter les durées de séjour trop longues, de respecter les normes de personnels soignant, d'obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits de leur séjour, et d'assurer la qualité des soins la meilleure possible.... Ces différents aspects, parmi d'autres, relèvent de la performance hospitalière. (2002, p. 66)

Ces défis sont à relever à l'intérieur d'un cadre normatif et tarifaire qui laissent peu de marges de manœuvres pour développer la production de soins en volume et en produits facturés. La baisse des tarifs remboursés, par rapport à l'inflation, année après année, impose des améliorations continues d'efficacité des organisations et donc des améliorations de la performance.

Le chapitre deux présente les principaux cadres utilisés pour analyser les données et les résultats obtenus dans cette organisation complexe et en forte évolution qu'est un établissement sanitaire.

Chapitre 2 - Deux cadres théoriques complémentaires : la Théorie socio-économique et l'Approche par les ressources

Nous présentons dans ce chapitre les composants majeurs des deux cadres théoriques principaux que nous avons mobilisés. **Le système de prise de décisions sera analysé et expliqué essentiellement sur la base de la théorie socio-économique et de l'approche par les ressources et les compétences.**

Ces deux cadres théoriques sont contemporains. Ils se sont développés en parallèle depuis les années 1980 et se révèlent complémentaires. En premier lieu, **l'approche par les ressources** s'est développée essentiellement au sein de la **sphère académique**. Il s'agit d'une approche théorique, qui a été peu prolongée par des applications pratiques. En revanche, la théorie socio-économique est, d'une part, mobilisée dans la sphère académique, dans le cadre de nombreuses recherches-interventions depuis près de 50 ans. Elle est, d'autre part, expérimentée dans les organisations, qui nourrissent son évolution. Tous les intervenants-chercheurs utilisent la même méthodologie de recherche. L'apprentissage commun a permis le développement de méthodes de recherche, de concepts et de nombreux outils d'application. En second lieu, l'approche par les ressources a donné naissance à différentes théories, qui donnent un cadre d'analyse générale commun, à l'échelle méso économique. En quelque sorte, cette approche fournit un schéma et une loupe pour aller observer le terrain. La théorie socio-économique propose une forme de modélisation des organisations, vues sous l'angle des ressources, à partir de l'observation et de l'expérimentation de terrain. La **théorie socio-économique** développe un ensemble de concepts et d'outils d'analyse approfondie, à l'échelle microéconomique. Elle dote le chercheur d'un microscope, de réactifs, de protocoles de recherche, de diagnostics et de traitements, déjà **expérimentés sur des terrains variés.**

Nous décrivons dans ce chapitre les grands concepts et principes qui constituent ces deux théories. Des éléments plus détaillés seront mobilisés dans les chapitres suivants, au moment où ils seront nécessaires à l'analyse des éléments exposés. Puis, nous exposons les grands points de convergence et les spécificités de la **théorie socio-économique** et de **l'approche par les ressources**. Enfin, nous décrivons brièvement les différentes approches de la décision, d'une part, dans **les théories de la décision** et, d'autre part, dans la théorie socio-économique. La théorie socio-économique est constituée de multiples micro-théories complémentaires, qui permettent de rendre compte et d'intervenir sur l'objet complexe qu'est une organisation. Elle intègre la nature systémique des phénomènes organisationnels. Elle intègre également la théorie de la rationalité limitée et apporte un cadre d'analyse et d'intervention sur les structures et comportements, tels les processus décisionnels et les échanges d'informations qui entrent dans

notre objet d'étude. La théorie socio-économique constitue le cadre théorique essentiel à travers lequel nous étudions ces variables.

2.1 La Théorie socio-économique

La théorie socio-économique conçoit l'organisation comme un ensemble de comportements et de structures, dont la parfaite harmonie permettrait d'atteindre un fonctionnement optimum. Cependant, les structures et les comportements ne sont jamais parfaitement congruents. Des dysfonctionnements naissent de leurs inadéquations. L'adaptation des comportements aux structures et, plus rarement, des structures aux comportements nécessitent l'échange d'informations sur les dysfonctionnements. L'information et la communication tiennent, par conséquent, une place prépondérante dans la théorie socio-économique. Enfin, la distinction entre informations opérationnelles, informations tactiques et informations stratégiques est discutée.

2.1.1 Une conception de l'organisation comme ensemble de comportements et structures

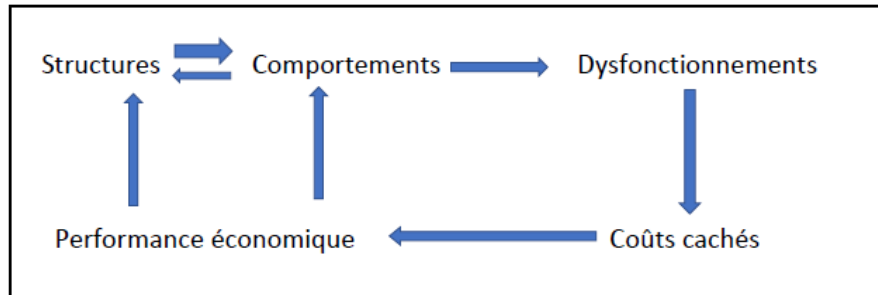
La théorie socio-économique a été fondée en 1973 par Henri Savall, qui en a publié les bases en 1975, dans *Enrichir le travail humain*. Économiste de formation, il cherchait à comprendre ce qui explique les variations de rendement des facteurs de production, que sont le travail et le capital. Au cours de ses recherches, il met au point une méthode qui permet de mesurer le facteur résiduel de Solow, part du rendement des facteurs de production que les théories économiques ne parviennent pas à expliquer. Il nomme cette part "coûts/performances cachés". Il constate, en effet, que ce facteur résiduel ne peut être élucidé par les données recueillies dans le modèle comptable classique. De manière plus générale, le modèle comptable ne permet pas d'expliquer le niveau de performance organisationnelle (Savall et Zardet, 2014). Il démontre que l'essence du potentiel humain, qui fournit le travail, n'est pas connue. Or, le potentiel humain explique une part importante de la création de valeur dans l'économie générale et l'économie des entreprises. Pour Henri Savall, la performance sociale et la performance économique sont toujours interdépendantes. Par conséquent, la performance est toujours socio-économique (Savall et Zardet, 1987/2020). C'est ainsi qu'il crée la théorie socio-économique des organisations.

Savall décide d'orienter sa recherche vers l'observation des phénomènes réels afin d'établir une méthodologie de calcul des coûts et des performances cachés. Il passe d'une vision macro-économique à une vision microéconomique, en s'intéressant à ce qui se passe à l'intérieur des entreprises. Il adopte ainsi un point de vue de chercheur en sciences de gestion. Il pose l'hypothèse fondamentale de la théorie socio-économique ainsi :

Toute unité de travail est considérée comme un ensemble de structures, qui interagissent avec les êtres humains au travail en influençant leurs comportements.

Savall et Zardet ont synthétisé l'hypothèse fondamentale de la théorie dans la figure que nous reproduisons en figure 3.

Figure 3. Représentation schématique de l'hypothèse fondamentale de la théorie socio-économique



Savall et Zardet, 1978, 1987/2020.

C'est l'ensemble [structures – comportements] qui crée l'activité économique de l'organisation. L'activité comporte toujours deux faces. La première est l'orthofonctionnement. Il est défini comme le fonctionnement recherché, souhaité ou attendu par les acteurs. L'autre est le dysfonctionnement, qui est la manifestation de l'écart entre le fonctionnement réel et l'orthofonctionnement (Savall, 1974/1979 ; Savall et Zardet, 1987/2020). Les dysfonctionnements sont donc, soit le résultat d'actions inadaptées, soit l'écart entre le réel et ce qui est visé par l'organisation mais pas encore atteint. Les dysfonctionnements génèrent des coûts cachés, qui correspondent aux charges des actions de régulations et aux produits qui auraient été obtenus si le dysfonctionnement n'avait pas eu lieu. C'est pourquoi les dysfonctionnements diminuent la performance économique et questionnent les structures de l'organisation et les comportements des êtres humains. Pour comprendre comment les éléments de structures et de comportements sont positionnés les uns par rapport aux autres dans une organisation, la théorie socio-économique utilise l'analyse des dysfonctionnements (Savall, 1974/2020).

Savall et Zardet (1987/2020) définissent les structures de manière assez large, comme l'ensemble des éléments de l'organisation qui sont à la fois permanents et prégnants. Les structures ont la particularité d'être très stables et difficiles à changer. Les auteurs soulignent la nécessité de grands efforts, individuels et collectifs, ainsi que des ressources matérielles et financières, pour les faire évoluer rapidement. Cette définition permet d'éclairer les constats de Joffre et Koenig (1992), qui notent que la capacité d'adaptation des entreprises est limitée par une inertie. Ainsi, par exemple, il peut être difficile de réorienter des investissements vers d'autres fins, du fait de l'héritage que représentent les qualifications et le potentiel du personnel ou l'attachement psychologique à des activités ou à des modes de pensée particuliers et les menées politiques autour de territoires constitués. Les facteurs d'inertie décrits par ces auteurs correspondent aux structures de la théorie socio-économique.

Savall et Zardet classent les structures en cinq catégories : les structures physiques, technologiques, organisationnelles, démographiques et mentales. Cette catégorisation permet

d'analyser l'organisation et ses dysfonctionnements. Ils séparent, d'autre part, la superstructure, de l'infrastructure. Dans leur ouvrage de 1995, ils définissent la superstructure comme l'ensemble des composantes visibles et relativement stables de l'organisation. L'infrastructure est constituée d'éléments faiblement visibles. Ce sont les dispositifs qui organisent le fonctionnement de l'organisation. C'est l'infrastructure qui conditionne la qualité, la cohérence, l'efficacité et l'efficacéité de l'organisation. Les auteurs séparent les dispositifs qui constituent l'infrastructure en six domaines, qui permettent de catégoriser les dysfonctionnements. Il s'agit des conditions de travail, de l'organisation du travail, de la gestion du temps, de la communication-coordination-concertation, de la formation intégrée et de la mise en œuvre stratégique.

Savall et Zardet (1987/ 2020) définissent les comportements comme les "manifestations de l'homme **effectivement observées**, et qui ont une incidence sur son environnement physique et social » (p. 182). **La décision**, par exemple, **est une catégorie particulière de comportement**. Contrairement aux structures, les comportements sont fluctuants car ils sont conjoncturels. La théorie socio-économique remet en question les présupposés selon lesquels l'humain, même subordonné, est spontanément soumis et obéissant. Les mêmes auteurs (2021) ont observé que l'acteur est mû par des pulsions et des motivations potentiellement contradictoires entre elles, et/ou contradictoires avec les objectifs de l'organisation. Les recherches de Savall (1974) le conduisent à remettre en question les principes de l'École Classique de l'Organisation, proposés par Taylor (1911/ 1957), Fayol (1916) et Weber (1924). Il constate, en effet, dès le début de ses recherches, que les **principes de division maximale du travail**, de **séparation entre la conception, la décision et la réalisation des activités**, ainsi que la **dépersonnalisation des postes de travail et organigrammes** continuent d'être largement appliqués dans les entreprises. Il nomme l'application de ces trois principes le « **virus TFW** », pour **Taylorisme-Fayolisme-Weberisme**. Tout au long de leurs recherches, Savall et Zardet (2014, 2021) ont mis en lumière l'inadaptation de ces principes aux situations professionnelles actuelles. En effet, en un siècle, les compétences et les comportements ont beaucoup évolué. En France, le niveau d'étude moyen des salariés a été significativement élevé, l'analphabétisme ne touche qu'une petite minorité de la population. Le droit social protège beaucoup plus les salariés qu'au début du vingtième siècle. Le marché du travail offre une plus grande variété d'emplois et de conditions de travail. Les aspirations des êtres humains au travail, dans les pays développés, ont considérablement changé. Les environnements sociaux, économiques et politiques se sont fortement modifiés. Le concept de hiérarchie est maintenant relatif, virtuel. Le pouvoir hiérarchique à lui seul ne dissuade pas la désobéissance des acteurs, d'autant que les sanctions tolérées par la société sont inefficaces pour redonner aux supérieurs hiérarchiques le pouvoir d'être obéis sans contestation ni négociation. Toujours selon Savall et Zardet, l'être humain est intelligent et stratège mais aussi désobéissant et amnésique, de sorte que la hiérarchie n'est pas constamment effective. D'autres principes ou dispositifs sont nécessaires pour rendre les comportements individuels et collectifs moins inconstants et assurer une qualité et une quantité

de production plus stables. Le système de comportements, nombreux et complexes, est à la source de la performance humaine et sociale. Il doit donc être pris en compte dans la gestion de l'entreprise, dans ses différentes dimensions.

2.1.2 La place de l'information et de la communication dans la théorie socio-économique

Les travaux menés par Savall et Zardet (1987/2020,1995) montrent qu'un des problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les organisations sont le **manque de circulation des informations**, en particulier, dans la verticalité de l'organisation, c'est-à-dire entre les différents niveaux hiérarchiques.

Savall et Zardet (Zardet, 1985, 1986 ; Savall et Zardet, 1987/2020) définissent **l'information comme tout message, qu'il soit nouveau ou répété, émis par un acteur interne ou externe à l'entreprise ou à son environnement**. L'émission d'une information ne permet pas de préjuger de son efficacité concrète. Or, dans une organisation, les informations utiles doivent circuler et permettre de déclencher l'action voulue, chez le récepteur ciblé. Suite à ses recherches, Zardet définit le système d'informations formel comme un ensemble de dispositifs d'interactions entre les acteurs de l'entreprise, conçus *a priori*. Plus précisément, il s'agit de :

" un ensemble construit et articulé de ressources humaines, techniques, de procédures, de règles, destiné à réaliser des tâches d'acquisition, de stockage, de traitement, de diffusion des informations, dans l'objectif d'aider les individus et les groupes d'individus de l'entreprise (service, atelier, département, instance de décision, groupe de travail...) à prendre des décisions de gestion" (p. 3).

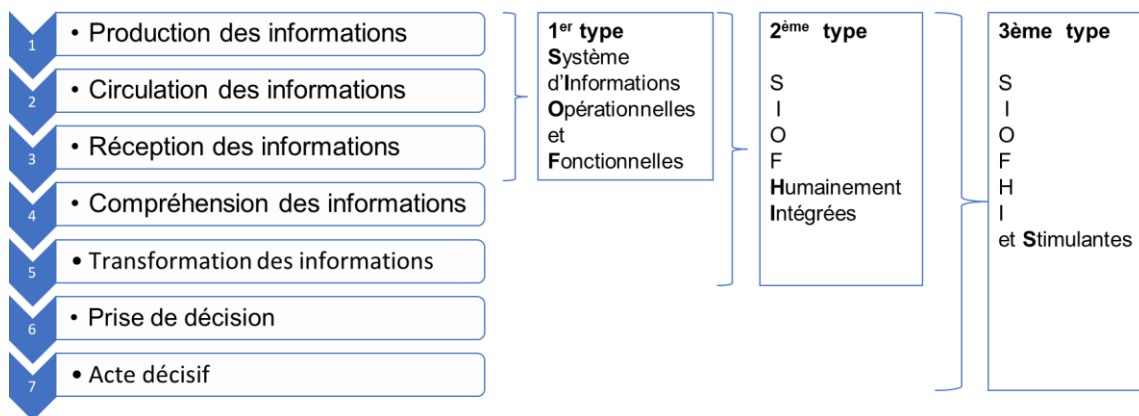
Ce système véhicule une partie seulement du volume important d'informations créées par l'organisation. Toutes ne sont pas utiles à l'ensemble des personnes qui les reçoivent.

Zardet souligne que les systèmes d'informations formels, conçus *a priori*, prennent faiblement en compte les besoins du récepteur et l'utilité du contenu des informations envoyées. Savall et Zardet (1987/2020 ; 2014) montrent, à travers de nombreuses recherches, que les informations inutiles et/ou celles reçues par des récepteurs qui n'en ont pas l'usage, sont une source de coûts cachés, qui dégradent la performance économique. Ces auteurs soulignent l'importance de la circulation d'informations utiles, c'est-à-dire des informations comprises, mémorisées par le récepteur et qui déclenchent une action « décisive », quelle qu'elle soit, opérationnelle ou fonctionnelle. Pour Zardet (1986), **un acte est décisif s'il concourt à l'atteinte des objectifs stratégiques**, fixés en termes de performance économique à court, moyen terme ou de performance sociale. **Le déclenchement d'un acte décisif nécessite une dépense d'énergie humaine, un comportement adapté à la situation et un apport de compétences**. Pour ces auteurs, lorsque des informations déclenchent une telle action, elles sont dites stimulantes, individuellement et collectivement, pour les acteurs qui les reçoivent. Par conséquent, il est

important de porter une attention soutenue au système d'informations, formel et informel, c'est-à-dire plus largement aux informations qui circulent dans l'entreprise et aux canaux qu'elles empruntent ou non. Celles-ci doivent avoir un caractère utile et stimulant pour les récepteurs.

Plusieurs étapes sont nécessaires entre la production des informations et une action décisive. Les auteurs en décrivent sept. La figure 4 reproduit les étapes de traitement des informations et les catégories de systèmes d'informations en fonction du nombre d'étapes qu'ils réalisent.

Figure 4. Étapes de traitement des informations et typologie des systèmes d'informations opérationnelles et fonctionnelles



Zardet, 1986 ; Savall et Zardet, 1995

Chaque étape est nécessaire pour que la suivante ait lieu. Ainsi, une information produite doit circuler pour être réceptionnée. Si l'information réceptionnée n'est pas comprise, alors elle ne donnera pas lieu à la transformation nécessaire pour être intégrée dans la prise de décision. S'il n'y a pas de prise de décision, il n'y aura pas d'action. L'information n'aura pas été stimulante. Si les informations sont comprises et transmises, elles sont décrites comme humainement intégrées, mais elles ne sont stimulantes que si elles provoquent l'action. Les auteurs séparent ainsi les systèmes d'informations en trois catégories. Ils se concentrent uniquement sur les informations opérationnelles et fonctionnelles, pour des raisons que nous aborderons plus loin.

L'acronyme SIOF, pour système d'informations opérationnelles et fonctionnelles, qualifie un système d'informations qui va de la production à la réception des informations uniquement. L'acronyme SIOFHI désigne un système d'informations qui permet au récepteur de comprendre et transformer les informations. Le SIOFHIS est un système d'informations opérationnelles et fonctionnelles, humainement intégrées et stimulantes, c'est-à-dire qui déclenche l'action au sens large. Il permet et déclenche des actes de pilotage qui convergent pour atteindre les objectifs stratégiques de l'entreprise. Il s'agit donc d'un système d'informations vivant, qui est porté et s'adapte aux êtres humains, et qui est efficace du point de vue des buts de l'organisation.

Ce troisième type de système d'informations, le SIOFHIS, est celui qui permet l'amélioration de la production, en qualité comme en quantité. Il est nécessaire pour corriger ou réguler les

dysfonctionnements de manière durable. Il est, en effet, nécessaire qu'un dysfonctionnement soit constaté, que ce constat soit transmis, compris, intégré et qu'une décision soit prise pour qu'il soit traité. Dans la théorie socio-économique, le traitement des dysfonctionnements relève de trois catégories possibles. La régulation d'abandon est celle où l'acteur qui constate le dysfonctionnement, n'agit pas. La régulation d'absorption est un traitement actif du dysfonctionnement immédiat, sans prise en compte de ses causes. Le dysfonctionnement pourra donc se répéter dans l'avenir. La régulation d'absorption n'aura un effet positif qu'à court terme. La **régulation d'équilibration** définit les actions mises en place par un ou des acteurs pour corriger le dysfonctionnement immédiat et prendre les dispositions nécessaires pour éviter qu'il ne se reproduise. Les effets seront donc perçus à court, moyen et long termes. La régulation d'équilibration permet un **apprentissage** de l'entreprise et une **création de valeur supplémentaire** par rapport à la situation antérieure. Un système d'informations vivant qui a les caractéristiques SIOFHIS est donc un vecteur de l'apprentissage collectif (Zardet, 1986).

L'amélioration du fonctionnement nécessite une **communication efficace à toutes les interfaces**, entre les individus et entre les équipes de l'organisation. Une organisation qui ne corrige pas durablement ses dysfonctionnements diminue à la fois son efficacité et son efficience. Beaucoup de dysfonctionnements se situent dans la communication verticale, c'est-à-dire le long de la voie hiérarchique. Les équipes de recherche utilisant la théorie socio-économique ont montré la persistance de silos verticaux dans les organisations. Un silo est un ensemble d'individus et de services, qui communiquent naturellement entre eux, sur les domaines spécifiques qu'ils ont en commun. Par exemple, les personnels de la direction des affaires financières communiquent entre eux sur tous les sujets qui les occupent au quotidien, tels que les factures à acquitter, le niveau de la trésorerie ou l'enregistrement d'opérations en comptabilité. En revanche, ils communiquent moins et de manière moins efficace avec les autres silos, spécialisés dans d'autres champs. Chaque direction utilise un vocabulaire spécifique et fonctionne selon son propre agenda. En poursuivant sur le même exemple, la référence à des numéros de compte du plan comptable pourra ne pas avoir de sens pour une personne de la direction de l'exploitation, si elle n'est pas régulièrement en contact avec un plan comptable général, alors qu'il s'agit d'une information essentielle en comptabilité. La direction financière sera très occupée au moment de la clôture de l'exercice, alors que ce peut être un moment plus calme pour les services de production. Des informations qui seraient traitées rapidement en dehors de la période de clôture pourront être oubliées pendant cette période d'activité plus intense. Il est donc nécessaire de veiller à la transmission d'informations stimulantes de manière horizontale, c'est-à-dire entre les individus, entre les services et entre les silos mais aussi de manière verticale, c'est-à-dire entre les différents niveaux de la hiérarchie. *A fortiori*, la communication oblique, c'est-à-dire entre tous les points de l'organigramme, au sein de l'ensemble de l'organisation, ne se fait pas naturellement dans une organisation cloisonnée (Savall et Zardet, 2014).

L'ascenseur stratégique est né des observations scientifiques, et, en particulier, des entretiens menés lors des diagnostics socio-économiques, accumulés par les chercheurs de l'institut de socio-économie des entreprises et des organisations, dirigé par Savall et Zardet. L'expression "ascenseur" (Savall et Zardet, 2008) fait référence au principe générique de la source de performance socio-économique, qui dépend des interactions entre les différents étages de l'organigramme. L'ascenseur est dit opérationnel dans son mouvement quotidien et stratégique lorsqu'il exprime un mécanisme et la source de la performance durable à moyen et long termes (H.Savall, communication personnelle, 29 avril 2022) L'ascenseur stratégique est une métaphore, un concept défini comme **l'organisation permanente de la circulation des informations stimulantes, opérationnelles et fonctionnelles, humainement intégrées, entre les différentes strates horizontales et verticales de l'organisation** (H.Savall, communication personnelle, 29 avril 2022). La vision qui reste ancrée, selon laquelle la performance d'une organisation est améliorée par la séparation des fonctions, entretient le déficit de communication entre les individus et les services. Spontanément, la transmission des informations est limitée par les structures organisationnelles formelles et les structures mentales. Dans les croyances classiques des acteurs de l'entreprise, la spécialisation et la dépersonnalisation des postes de travail et des processus restent les attributs nécessaires à l'efficacité et à la performance. L'ascenseur stratégique symbolise la traversée des barrières physiques et mentales entre services, niveaux et fonctions. Prendre l'ascenseur stratégique consiste à aller à la rencontre de personnes avec lesquelles on n'entre pas en contact quotidiennement dans le cadre strict de ses fonctions ou sur des sujets qui ne sont pas immédiatement en lien avec la production. Cette métaphore concerne au premier chef les directeurs, qui sont éloignés des lieux de production et de mise en œuvre des décisions stratégiques, mais tout individu peut utiliser et gagne à utiliser l'ascenseur. Sanchez (2018) décrit ainsi des techniques d'animation qui permettent "de stimuler l'ascenseur *bottom up*" (p.15). En ce sens, l'ascenseur est un antidote au virus Taylorisme-Fayolisme-Weberisme. Selon Savall (2022), l'ascenseur est stratégique en ce qu'il a des effets extrêmement nombreux et durables. Tout d'abord, il permet aux acteurs qui prennent l'ascenseur de découvrir des problématiques rencontrées par d'autres personnes. L'observation et l'échange permettent à chacun d'avoir une meilleure connaissance de ce qui se passe ailleurs et des compétences dont d'autres disposent. Ce peut être l'occasion pour un directeur de se rendre compte qu'un processus n'est pas entièrement respecté et d'interroger les personnels sur la raison réelle de ce non-respect. Ce peut être aussi l'opportunité de lever des malentendus. Ainsi, des situations qui apparaissent comme des dysfonctionnements à certains, peuvent ne plus apparaître comme tels pour les personnes qui les vivent au quotidien. Ensuite, l'échange d'informations pourra permettre de traiter ces dysfonctionnements au niveau pertinent et de donner lieu à des actions d'amélioration de l'efficacité de l'organisation. En somme, **l'ascenseur stratégique est un dispositif de communication informelle. Il complète les dispositifs de communication-coordination-concertation formels et informels, mis en œuvre en routine.**

Pour Savall, la **stratégie n'est importante que si elle est mise en œuvre** et, pour cela, elle dépend du potentiel humain de l'organisation. La mise en œuvre de l'ensemble de la stratégie de l'organisation dépend des actions de toutes les personnes qui la constituent. Il est donc important de faire circuler les informations pertinentes vers les récepteurs pertinents, c'est-à-dire vers les personnes qui orienteront les actions dans le sens souhaité par l'organisation. C'est pourquoi tous les êtres humains de l'organisation doivent avoir connaissance des éléments de la stratégie qui sont pertinents pour orienter leurs actions quotidiennes.

Les informations stratégiques ont donc un lien très étroit avec celles qui sont ordinairement appelées informations tactiques et informations opérationnelles.

2.1.3 Les informations stratégiques, tactiques et opérationnelles

Les théories et les pratiques classiques distinguent les informations qui circulent dans l'organisation en fonction du type de décisions auxquelles elles vont concourir. Zardet (1986), dans son étude des systèmes d'informations, définit les **informations opérationnelles** comme étant celles qui concourent directement à la réalisation d'activités et à l'atteinte des objectifs de l'acteur. Les **informations fonctionnelles** sont celles qui ne relèvent pas directement de l'activité de production mais qui concourent au fonctionnement général de l'organisation. Elles se rapprochent des informations administratives définies par Ansoff. Pour lui, les décisions stratégiques concernent les affaires extérieures de l'entreprise et, en particulier, le choix de ses produits et des marchés qu'elle investira (Ansoff, 1965,1989). Zardet (1986) rappelle les deux catégorisations des décisions par niveaux, faites par Anthony (1965) et Ansoff (1965, 1989). Ce dernier différencie décisions stratégiques, administratives et opérationnelles.

La théorie socio-économique remet en cause ces catégorisations des décisions, et, par conséquent, la catégorisation des informations qui en découlent. Les recherches au plus près du terrain montrent, en effet, que les informations fonctionnelles contribuent indirectement aux décisions opérationnelles et que les personnels opérationnels ont aussi des actions indirectement productives, donc des décisions fonctionnelles, comme les personnels fonctionnels (Zardet, 1986). Il existe des liens réels et nécessaires entre les tâches, productives ou fonctionnelles, et entre les hommes qui constituent l'organisation. Selon Savall (2022), la séparation entre décisions opérationnelles et fonctionnelles, tactiques et stratégiques correspond à une vision de l'entreprise, analytique et virussée par le Taylorisme-Fayolisme-Weberisme, qui méconnaît les liens réels entre les différentes fonctions de l'entreprise. **La théorie socio-économique considère donc que ce qui est stratégique englobe nécessairement ce qui est opérationnel et fonctionnel.** L'ascenseur stratégique permet d'enrichir utilement les décisions stratégiques avec des informations opérationnelles et fonctionnelles lorsqu'il monte, et d'enrichir les décisions habituellement décrites comme tactiques et opérationnelles quand il descend.

Nous présentons maintenant les grandes lignes de notre deuxième cadre conceptuel : l'approche par les ressources.

2.2 L'approche par les ressources et les compétences

L'approche par les ressources est une théorie d'origine économique, dans laquelle les chercheurs s'intéressent non plus aux seuls marchés mais aussi au fonctionnement interne de l'entreprise. Elle a donné lieu à une abondante littérature et à des développements théoriques, tels que le management des ressources, que nous abordons dans un deuxième temps.

2.2.1 L'approche par les ressources

La théorie des ressources a été fondée par Edith Penrose en 1959, dans le livre *The Theory of the Growth of the Firm*. Jusque-là, la croissance de l'entreprise était considérée comme étant uniquement le résultat de changements de prix, de coûts et de marchés. Penrose est une des premières à essayer de montrer que d'autres facteurs, internes à la firme, entrent en jeu (Arena, 2013). Elle pose l'hypothèse que l'évolution d'une firme peut être analysée en termes de relations entre ses ressources et sa perception de sa position concurrentielle (Géniaux, cours du 25 janvier 2018). Selon Arena, Penrose considère comme "*essentiel de considérer la firme comme un ensemble disposant de ressources uniques qui sont le résultat de son expérience et de l'interaction de ses membres*" (p. 10). Penrose met l'accent sur l'importance des ressources mais elle souligne que la **performance apportée par une ressource dépend de la manière dont celle-ci est insérée dans le processus productif**. Elle définit le **service rendu par les ressources**, qui est plus important que la possession de la ressource elle-même (Prévot *et al.*, 2010 ; Weppe *et al.*, 2013).

Une ressource est définie de manière plus ou moins large selon les auteurs. Wernerfelt (1984) considère que **tout ce qui peut constituer une force ou une faiblesse**, c'est-à-dire tous les actifs tangibles ou intangibles d'une entreprise donnée, peut être considéré comme une ressource, si elle est liée de manière relativement permanente à la firme. Pour Barney (1991), les ressources de l'entreprise incluent les atouts, capacités, processus organisationnels, attributs de l'entreprise, informations et connaissances contrôlées par l'entreprise. **Les ressources sont tout ce qui permet à la firme de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies qui améliorent son efficacité et son efficacité**. Il a une vision beaucoup plus positive des ressources, qui lui permet d'étudier comment celles-ci peuvent être transformées en avantage concurrentiel. Il décrit trois catégories de ressources. **Le capital matériel** est constitué par l'usine, les équipements, la situation géographique et l'accès aux matières premières nécessaires à la production de la firme. **Le capital humain**, second type de ressource de l'entreprise, englobe la formation, l'expérience, le jugement, l'intelligence, les relations et la perspicacité de chaque manager employé de l'entreprise. Enfin, le **capital organisationnel** regroupe le système

d'informations, la planification formelle et informelle, les systèmes de contrôle et coordination, les relations informelles au sein des groupes de l'entreprise et entre l'entreprise et celles de son environnement.

Le développement de l'approche par les ressources s'est essentiellement concentré sur les **ressources stratégiques**. Selon Weppe *et al.* (2013), une ressource est dite stratégique quand elle est rare et que les entreprises d'un même secteur la considèrent comme de nature à améliorer leurs performances, « *c'est-à-dire ayant une productivité attendue supérieure à son coût (d'acquisition ou de développement)* » (p. 50). Une ressource stratégique peut être possédée par l'entreprise, ou être à sa disposition sur le marché de facteurs stratégiques.

Les ressources stratégiques ont différentes caractéristiques, notamment décrites par Barney, pour celles qui procurent un avantage concurrentiel durable aux entreprises qui les possèdent. De manière générale, les ressources stratégiques sont réparties de manière hétérogène entre les firmes. C'est la distribution inégalitaire entre les entreprises qui explique la création et le maintien de l'avantage concurrentiel de certaines par rapport à d'autres (Peteraf, 1993 ; Prévot *et al.*, 2010 ; Weppe *et al.*, 2013). Pour Barney (1991), **les ressources sont très complexes et interdépendantes**. Il note que les managers ont souvent une conscience partielle de ce qu'est une ressource. Les ressources possédées sont souvent considérées comme acquises et deviennent souvent implicites. Les travaux de Barney sur les ressources stratégiques donnant un avantage concurrentiel sont, pour la plupart, théoriques.

Weppe *et al.* (2013) constatent le faible nombre de travaux sur les ressources réelles qui ne donnent pas d'avantage concurrentiel. Ils introduisent le concept de **ressources ordinaires**, qu'ils définissent comme des ressources qui sont considérées comme neutres en termes de performance. Ils décrivent les travaux de certains auteurs qui, à la suite de Montgomery (1995), ont étudié les ressources qui ont un effet négatif sur les performances de l'entreprise. Il les nomme **ressources négatives** et les définissent comme des ressources qui sont perçues comme une faiblesse ou une source de coût pour l'entreprise. Arend (2004), cité dans Weppe *et al.*, décrit les ressources qui diminuent les capacités d'une entreprise à générer de la valeur ajoutée, comme des « passifs stratégiques ».

Selon Weppe *et al.* (2013), il est nécessaire d'approfondir l'analyse des ressources pour mieux comprendre les mécanismes d'avantage ou de parité concurrentielle. La possession d'un avantage concurrentiel est possible lorsque les ressources sont largement accessibles et partagées par les acteurs du même secteur. Il n'est pas indispensable de posséder des ressources rares. Ils s'appuient sur les résultats de Foss *et al.* (2007) et Matthews (2010), qui considèrent que ce sont, *in fine*, les valeurs, les connaissances et les croyances des managers qui déterminent les attributs des ressources. Comme Penrose, ils considèrent que les ressources ont peu de valeur en elles-mêmes et que c'est le service que l'on fait en sorte qu'elles rendent, qui apporte une valeur ajoutée. Weppe *et al.* parviennent à séparer quatre dimensions au sein

du concept initial de ressources. L'impact des ressources dépend, tout d'abord, de leurs **caractéristiques** puis, nous l'avons vu, de **la perception qu'en ont les managers**. De plus, ce sont **les actions stratégiques**, c'est-à-dire la manière dont l'entreprise identifiera, utilisera et comblera ses ressources, qui, enfin, conditionneront **les effets sur la performance**.

Pour notre part, nous définissons une **ressource négative** comme une ressource perçue comme ayant un impact négatif sur les performances, par exemple lorsqu'elle génère un coût supérieur à la valeur qu'elle crée pour l'organisation. Nous introduisons la notion de **ressources critiques**, qui nous permet d'identifier **les ressources qui sont indispensables au fonctionnement d'une organisation et dont l'absence ou la limitation diminue la capacité de production, sans qu'elles soient nécessairement perçues comme des ressources stratégiques**.

L'approche par les ressources met en évidence l'importance pour une organisation et ses membres de savoir repérer, intégrer et déployer les ressources à sa disposition avec pertinence. Ainsi, pour atteindre les objectifs de performance visés, les décisions stratégiques nécessitent que les ressources soient reconnues par les décideurs, que leurs caractéristiques soient connues et prises en compte et que ces décisions déclenchent des actions stratégiques. Différents courants complémentaires à l'approche par les ressources s'intéressent à la manière dont les organisations peuvent gérer au mieux les ressources stratégiques.

2.2.1.1 *Le management des ressources, compétences et connaissances*

L'article de Prévot *et al.* (2010) est très éclairant sur les différents courants issus de l'approche par les ressources. Ils identifient en particulier le management stratégique des compétences, les capacités dynamiques et l'approche relationnelle.

Ils relatent que la perspective fondée sur le **management stratégique des compétences** est née d'un article de Prahalad et Hamel de 1990. Cette perspective est fondée sur l'hypothèse que la concurrence véritable entre les entreprises se fait sur les compétences, et non sur les produits. En effet, la compétence centrale d'une entreprise est stable dans le temps. Elle lui donne accès à un grand nombre de marchés et lui permet de réaliser les activités plus rapidement, avec une meilleure flexibilité et une meilleure qualité que la concurrence. Cependant, la compétence demande un apprentissage pour être mise en œuvre. Prévot et ses coauteurs font la synthèse des nombreuses propositions de définition du concept de compétence. Ils en soulignent trois aspects. Ils citent Durand (2010) pour qui la compétence naît de la combinaison des interactions entre des connaissances, des pratiques et des attitudes, individuelles et collectives. La seconde caractéristique d'une compétence est qu'elle permet de surclasser la concurrence sur les activités réalisées (Doz, 1994 ; Prahalad et Hamel, 1990). Enfin, citant Arrègle (1995), ils précisent la distinction entre compétences et ressources. "*Les compétences se définissent comme le mode de coordination des ressources. Elles permettent d'accumuler des ressources et d'en créer de nouvelles*" (p. 92). **L'étude des ressources, sous l'angle des compétences nécessaires pour**

les coordonner et innover, introduit le rôle de l'être humain dans la valorisation d'une ressource, qui n'est rien si on ne l'utilise pas correctement et à bon escient. Weppe *et al.*, 2013 font état des travaux de (Sirmon *et al.*, 2007 ; Sirmon *et al.*, 2010), qui étudient le rôle des managers dans le choix et la combinaison des ressources. En somme, en termes de management stratégique, la compétence relève d'une capacité à déployer des ressources et/ou à les combiner, qu'elles soient stratégiques ou ordinaires, afin d'améliorer la performance de l'entreprise.

Dans le courant de la théorie fondée sur la connaissance, les auteurs considèrent que ce sont les capacités à assimiler et à combiner les connaissances qui fondent une entreprise. Or, à l'intérieur de l'entreprise, Prévot *et al.* (2010) constatent que les connaissances et la manière dont les organisations les utilisent, changent en permanence. Citant Nonaka (1991, 1994) et Nonaka *et al.* (2000), ils soulignent l'importance des notions d'**apprentissage**, de **mémoire organisationnelle** et de **capacité d'absorption des connaissances**.

Certaines recherches se penchent sur les **connaissances nécessaires pour développer les compétences** nécessaires pour tirer parti des ressources. Ces connaissances nécessitent l'apprentissage et la conservation en mémoire des combinaisons de ressources. Il faut donc apprendre à recombinaison les ressources. Deux concepts permettent d'expliquer l'acquisition de ces connaissances. Tout d'abord, Prévot *et al.* (2010) citent Eisenhardt et Martin (2000), pour qui les **routines**, qu'ils définissent comme des processus stables, précis et ayant des résultats prévisibles, sont des moyens d'apprentissage dans les environnements où les changements ne sont pas rapides. D'autre part, Prévot *et al.* décrivent les **capacités dynamiques**, introduites par Teece *et al.* (1997). Dans les environnements plus changeants, les entreprises doivent être capables de flexibilité, en modifiant les combinaisons de ressources pour s'adapter à l'évolution de l'environnement externe. Les **capacités dynamiques s'appuient sur les routines** telles que celle de développer des produits, de prendre des décisions stratégiques ou d'acquérir des moyens d'accès aux ressources, **pour se réorganiser et transférer les compétences acquises**.

Enfin, l'approche relationnelle (Prévot *et al.*, 2010) met l'accent sur la capacité à recourir aux alliances pour développer un avantage concurrentiel inter organisationnel. Ils font référence à Dyer et Singh (1998), qui identifient les conditions nécessaires pour trouver un avantage concurrentiel dans une alliance, coopérative ou coopétitive. Il s'agit alors d'une coproduction ou d'une co-exploitation de ressource.

L'approche par les ressources et les compétences est un courant du management stratégique qui donne lieu à une abondante littérature. Depuis sa création, le concept de ressources a évolué. Les recherches ont, à la fois, élargi et approfondi la caractérisation des ressources mais, selon Nonaka et Von Krogh (2009) cités dans Prévot *et al.* (2010) le défi que doivent relever les chercheurs est de rendre opérationnelle la théorie fondée sur les connaissances.

2.3 Synthèse : Complémentarité, convergences et divergences des théories

En dehors de quelques thèses qui ont utilisé les deux théories comme cadre conceptuel d'analyse de leurs résultats de terrain, les deux approches suivent des développements parallèles et leurs points de connexité sont peu documentés. Elles ont pourtant des points de convergence, tels que le rôle-clé attribué à certaines ressources et la recherche de principes de management stratégique de ces ressources. Leurs spécificités en font des approches complémentaires pour l'analyse des terrains observés.

2.3.1 Le rôle-clé des ressources, une convergence entre théorie socio-économique et approche par les ressources

Les deux théories considèrent que les ressources internes de l'entreprise sont ce qui les définit et leur donne leur richesse. La théorie socio-économique définit les ressources comme "l'ensemble des moyens physiques et humains, matériels et immatériels de l'organisation, utilisés dans les activités et appliqués à des produits (biens ou services). » (Savall et Zardet, 1995, p. 504). L'approche par les ressources propose une vision du management stratégique qui a pour but l'avantage concurrentiel (Barney, 1991; Weppe et al., 2013). De même, la théorie socio-économique prône l'adoption par les organisations d'une dynamique stratégique constamment proactive (Savall et Zardet, 2014). L'être humain a une place centrale dans les ressources de l'organisation. Pour l'approche par les ressources, il est considéré à la fois comme une ressource et comme le maillon essentiel pour utiliser et combiner au mieux les autres ressources de l'entreprise, afin de conquérir et conserver un avantage concurrentiel. Dans la théorie socio-économique, le capital humain est considéré comme le levier le plus puissant (Savall et Zardet, 2014). Il est l'unique créateur d'innovation et possède des capacités de développement des compétences dont les limites ne sont pas connues. À niveau d'investissement égal, le retour sur investissement dans le potentiel humain est très supérieur à celui des ressources financières et matérielles.

La théorie socio-économique réfute le vocable "capital humain" pour des raisons sémantiques. Elle le remplace par « potentiel humain ». Les critiques sont reproduites dans l'encadré 5.

L'approche par les ressources et la théorie socio-économique se rejoignent sur l'importance de l'apprentissage organisationnel et de sa mémorisation. A cet égard, le système d'informations occupe une place très importante. Il doit permettre de garder en mémoire la manière dont l'organisation combine ses ressources. Il doit mettre à disposition des personnes qui en ont besoin les connaissances, qui sont en constante évolution dans une organisation vivante. Il doit donc être évolutif. Le système d'informations est le socle des capacités dynamiques. Pour la théorie socio-économique, le système d'informations opérationnelles et fonctionnelles humainement intégrées et stimulantes constitue une ressource au sens de l'approche par les ressources, dans la mesure où il participe activement à l'avantage ou à la parité concurrentielle.

Le tableau 9 présente une synthèse des convergences et des spécificités de la théorie socio-économique et de l'approche par les ressources, sur les sujets des ressources, de la stratégie, de la performance et de l'apprentissage organisationnel.

Encadré 5. Critiques du concept de capital humain

Savall (1975, 1989) fait " plusieurs remarques d'ordres différents.

- **Juridique** : le capital est ce qui est objet de propriété, c'est un élément du patrimoine d'un agent sur lequel exerce ses prérogatives. Même d'un point de vue positif, le degré de disponibilité du travail à l'égard de l'entreprise est faible et fortement conditionnel, il ne permet par une pareille analogie.
- **Éthique** : la notion de capital relève d'une conception matérialiste, illustrée par la conception instrumentale du travailleur (...). L'homme ne peut être une unité du capital ni du point de vue éthique normatif, ni du point de vue positif historique (...).
- **Pragmatique** : l'homme est un potentiel humain conditionnel. Toute vie de l'homme capitalise l'expérience, le savoir-faire, mais sa valeur économique est fonction d'une multitude de variables dont beaucoup appartiennent au système et sont appelées à fluctuer suivant son évolution. La productivité de l'homme dépend très largement de son rôle dans la société et dans l'entreprise, et de son environnement.
- **Métrique** : il ne peut y avoir d'unité objective du capital humain pour des raisons temporelles (évolution et instabilité de la valeur et de la signification de l'unité de compte à long terme) et pour des raisons spatiales (différences anthropologiques, culturelles, ...) (p. 151)

Dans le cadre de notre thèse, nous retenons une acception large du concept de ressource. Nous la définissons comme **tout moyen, matériel ou immatériel, qui est attaché de manière semi permanente à une organisation**. Nous renonçons au terme « actif », qui nous paraît restrictif, dans la mesure où de nombreux moyens ne peuvent avoir de correspondance au "passif" dans le bilan de l'entreprise.

Tableau 9. Grille de convergences et spécificités entre la théorie socio-économique et l'approche par les ressources

Thèmes	Convergences	Théorie socio-économique : Spécificités	Approche par les ressources : Spécificités
Ressources	Rôle clé des ressources dans la stratégie Les ressources sont matérielles et immatérielles.	Les ressources sont multidimensionnelles. Rôle central du potentiel humain et rejet du concept de capital humain Potentiel humain : seul facteur de production dynamique, à fort retour sur investissement, grâce à la créativité, qui fournit le potentiel d'innovation Considère comme ressources les moyens effectivement utilisés et appliqués aux produits de l'organisation	3 catégories de ressources : capital matériel, capital humain, capital organisationnel Avantage concurrentiel vient des ressources stratégiques = distinctives = Valorisables, Rares, Inimitables, bien exploitées par l'Organisation Considère comme ressource tout ce qui est imaginable comme force ou faiblesse
Stratégie	Nécessaire prise en compte des ressources	La stratégie d'une entreprise est proactive et privilégie le rôle du potentiel humain	La stratégie d'une entreprise est fondée sur ses ressources
Performance		Performances sociale et économique sont indissociables	Performance : dépend de l'insertion des ressources dans le processus productif
Apprentissage organisationnel	Apprentissage et mémorisation de cet apprentissage sont essentiels Le système d'informations évolutif est une ressource, du capital organisationnel pour la RBV.	Système d'informations utile si : - véhicule des informations opérationnelles et fonctionnelles humainement stimulantes - permet le pilotage	Système d'informations = socle des capacités dynamiques Il participe activement à l'avantage ou à la parité concurrentielle

2.3.2 Différentes approches de la décision

L'étude de la décision en sciences économiques puis en sciences de gestion a débuté avec les écrits de Herbert Simon. La théorie de la décision s'est développée à partir de postulats qui ne sont pas partagés par d'autres théories, notamment par certaines théories des organisations, en sciences de gestion ou en sociologie. La théorie de la décision est une théorie qui traite de la décision, parmi d'autres (Rojot, 2003/2005). Nous présentons les éléments essentiels des théories de la décision, puis la place des décisions dans la théorie socio-économique. Nous terminons par un tableau présentant les convergences et les spécificités des théories de la décision et de la théorie socio-économique.

2.3.2.1 Les fondements des théories de la décision

Pour Simon (1945/1983), la prise de décision vise à résoudre un problème. Elle consiste à choisir de réaliser une alternative parmi celles qui s'offrent aux décideurs. Selon Kast (2002), la théorie de la décision s'est ensuite développée sur la notion de problème à résoudre. On observe cependant que des décisions sont prises sans qu'il y ait nécessairement un problème. Rojot (2003/2005) propose une définition plus large. Il considère qu'une décision est prise " quand devant une occasion de choix, ou, en d'autres termes, quand plusieurs branches d'alternative sont ouvertes, une d'entre elles est sélectionnée, qui entraîne une action ou un comportement, y compris bien sûr celle qui consiste à ne rien faire " (p. 157).

La théorie de la décision s'intéresse à la manière d'analyser le problème et de décrire les alternatives possibles et leurs conséquences (Kast, 2002). Elle s'est développée à partir du postulat qu'une formalisation mathématique du processus de décision est possible et souhaitable pour aboutir à la décision qui maximise les avantages. Pour cela, elle s'appuie sur la théorie des jeux et les calculs de probabilités, à la fois pour représenter le comportement d'agents économiques et celui des individus. La recherche porte sur la création d'algorithmes analysant les problèmes économiques et politiques et les représentations du comportement fournies par la psychologie. Nous n'utilisons pas cette théorie dans le cadre de notre thèse.

Simon divise le processus de décision en quatre étapes. Elles sont décrites dans l'ouvrage d'Ansoff (1965/1989). L'étape initiale est la **perception de la nécessité** ou de l'opportunité de décider. Il l'appelle phase conceptuelle. La deuxième étape consiste à **formuler les différentes voies d'action possibles**. La troisième étape est **l'évaluation des avantages respectifs des différentes alternatives** identifiées dans la deuxième étape. La quatrième étape consiste à **choisir l'alternative** qui sera suivie.

Simon remet en question l'hypothèse de la théorie économique classique, selon laquelle une décision prend en compte tous les éléments nécessaires. Il s'agit du concept de rationalité absolue. Simon montre que **la rationalité d'une décision est limitée** dans la mesure où, dans la réalité, elle est prise par un être humain et que **tout être humain a une connaissance limitée du monde qui l'environne**. D'une part, il est difficile de faire en sorte qu'il soit en possession de toutes les informations pertinentes pour prendre la décision. **La communication des informations nécessaires aux décideurs fait partie du processus de décision** pour Simon. D'autre part il est difficile à l'individu d'anticiper les produits et charges que généreront les différentes alternatives envisagées. De plus, il est difficile pour un individu de pondérer les différents éléments à prendre en compte dans la décision, en respectant la pondération qu'ils auront effectivement dans le futur, si l'alternative est choisie. Enfin, il n'est pas possible pour un individu d'imaginer tous les comportements possibles que feront naître la décision prise et ses conséquences. Or, ces comportements auront, à leur tour, des conséquences.

Les approches sociocognitives des théories de la décision ajoutent que, l'individu qui décide, le fait en partie de manière inconsciente, en fonction de régulations d'ordre social (Bollecker et Durat, 2006). La décision n'est en aucun cas un comportement parfaitement rationnel, indépendant des pressions sociales qui ont lieu au moment de la prise de décision. Elle est le fait d'un décideur, qui a des interactions sociales, qui est influencé par les échanges individuels et les pressions collectives. **La décision est issue d'un processus dont toutes étapes réelles ne sont pas formalisables et ne se suivent pas de manière strictement séquentielle.**

Simon replace lui aussi l'individu qui décide au sein d'une organisation. Selon lui, l'organisation a pour fonction d'assurer que les décisions soient prises dans un environnement psychologique et informationnel qui permet de prendre des décisions correctes, c'est-à-dire qui concourent à l'atteinte des objectifs de l'organisation (Simon, 1945/1983).

2.3.2.2 *Les décisions dans la théorie socio-économique*

Les recherches de terrain de la théorie socio-économique ont permis de valider certains apports de Simon (1960) et de Cyert et March (1970), cités dans Zardet (1986). La prise de décision est bien issue d'un processus, qui peut être décomposé en trois grandes phases telles que Simon les modélise. L'intelligence du problème consiste en son identification. Puis vient son interprétation, qui fait appel à la conception des solutions possibles. Enfin, le choix est fait. Le processus de décision n'est pas une suite logique d'opérations. Pendant le processus, certaines des variables qu'il prend en compte changent. De plus, le décideur subit l'influence des acteurs et groupes d'acteurs qui l'entourent dans l'organisation. Pour Simon, les jeux de pouvoir qui font pression sur le décideur limitent la rationalité de la décision. Celle-ci ne pourra pas être une solution optimale mais plutôt satisfaisante. Enfin, pour Simon et son équipe, le système d'informations est en lien étroit avec le système de décisions. Ils définissent, en effet, des décisions structurées, semi-structurées ou non structurées, qui, selon Moscarola (1980), cité dans Zardet (1986), correspondent de manière "plus ou moins implicite à trois niveaux hiérarchiques de l'entreprise : le personnel d'exécution, l'encadrement et la direction, mais aussi aux trois niveaux dans les conséquences de la décision" (p.44).

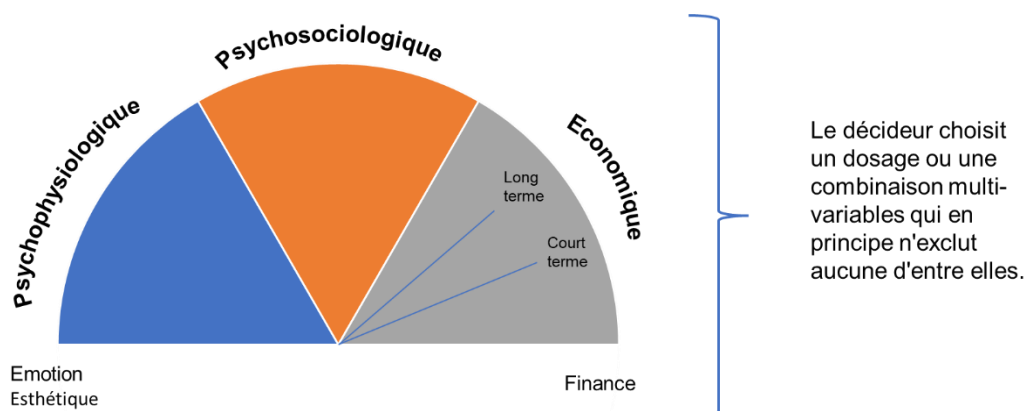
Nous synthétisons les points de convergences et les spécificités des théories de la décision et de la théorie socio-économique de la tableau 10.

Tableau 10. Grille de convergences et spécificités entre les théories de la décision et la théorie socio-économique

Thèmes	Convergences	Théorie de la décision : Spécificités	Théorie socio-économique : Spécificités
Décision et processus de décision	Décision = Moyen de résoudre un problème par le choix d'une alternative parmi d'autres Processus de décision : décomposable en plusieurs phases Lien entre système de décision et système d'informations	Différence entre décisions quotidiennes ou fréquentes, qui relèvent de routines, et les grandes décisions ponctuelles. Processus de décision : 4 phases - perception de nécessité ou opportunité de décider - formulation des voies d'accès possibles - évaluation de leur avantages respectifs - choix de la ou des voies d'action (Simon, cité dans Ansoff, 1965/1989)	La répétition de décisions opérationnelles peut avoir un impact stratégique fort. (Savall et Zardet, 1999) Processus de décision : 7 étapes - Acquisition de données - Traitement de ces données - Circulation des informations produites - Réception des informations - Compréhension des informations - Transformation des informations - Prise de décision - Acte décisif = intégration de processus organisationnels et de processus cognitifs (Zardet, 1986)
Décideur	Individu soumis aux influences des autres acteurs de l'organisation et de l'environnement externe	Le décideur est ramené à un point. Le décideur est considéré comme un seul individu, même s'il s'agit d'un groupe. Dans ce cas, toutes les personnes ont les mêmes objectifs et les mêmes préférences. (Rojot, 2003, 2005) Le décideur est le dirigeant. Décideur : autorégulations de raisonnements et actions sous l'influence des régulations sociales. (Bollecker et Durat, 2006)	Tous les acteurs de l'organisation prennent des décisions "du dirigeant au plus modeste exécutant" (Savall et Zardet, 1999, p.6). Les décisions sont négociées, issues d'un arbitrage entre les conflits-coopérations, les différents "horizons temporels court, moyen, longs termes), entre les critères d'évaluation de la performance : l'efficacité et l'efficience." (Savall et Zardet, 1999, p. 4)
Niveau d'information et de connaissance	Rationalité de la décision limitée par limites du décideur : - imperfection de la connaissance, - difficultés à anticiper les conséquences, - large champ de comportements humains possibles que ne peut connaître un seul individu (Simon, 1945/1983) Raisonnement et décisions toujours faits dans un "univers d'information imparfaite". (Savall et Zardet, 1999) Les acteurs tentent de dépasser les limites de la rationalité de leurs décisions. (Savall et Zardet, 1999)	Les variables à prendre en compte, dont les comportements humains, sont modélisables mathématiquement (Kast, 2002) pour obtenir la meilleure solution possible. Organisation = environnement psychologique favorable et informations nécessaires pour prise de décision correcte. Mais pas d'opérationnalisation de ces principes (Simon, 1945/1983)	Ingénierie de prise de décision peut dépasser certaines limites de la rationalité des décisions individuelles. Amélioration possible des décisions par : - amélioration de la qualité des informations (qualitatives, quantitatives et financière) - prise d'informations auprès d'une part significatives des personnes concernées par les conséquences et la mise en œuvre de la décision - prise en compte d'un périmètre pertinent => variables en nombre suffisant - calcul des coûts cachés en plus des coûts visibles pour les différentes alternatives - prise en compte de la variable temps => La décision pertinente est managériale, transversale, globale et multidimensionnelle. (Savall et Zardet, 1999)

La théorie socio-économique développe certains aspects des processus de décision que Simon et son équipe n'ont pas approfondis. Tout d'abord, quand Simon et son équipe se concentrent sur trois volets du processus de décision, que sont les informations, la décision et l'action, la théorie socio-économique recommande aux décideurs d'élargir leur champ de vision et d'investigation. Zardet (1986) relève qu'il est nécessaire de se préoccuper, d'une part, de la circulation des informations après la prise de décision afin que, d'autre part, le passage en action se produise effectivement. **Les conditions nécessaires à l'application de la décision devraient donc être prises en compte dans le processus de prise de décision.** Pour cela, il est nécessaire d'élargir le nombre de variables et d'ajouter aux scénarios celles qui pourraient se révéler être des freins à la mise en œuvre. Les comportements des êtres humains au travail sont le résultat de forces contradictoires. Dans les faits, **la mise en œuvre d'une décision nécessite souvent de modifier certains éléments de l'infrastructure.** Par exemple, changer un processus de fabrication requiert un temps d'apprentissage. Si cet apprentissage n'est pas programmé, la mise en œuvre de la décision se heurtera à l'absence de temps prévu. L'acteur devra choisir la tâche qu'il ne fera pas. Il pourra décider de moins produire pour avoir le temps d'apprendre ou de ne pas appliquer le changement de process. Savall et Zardet (1999) décrivent le spectre des critères de la décision. Pour eux, la décision, en particulier lorsqu'elle est de portée stratégique, doit prendre en considération plusieurs dimensions. Les critères pertinents sont variables, en fonction de la portée de la décision. Selon les auteurs, ces critères relèvent d'un spectre large, qui va de variables économiques à des variables psychophysiologiques en passant par des variables psychosociologiques. La figure 5 reproduit le spectre des critères de la décision qui, selon les auteurs, correspondent à trois domaines d'enjeux ou d'avantage recherchés par le décideur. Tous les critères ne sont pas à prendre en compte pour toutes les décisions. En revanche, le décideur ne doit pas exclure ceux qui sont pertinents, y compris s'ils n'appartiennent pas au domaine économique.

Figure 5. Spectre des critères de la décision



Savall et Zardet, 1999

D'autre part, la théorie socio-économique considère que **la limitation de la rationalité des décisions est modifiable.** La prise de décision est le fait d'un décideur complexe, qui arbitre

entre des antagonismes, des conflits et des coopérations (Savall et Zardet, 1999). Si le processus de prise de décision inclue l'anticipation de certains conflits, que ce soit entre des personnes ou entre des logiques différentes, il pourra **intégrer la négociation nécessaire à la mise en œuvre de la décision**. Ainsi, considérer le dilemme qui se présentera à l'acteur lorsqu'il devra changer son processus de fabrication, permettra d'anticiper la décision que devra prendre son manager : prévoir et programmer le temps nécessaire à l'apprentissage. De plus, l'élargissement de l'éventail des informations prises en compte dans la décision, est de nature à diminuer les freins rencontrés lors de la mise en œuvre. Ainsi, l'élargissement des critères, des informations recueillies et des positions d'autres acteurs par rapport au choix à opérer, sont des moyens d'améliorer la rationalité de la décision et d'augmenter la probabilité d'une mise en œuvre efficace et efficiente.

Enfin, les mêmes auteurs soulignent **l'importance du temps dans la prise de décision**. D'une part, la dynamique temporelle agit sur le processus de décision et sur les décisions, y compris de manière rétroactive. Par exemple, la décision de changer de fournisseur peut ne pas être appliquée en totalité, voire complètement modifiée, si le fournisseur choisi s'avère incapable d'honorer des commandes. Il faudra alors trouver une adaptation en cours de mise en œuvre. D'autre part, **la prise en considération de la dynamique temporelle**, c'est-à-dire l'anticipation des événements, et des conséquences des événements et des décisions, **confère une dimension proactive**, qui peut améliorer la pertinence de la décision stratégique choisie.

CONCLUSION du chapitre 2

Dans ce chapitre, nous présentons le cadre théorique, qui nous permet d'analyser les données recueillies sur le terrain de recherche. Sous l'angle méso-économique de l'avantage concurrentiel des firmes, l'obtention de la performance recherchée requiert des ressources et des compétences, pour utiliser et combiner ces ressources. Les capacités dynamiques d'une organisation lui permettent de compléter ses ressources et de les recombinaison en fonction des évolutions de l'environnement. Au niveau microéconomique, l'identification des ressources et la capacité à les utiliser à bon escient et au moment opportun, font appel aux compétences de prise de décision. Ce processus ainsi que le système d'informations par lequel il est alimenté, sont, par conséquent, des éléments essentiels pour le positionnement d'une entreprise sur son marché.

Sous l'angle plus général du fonctionnement d'une organisation, le processus de décision détermine la qualité, l'efficacité et l'efficience de son activité productive. Les limites à la rationalité des décisions peuvent être réduites par différents moyens, qui, ainsi, participent à l'amélioration de la performance sociale et économique de l'organisation.

Nous présentons, dans le chapitre suivant, le positionnement épistémologique que nous avons adopté pour notre recherche. Après avoir explicité les statuts respectifs du cadre théorique et des données de terrain, nous exposons la méthodologie de recherche que nous avons appliquée.

Chapitre 3 - Positionnement épistémologique et méthodologie de la recherche

Dans ce chapitre, nous présentons notre positionnement épistémologique. Les terrains de recherche qui ont contribué à l'écriture de cette thèse sont décrits individuellement puis dans leur complémentarité. Enfin, nous décrivons la méthodologie de la recherche.

3.1 Positionnement épistémologique

Notre positionnement épistémologique est le résultat d'une évolution à la fois professionnelle, académique et personnelle. Il en découle le rapport au terrain de recherche, que nous explicitons ensuite. Nous présentons le cadre de la Convention Industrielle de Formation par la Recherche en Entreprise (CIFRE), que nous nommons convention CIFRE, qui nous a liée aux organisations concernées. Nous décrivons, enfin, les principes méthodologiques de la recherche-intervention, son adaptation à l'objet de recherche et les principes épistémologiques qui la guident.

3.1.1 Évolution personnelle de positionnement

Pendant notre parcours scolaire, nous avons développé une appétence pour les sciences et les mathématiques. Notre cursus secondaire a été plutôt spécialisé en mathématiques, sciences physiques et chimie, complété par de la biologie, agrémenté par une curiosité pour les langues étrangères. Notre vision était principalement cartésienne. Les mêmes causes produisent les mêmes effets et tout changement provient d'une action sur les causes. Sur le plan pédagogique, la majorité des matières était enseignée sous forme d'un apprentissage de règles qu'il s'agissait d'appliquer pour produire le travail attendu. L'apprentissage des langues mortes consistait en l'application des conjugaisons, des déclinaisons, des règles grammaticales et syntaxiques et d'un lexique appris par cœur. En langues ou en sciences humaines plus largement, un travail était jugé de mauvaise qualité quand les règles n'étaient pas suivies ou quand les connaissances utilisées n'étaient pas complètes ou validées. En somme, nous avons intégré qu'un travail de qualité était obtenu en apprenant toutes les règles et toutes les connaissances nécessaires pour obtenir le résultat attendu, et la satisfaction de tout un chacun.

À cet égard, les études paramédicales nous ont confortée. La majorité des compétences à acquérir concerne des procédures et des protocoles de soins dans lesquels des connaissances théoriques guident les compétences relationnelles vers un but abstrait : améliorer la santé des patients. En résumé, nous avons été très imprégnée par le principe du raisonnement hypothético-déductif, qui nous paraissait, inconsciemment, être la seule voie pour obtenir des résultats fiables.

Nos fonctions en milieu hospitalier nous ont appris le travail en équipe pluridisciplinaire et nous ont fait découvrir la diversité des points de vue. Le but commun, explicité, d'amélioration de l'état

de santé des patients, ne suffit pas à viser des objectifs réels communs. Les moyens déployés par chaque profession sont différents. Les règles et les connaissances canoniques sont une base commune mais insuffisante pour faire travailler ensemble, tous les professionnels, spontanément et dans la même direction. L'évolution progressive vers des fonctions d'encadrement, de stagiaires d'abord, puis de nouveaux professionnels et, enfin, d'équipes de services de soins nous a confronté à des situations de plus en plus complexes. Nous avons compris que nous ne percevions pas tous la réalité de la même façon. Dans ces conditions, les règles et connaissances communes ne permettent pas d'aboutir à une vérité unique, partagée par tous. Les raisonnements hypothético-déductifs sont utiles dans des situations précises, dont le cadre est stable et clairement identifiable, mais paraissent inadaptés dans des situations incertaines.

Dans nos fonctions de manager en santé, nous avons tenu compte de notre expérience passée et, en même temps, tenté d'appliquer les théories classiques, dont on dit, en général, « qu'elles ont fait leurs preuves ». Dans la réalité, elles ne sont pas souvent applicables. Les situations sont très variées, évoluent rapidement et nécessitent d'acquérir des compétences d'adaptation solides. Dans nombre d'établissements que nous connaissons, le management directif, essentiellement descendant, est encore très appliqué. La chaîne hiérarchique, en partant de la direction, attend, non seulement, l'application des décisions sans discussion, mais aussi que ce mode de management soit appliqué par les managers de proximité. Or, dans le monde du travail que nous connaissons, très rares sont les personnels qui acceptent d'appliquer des décisions sans en comprendre les objectifs, officiels et officieux. Le très faible accompagnement dans la mise en œuvre des décisions de la direction laisse invariablement la place à la méfiance, à la suspicion d'objectifs cachés d'ordre économique et, *in fine*, au soupçon de connivence entre l'encadrement de proximité et la direction. Si le but de limiter les dépenses aux besoins réels est partagé par beaucoup, la mise en application de décisions motivées par les principes du nouveau management public, tels que le suivi d'indicateurs ou la justification de l'intérêt médico-économique d'une demande d'achat, a donné lieu à des décisions perçues comme contre-productives. L'impression répétée et partagée, que certaines décisions prises coûtent plus cher que les problèmes qu'elles tentent de résoudre, fait douter les personnels de terrain des compétences et des motivations réelles, non affichées, de la direction qui prend ces décisions et des managers qui les font appliquer.

Les responsabilités d'encadrement nous ont permis d'observer, et parfois d'être confrontée, à des situations impossibles à résumer et à modéliser simplement. Le concept de complexité est devenu palpable, quotidiennement. Notre vision analytique n'était clairement plus adaptée qu'à certaines situations, que des compétences techniques suffisaient à résoudre. Pour prendre des décisions qui mécontentent le moins de monde possible et qui, ainsi, ont des chances d'être appliquées, même partiellement, il est nécessaire d'avoir une approche holistique des groupes de personnes, des enjeux sociaux et économiques, sans perdre de vue le but commun de soigner

les patients le mieux possible. Le plus souvent, seules la négociation et la médiation permettent d'obtenir une avancée dans la mise en œuvre des décisions.

Dans le cadre de nos postes d'encadrement et de notre position de subordonnée, nous avons rapidement perçu des incohérences entre, d'une part, la nécessité quotidienne d'une approche adaptative aux individus et aux situations rencontrées, et, d'autre part, certaines injonctions d'adopter des comportements et des réponses stéréotypés. Nous avons été confrontée, à de multiples reprises, à l'absence de cadres de réflexion et de décision, qui auraient permis de prendre en compte les différentes dimensions en présence. Aucun outil ni aucun dispositif d'aide à la décision ne permet de prendre en compte simultanément les contraintes économiques et les conséquences sociales et économiques des décisions prises.

Nous avons cherché un cadre d'analyse des phénomènes organisationnels, qui nous permette d'intégrer les données sociales aux données économiques et inversement, afin de prendre des décisions mieux adaptées. C'est ainsi que nous nous sommes orientée vers la théorie socio-économique.

La formation suivie en Master recherche a confirmé nos doutes sur la pertinence de notre vision de la connaissance du monde. Nous avons pris conscience du paradoxe de notre positionnement. Nous tentions d'agir selon des principes positivistes, en ayant une vision des situations plutôt constructiviste pragmatique. Les recherches menées sur le terrain, en même temps que la formation universitaire de master recherche et de doctorat, nous ont aidé à déconstruire progressivement nos réflexes, plus ou moins conscients, de raisonnements hypothético-déductifs, fondés sur les principes positivistes, avec lesquels nous n'étions en réalité pas en accord. Nous continuons notre apprentissage, conscient, de méthodes de recherche et de formes de raisonnements, réfléchis en termes de validité de la construction des connaissances d'intention scientifique, dans le paradigme constructiviste. Au sens de Lalande (1926/1996), nous continuons notre réflexion épistémologique sur la validité de nos hypothèses et de nos résultats, sur leur valeur et sur leur portée.

3.1.2 Rapport au terrain de recherche : la convention CIFRE

Nos interactions avec le terrain sont une part essentielle de notre recherche. Le choix du dispositif de convention CIFRE nous a assuré une présence longue sur le terrain de recherche. Nous présentons les caractéristiques générales de ce dispositif, puis exposons les atouts et les écueils que nous avons identifiés.

3.1.2.1 Convention CIFRE : définition et caractéristiques générales

La convention CIFRE est un dispositif national, qui a pour but de favoriser la rencontre de la recherche et de l'entreprise. Il est géré par l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT). Les entreprises montrent un intérêt croissant pour ce type d'aide à

l'innovation. Entre 2010 et 2017, l'association nationale de la recherche et de la technologie constate une augmentation de 23 % du nombre de conventions signées, qui est passé de 1200 à 1480 (ANRT, 2018). La convention lie l'entreprise, l'université et le doctorant par contrats, autour d'un projet de recherche prévu pour une durée de trois ans. Le doctorant partage sa présence entre l'entreprise, qui est son terrain de recherche, et le laboratoire de recherche, où il côtoie des chercheurs de la même discipline. Par son intermédiaire, la recherche universitaire profite d'un terrain d'expérimentation réelle et l'entreprise bénéficie des savoirs et méthodes des équipes de chercheurs universitaires. Le dispositif constitue un moyen de financement conjoint de la recherche doctorale, par le biais du salaire versé au doctorant et du financement de ses activités de recherche. En contrepartie, l'entreprise perçoit une subvention, qui représente 60 % du salaire minimum annuel du doctorant. De plus, le doctorant et l'entreprise bénéficient des expertises du directeur de thèse en laboratoire et du tuteur scientifique en entreprise. Tous les trois sont liés par le projet de recherche, qui constitue le projet de thèse.

Les modalités de signature de la convention sont très proches des méthodes d'accès aux terrains des recherches-actions et recherches-interventions, telles que les décrit Berry (1995). En effet, en amont du début de collaboration, l'objet, la problématique et la méthodologie de recherche font l'objet de discussions et de négociations. Le projet de thèse est ensuite validé par le directeur de thèse, par l'entreprise et le tuteur scientifique, par le laboratoire de recherche universitaire et par l'école doctorale, préalablement à l'inscription en doctorat. Dans notre cas, ce processus a duré 16 mois. Le projet initial portait sur le Centre Anticancer, dans le prolongement du travail de recherche de Master. Cependant, le statut de centre de recherche de cet établissement a rendu cette collaboration impossible sous cette forme. Le projet de recherche a finalement été réorienté vers la Clinique SSR, établissement racheté et gouverné par le Centre Anticancer en collaboration avec la Clinique Court Séjour. Comme le constatent d'autres chercheurs (Capgras *et al.*, 20011 ; Krief et Zardet, 2013), le temps de négociation n'est pas parfaitement compatible avec la demande de terrain. Dans notre cas, **il a retardé le début de la recherche doctorale proprement dite, qui aurait gagné, sur ce sujet, à commencer au plus près de la reprise et du début du redressement.** Cependant, il a eu l'avantage de permettre de préciser et d'assurer l'accord des parties en présence sur les quatre éléments du dispositif de recherche indispensables, selon Girin, cité dans Aggeri (2017). Il recommande qu'un accord préalable soit trouvé sur **les éléments de l'interaction** entre l'équipe de recherche, constituée ici du doctorant et du directeur de thèse en appui. La **place du doctorant** dans l'organisation doit être clairement définie, en particulier en ce qui concerne son accès aux données, ainsi que **les fonctions** qu'il assurera pendant son temps de présence sur le terrain. Enfin, **la logique de connaissances** attendues par les différentes parties et les instances en charge de la gestion du dialogue du doctorant avec le terrain et du terrain avec le directeur de recherche doit être clarifiée explicitement.

3.1.2.2 Atouts et écueils du dispositif CIFRE

La convention CIFRE présente de **nombreux avantages pour la recherche en sciences de gestion** (Le Lédan, 2019). Tout d'abord, le dispositif assure que le projet de recherche porte sur une problématique effectivement rencontrée. Le projet doit obligatoirement prendre en considération les enjeux réels pour l'entreprise. Les expérimentations, quelle que soit leur portée, apportent directement une partie des résultats. Les progrès et les erreurs sont des phénomènes réels, qui ont des conséquences directes ou potentielles sur la production et/ou sur l'organisation. Le chercheur est donc rapidement confronté à certains résultats et, par ce biais, à la responsabilité qu'il prend en choisissant certaines de ses méthodes. La recherche en entreprise le place en prise directe avec sa **responsabilité sociétale**. Il a ainsi l'opportunité de pouvoir **adapter ses méthodes à la complexité** du réel sur lequel il travaille et, ainsi, d'obtenir des résultats méthodologiques en plus des résultats sur le fond.

Le second atout de ce dispositif de recherche est **le temps d'immersion sur le terrain**. La durée de trois ans est propice à une recherche longitudinale, nourrie d'observations approfondies et d'interactions fréquentes et durables avec le terrain de recherche. Le temps long autorise l'évaluation des actions, par l'observation et l'analyse de leurs conséquences à très court, court et, parfois, à moyen termes. Ce dispositif est donc particulièrement bien adapté aux recherches à visée transformative. Le temps passé sur le terrain et la position négociée au sein de l'organisation permettent l'accès à une grande richesse de données primaires. Ces matériaux sont très variés. Ils rendent possible l'originalité dans les objets de recherche et l'adaptation fine des méthodes de recherche choisies.

Par définition, ce dispositif assure l'accès au terrain de recherche. La convention valide en amont **l'accès aux différentes sources et aux données primaires** nécessaires à la recherche. Il est ainsi possible de **maîtriser les conditions de collecte**. L'assurance de l'accès à une variété de sources permet de comparer les données et de les trianguler, afin d'en améliorer la qualité. Il est ainsi possible **d'améliorer la fiabilité** et donc la **validité interne** de la recherche.

Enfin, la recherche en entreprise donne une expérience professionnelle concomitante à celle de chercheur. Elle enrichit le panorama du doctorant, améliore ses compétences de travail en équipe et renforce son employabilité à l'issue du doctorat.

Ces atouts ont leurs **revers**. La position de salarié incite à s'impliquer dans l'organisation, ce qui peut être, en soi, un bienfait. Cependant, la vie de l'entreprise peut conduire à **une implication plus importante que celle qui a été contractualisée**, qui diminue le temps consacré à la part plus théorique de la recherche. Dans notre cas, notre expérience professionnelle passée nous a conduit à accepter de prendre des responsabilités fonctionnelles, et parfois hiérarchiques, quand un besoin impérieux s'est fait sentir sur le terrain. Ces expériences nous ont fourni des données et des résultats d'une très grande richesse. Nous avons trouvé des stratégies d'adaptation pour éviter les conflits d'intérêts entre les demandes immédiates de l'entreprise, les besoins pour la

recherche et notre déontologie. Cet écueil est d'autant plus important que l'immersion est longue. L'entreprise et le chercheur comptent sur l'**enrichissement** que l'implication apportera aux **résultats de recherche**. Ils pensent que la longue durée de présence compensera la diminution du temps passé en laboratoire. Nous nous sommes montrée trop optimiste à cet égard. Or, plus l'implication est importante, plus la distanciation par rapport au terrain demande de l'énergie. Pour ne pas perdre de vue l'objectif de la recherche et les conditions nécessaires à la création de connaissances d'intention scientifique, il est nécessaire de conserver une grande vigilance. La grande quantité de données à disposition et la tendance à s'impliquer de plus en plus sur le terrain, rendent essentiels **les dispositifs de distanciation extérieurs à l'entreprise**. Nous les présentons ultérieurement.

Nous décrivons maintenant les principes de la recherche-intervention, méthodologie que nous avons choisie pour mener cette recherche à bien.

3.1.3 Méthodologie de recherche-intervention

La complexité de l'objet de recherche rend sa connaissance absolue impossible. L'approche transformative repose sur l'observation de la manière dont l'organisation répond au changement. La recherche-intervention socio-économique qualimétrique conduit délibérément la transformation et observe la manière dont l'organisation évolue au gré de cette transformation.

3.1.3.1 La complexité de l'objet de recherche

Les sciences de gestion portent sur les organisations, qui sont des objets de recherche complexes, qui comportent un important ensemble d'éléments immatériels. L'organisation est un **système complexe**, au sens de Morin (2005, 2013), c'est-à-dire « un système dynamique avec un très grand nombre d'interactions et de rétroactions, à l'intérieur duquel se déroulent des processus très difficiles à prédire et à contrôler, que la conception classique est incapable d'envisager » (p. 32). Notre objet de recherche, l'intégration des informations dans les dispositifs de communication-coordination-concertation, dans les processus de prise de décisions et dans leur mise en œuvre, est essentiellement immatériel. Seule une part des informations apparaît dans le système d'informations formelles de l'organisation. Il est impossible de le décrire à partir de l'observation passive des faits et des comportements des acteurs. Il ne peut être capté non plus à partir des documents ou des bases de données. Une recherche expérimentale par simulation *in vitro* fait fi, par principe, des variations de l'environnement, ce qui n'existe pas dans la réalité. Notre objet nécessite donc une approche qui prenne en considération l'instabilité du contexte des décisions, pour le décrire, l'analyser et tenter de le comprendre à un moment donné et dans une situation donnée, qui doivent être décrits également.

Un objet immatériel tel que le nôtre ne peut être connu en soi car ses caractéristiques varient dans le temps et d'une situation à l'autre. De plus, le très grand nombre d'éléments variables est

impossible à maîtriser pour un être humain. L'approche constructiviste paraît par conséquent la plus adaptée à l'étude de notre objet de recherche. Les deux hypothèses fondamentales (Avenier, 2011) nous paraissent fondées. Nous reconnaissons **l'hypothèse phénoménologique** selon laquelle **la connaissance est une construction du sujet**. Ce qui est connaissable par lui, c'est l'expérience humaine qu'il fait du monde. Piaget (1970/2011) précise que le sujet reconstruit l'objet, qu'il ne connaît qu'à travers son action, et ne peut que s'en rapprocher sans jamais l'atteindre. Une des "conditions de l'objectivité est donc la reconstruction par approximations" (p. 96). Les acteurs ne connaissant l'objet qu'à travers leur perception, ils ont des visions différentes, parfois contradictoires voire irréconciliables d'une même situation. Dans le cas de notre objet de recherche, les informations connues et prises en compte par tous les acteurs de la chaîne du processus de décision sont, d'une part, impossibles à connaître et, d'autre part, différentes d'un acteur à l'autre. Par conséquent, chaque acteur, et chaque observateur, a accès à une connaissance partielle, différente.

Le chercheur, par le fait même d'observer et de rechercher des informations auprès des acteurs, modifie la perception que ceux-ci ont des informations à leur disposition, des décisions qu'ils ont prises et des décisions qu'ils ont appliquées. Il participe à la prise de conscience des informations connues, par le rappel conscient à la mémoire des acteurs. Nous adoptons, par conséquent, **l'hypothèse de l'inséparabilité du système observé du système observant** (von Foerster (1981) cité dans Avenier, 2011). Le système observé, l'organisation, est transformé par le système observant, le chercheur ou l'équipe de recherche.

3.1.3.2 *L'approche transformative*

Notre recherche vise, non seulement, à décrire les processus de prise de décisions, mais également, à les améliorer. Nous souhaitons, en effet, que notre recherche doctorale puisse avoir une utilité sociale. Pour cela, nous avons fait le choix d'une méthodologie qui vise délibérément la transformation de l'objet de recherche. Les modifications observées suite à l'acte de transformation sont elles-mêmes des sources de connaissances scientifiques (Lewin, 1946, 1997, cité dans Krief et Zardet, 2013). Plus précisément, c'est dans le but de mieux connaître l'objet de recherche que la recherche-intervention le décrit, l'explique et le transforme (Avenier, 1989 ; David, 2000 ; Moisdon, 1984, 2015 ; Plane, 2000 ; Savall, 1978 ; Savall et Zardet, 1996,2004). L'évaluation des actes de transformation appliqués à l'organisation fait partie du processus de recherche. Les connaissances créées sont ainsi confrontées directement à l'action. Dans notre cas, la stratégie de l'établissement est de se transformer pour survivre et se développer. La transformation est un enjeu économique et social. Il nous est donc apparu nécessaire de choisir une approche qui prenne en compte les impacts économiques et sociaux des changements opérés dans l'organisation, y compris par la recherche elle-même.

Les méthodologies de type recherche-action, dont Lewin a été l'initiateur (1948, 1951), peuvent être utilisées pour observer l'objet complexe *in situ*. Elles permettent de créer et penser la

transformation **avec** les acteurs de terrain. L'apprentissage en double boucle est un concept qui nous paraît particulièrement intéressant. Cependant, ces méthodologies ne sont pas assez instrumentées pour accompagner et évaluer la transformation au-delà de sa mise en œuvre. La recherche-intervention, comme la recherche-action, est fondée sur la coopération entre chercheur et acteurs de l'organisation, pour observer les comportements individuels et les comportements de groupes, tout en permettant au chercheur de faire varier suffisamment de variables. Il peut ainsi créer des connaissances valides, à la fois scientifiquement et pratiquement. Pour cela, il doit gérer la liaison méthodologique entre théorie et pratique (David, 2012). Le chercheur transforme et observe la nature et l'ampleur des changements produits. Il peut, de ce fait, valider par l'expérience, des hypothèses explicatives et prescriptives qu'il a posées préalablement et complétées au cours de la transformation délibérée.

Parmi les méthodologies de recherche-intervention, nous avons choisi et suivi la méthodologie de recherche-intervention qualimétrique, qui correspond d'une part à notre positionnement épistémologique et, d'autre part, permet d'analyser les phénomènes organisationnels, notamment la performance, à partir d'éléments qualitatifs et quantitatifs qui complètent la perspective économique, insuffisante pour expliquer et agir sur les ressorts de la performance.

3.1.3.3 *La recherche-intervention qualimétrique*

Nous décrivons dans cette sous-section les particularités épistémologiques de la méthodologie de recherche-intervention socio-économique qualimétrique, à savoir le lien entre les aspects qualitatifs, quantitatifs et financiers des phénomènes (Savall, 1974/1979 ; Savall et Zardet, 1987/2020) et les trois piliers épistémologiques sur lesquels elle repose.

3.1.3.3.1 Le lien qualitatif-quantitatif-financier

La méthode de recherche-intervention qualimétrique (Savall et Zardet, 1987/2020) requiert la collecte et l'analyse de tous les types d'informations pertinentes pour décrire et analyser le fonctionnement réel de l'organisation. Or, **les informations sont multiformes, qualitatives, quantitatives et financières** (Krief et Zardet, 2013). Un même phénomène ou un même événement génère ces trois types d'informations. Ne retenir qu'un type d'informations pour décrire un événement ampute la perception que tout un chacun aura de la réalité de cet événement.

La méthodologie de recherche-intervention qualimétrique a été créée et perfectionnée par Henri Savall et les chercheurs de l'institut de socio-économique des entreprises et des organisations. Au départ, elle a été construite dans l'objectif de calculer les coûts et performances cachés, dans la mesure où les informations financières de la comptabilité classique étaient insuffisantes pour comprendre le fonctionnement réel de l'entreprise. De plus, les informations économiques d'une organisation n'ont de sens que dans la situation dans laquelle elles ont été créées et extraites. Aussi, une donnée financière ou économique ne peut être analysée que rapportée à une quantité,

de temps ou de produits par exemple, et à une qualité, de produits par exemple. **Le recueil d'informations qualitatives, quantitatives et financières produit des connaissances complémentaires, plus riches que chaque type d'informations séparé.** L'interconnexion fait naître des connaissances contextualisées, plus signifiantes, c'est-à-dire qui permettent de percevoir la réalité de manière moins partielle.

3.1.3.3.2 *Trois piliers épistémologiques de la recherche-intervention qualimétrique*

Les trois piliers épistémologiques fondateurs de la recherche-intervention qualimétrique sont l'interaction cognitive, l'intersubjectivité contradictoire et la contingence générique. Krief et Zardet (2013) expliquent qu'ils ont pour but d'assurer la validité scientifique des résultats obtenus et de guider le chercheur.

Elles décrivent le concept **d'interactivité cognitive** d'après Savall et Zardet (1996, 2004) et Cristallini (2005), comme **l'explicitation des dispositifs mis en place pour que le chercheur et les acteurs de terrain confrontent leurs perceptions, lors d'interactions tant orales qu'écrites.** Des échanges naissent de nouvelles informations, qui concourent à alimenter les perceptions, les analyses et les intuitions du chercheur et des personnes qui l'entourent, dans l'organisation et dans l'équipe de recherche.

L'intersubjectivité contradictoire, toujours selon Krief et Zardet (2013), consiste en la **présentation et la discussion des résultats avec d'autres personnes, dont les acteurs de terrain, à la fois pour enrichir les résultats et pour faire évoluer les points de vue.** La dimension contradictoire est essentielle pour susciter l'argumentation et le débat, qui font avancer la compréhension individuelle et collective, la compréhension de la situation et la compréhension de son propre point de vue. Il s'agit d'une dynamique évolutive de la connaissance créée. Elle permet de partir des subjectivités individuelles pour aboutir à une connaissance partagée, moins subjective. Selon la vision d'Husserl (1980), cité dans Krief et Zardet, l'objectivité vient de l'intersubjectivité répliquée. L'objectivité des informations qualitatives n'existe pas. Elle est remplacée par une certaine représentation du réel, issue de la confrontation des subjectivités des individus. C'est la mise en évidence des écarts et des convergences entre les perceptions subjectives des différents individus qui fait naître cette représentation commune, plus objective.

Le principe de **contingence générique**, selon Savall et *al.* (2019), reconnaît le caractère spécifique des résultats obtenus sur chaque terrain de recherche, ainsi que l'existence d'éléments génériques communs aux cas étudiés. Les résultats obtenus lors d'une recherche sont fortement contextualisés, et, à ce titre, ont une part importante de spécificité. Krief et Zardet (2013) notent que ce pourrait être considéré comme une limite de ce type de recherche. La question de savoir quelle part de ces résultats est généralisable à d'autres contextes est explorée par la comparaison. Les instruments méthodologiques de la recherche-intervention restent les mêmes

d'un terrain de recherche à l'autre, d'une part, pour que les chercheurs s'assurent de la scientificité de leur démarche, et, d'autre part, pour permettre la comparaison des résultats. Selon Savall et *al.* (2019), en accord avec les principes de l'épistémologie constructiviste au sens de Piaget (1988), la contingence générique vise à permettre la recherche cumulative, c'est-à-dire la consolidation des résultats génériques par des validations successives. La comparaison successive des résultats obtenus sur différents terrains permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de généricité posées précédemment. C'est pourquoi le positionnement épistémologique dans lequel se situent les concepteurs de la recherche-intervention socio-économique qualimétrique est dénommé "**constructivisme générique**".

En accord avec notre positionnement constructiviste générique, notre projet de recherche comportait initialement deux terrains, la Clinique SSR, notre terrain principal, et l'ensemble des services de la direction de l'exploitation du Centre Anticancer, comme cas contraste. La technique du cas contraste, décrit par Savall (2014), consiste en la comparaison de résultats obtenus en suivant la même méthodologie, sur deux terrains différents, qui ne répondent pas aux mêmes critères. Si les deux terrains choisis étaient dans une situation critique au début de la recherche, l'une était durable et l'autre ponctuelle. La Clinique SSR est en cours de transformation profonde de son activité principale, dans un contexte de déficit budgétaire. Elle n'est que très partiellement soumise à la tarification à l'activité. Le Centre Anticancer est un établissement de court séjour, financièrement à l'équilibre, qui poursuit et développe ses activités depuis presque un siècle. Notre objectif était d'extraire des résultats, que nous pensions répliquables, d'un premier terrain, et de les comparer avec ceux de l'autre terrain, dans un premier temps, puis avec ceux d'autres chercheurs utilisant la même méthode dans le domaine du management de la santé. Cependant, la pandémie de Covid-19 nous a contraint à différer le début des diagnostics socio-économiques sur les deux terrains et à réduire drastiquement le périmètre des projets qui les ont suivis. **Nous avons finalement choisi de ne garder que les résultats du terrain principal.** Les données et les résultats des recherches au Centre Anticancer ne sont ni présentés ni utilisés comme cas contraste dans notre thèse. Nous avons mené cependant les deux recherches-interventions avec un objectif de comparaison, qui a influencé notre recherche.

Nous présentons maintenant les organisations qui ont constitué nos terrains de recherche ou leur environnement immédiat.

3.2 Présentation générale des terrains de recherche et de leur complémentarité

Notre recherche a été menée sur deux terrains distincts. Le terrain principal, avec lequel nous travaillons en convention CIFRE, est un établissement à but non lucratif de taille modeste, la Clinique SSR. Il a été racheté à parts égales par deux établissements sanitaires à but non lucratif de la même agglomération. L'un d'eux, le centre de lutte contre le cancer régional, a fourni les

terrains de recherche complémentaire, qui devraient initialement fournir le cas contraste. Nous présentons les trois établissements, la Clinique SSR puis les deux repreneurs.

3.2.1 La Clinique SSR

Nous relatons brièvement l'histoire de l'établissement jusqu'au rachat par deux établissements concurrents. Nous décrivons ensuite la première année d'activité, de décembre 2018 à décembre 2019. Enfin, nous expliquons comment l'organisation administrative a été stabilisée à l'issue de la première année.

3.2.1.1 *Bref historique jusqu'au rachat*

La Clinique SSR, a été fondée en 1954 par une congrégation religieuse. Au fil du temps, le statut et l'activité de la clinique ont évolué. Elle a été longtemps réputée comme centre de chirurgie orthopédique de pointe, en particulier pour la chirurgie des membres inférieurs et de la colonne vertébrale. L'activité chirurgicale a diminué dans le courant des années 2010. En particulier entre 2016 et 2017, le nombre de journées d'hospitalisation complète est passé de 3111 à 894, d'après la statistique annuelle des établissements de santé. Le fonds de commerce de la clinique est alors la propriété d'une association.

En 2018, la congrégation propriétaire du terrain et des murs, décide de vendre sa propriété. Les locaux abritent alors cinq locataires : un établissement sanitaire pratiquant la chirurgie et les soins de suite et de réadaptation, un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et trois sociétés d'imagerie médicale. Les sociétés d'imagerie et le cabinet de kinésithérapie sont des fournisseurs de prestations pour l'établissement sanitaire. Le président de l'association est également gérant et/ou actionnaire des sociétés de radiologie. Aucune des sociétés ou associations locataires ne souhaite ou n'est en capacité de racheter le terrain et les murs. La proposition d'un promoteur immobilier est acceptée par la congrégation. Elle prévoit la démolition totale des bâtiments, l'arrêt définitif de l'activité d'hospitalisation et la construction d'immeubles d'habitation, dans lesquels un grand cabinet de kinésithérapie est prévu. Les salariés de la clinique et du centre d'imagerie manifestent leur mécontentement et exposent aux médias leur souhait de voir reprendre l'activité d'hospitalisation.

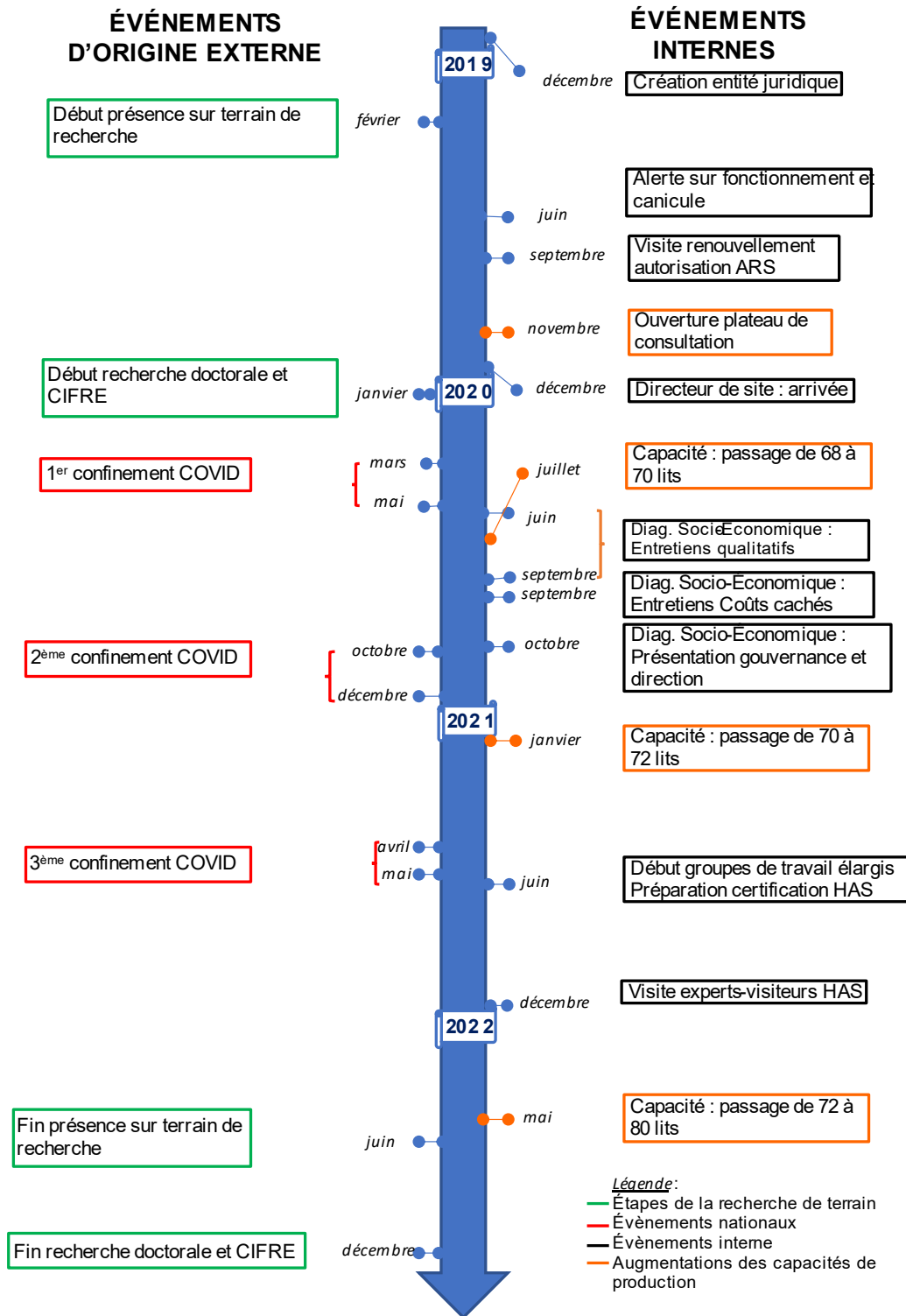
La Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer, que nous présentons plus tard, s'allient pour reprendre la Clinique SSR. En janvier 2019, la direction du Centre Anticancer explique à son personnel que le rachat n'était pas prévu en 2018. La reprise de la Clinique est une opportunité de se positionner sur l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation, locale et régionale. Les besoins de lits d'aval pour les patients du Centre Anticancer ne sont pas complètement couverts par les établissements existants. La direction précise que la Clinique SSR accueillera des patients pour des prises en charge qui vont au-delà de l'activité habituelle de ce service de soins de suite et de réadaptation.

Le rachat a pu avoir lieu fin 2018, après de nombreuses démarches de recherche d'appuis politiques locaux, régionaux et nationaux. La promesse de vente signée avec le promoteur immobilier n'a pu être modifiée qu'après l'obtention de l'appui du Vatican. L'Agence Régionale de Santé ne s'est pas engagée. Elle a fait part de l'absence d'appui pour la continuité de l'exploitation de cet établissement. Certains salariés ont pris parti pour l'une des solutions proposées. Officieusement, un établissement sanitaire privé à but lucratif aurait été sur les rangs pour le rachat des lits, avec l'appui d'un membre de l'encadrement administratif. Au final, la vente a été modifiée. L'association formée par la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer a racheté les murs, le fonds de commerce et les équipements. Le parc attenant au bâtiment a été racheté par le promoteur immobilier, pour y construire des logements.

L'alliance entre la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer marque le début d'une relation de coopération. Bouncken et *al.* (2015) définissent la coopération comme " un processus stratégique et dynamique dans lequel les acteurs économiques créent conjointement de la valeur grâce à une interaction coopérative, alors qu'ils sont simultanément en compétition pour capturer une part de cette valeur". Les articles de recherche cités par ses auteurs décrivent majoritairement la coopération comme une stratégie par laquelle chaque entreprise cherche à gagner un pouvoir plus important sur le marché, aux dépens des autres acteurs du marché. Dans notre cas, les deux établissements repreneurs avait l'objectif commun de faciliter et d'accélérer leur accès à des lits d'aval, pour limiter la durée de séjour des patients dans leurs établissements. Le système de tarification à l'activité est en effet plus rémunérateur lorsque la durée moyenne de séjour est plus courte. Le même nombre de lits peut ainsi accueillir plus de séjours sur une même période. Or, il existe peu d'établissements recevant des patients de cancérologie en soins de suite et réadaptation. Les deux repreneurs, qui sont concurrents sur le marché du court séjour en cancérologie, se sont alliés pour investir sur un établissement leur permettant de s'assurer un certain nombre de lits d'aval. Cela correspond, comme le décrivent Bouncken *et al.*, à un partenariat gagnant-gagnant entre deux concurrents. À travers le prisme de l'approche par les ressources, la Clinique SSR fournit aux deux repreneurs des compétences qu'ils ne possèdent pas en soins de suite et réadaptation. Pour chacun d'eux, créer un tel service se serait avéré très coûteux et très difficile, du fait de la nécessité d'obtenir une autorisation d'activité et de trouver des compétences médicales et paramédicales qui n'existent pas dans les établissements concernés. En ce sens, la Clinique SSR procure un accès à des ressources et à des compétences qui sont valorisables, difficilement imitables et non substituables, au sens de Barney (1991) et Grant (1991). Toujours selon Bouncken et *al.* (2015), le recours à des fournisseurs, à des clients ou à des concurrents, est un moyen classique d'entrer dans un partenariat stratégique. Ainsi, trois établissements ont débuté une relation complexe, qui n'est pas exempte de risques. Baumard (2009), cité dans Bouncken et *al.*, relève que la dynamique coopérative représente une certaine vulnérabilité. La rétention de compétences et la protection, tendance naturelle des organisations dans un milieu concurrentiel, doivent être tempérées pour s'équilibrer avec le

nécessaire partage de compétences et l'intégration dans la coopération. Sur le terrain étudié, le partage de compétences est limité aux fonctions support et à la gouvernance de l'établissement commun. Le but recherché est d'apporter un avantage concurrentiel à chacun des partenaires, en leur permettant d'augmenter leur activité et leur valeur ajoutée.

Figure 6. Étapes de notre présence sur le terrain de recherche, des événements marquants endogènes et exogènes de la Clinique SSR



3.2.1.2 Les débuts du redressement : la première année de reprise (décembre 2018 – décembre 2019)

La nouvelle organisation Clinique SSR a été créée sous la forme juridique d'une association, en décembre 2018. Une société civile immobilière est créée. Elle devient propriétaire des locaux. La clinique, les trois sociétés de radiologie et le cabinet de masseur kinésithérapeute sont locataires des locaux qu'ils utilisent. Les fonds sont apportés à parts égales par chacun des repreneurs, la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer (Rapport CAC 2019). La clinique, et la partie du terrain sur lequel elle se trouve, sont acquises pour le prix de 2 400 000 €. À l'issue de l'exercice 2019, les commissaires aux comptes valident un boni de liquidation de 420 000 € et une dette de 228 000 €.

Le **positionnement stratégique** se fait sur une activité de soins de suite et de réadaptation polyvalents. L'arrêt définitif de l'activité chirurgicale est décidé. La plupart des chirurgiens ont déjà arrêté leur activité depuis plusieurs mois, suite à des mésententes médicales majeures. Le service ambulatoire, le bloc opératoire et ses annexes, situés au rez-de-chaussée, sont fermés. Les 25 lits d'hospitalisation complète de chirurgie viennent s'ajouter aux 43 lits de soins de suite et de réadaptation, jusque-là orientés vers l'orthopédie mais sans spécialité. Un service unique de 68 lits de soins de suite et de réadaptation polyvalents est constitué au premier étage du bâtiment. Les repreneurs s'engagent à reprendre l'ensemble des salariés. Une réorientation vers l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation est proposée aux personnels paramédicaux de chirurgie. Des propositions de poste dans les établissements repreneurs sont faites aux personnels de bloc opératoire et de salle de soins post interventionnels qui ne souhaitent pas prendre de poste en service de soins. La reprise d'activité s'effectue avec cinq personnels médicaux, médecins et pharmaciens, et 69 personnels non médicaux salariés, soit 64,53 équivalents temps pleins non médicaux. Les fonctions support, pour lesquels la Clinique SSR n'a plus le personnel ou les compétences, sont partagées entre les services supports des deux repreneurs. La direction des soins est assurée conjointement par les deux établissements, pendant la première année. Le tableau 11 montre la répartition des fonctions support entre les deux établissements repreneurs.

Le **budget prévisionnel** initial, établi au moment du rachat en décembre 2018, prévoit un résultat faiblement bénéficiaire. Il est construit en anticipant quelques travaux de faible envergure. Il est actualisé à trois reprises pendant l'année 2019. Nous présentons dans le tableau 12 une synthèse du budget prévisionnel et son évolution avec les deux premières réactualisations. Le résultat final de l'exercice sera présenté et analysé dans le chapitre 4.

Tableau 11. Partage des fonctions support de la Clinique SSR entre les repreneurs

FONCTION	Clinique Court Séjour	Centre Anticancer
Administration, finances, achats		X
Comptabilité fournisseurs		X
Ressources humaines	X	
Technique et logistique	X	
Direction des soins	X	X
Information médicale		X
Qualité - Gestion des risques		X
Informatique : logiciels	X	
Informatique : infrastructure		X
Relations avec les usagers		X

Tableau 12. Budget prévisionnel initial de la Clinique SSR et actualisations de juin et août 2019

	Budget 2019	2019 actualisé juin	2019 actualisé août
Nombre moyen de patients présents	58	56	52
TOTAL PRODUITS	4 341 003 €	4 085 594 €	3 709 806 €
TOTAL CHARGES	4 192 812 €	4 894 810 €	5 009 115 €
ACHATS	235 084 €	366 674 €	370 541 €
CHARGES EXTERNES	1 034 039 €	1 283 097 €	1 352 072 €
AUTRES CHARGES EXTERNES	80 961 €	109 463 €	110 971 €
IMPÔTS ET TAXES	268 233 €	332 219 €	333 314 €
CHARGES DE PERSONNEL	2 432 095 €	2 687 956 €	2 696 816 €
AUTRES CHARGES COURANTES	900 €	900 €	900 €
CHARGES FINANCIÈRES	36 500 €	39 500 €	39 500 €
DOTATIONS	105 000 €	105 000 €	105 000 €
RÉSULTAT PREVISIONNEL	141 191 €	-809 216 €	-1 299 309 €
CAPACITÉ AUTO FINANCEMENT	246 191 €	-704 216 €	-1 194 309 €

Direction Administrative et Financière, Septembre 2019

Les réactualisations du budget, en juin puis en août 2019, font apparaître un résultat prévisionnel déficitaire et une capacité d'autofinancement négative. Les produits réels sont inférieurs aux produits prévus. L'objectif de 68 patients présents en moyenne par mois est rarement atteint. Ce nombre tombe de 56 au mois de juin, puis à 52 au mois d'août par manque d'effectif médical. Les charges réelles s'avèrent également plus élevées que les charges prévues. Les travaux urgents sont plus nombreux et plus coûteux que prévu. Les locaux sont vétustes. Ils nécessitent une mise

aux normes de sécurité incendie en vigueur pour obtenir l'autorisation de fonctionnement de la commission de sécurité. Dans l'attente de la mise aux normes, la sécurité incendie doit être assurée par du personnel spécialisé, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ces charges n'étaient pas comptabilisées dans le budget prévisionnel initial. La remise en fonctionnement de la cuisine s'avère également plus difficile que prévu. Le prestataire de restauration, en contrat avec l'ancien établissement, livre des repas fabriqués dans la cuisine du lycée voisin. La déclaration d'insalubrité, issue d'une inspection après signalement anonyme en 2018, ne permet pas de reprendre rapidement la fabrication de repas compatibles avec les exigences médicales. Face à l'évolution du résultat économique et aux difficultés de remise aux normes, la gouvernance renonce à certains des travaux d'amélioration initialement prévus.

La **gouvernance** est assurée par un conseil d'administration, constitué à parité d'administrateurs issus des deux repreneurs. Le tableau 13 présente les métiers et les fonctions des administrateurs par établissement repreneur.

Tableau 13. Liste des administrateurs de la Clinique SSR et leurs métiers par établissement repreneur

Clinique Court Séjour	Centre Anticancer
Directeur général	Directeur général, médecin oncologue
Président du Conseil d'Administration, chirurgien retraité	Directeur général adjoint
Membre du conseil d'administration Expert-comptable, commissaire aux comptes	Directeur des Affaires Médicales, chirurgien
Membre du conseil d'administration Avocat spécialisé en fusions-acquisitions	Président de la Commission Médicale d'Établissement, chirurgien
Membre du conseil d'administration Chirurgien retraité, ancien président de la Commission Médicale d'Établissement d'un CHU	Membre du conseil d'administration Député de la circonscription

Les statuts de l'association prévoient une gouvernance tournante tous les ans. Le président du conseil d'administration, élu par celui-ci, est issu d'un des deux établissements propriétaires ; le secrétaire général est issu de l'autre établissement. La présidence et le secrétariat général doivent être assurés à tour de rôle par chaque établissement. Le management de l'établissement est assuré par plusieurs instances fonctionnelles, qui regroupent la cadre de santé de la Clinique SSR, certains salariés, les directeurs et des membres des services supports des deux repreneurs, en fonction des besoins d'actions analysés par un comité opérationnel hebdomadaire. Ce dispositif de management sera décrit plus en détail dans le chapitre 4. Il n'est pas nommé de directeur opérationnel la première année.

Après négociation avec l'agence régionale de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de la Clinique SSR pour 2019-2021 comportent trois grands axes d'engagements. Le premier axe concerne le projet stratégique de l'établissement, en lien avec le futur projet médical de territoire. Il prévoit la formalisation et la rédaction du projet médical de l'établissement en 2020.

Ce projet n'était que très partiellement écrit lors de la demande de renouvellement d'autorisation et n'a pas satisfait l'agence régionale de santé. Celle-ci demande que soit développées des coopérations inter-établissements avec d'autres acteurs du territoire et que les conventions ou protocoles signés lui soient envoyés en 2020. Cet engagement prévoit également l'amélioration de la couverture vaccinale et la diminution de la prévalence de l'usage du tabac parmi les professionnels de santé de l'établissement. Une campagne de sensibilisation doit être organisée chaque année. Le second axe d'engagements a pour but d'améliorer la réponse apportée par les soins de suite et de réadaptation au parcours de soins. Il prévoit l'utilisation du logiciel de trajectoire pour les admissions pour au moins 85 % des entrées dès la première année. Le troisième axe d'engagements a trait à la situation spécifique de l'établissement. Il requiert la mesure de la lourdeur de la prise en charge des patients afin d'améliorer la prise en charge des patients lourds, dès la première année. La lutte contre les infections associées aux soins doit être organisée, en déployant des ressources humaines dédiées et qualifiées, quantifiées à, au moins, un équivalent temps plein de personnel médical hygiéniste et, au moins, un équivalent temps plein de personnel infirmier hygiéniste.

3.2.1.3 *La stabilisation de l'organisation administrative*

L'organisation administrative est stabilisée au bout d'un an de fonctionnement, avec l'arrivée en poste d'un directeur. La décision de recruter a été prise courant juin 2019. Le directeur prend ses fonctions en décembre 2019. Pour la Clinique Court Séjour, les fonctions sont celles d'un directeur de site. Pour le Centre Anticancer, il s'agit d'un directeur opérationnel. Son arrivée sur site modifie les responsabilités fonctionnelles et hiérarchiques, qui étaient assumées jusque-là par des directeurs ou managers des deux établissements repreneurs. **Le directeur de la Clinique SSR prend à sa charge les responsabilités administratives et de représentation officielle de l'établissement auprès des parties prenantes externes telles que l'agence régionale de santé, les banques, les fournisseurs et les clients.** Il prend aussi la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle des personnels médicaux et paramédicaux salariés de la Clinique SSR. La responsabilité hiérarchique à l'égard des médecins mis à disposition par le Centre Anticancer est assurée par l'encadrement médical du Centre Anticancer. Le directeur assure une responsabilité fonctionnelle pour ces médecins. Enfin, les responsabilités financières concernant le suivi de la trésorerie, l'établissement des budgets prévisionnels et le suivi des indicateurs économiques et financiers, ne sont pas explicitement attribuées. **Le malentendu entre le directeur de site et la direction de l'administration et des finances perdurent quelques mois, pendant lesquelles chacun pense que l'autre partie veille.**

Les dispositifs de pilotage et de coordination mis en place au début de la reprise sont modifiés. Le rôle de décideur est transféré des directeurs adjoints et directeurs des fonctions support des repreneurs, au directeur de site. Le comité de pilotage et le comité de coordination deviennent

des instances consultatives, qui sont réunies moins fréquemment. Ces dispositifs sont décrits plus en détail dans le chapitre 4.

3.2.2 Les établissements repreneurs

La Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer sont deux établissements sanitaires de la même agglomération. Nous les présentons maintenant brièvement.

3.2.2.1 La Clinique Court Séjour

La Clinique Court Séjour est un établissement privé à but non lucratif, qui n'est pas d'intérêt collectif. Sur le plan juridique, il s'agit d'une association, qui délivre des soins médicaux et chirurgicaux dans une trentaine de spécialités, selon son site Internet. Il est adhérent de la Fédération des Établissements Hospitalier et d'Aide à la Personne privés solidaires. Lors de l'exercice 2018, la Clinique Court Séjour compte 371 salariés et 192 praticiens libéraux. Sa particularité est de travailler exclusivement avec des médecins du secteur libéral. Le tableau 14 présente les chiffres significatifs de son rapport d'activité pour l'exercice 2018.

Tableau 14. Capacité, activité et ressources humaines de la Clinique Court Séjour

Capacités d'accueil	Activité	Personnels salariés	Praticiens libéraux
177 lits	33 769 séjours	52 administratifs	192
52 places (ambulatoire, hôpital de jour)	69 585 journées d'hospitalisation	263 soignants	
		11 en pharmacie	
		45 en services techniques et logistiques	

D'après rapport d'activité exercice 2018

L'établissement est connu dans l'agglomération. Il y exerce des fonctions sanitaires depuis plus d'un siècle. Au moment du rachat de la Clinique SSR, il continue le développement de son activité de consultation et de chirurgie lourde notamment.

3.2.2.2 Le Centre Anticancer

Le Centre Anticancer est un centre de lutte contre le cancer, c'est-à-dire un établissement sanitaire privé à but non lucratif. Il est adhérent de la fédération des centres de lutte contre le cancer. Il a le statut d'établissement de soins privés d'intérêt collectif, qui participe au service public hospitalier. Conformément aux textes présentés dans le chapitre 1, il est soumis aux missions spécifiques des centres de lutte contre le cancer. Le rapport d'activité pour l'exercice 2017 dénombre 1718 salariés, dans 35 métiers. Son activité de recherche très soutenue emploie

plus de 250 personnes à elle seule et lui confère une visibilité internationale. Le tableau 15 récapitule les chiffres significatifs pour l'exercice 2017.

Tableau 15. Capacité, activité et ressources humaines du Centre Anticancer

Capacités d'accueil	Activité	Personnels salariés par filière	Personnels salariés dans les fonctions transversales
321 lits d'hospitalisation et places (ambulatoire et hôpital de jour)	12 066 séjours d'hospitalisation conventionnelle	Filière soins : 597	Fonction médico-administrative : 201
202 places d'hospitalisation à domicile	33 140 séjours en ambulatoire	Filière recherche : 278	Fonction médico-technique : 186
	2 928 séjours en Hospitalisation à domicile	Filière médicale : 220	Fonction logistique et technique : 118
	3 432 séjours en Soins à domicile		Fonction administrative : 118

D'après rapport d'activité exercice 2017

L'établissement a une capacité d'accueil deux fois supérieure à celle de la Clinique Court Séjour et emploie trois fois plus de personnes.

Comparée aux deux établissements repreneurs, la Clinique SSR est un petit établissement, tant par la taille que par les capacités d'accueil et les ressources humaines employées.

Nos missions et fonctions nous ont conduit à travailler en relation avec les trois établissements que nous venons de présenter.

3.2.3 Nos missions et fonctions propres au sein des établissements

Les trois établissements sont, donc, à des degrés divers, parties prenantes de notre terrain de recherche et ont alimenté notre recherche doctorale. Notre collaboration avec eux peut être scindée en trois périodes. La première période a été occupée par le stage en alternance faite pendant la deuxième année de Master recherche. Le Centre Anticancer nous accueille alors comme chargée de missions. Il est le terrain de recherche de notre mémoire. La période de préparation de la recherche doctorale et de finalisation de la convention CIFRE a été occupée en tant que chargée de mission en contrat à durée déterminée au Centre Anticancer. Enfin, la recherche doctorale proprement dite a été conduite essentiellement dans la Clinique SSR, qui nous employait. **L'objectif initial était d'accompagner l'établissement dans sa transformation d'activité, c'est-à-dire son passage d'une activité mixte de chirurgie et**

soins de suite et réadaptation à une activité de soins de suite exclusive. Le Centre Anticancer constituait un terrain de recherche secondaire, à visée comparative.

Nous présentons dans le tableau 16 les missions et fonctions que nous avons occupées dans les deux établissements entre les mois d'octobre 2017 et de juin 2022.

Tableau 16. Nos missions et fonctions dans les deux établissements terrains de recherche entre octobre 2017 et juin 2022

Période \ Lieu et cadre d'emploi	Centre Anticancer	Clinique SSR
Octobre 2017 – Juin 2018 Stage Recherche Master 2 au Centre Anticancer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Réalisation d'une recherche-intervention socio-économique sur le périmètre du bloc opératoire et de ses clients et fournisseurs internes => mémoire de master recherche ✓ Missions ponctuelles de préparation à la démarche de certification de l'établissement ✓ Missions de suivi de la veille environnementale ✓ Formations dispensées en qualité et gestion des risques 	
Octobre 2018 – Décembre 2019 CDD temps plein au Centre Anticancer Chargée de missions	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivi du projet du bloc opératoire issu de la recherche-intervention socio-économique ✓ Déploiement de la démarche de recensement des Risques Psycho-Sociaux dans les services de soins et plateaux techniques, au sein du groupe de projet de la DRH, 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistance à la Directrice des Soins du Centre Anticancer sur le comité opérationnel mis en place à la Clinique SSR (coordination du tableau d'actions) ✓ Assistance de la Directrice de l'Administration et des Finances du Centre Anticancer sur des aspects administratifs de la Clinique SSR (renseignement de la statistique annuelle des établissements de santé) ✓ Création de la Commission Des Usagers (instance interne obligatoire) de Clinique SSR et fonction de médiatrice non médicale au sein de cette commission ✓ Accompagnement, encadrement et remplacement ponctuel de la cadre de santé de Clinique SSR (congés d'étés) ✓ Remplacements ponctuels en tant qu'infirmière en cas d'absentéisme critique ✓ En charge ponctuelle de la direction opérationnelle de Clinique SSR (2 semaines : août 2019) ✓ Accompagnement du changement d'organisation de l'équipe administrative ✓ Chargée du projet de création du plateau de consultations externes de Clinique SSR (avril à octobre 2019)

<p>Janvier 2020 – Juin 2022 Recherche doctorale Chargée de missions à la Clinique SSR CIFRE</p>	<p>✓ Recherche-intervention socio-économique dans un département, Direction de l'exploitation comprenant le service achat, le service logistique et le service technique en charge de la maintenance et de l'organisation des travaux. Département transversal en situation ponctuellement difficile pendant et après les premières vagues du COVID-19. Effectif moyen : 34 personnes. Organigramme et équipes assez stables depuis plusieurs années, au sein d'un établissement dont l'activité principale a modérément évolué. Recherche reproduisant la méthode utilisée pour Clinique SSR : même champ d'activité (secteur sanitaire), même ville d'implantation, contexte sociétal identique (COVID 19, difficultés de recrutement) => cas contraste</p>	<p>➤ Contrat : accompagner l'établissement dans sa transformation d'activité en SSR exclusif dans le contexte de déficit budgétaire = Projet de thèse</p> <p>✓ Recherche-intervention socio-économique sur l'ensemble de l'établissement (diagnostic et début de projet à compter de mai 2020)</p> <p>✓ Missions d'aide administrative et managériale au directeur de site : participation aux recrutements de cadre de santé, étude des modifications d'organisation des équipes de soins et de l'équipe administrative, rédaction de documents internes (procédures, politique des différentes instances de l'établissement). Réflexion et relecture des projets stratégiques</p> <p>✓ Accompagnement et formation des cadres de santé sur l'organisation et la mise en place des tableaux de services (plannings)</p> <p>✓ Encadrement lors de la prise de fonction et remplacement des cadres de santé lors de leurs absences</p> <p>✓ Remplacement ponctuel du directeur pendant ses congés avec astreintes administratives</p> <p>✓ Fonction de médiatrice non médicale pour la commission des usagers</p> <p>✓ Aide à la préparation de la démarche de certification par la Haute Autorité en Santé</p>
--	--	--

La troisième période a été marquée par la pandémie de Covid-19, qui a eu des conséquences opérationnelles importantes pour l'établissement et pour notre recherche doctorale.

3.3 Méthodologie de la recherche doctorale

Nous décrivons dans cette sous-section la méthodologie générale puis la méthodologie opératoire.

3.3.1 Méthodologie générale

Après la présentation des principes de collecte de données, nous décrivons les étapes de la recherche intervention socio-économique.

3.3.1.1 Collecte des données

La recherche-intervention qualimétrique collecte et utilise des informations qualitatives, quantitatives et financières. Ces différentes formes d'informations peuvent être accessibles directement ou non, et proviennent de sources de données multiples. Pour assurer, d'une part,

une variété suffisante des sources et des formes d'informations et, d'autre part la qualité de ces informations, il est nécessaire d'appliquer ce que Krief et Zardet (2013) définissent comme des protocoles de collecte, d'extraction et de mémorisation. En effet, le chercheur de terrain recueille des informations aussi bien lors d'entretiens formels ou de réunions que par la lecture de documents internes et externes tels que des rapports, un compte de résultat ou des tableaux de bord. Tous les moments de présence sont des temps d'observation mis à profit pour comprendre le système en présence. La variété des formes d'informations et des supports nécessite, selon les mêmes auteurs, une technique de prise de notes rigoureuse, afin de s'assurer de la qualité, c'est-à-dire de la fiabilité, des informations et de leur mémorisation.

Nobre (2006), cité dans Krief et Zardet (2013), relève qu'il existe deux grandes modalités de collecte, qui cohabitent et sont nécessaires à la recherche-intervention. D'une part, la collecte dirigée ou finalisée concerne les données issues des dispositifs de recherche propres à la recherche-intervention qualimétrique. Les sources sont des entretiens, de l'observation et l'analyse de documents demandés expressément par le chercheur. Nous voyons dans le point suivant quels sont ces dispositifs. D'autre part, une collecte spontanée, autonome comme la définit Nobre (2006), est faite lors de réunions et d'observations non dirigées. Elle est conservée sous la forme de notes d'observation, de notes de réunion ou dans un journal de recherche. La présence régulière du chercheur sur le terrain le met en présence de nombreuses données. Dans notre cas, notre présence sur les deux terrains pendant plusieurs années nous ont permis une collecte non dirigée particulièrement riche et variée. La diversité des sources d'informations, acteurs et supports divers, permet de comparer les informations sur un même événement ou une même situation, afin d'en extraire et de comparer si besoin les différentes perceptions et informations connues. C'est la triangulation. Il s'agit à la fois d'enrichir les données sur une même situation et de contourner les biais de perception individuels et, éventuellement, les tentatives de manipulation du chercheur par certains acteurs.

3.3.1.2 *Les étapes de la recherche-intervention socio-économique*

La méthodologie de recherche-intervention socio-économique qualimétrique, que nous désignons dorénavant par l'expression recherche-intervention, se présente comme un processus de conduite du changement dans l'organisation dans laquelle elle intervient. Elle comporte quatre étapes, guidées par une méthode précise : le diagnostic socio-économique participatif, la réflexion et la décision du projet en groupes participatifs, sa mise en œuvre puis son évaluation rigoureuse. Zardet et *al.* (2011) décrivent également les processus de formation et d'accompagnement des directions, et de l'encadrement supérieur et intermédiaire, qui sont conduit en parallèle. L'objectif est de les aider à mettre en œuvre le modèle du management socio-économique, grâce à des outils opérationnels, tels que les grilles de compétences, les

tableaux de bord de pilotage ou les plans d'action stratégique. La mise en place de ce modèle est levier du changement.

3.3.1.2.1 Le diagnostic socio-économique

Le diagnostic socio-économique est le premier pas de la démarche de changement (Savall et Zardet, 1987/2020). Il comporte deux volets. Le premier est le diagnostic horizontal, qui concerne tous les personnels de l'encadrement supérieur et de la direction. Le second est le diagnostic vertical. Il concerne un ou plusieurs services, dans lesquels des acteurs de tous les niveaux hiérarchiques sont interrogés. Pour chaque périmètre, horizontal et vertical, le diagnostic comporte deux phases.

La première consiste dans le recueil des expressions des acteurs sur les dysfonctionnements qui, selon eux, perturbent l'organisation (Savall, 1974/2019 ; Savall et Zardet, 1978, 1987/2020 ; Savall et *al.*, 2019). Des entretiens semi-directifs sont organisés entre le chercheur et un part significative des acteurs de chaque niveau, de chaque métier et de chaque fonction, soit 30% minimum. Tous les personnels qui ont une responsabilité d'encadrement, hiérarchique ou fonctionnelle, sont interrogés lors d'entretiens individuels d'une heure environ. Les personnels sans responsabilité d'encadrement peuvent être rencontrés soit par groupe de trois à cinq personnes, lors d'entretiens collectifs d'une heure trente, soit en entretien individuel, si la situation le nécessite. Le chercheur prend des notes aussi exhaustives que possible, de tous les points de vue et enjeux, spécifiques ou non, convergents ou divergents, exprimés par les acteurs (Krief et Zardet, 2013). L'anonymat est garanti à chaque acteur en début d'entretien qualitatif. Les entretiens sont codés de manière à le respecter.

La seconde phase a pour but de recueillir des données quantitatives et financières sur les dysfonctionnements identifiés par les acteurs. Le chercheur rencontre alors les interlocuteurs qui peuvent préciser ou mesurer les données nécessaires. Il s'agit essentiellement de personnels de l'encadrement et de la direction. Des entretiens individuels, de deux fois une heure pour chaque interlocuteur, sont organisés. Il s'agit d'entretiens directifs, pendant lesquels le chercheur passe en revue tous les dysfonctionnements du périmètre de son interlocuteur. Lors du premier rendez-vous, les données nécessaires et possibles à obtenir sont identifiées. Lors du second rendez-vous le cadre de terrain partage les données qu'il a obtenues, soit par consultation de supports internes, soit par mesures effectuées spécifiquement. Les sources d'informations et les conditions de mesure sont conservées par le chercheur.

Le traitement des données qualitatives issues des entretiens est opéré par sélection de phrases entières, appelées phrases-témoins, qui seront les unités d'analyse (Savall et Zardet, 1987/2020 ; Zardet et *al.*, 2011). Contrairement aux *verbatim* utilisés pour une analyse lexicale en contexte, les phrases-témoins font l'objet d'une analyse thématique et ont un sens clair en dehors du contexte où elles ont été énoncées. Ces phrases expriment des dysfonctionnements, tels que les

ont exprimés les acteurs. Elles sont conservées et retranscrites sans jugement ni interprétation. Les phrases-témoins sont ensuite codées et classées à l'aide du logiciel expert Segese© (pour Système Expert de Gestion Socio-Économique), mis au point à cette fin par les chercheurs de l'institut de socio-économie des entreprises et des organisations. Ce logiciel est utilisé pour toutes les recherches-interventions socio-économiques. Il est structuré sous la forme d'une arborescence de thèmes, sous-thèmes, sous-sous-thèmes et idées-clés, relatifs aux dysfonctionnements des entreprises (Krief et Zardet, 2013, p. 225). Il a été construit et affiné par capitalisation des données des diagnostics successifs. En 2013, Krief et Zardet expliquaient que la base de données comportait 3500 idées-clés génériques, réparties en six thèmes et 41 sous-thèmes. Le site de l'institut de socio-économie des entreprises et des organisations annonce, en 2022, une base de données constituée d'environ 5600 idées-clés, réparties en six thèmes, 48 sous-thèmes et 270 sous-sous-thèmes, et formée sur la base d'environ 2000 cas d'entreprises et organisations. Cette base de connaissances génériques et permanentes permet de coder et de classer les connaissances contextuelles fournies par les phrases-témoins de chaque nouveau diagnostic en idées-clés génériques, compréhensibles hors contexte. Les six thèmes correspondent aux six catégories d'infrastructures identifiées dans la théorie socio-économique.

Savall et Zardet (1987/2020) expliquent que le recueil de données quantitatives et financières a pour but d'évaluer les impacts économiques des dysfonctionnements. Cinq indicateurs sont utilisés pour classer les impacts : l'absentéisme, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la rotation inappropriée du personnel, les défauts de qualité et les écarts de productivité directe, ou sous efficacité. Un indicateur synthétique global est utilisé pour mesurer l'impact financier. Il s'agit de la **Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables (CHVACV)** (Savall et Zardet, 1987/2020). Elle est calculée selon la formule :

$$CHVACV = \frac{\text{Chiffre d'Affaires} - \text{Charges Variables}}{\text{Nombre d'heures attendues}}$$

Elle représente la valeur ajoutée économique moyenne d'une heure de travail pour un acteur, quel que soit son poste. Il s'agit d'un indicateur de productivité globale de l'organisation. Selon Savall et *al.* (2019), il permet d'intégrer des principes de management des personnes, de développement professionnel et de valorisation du potentiel humain. C'est pourquoi ces auteurs considèrent qu'il se situe à l'interface des disciplines du contrôle de gestion, de la gestion des ressources humaines, du développement marketing et commercial et de la gestion de production des technologies.

Parallèlement au diagnostic par entretiens, des **grilles de compétences** sont établies par service par le manager, avec l'aide méthodologique du chercheur. Savall et Zardet (2021) définissent la

grille de compétences comme un synoptique permettant de visualiser les compétences effectives disponibles d'une équipe et son organisation. Elle permet d'identifier les points forts et les besoins en formation d'une équipe. Elle peut être utilisée pour toute forme de compétences, techniques, relationnelles ou managériales, y compris pour un comité de direction.

Après traitement et mise en forme de toutes les données, le diagnostic est présenté à la direction puis au personnel lors d'une séance de restitution appelée « **effet miroir** ». Ces auteurs décrivent deux fonctions pour cet effet miroir. La première est de favoriser les interactions entre les acteurs de terrain. La présentation orale aux groupes d'acteurs interviewés permet de susciter des réactions et des débats et de renvoyer aux acteurs leurs différents points de vue sur les dysfonctionnements, c'est-à-dire les différentes perceptions d'une même réalité, au sein de la même organisation. Il s'agit d'un révélateur permettant à l'organisation et aux acteurs de mieux se connaître. Krief et Zardet expliquent que le logiciel Segese© a été conçu dans le but premier de restituer l'image de l'organisation aux acteurs de terrain. La deuxième fonction de l'effet miroir est de faire interagir les acteurs avec les chercheurs. La présentation des dysfonctionnements permet de partager les représentations cognitives entre acteurs et chercheurs et, ainsi, d'améliorer le consensus. Les erreurs et les malentendus peuvent être corrigés à cette occasion. C'est une étape qui structure de la connaissance entre acteurs de terrain et chercheur. Selon les mêmes auteurs, Girin (1986) voit dans la restitution des résultats la garantie d'une amélioration de la collaboration des acteurs dans la suite de la recherche. Savall et Zardet (2004) soulignent que la présentation des résultats lors de l'effet miroir permet un contrôle par les acteurs de la qualité du diagnostic fourni par les chercheurs. Krief et Zardet (2013) notent que la présentation de l'interface entre l'idée-clé et les phrases-témoins permet aux acteurs de terrain de vérifier la qualité la reformulation, grâce à la traçabilité du codage. Les mêmes auteurs précisent que l'effet miroir intervient avant la phase d'interprétation des résultats, qui arrive dans un second temps. En effet, le chercheur va analyser les résultats du diagnostic présenté, puis validé en totalité ou en partie, par les acteurs de terrain, ainsi que les réactions ou les absences de réaction lors de la présentation orale. Il s'agit d'une analyse contradictoire. Les mêmes auteurs soulignent, avec nombre d'autres chercheurs (Lee, 1998 ; Deale, 1999 ; Gephart, 2004 ; Krippendorf, 2004 ; Suddaby, 2006), que la séparation entre les données et leur analyse est un critère de qualité important pour les recherches qualitatives. Ensuite, le chercheur rédige un « avis d'expert » (Savall et Zardet, 1987/2020). Il s'agit de l'opinion de chercheur sur les dysfonctionnements qu'il a perçus, d'une analyse par un "œil extérieur" des dysfonctionnés exprimés et de ceux, qui, non exprimés, montrent des difficultés de communication et des manques de confiance. Il propose également des hypothèses sur les causes-racines des dysfonctionnements de l'organisation.

3.3.1.2.2 *Le projet d'amélioration socio-économique*

Le projet d'amélioration ou d'innovation socio-économique débute aussitôt après le diagnostic. Il vise à apporter une réponse aux problèmes soulevés lors de la phase de diagnostic. Une

hiérarchisation est opérée parmi les nombreux dysfonctionnements identifiés par le chercheur après la remise de son avis d'expert. Il constitue pour cela des « paniers de dysfonctionnements », en fonction des causes-racines. La priorisation des axes d'amélioration est travaillée avec le chef de projet et le groupe restreint, puis avec le groupe plénier. Savall et Zardet (2021) expliquent que le groupe de projet travaille alternativement en groupe restreint, groupe plénier et groupe de travail. Le chef de projet est responsable de la proposition qui sera faite à la direction. Pour un projet de comité de direction, il s'agit du dirigeant lui-même, le plus souvent. En fonction de la taille de l'organisation, le dispositif comporte deux ou trois instances de réflexion. Le groupe restreint, composé de quatre ou cinq personnes de confiance et de l'intervenant-chercheur, suit l'avancement du projet, fixe l'ordre du jour du groupe plénier et s'assure de la cohérence des solutions proposées avec les objectifs stratégiques (Savall et Zardet, 1987/2020). Le groupe plénier est constitué du chef de projet et des membres de l'encadrement du service concerné. Il recherche les solutions possibles. Il organise la réflexion et évalue la faisabilité opérationnelle et les impacts financiers, en termes de coûts et de performances. Il présente à la direction les solutions accompagnées de la balance économique de chacune d'elles. Selon Savall et Zardet, la balance économique est l'étude financière des investissements nécessaires et de l'évaluation de la réduction des coûts cachés identifiés lors du diagnostic. Les groupes de travail sont animés par un membre du groupe plénier. Chacun est constitué des personnes concernées telles que cadre, agent de maîtrise et personnel de base dans les groupes de travail. Le temps de réunions et le nombre de réunions sont limités dans le temps afin d'une part de donner un objectif de début de passage à l'action et d'autre part de ne pas affecter le niveau d'activité de l'organisation. Le chercheur apporte une aide méthodologique tout au long du projet. L'animation des groupes est cependant confiée aux acteurs de terrain à la fois pour qu'ils se saisissent pleinement du projet, qu'ils en assument la responsabilité auprès des autres personnels et que ce projet puisse continuer à vivre dans le temps, en dehors de la présence du chercheur.

La mise en œuvre du projet se fait en deux temps, en particulier pour les actions complexes, qui nécessitent des négociations et la synchronisation de nombreux services. La préparation de l'action consiste en la préparation d'un plan détaillé d'actions concrètes, leur ordonnancement et leur programmation. Savall et Zardet (1987/2020) insistent sur le rôle essentiel de la programmation détaillée pour la réussite de la mise en œuvre du projet. Ensuite, vient le passage à l'action proprement dit. Les mêmes auteurs remarquent que ce séquençage ne s'applique que partiellement. Nombre de petites actions concrètes sont en effet débutées dès après le diagnostic et pendant la phase de réflexion du projet.

L'évaluation des résultats est réalisée à distance de la mise en œuvre, qui prend souvent plusieurs mois. Selon Nobre et Merdinger-Rumpler (2009), il est important de respecter un délai suffisant pour éviter de surestimer les effets, sur la base de modifications superficielles, qui ne durent pas dans le temps. Le délai de trois ans, qu'ils ont testé lors de leur recherche-intervention

a permis de mettre à distance la vision de surface et de faire ressortir les causes profondes des mécanismes observés. L'évaluation a différents objectifs, décrits par Savall et Zardet (1987/2020). Du point de vue scientifique, il s'agit de constater l'évolution des coûts cachés. Du point de vue opérationnel, l'évaluation permet de stimuler à nouveau les comportements des acteurs dans l'optique de l'amélioration décidée lors du projet. Elle permet également de déclencher une nouvelle phase de projet d'amélioration, sur la base de résultats obtenus. En effet, l'évaluation est réalisée grâce à un diagnostic qui suit la même méthodologie que le diagnostic initial. Il va permettre de comparer les résultats à la fois qualitatifs, quantitatifs et financiers.

3.3.2 Méthodologie opératoire

Nous présentons dans cette sous-section la méthodologie opératoire des recherches-interventions menées dans les deux établissements, puis les dispositifs de distanciation sur lesquels nous nous sommes appuyés pour assurer la création de connaissances d'intention scientifique.

3.3.2.1 Recherches-interventions menées dans les deux établissements

Nous avons conduit trois recherches-interventions, dans deux établissements, le Centre Anticancer et la Clinique SSR. Pour les trois recherches, nous avons suivi la méthodologie de recherche-intervention socio-économique qualimétrique, telle qu'elle a été décrite précédemment. Pour les phases de diagnostics socio-économiques, nous avons rencontré 201 personnes en entretiens qualitatifs et 49 en entretiens quantitatifs et de coûts cachés. Le tableau 17 présente le détail du nombre de personnes interrogées en entretiens qualitatifs et en entretiens de coûts cachés, ainsi que du nombre de réunions de groupe projet et de réunions d'assistance personnalisée, que nous avons réalisées lors ces trois recherches.

Tableau 17. Recherches-interventions menées dans les deux établissements

Établissement	Périmètre	Effectif moyen	Date de début du diagnostic	Nombre de personnes vues en entretien qualitatif	Nombre de personnes vues en entretien quantitatif et de coûts cachés	Réunions groupes projet	Réunions Assistances personnalisées
Centre Anticancer	Bloc opératoire	86	Novembre 17	94	16	12	3
Clinique SSR	Intégral	57	Avril 20	62	22	7	4
Centre Anticancer	Exploitation	34	Avril 21	45	11	7	4
TOTAL				201	49	26	11

La première recherche-intervention a eu lieu pendant notre stage de Master recherche. Elle a porté sur le bloc opératoire et ses services clients et fournisseurs. Elle a comporté un diagnostic horizontal de la direction de l'établissement et un diagnostic vertical du bloc opératoire et des services en interface avec lui. Elle a débuté en novembre 2017 et s'est terminée en novembre 2018. Une évaluation brève de type qualitatif uniquement, a été faite en 2019, mais n'a pas donné lieu à la reprise d'un autre projet. Nous ne détaillons pas cette recherche.

La seconde recherche-intervention a porté sur la Clinique SSR. Le temps d'observation, participante ou non, a duré de février 2019 à décembre 2022. Tous les services, y compris les services supports opérés par les repreneurs, ont été observés puis interrogés pendant la phase de diagnostic intégral. Celui-ci a débuté en avril 2020, peu après le pic épidémique de la première vague de COVID-19. Nous avons dû reporter le début du diagnostic. La situation dans l'établissement, comme dans le reste de la société, était critique, essentiellement du fait de l'incertitude et de la peur qu'elle a générée. Le tableau 18 présente le calendrier de la seconde et de la troisième recherche-intervention, les différentes vagues de COVID-19 et les périodes d'interdiction de libre circulation. L'absentéisme, parmi le personnel soignant en particulier, a augmenté à cause de cas de COVID-19, mais aussi à cause de la peur de la maladie, qui a conduit à plusieurs arrêts de longue durée, et, au début de l'épidémie, à l'absence de transports en commun pour certains personnels éloignés. Nous avons commencé le diagnostic lorsque l'établissement a eu la certitude qu'il ne serait pas utilisé pour recevoir des patients contagieux, et que la tension qui régnait s'est un peu apaisée. Nous avons procédé essentiellement par entretiens individuels, pour éviter de regrouper des groupes de personnes dans des lieux clos.

Tableau 18 Calendrier des recherches-interventions et des vagues de COVID-19

	janv-20	mars-20	avr-20	mai-20	juil-20	oct-20	nov-20	déc-20	janv-21	mars-21	avr-21	mai-21	juil-21	sept-21	oct-21	janv-22
Vagues COVID-19			■			■			■							
Interdictions de déplacement			■	■			■				■					
Clinique SSR																
Diagnostic			■	■	■											
Projet							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Centre ANTICANCER																
Diagnostic												■	■	■	■	■
Projet																■

Pour la partie qualitative, les 36 entretiens individuels de 60 minutes et 15 entretiens collectifs de 90 minutes environ, ont été conduits entre avril et août 2020. La population interrogée en suivant la même grille d'entretien, reproduite en annexe B, a été segmentée en deux sous-ensembles, le personnel de base, c'est-à-dire sans responsabilité hiérarchique ou fonctionnelle sur d'autres personnels, et la direction et l'encadrement, y compris les personnels des fonctions support prises en charge par les établissements repreneurs. Le tableau 19 présente le nombre d'entretiens qualitatifs conduits par sous-ensembles de la population et par métier. Dix à quinze phrases-témoins ont été extraites des notes exhaustives de chaque entretien, soit un total d'environ 600

expressions relatives aux dysfonctionnements. Le classement par thème, sous-thèmes et idées-clés a été réalisé à l'aide du logiciel expert Segese®, ainsi que le calcul des fréquences d'apparition des idées clés. Puis, quatre phrases-témoins ont été sélectionnées au maximum par idées-clés pour la présentation du diagnostic lors de l'effet miroir.

Tableau 19. Nombre et répartition des entretiens qualitatifs par sous-ensembles et par métier pour la recherche-intervention de la Clinique SSR

	Personnel de base	Gouvernance, Direction encadrement
	3 secrétaires d'accueil/facturation 1 secrétaire médicale 1 technicienne d'information médicale 1 agent de maintenance 1 assistante sociale 1 diététicienne 2 masseurs-kinésithérapeutes 1 ergothérapeute 1 psychologue 1 préparatrice en pharmacie 1 brancardier 1 aide-soignante 4 agents des services hospitaliers 4 infirmiers	9 membres du Comité d'Administration 8 personnels de direction et encadrement 11 personnels des services supports 5 médecins salariés 4 médecins libéraux 2 pharmaciens
Nombre d'entretiens	15	36
Nombre de personnes	23	39

En parallèle du module qualitatif, nous avons formé la responsable du service administratif à la réalisation de la grille de compétences de tous les personnels administratifs de la Clinique SSR. Certains personnels et managers espéraient que le diagnostic socio-économique permettrait la prise de conscience de la criticité de la situation. Pour eux, l'enjeu était la survie de l'établissement. La perception de la direction et du conseil d'administration était différente. La menace ne paraît avoir été perçue de manière aussi aiguë par la gouvernance.

Pour la partie quantitative et financière du diagnostic, les dysfonctionnements élémentaires ont été sélectionnés dans les entretiens individuels réalisés dans la partie qualitative. Après classement des dysfonctionnements sélectionnés, nous avons conduit 19 entretiens de coûts cachés, en deux temps, d'une durée d'une heure à chaque fois, auprès de vingt-deux personnes de l'encadrement ou de collaborateurs identifiés par l'encadrement. La plupart des entretiens ont été individuels. Quelques-uns ont été collectifs, lorsqu'il était nécessaire de rencontrer le manager et un collaborateur détenteur d'informations spécialisées.

Le diagnostic intégral a été présenté à la gouvernance de l'établissement le 21 octobre 2020, en présence du directeur et en visioconférence pour tous les autres participants, du fait de la situation sanitaire. À la demande du président du conseil d'administration, la présentation a été

limitée à une durée d'1 heure 30. L'effet miroir a été présenté à sept membres du conseil d'administration, deux membres du comité de direction de la Clinique Court Séjour et cinq membres du comité de direction du Centre Anticancer. La présentation des résultats à l'ensemble des personnels interrogés a été acceptée lors de la présentation de la démarche au directeur et au président du conseil d'administration. Après la présentation à la gouvernance, le président du conseil d'administration et de directeur de la Clinique Court Séjour ont recommandé que les résultats soient modifiés avant présentation au personnel. Leur souhait était que soit présentées des actions positives déjà mises en œuvre et que ne soit conservées que des phrases-témoins favorables à la gouvernance. La démarche du diagnostic socio-économique, pourtant acceptée par la gouvernance et la direction en amont, a été remise en cause. Au même moment, l'arrivée du pic épidémique de COVID-19 a conduit la direction à annuler la présentation, même amendée, des résultats du diagnostic, au personnel. La demande de plusieurs responsables de services supports d'avoir connaissance du diagnostic a été acceptée par le directeur de l'établissement, à condition que ne soient communiqués à chaque responsable que les dysfonctionnements qui ne concernent directement que son service. Nous avons donc décidé de ne pas communiquer des parties artificiellement tronquées et, par conséquent, dépourvues de sens à qui que ce soit. Nous avons rédigé l'avis d'expert, comprenant une analyse synthétique des résultats du diagnostic après l'effet miroir et les éléments du non-dit importants, identifiés tout au long de la démarche. Cet avis d'expert a été présenté au directeur de l'établissement, qui n'a pas souhaité en faire part au conseil d'administration. Après négociation avec le directeur sur ce qu'il était envisageable de faire dans la situation présente, nous avons constitué des axes restreints d'amélioration pour le groupe projet.

La réflexion sur le projet a été menée en groupe restreint, constitué par le directeur et le chercheur. Il n'a pas été mis en place de groupe plénier. Trois groupes de travail ont été réunis, lors de sept rencontres de 2 à 3 heures.

Nous avons conduit la troisième recherche-intervention au Centre Anticancer entre avril 2021 et janvier 2022 (tableau 19). La direction de l'exploitation comporte le service achats, le service logistique, et le service technique. Pour le module qualitatif du diagnostic, nous avons segmenté la population en trois sous-groupes : l'encadrement et la direction, le personnel de base et les services clients et fournisseurs internes. Nous avons réalisé 13 entretiens individuels de 60 minutes et 10 entretiens collectifs de 90 minutes, en suivant la grille d'entretien reproduite en annexe C. L'ensemble des 251 phrases-témoins a été classé par thème, sous-thèmes et idées-clés à l'aide du logiciel de traitement Segese®, après sélection de six à quinze phrases par entretien. Onze entretiens de coûts cachés de deux fois 60 minutes ont été réalisés auprès de onze personnes de l'encadrement, des services supports et des services clients. En parallèle, deux des trois managers ont été formés pour la réalisation de la grille de compétences de leurs services. La présentation du diagnostic a été faite lors de quatre effets miroir : auprès de la

direction et de l'encadrement de la direction d'exploitation en octobre 2021, deux présentations au personnel de la direction de l'exploitation en décembre 2021 et une présentation aux services clients et fournisseurs en mars 2022. Le projet a débuté en amont de l'effet miroir, dès septembre 2021. Le groupe plénier était constitué du directeur de l'exploitation, des trois responsables de service et du chercheur. Il s'est réuni à sept reprises. Les groupes de travail ont été animés par chaque responsable de service, guidé par le directeur du département d'exploitation. Une évaluation qualitative a été menée avec le directeur du département six mois après la présentation de l'effet miroir à la direction.

En dehors de la conduite de recherches-interventions, nous avons participé à l'activité des deux établissements, sièges de nos terrains de recherche, de manière régulière. Pour conserver la distance nécessaire à la qualité de notre recherche, nous avons mis en place des dispositifs de distanciation et avons participé aux dispositifs à notre disposition dans notre environnement académique.

3.3.2.2 *Activités au long cours et dispositifs de distanciation*

Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous avons rempli d'autres fonctions que celle de chercheur, sur les deux terrains de recherche (tableau 21). Dans le cadre de notre travail pour la Clinique SSR, entre février 2019 et juin 2022, nous avons participé à de nombreuses rencontres, formelles et informelles et accompli des tâches opérationnelles et fonctionnelles.

Le tableau 20 présente les dispositifs de communication auxquelles nous avons participé, ainsi que la nature, la durée et la fréquence de ces réunions. Nous notons également le nombre de participations effectives, programmées dans notre agenda.

Nous avons également participé à d'innombrables échanges informels et réunions non programmées, qui ne sont pas comptabilisés dans ce tableau. Nous avons aussi rédigé, lu et relu des documents de travail et des documents officiels.

Au final, nous nous sommes appuyée sur des matériaux de terrain issus de sources primaires et secondaires. Nous donnons en annexe D la liste des matériaux produits (sources primaires) et des matériaux collectés (sources secondaires). Le tableau 26 synthétise les types de matériaux par terrain de recherche.

Le positionnement épistémologique clair, dès le début de la recherche, est le premier dispositif de distanciation. Il donne le cap à suivre tout au long du processus de recherche, en fixant la manière dont les données sont recueillies et analysées. Il se traduit par la méthodologie de recherche choisie. Outre les méthodes propres à la recherche-intervention socio-économique, nous avons appliqué au quotidien des règles de prise de notes et de mémorisation. La tenue d'un agenda précis nous permet la conservation des dates et de la chronologie de survenue des événements.

Tableau 20. Nombre de participations et rôle du chercheur dans les dispositifs de communication-coordination-concertation de la Clinique SSR entre février 2019 et juin 2022

DISPOSITIF	Nature	Périodicité	Durée	Rôle du chercheur	Nombre de participations
Conseil d'Administration (CA)	Institutionnel	Tous les 2 mois	1 heure 30	Invitée Observatoir non participante	13
Assemblée Générale (AG)	Institutionnel	1 fois par an	30 minutes	Invitée Observatoir non participante	3
Comité Opérationnel (de janvier à novembre 2019)	Managérial et Activité Opérationnelle	Mensuelle	1 heure 30	Suivi des actions Propositions ordre du jour	24
Comité de Pilotage (de janvier à décembre 2019)	Managérial et Activité Opérationnelle	Hebdomadaire	3 heures	Observation participante	30
Comité de Coordination (à partir de mars 2020)	Institutionnel	Mensuelle	1 heure	Observation participante	18
Comité de direction (à partir de janvier 2020)	Managérial et Activité Opérationnelle	Hebdomadaire	30 minutes	Observation participante	20
Comité Social et Économique	Institutionnel	Mensuelle	1 à 2 heures	Cadre de proximité	3
Commission Des Usagers	Institutionnel	2 à 4 fois par an	2 heures	Médiateur non médical	7
Réunion de services de soins	Managérial	Pas de périodicité définie. Décision en fonction du besoin	Variable de 15 minutes à 3 heures	Cadre de proximité Directrice par intérim Observation participante	10
Réunion du service administratif	Managérial et Activité Opérationnelle	Episodique	30 minutes	Observation participante	5
Réunion de l'ensemble du personnel	Managérial	Pas de périodicité définie	Variable de 30 minutes à 2 heures	Observation participante	4
Commission d'admission	Activité opérationnelle	Quotidienne		Cadre de proximité Observation participante	20
Point info (d'octobre 2019 à juillet 2020)	Managérial et Activité Opérationnelle	Quotidienne	10 à 30 minutes	Cadre de proximité Directrice par intérim Observation participante	15
Synthèse pluridisciplinaire	Institutionnel et activité opérationnelle	1 à 2 par semaine	1 à 2 heures	Cadre de proximité	6
Transmissions entre équipe de jour et de nuit	Activité opérationnelle	2 fois par jour	Variable de 5 à 45 minutes	Cadre de proximité	6
Transmissions entre médecins et infirmiers	Activité opérationnelle	Variable de ponctuel à 2 fois par jour	Variable de 5 à 45 minutes	Cadre de proximité	20
Visite du médecin coordinateur	Activité opérationnelle	1 à 2 par semaine	30 minutes à 1 heure 30	Cadre de proximité	4

Tableau 21. Tableau récapitulatif des types de matériaux par terrain de recherche

	ENTRETIENS	DOCUMENTS	OBSERVATIONS
BLOC OPÉRATOIRE	Entretiens <u>qualitatifs</u> et <u>quantitatifs</u> Entretiens de recueil des <u>Risques Psycho-Sociaux</u>	Notes de <u>réunions</u> Documents <u>stratégiques</u> Documents <u>financiers</u> Documents <u>organisationnels</u>	Journal de terrain Audits de pratiques en salle de réveil
EXPLOITATION	Entretiens <u>qualitatifs</u> et <u>quantitatifs</u> Entretiens de recueil des <u>Risques Psycho-Sociaux</u>	Notes de <u>réunions</u> Documents <u>stratégiques</u> Documents <u>financiers</u> Documents <u>organisationnels</u>	Journal de terrain
Clinique SSR	Entretiens qualitatifs et quantitatifs	Notes de <u>réunions</u> Documents <u>stratégiques</u> Documents <u>financiers</u> Documents <u>organisationnels</u>	Journal de terrain

Lors de nos participations aux dispositifs de communication formels, nous avons systématiquement pris des notes écrites personnelles, aussi exhaustives que le permettait la situation de communication. Pour éviter la perte d'informations et la déformation de notre mémoire, nous avons noté, à la fois ce qui était dit et le comportement et les non-dits probables des participants, sans jugement. Nous avons cherché à fixer dans les notes les éléments du contexte qui permettent de rendre le sens aux éléments exprimés ou non exprimés par les acteurs. Nous avons également conservé les notes de travail et des copies de tous nos travaux écrits. A distance, le soir ou en fin de semaine, nous avons tenu un **journal de terrain**. Nous y avons noté les événements et le contexte dans lequel ils survenaient, dans la perspective d'alimenter notre réflexion sur notre objet de recherche et notre hypothèse centrale. Nous y avons noté séparément la description de faits, de comportements et de propos et les hypothèses d'analyse que nous pouvions faire. Certaines d'entre elles ont été intégrées dans le corps d'hypothèses. Le journal de terrain a permis de suivre l'avancement des éléments de confirmation et d'infirmité des hypothèses du corps d'hypothèses. Le journal de terrain complète la prise de notes exhaustives en réunion et l'agenda, permettant de garder en mémoire tous les aspects contextuels qui ont été saisis. C'est aussi le lieu d'une introspection régulière sur les données effectivement observées et sur les biais d'observations et de prise de conscience possibles. Le fait d'écrire ce qui est observé et l'analyse que l'on peut en faire nous a permis de compléter nos observations, au sens large, en allant recueillir l'avis des acteurs ou d'autres acteurs sur nos observations et nos analyses, ainsi que des données secondaires permettant d'éclairer les données primaires recueillies au jour le jour. Par exemple, lorsque des acteurs ont fait part de leur impression d'une augmentation sensible de la charge de travail, nous avons recherché des indicateurs d'activités et de charge en soins auprès du Département d'Information Médicale. Cette

mise en application quotidienne de l'intersubjectivité cognitive nous a permis à la fois de fiabiliser nos données d'observation et de les enrichir notablement.

L'incontournable subjectivité est également tempérée grâce à tous les dispositifs académiques qui jalonnent le doctorat. Ils permettent d'observer le terrain sous un angle différent, celui qui est proposé par les différents interlocuteurs rencontrés. Le premier interlocuteur, en termes d'importance et de fréquence, est le directeur de thèse. Nos **rendez-vous mensuels**, *a minima*, nous ont donné l'opportunité d'approfondir nos connaissances théoriques et méthodologiques à mesure qu'avançaient nos travaux. Les questions abordées nous ont permis de confronter notre point de vue et de prendre de la distance vis-à-vis des faits observés. Nous avons ainsi pris conscience de certaines de nos idées préconçues et de certitudes issues de notre expérience professionnelle antérieure. Certains de nos biais ont également été mis en évidence lors des séminaires doctoraux. Les rencontres mensuelles avec d'autres chercheurs de la même équipe apportent d'autres regards sur les hypothèses avancées et les analyses proposées. Les expériences variées de chercheurs plus expérimentés apportent des solutions nouvelles, issues d'autres recherches et d'autres secteurs, à des problèmes qui paraissent sans solution au chercheur isolé. L'intégration dans notre laboratoire de recherche nous a apporté le soutien et les conseils nécessaires pour lever certains points de blocage, dépasser certains doutes et garder la capacité de rester ouvert aux autres travaux de recherche. De même, la participation à des ateliers doctoraux et à des colloques de recherche permet de confronter ses idées à d'autres points de vue et à d'autres contextes. Les apports d'autres méthodologies et d'autres cadres conceptuels concourent à questionner ses choix. Les résultats obtenus par d'autres permettent d'ébaucher l'identification de ce qui peut être générique dans nos propres résultats. Enfin, les cours, tout au long du parcours doctoral, et les recherches bibliographiques sont des opportunités d'ouverture à d'autres visions et à d'autres contextes.

3.3.2.3 *Sélection des données pour l'analyse*

Toute la vie d'une organisation repose sur des échanges d'informations et des prises de décision de plus ou moins grande ampleur. Il n'est pas possible d'étudier toutes les décisions observées du début à la fin du processus. Pour étudier notre objet de recherche, nous avons fait le choix de sélectionner des situations de gestion. Selon Girin (2016), « une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe » (p. 166). Le jugement externe est le fait de managers qui ne participent pas directement à l'action collective décrite. La situation de gestion présente trois caractéristiques : un certain nombre de participants, une dimension spatiale définie, comportant à la fois des lieux, des objets physiques et des instruments et une période de temps délimitée par un début, une fin et une période de déroulement. Girin souligne que, pour mener l'action à bien, les participants mobilisent des cadres d'interprétation, des modes de lecture de la situation et des schémas cognitifs, qui leur permettent de donner un sens à la

situation de gestion décrite. Une situation de gestion peut donc être considérée comme une unité d'action, au sens d'un ensemble de décisions et d'actes orientés vers la réalisation d'un objectif commun aux participants à la situation de gestion. Elle peut donc être considérée comme une unité d'analyse, un sous-système ayant quelques caractéristiques propres, qui reste cependant soumis à des interactions avec des éléments extérieurs. Comme le souligne Aggeri (2017), la situation de gestion n'est pas toujours clairement délimitée. Elle peut ne pas avoir d'unité de lieu ou de temps. Les situations de gestion peuvent être emboîtées entre elles dans le temps et dans l'espace.

Nous avons décidé d'isoler, *a posteriori*, six situations de gestion, qui sont des sous-éléments du système en constante évolution que constitue l'établissement de santé, terrain de notre recherche doctorale. Les sous-éléments choisis doivent nous permettre d'analyser l'objet de recherche avec un nombre suffisant de variables, pour ne pas dénaturer sa complexité. Nous avons sélectionné trois situations de gestion transversales, c'est-à-dire qui touchent l'ensemble de l'organisation. Elles permettent d'étudier l'intégration des informations dans le processus de décision et les impacts des décisions sur l'ensemble de l'organisation. Du point de vue temporel, elles permettent d'étudier l'évolution de l'objet de recherche dans le temps. Trois situations de gestion plus restreintes, en termes de conséquences des décisions pour l'organisation, ont été choisies pour permettre une analyse plus fine et plus approfondie des différents processus à l'œuvre. Les participants des six situations de gestion sont différents. Leur caractère chronologique varie, tant en termes de dates de début que de durée de déroulement. La variété des caractéristiques des situations de gestion choisies vise à ne pas restreindre artificiellement les variables étudiées.

Du point de vue opératoire, les situations ont initialement été choisies par abduction. À partir de la liste exhaustive des matériaux de terrain reproduit en annexe D, nous avons sélectionné le corpus des sources primaires et des sources secondaires nécessaires et utiles à la description et à l'analyse de ces situations de gestion, du point de vue de notre objet de recherche. La liste des sources étudiées pour chaque situation de gestion est reproduite en annexe E. Nous décrivons les six situations dans la partie 2 de notre thèse.

Ces premiers résultats de recherche sont ensuite étudiés dans leur ensemble grâce à une méthode d'analyse multiniveaux, que nous décrivons dans la partie 3.

Conclusion du chapitre 3

Dans le chapitre 3, nous décrivons notre positionnement épistémologique, pour notre recherche doctorale. Notre évolution personnelle et professionnelle, d'une vision positiviste vers une conception plus constructiviste, nous a ouvert à la richesse de la réalisation d'une recherche en convention CIFRE. La méthodologie de la recherche-intervention est particulièrement adaptée à la complexité de notre objet de recherche. L'approche transformative permet en effet de mieux connaître l'objet, en observant dans quelles conditions et comment il se transforme. La recherche-

intervention socio-économique qualimétrique étudie l'organisation dans ces aspects sociaux et économiques, grâce à l'étude conjointe de données qualitatives, quantitatives et financières. Les trois piliers épistémologiques sur lesquels elle repose permettent d'assurer les conditions de recueil et de réflexion pour construire des connaissances d'intention scientifique.

Les données de trois terrains de recherche étaient initialement intégrées dans le protocole de recherche. Les adaptations nécessaires aux événements et à l'évolution du terrain et la grande quantité de données recueillies sur le terrain principal ont conduit à restreindre l'analyse aux données concernant la Clinique SSR. Les recherches-interventions conduites au Centre Anticancer n'ont finalement pas été utilisées comme cas contrastes dans cette thèse. Elles ont constitué des expériences de recherche et des socles de réflexion, qui ont enrichi l'analyse du cas principal. Les trois terrains de recherche sont présentés, en fonction des besoins ultérieurs dans la thèse. Nos missions et fonctions dans les établissements sont détaillées afin de décrire notre position dans les organisations et nos opportunités d'observation.

La méthodologie de la recherche doctorale est ensuite décrite, sur le plan général puis sur le plan opératoire. Les principes qui ont présidé à la collecte de données et les étapes précises d'une recherche-intervention socio-économique sont décrits. La méthodologie opératoire détaille comment ont été conduites les recherches-interventions menées pendant la recherche doctorale, ainsi que les dispositifs de distanciation utilisés comme garde-fou d'une recherche à forte implication sur le terrain. Enfin, le choix des six situations de gestion pour étudier l'objet de recherche est explicité.

Conclusion de la partie 1

La partie 1 présente les références et points de repères utilisés pour étudier notre objet de recherche. Le chapitre 1 décrit le système de santé français en tant qu'environnement dans lequel évoluent les établissements sanitaires. La politique de santé et l'organisation du système de santé sont des déterminants majeurs des choix stratégiques des acteurs du secteur. Les particularités des parties prenantes permettent d'identifier un certain nombre des contraintes qui s'imposent aux établissements sanitaires. Le chapitre 2 présente les deux cadres théoriques principaux, mobilisés pour étudier notre objet de recherche. La théorie socio-économique conçoit l'organisation comme un ensemble de comportements et de structures qui interagissent. Elle envisage l'organisation comme un système et intègre la complexité comme une donnée essentielle. L'information et la communication sont considérées comme des éléments vitaux, sources de dysfonctionnements fréquents et, partant, objet d'une vigilance constante à construire et à entretenir. L'approche par les ressources et les compétences fournit un axe d'étude complémentaire, notamment grâce à ses développements sur le management des ressources, des compétences et des connaissances. Les deux approches sont complémentaires. Leurs convergences et leurs divergences les enrichissent mutuellement. Le chapitre 3 présente notre positionnement épistémologique, constructiviste générique, et la méthodologie de recherche que nous avons suivie.

Partie 2. Une complémentarité insuffisante entre informations, décisions et mises en œuvre observées

Introduction de la partie 2

La deuxième partie présente le premier niveau de résultats de l'étude de l'objet de recherche, sur le terrain. Les décisions prises dans six situations de gestion sont étudiées sous l'angle des informations intégrées dans la prise de décision, puis les informations communiquées et enfin les informations intégrées effectivement dans la mise en œuvre.

Le chapitre 4 expose trois situations de gestion ayant des conséquences pour l'ensemble de la Clinique SSR. Elles permettent une analyse organisationnelle du cas de cet établissement. Le chapitre 5 décrit et analyse de manière approfondie trois autres situations de gestion, de portée plus restreinte. L'analyse des décisions prises et des informations intégrées dans les processus de décision, dans les six situations, montre des ruptures dans les chaînes de communication. Les mises en œuvre n'atteignent pas toujours les objectifs fixés lors de la prise de décision. Mises en œuvre et décisions initiales sont souvent insuffisamment connectées pour assurer la performance des processus de décision.

Le matériau semi-élaboré ainsi créé sert de fondement à la troisième partie, où nous synthétisons les éléments saillants puis les analysons de manière plus approfondie et ciblée.

Chapitre 4 - Une analyse organisationnelle du cas Clinique SSR

Dans le chapitre 4, nous analysons la manière dont les décisions sont prises, déclinées dans les dispositifs de communication-coordination-concertation, puis effectivement appliquées. Pour cela, nous étudions les décisions observées, leur contexte informationnel et les résultats observables avec les moyens prévus dans la méthodologie décrite au chapitre 3.

Nous avons choisi de nous concentrer sur trois situations de gestion qui ont un impact sur l'ensemble de l'organisation. Tout d'abord, **les décisions économiques et financières** sont décrites, depuis la reprise fin 2018 jusqu'à la fin 2021, soit pendant trois exercices consécutifs. La mise en œuvre des décisions prises et les résultats sont comparés à la stratégie initiale. Ensuite, **le diagnostic socio-économique**, conduit par nous en 2020 et prenant appui sur l'exercice financier 2019 pour le calcul des coûts et performances cachés, permet de décrire et d'analyser les dysfonctionnements de l'organisation dans son ensemble, à un moment donné. Il met en lumière les freins perçus à la mise en œuvre stratégique. Enfin, le **système général de communication-coordination-concertation** est étudié sur l'ensemble de la période de notre présence sur le terrain, à savoir de début 2019 à juin 2022. Repéré comme une source majeure de dysfonctionnements lors du diagnostic socio-économique, le système de communication, au sens large, s'avère être le parent pauvre du management de l'organisation.

L'analyse organisationnelle, au travers des trois situations de gestion ciblées, fait apparaître des décisions et des actions qui ne prennent en compte qu'une fraction des informations disponibles. Dans un certain nombre de cas, la mise en œuvre est inachevée, voire absente, notamment par manque de communication-coordination-concertation entre la gouvernance et le personnel de base, d'une part, et entre les actions fonctionnelles et les actions opérationnelles d'autre part. D'un point de vue classique, les décisions tactiques et opérationnelles sont décalées et parfois complètement déconnectées des décisions stratégiques.

4.1 Les principales décisions de gestion financière entre 2018 et 2021

Au moment de la reprise, les deux établissements repreneurs ne connaissent pas le fonctionnement de l'établissement. Ils se donnent quelques mois pour observer les particularités de l'activité de soins de suite et de réadaptation et pour mieux connaître le fonctionnement spécifique de la Clinique SSR. Après cette période de tâtonnements, l'arrivée en poste du directeur de site accélère la prise de décisions concernant le redressement économique. Les grandes décisions de gestion financière visent à **augmenter les ressources** et à **diminuer les charges visibles**. Les principales décisions d'augmentation de produits et de diminution de charges sont synthétisées dans le tableau 22. L'augmentation des ressources porte essentiellement sur l'activité de production de soins. Elle est appliquée selon quatre axes :

l'augmentation du volume d'activité, l'amélioration de l'efficacité, la diversification des sources de produits et quelques actions d'amélioration de la satisfaction. Les diminutions de charges sont recherchées dans tous les domaines : diminution des charges en personnel dans tous les services, diminution des autres charges de fonctionnement et meilleure définition des profils de patients admis en hospitalisation.

Tableau 22. Principales décisions d'augmentation de produits et de diminution de charges visibles

	Augmentation des RESSOURCES	Diminution des CHARGES
Production de soins	Volume ACTIVITÉ Augmentation capacité d'accueil EFFICACITÉ Augmentation taux d'occupation Amélioration gestion durées de séjours	Soins particulièrement coûteux Arrêt transfusions non urgentes sur site Limitation recrutement patients avec médicaments et dispositifs médicaux coûteux
Général	Amélioration satisfaction Changement prestataire restauration	Charges EN PERSONNEL Diminutions des coûts de main d'œuvre (titulaires et remplaçants) Diminution du volume de main d'œuvre Charges de FONCTIONNEMENT Arrêt locations matériels inutiles
Autres que soins	DIVERSIFICATION sources de produits Différenciation de prestations sur chambres particulières Location de locaux vacants Location des zones de stationnement	Charges de FONCTIONNEMENT Négociation contrats de prestations et maintenance

Nous présentons ensuite comment a été piloté l'établissement pour opérer le redressement économique attendu. Enfin, nous analysons l'évolution de la situation économique et financière de l'établissement en termes de coûts et performances visibles sur la période de fin 2018 à fin 2021.

4.1.1 La reprise de l'activité

La reprise d'activité s'effectue dans le **contexte de cessation de paiement de l'ancienne association**. Jusqu'en juin 2018, l'établissement pratique une activité de chirurgie, relevant du champ de médecine-chirurgie-obstétrique, et une activité d'hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation. Les patients de chirurgie sont accueillis en hospitalisation complète ou en ambulatoire, dans deux services séparés, avec du personnel dédié. Les premières semaines d'observation permettent un premier état des lieux, qui fait apparaître la nécessité de travaux sur les locaux et les voies d'accès au site, et des adaptations de pratiques pour l'ensemble des personnels. Plusieurs événements extérieurs à l'établissement marquent les premiers semestres

de fonctionnement de la Clinique SSR. Cette section présente **les premières décisions stratégiques**, les **problèmes** auxquels elles répondent et le **contexte** plus large qui permet de les comprendre.

4.1.1.1 Les mises à niveau nécessaires

Les travaux

La séparation du terrain en deux entités, lors de la vente par la congrégation religieuse, rend nécessaires des travaux d'aménagement extérieur, la construction d'un nouveau parcours de circulation et de stationnement autour du bâtiment et la modification de l'accès depuis la voie publique. Les normes d'urbanisme donnent lieu à de multiples échanges avec la municipalité. Un nouveau parc arboré est créé, ainsi que quelques places de stationnement, en nombre limité par les élus. Une enveloppe d'un million d'euros est votée par le conseil d'administration à cet effet en juin 2019.

Dans le même temps, la commission de sécurité exige la mise aux normes incendies du bâtiment, pour délivrer l'autorisation d'accueil du public. La mise en place de portes coupe-feu, la mise aux normes du système d'extraction d'air et la modification de destination de certains locaux sont réalisées, sans arrêt de l'activité d'hospitalisation. L'autorisation est délivrée par la commission de sécurité en septembre 2019. Jusque-là, un service de gardiennage 24 heures sur 24 et sept jours sur sept est assuré par une société spécialisée. Le coût du gardiennage n'est pas prévu dans le budget initial.

Les travaux de réparation des équipements sont nombreux et conséquents, dès les premiers mois de la reprise d'activité. La chaudière, qui fournit l'eau chaude et le chauffage, tombe rapidement en panne. Le système de climatisation centralisée s'avère n'être installé que pour une petite partie des chambres d'hospitalisation et des locaux. Il tombe en panne à plusieurs reprises, en particulier lors de la première vague de canicule, survenue fin juin 2019. Les interventions multiples ont mis en évidence la vétusté et l'absence d'entretien depuis plusieurs années. Lors des premières chaleurs, la température dans certaines pièces, y compris des chambres d'hospitalisation, monte à 37 °C. Des climatiseurs mobiles sont achetés et installés en urgence. Ces dépenses n'étaient pas prévues initialement. De même, le système de téléphonie est rapidement remplacé. Il ne permet pas le fonctionnement de plusieurs postes téléphoniques, pourtant installés. Des problèmes de sécurité en cas d'urgence médicale apparaissent rapidement, rendant nécessaire la mise à niveau rapide du système de télécommunications.

La Clinique SSR doit s'adapter à l'état réel des locaux et des équipements. La nouvelle situation foncière, issue de négociations âpres, rend nécessaires des décisions réactives, dont le coût n'est pas anticipé dans le budget prévisionnel initial. Les besoins qui ont été anticipés avaient pour but de permettre le développement de la stratégie initialement pensée. Il s'agit d'améliorer la fonctionnalité et la propreté des locaux intérieurs. Ces dépenses sont reportées pour faire face

aux travaux incontournables, dont le montant est trop important pour s'ajouter aux travaux déjà prévus.

Les adaptations des pratiques

Un certain nombre de pratiques apparaissent obsolètes, ou inadaptées à l'activité, dorénavant entièrement dédiée aux soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète.

Ainsi, la prestation de restauration ne permet ni de traiter les cas de dénutrition ni de respecter les régimes spéciaux, sans sel ou sans sucre par exemple. Le comité opérationnel de septembre 2019 valide la demande de reprise de service de goûters et prend la décision de changer de prestataire de restauration. Il est décidé de remplacer la livraison de repas scolaires en barquettes plastique par la confection de repas chauds sur site, après la réalisation des travaux de réfection de la cuisine. La fermeture administrative des locaux de confection des repas, qui faisait suite à un constat d'insalubrité, a été prise plusieurs mois avant la reprise de l'activité. Des investissements importants sont nécessaires pour mettre les locaux aux normes en vigueur. Le nouveau prestataire commence effectivement son activité au deuxième semestre 2020.

L'accueil de patients atteints de pathologies cancéreuses débute en janvier 2019. Le personnel présent lors de la reprise, tant médical que paramédical, ne connaît pas cette activité et ne possède pas les compétences requises. Un médecin compétent en hospitalisation à domicile de patients cancéreux est alors mis à disposition par le Centre Anticancer. Des journées ponctuelles de formations sont organisées pour le personnel des services de soins dès le deuxième trimestre 2019. Un plan de formation sur les pathologies oncologiques et leur prise en charge est validé en comité opérationnel en octobre 2019. Cependant, sa mise en œuvre reste très partielle, du fait des difficultés en matière de gestion des ressources humaines.

Les procédures de gestion des ressources humaines sont découvertes par les repreneurs au fur et à mesure qu'elles sont appliquées et portées à la connaissance des membres du comité de pilotage. Ainsi, les effectifs paramédicaux sont calculés sans prise en compte des absences pour congés annuels, récupération du temps de travail et absentéisme courant. La décision de recruter des personnels titulaires pour constituer un effectif suffisant à ces remplacements est prise en avril 2019, par le comité de coordination.

La modification du profil des patients accueillis rend nécessaire l'achat d'équipements biomédicaux tels qu'un échographe, une table mortuaire et des pompes à perfusion. De nouveaux dispositifs à usage unique sont commandés, nécessitant une montée en compétences des personnes responsables des commandes, en particulier du cadre de santé et des pharmaciens.

Les pratiques de facturation s'avèrent inadaptées à l'activité et, parfois, déviantes par rapport à la norme de l'assurance-maladie. Cette prise de conscience des responsables de la direction de l'administration et des finances n'arrive qu'après plusieurs mois et de multiples dysfonctionnements.

Enfin, l'infrastructure informatique apparaît archaïque, inadaptée aux besoins des personnels et aux normes de cybersécurité. Une partie du diagnostic sur l'infrastructure est présentée au conseil d'administration en mai 2019. La conception du nouveau système d'informations repose sur les services informatiques des deux repreneurs. Il doit prendre en compte le besoin de mise en réseau des trois établissements.

La mise à niveau des équipements et de l'infrastructure rendue nécessaire par la vétusté et le manque de maintenance curative et préventive des années précédentes, capte une part du budget initialement prévu pour les besoins identifiés au départ. Les conflits prud'homaux et l'état de la gestion des ressources humaines ne sont pas connus au moment de la reprise. Les fichiers informatiques de gestion des ressources humaines n'ont pas été transmis par l'ancienne direction. Les besoins anticipés dans le budget prévisionnel sont éloignés des dépenses réelles et des besoins réels, que les repreneurs découvrent progressivement.

Encadré 6. Points-clés des mises à niveaux lors de la reprise de la Clinique SSR

Le fonctionnement de l'établissement requiert des adaptations ponctuelles aux défaillances techniques et à l'insuffisance de compétences, à mesure qu'elles apparaissent. Certains investissements, prévus dans le budget prévisionnel initial, qui sera présenté dans la partie 4.1.4, sont reportés sur les années suivantes, par manque de moyens financiers. La courbe d'apprentissage et le temps d'accompagnement, qui se sont révélés nécessaires à la mise en œuvre des changements, n'ont pas été anticipés au moment des décisions stratégiques prises lors de la reprise de la Clinique SSR.

4.1.1.2 Les évènements marquants

Les décisions de gestion financière sont contraintes par deux éléments marquants : la **pandémie de COVID-19** et les **difficultés chroniques de recrutement**.

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 se fait sentir dans la Clinique SSR à partir de la troisième semaine de mars 2020. Les informations sur l'épidémie en Chine, puis sur les cas déclarés en France métropolitaine, font progressivement monter l'inquiétude dans l'opinion publique et, plus encore, chez les professionnels de santé. La demande de fournir des masques aux soignants se heurte d'abord aux stocks insuffisants dans l'établissement, puis à la difficulté de s'en procurer sur le marché et à l'augmentation des prix et, enfin, à la gestion des achats et au contingentement de la distribution des stocks par l'État. La même pénurie, avec l'augmentation des prix, se produit pour les tabliers de soins à usage unique, les gants, les blouses et les surchaussures. La combinaison de la difficulté à se procurer des équipements de protection individuelle avec les incertitudes face à l'évolution d'une maladie complètement inconnue, font rapidement monter la peur parmi les professionnels. Le comportement de beaucoup d'entre eux

devient ponctuellement irrationnel. Certains refusent de prendre en charge des patients potentiellement contaminés. D'autres sont sujets à des crises de panique pendant leur service et quittent leur poste. Des adaptations de pratiques sont demandées par les pouvoirs publics, à la fois par le gouvernement et par l'agence régionale de santé. Leur mise en place doit souvent être immédiate et leur contenu change fréquemment. Les pratiques professionnelles liées aux mesures d'isolement thérapeutiques, requièrent des temps de prise en charge plus élevés car il est nécessaire de revêtir une tenue à usage unique différente, pour chaque patient. Malgré la peur, les règles sont inconstamment appliquées. Les mouvements de patients ne permettent pas de garantir l'absence de risque de contagion. Plusieurs épisodes de foyers épidémiques se produisent dans l'établissement. Des patients et des personnels sont contaminés en interne. **L'augmentation concomitante de la charge de travail et de l'absentéisme conduit à plusieurs reprises à diminuer la capacité d'accueil de l'établissement.** Néanmoins, les conséquences financières visibles sont faibles, selon l'appréciation de l'assemblée générale de septembre 2020. Les garanties de financement mises en place par le gouvernement permettent d'amortir la diminution de l'activité liée aux déprogrammations de chirurgie dans les établissements d'aval. Sur le plan stratégique, **la dynamique de redressement est mise en sommeil.** Tous les projets sont suspendus. La garantie de financement sur la base de l'activité de l'année précédente ne permet pas le redressement financier escompté par augmentation de l'activité. La faible connaissance de la maladie et les adaptations gouvernementales répétées et fréquentes, tant sur le plan des pratiques professionnelles que sur l'activité du système de santé dans son ensemble, conduisent à prendre des décisions au jour le jour, sur la base d'informations dont la durée de validité est limitée. Les causes d'absentéisme se modifient. Des congés maladie sont donnés pour cause de peur du risque de contagion. La demande de télétravail par les salariés apparaît, dans un établissement où il n'existait pas. **Le management des ressources humaines demande des modes d'adaptation nouveaux, spécifiques à cette situation particulière.**

La pandémie a rendu plus aigües les difficultés de recrutement. Les soignants ont peur pour leur vie et celles de leurs proches. Certains démissionnent, d'autres sont absents pour raisons de santé. **En mai 2020, pour le personnel en CDI du service de soins, il manque 4 ETP aides-soignants de jour, 4 ETP aides-soignants de nuit, 2 ETP infirmiers de jour et 3 ETP infirmiers de nuit, soit 13 sur 35 ETP, soit 37 % des titulaires.** Ces difficultés ont cependant perduré pendant toute la période d'étude de la Clinique SSR. Des actions de recrutement ont, en effet, été décidées en comité de coordination ou en comité de pilotage chaque mois, dès le mois de février 2019. Le sujet du recrutement est abordé régulièrement en conseil d'administration. Ce sont les difficultés chroniques de recrutement qui y sont abordées. Les indicateurs tels que le taux d'absentéisme ne sont que très rarement présentés et calculés. Les taux de rotation et d'instabilité ne sont présentés que lors du diagnostic socio-économique. Le point de vue exprimé par les

administrateurs de l'établissement lors du diagnostic socio-économique, fait état d'une tension permanente sur les effectifs paramédicaux et d'un recrutement médical très difficile.

La difficulté à conserver des effectifs paramédicaux stables peut être expliquée, en partie, par l'habitude des managers de l'ancien établissement de recourir à des vacataires pour pallier les absences, pour congés et jours de récupération comme pour les arrêts maladie. Ce dispositif a l'avantage de permettre une grande flexibilité, en particulier pour accepter les demandes de congés inopinés des personnels. Le comité de coordination de juin 2020 décide de recruter en contrat à durée indéterminée les effectifs nécessaires au remplacement des absences pour congés. La mise en œuvre de ces recrutements s'avère très partielle. **Le travail en vacances est rémunéré 21 % plus cher** que le même temps de travail en contrat à durée indéterminée. Il permet aux vacataires de choisir les jours où ils travaillent, en fonction de leurs disponibilités et de leurs souhaits. Les **vacataires habituels** ne sont donc pas intéressés par un contrat à durée indéterminée, d'autant que nombre d'entre eux **travaillent dans plusieurs établissements**. À cela s'ajoutent des départs définitifs de salariés titulaires et de vacataires habituels, qui se poursuivent tout au long de la période étudiée. Les départs individuels des titulaires sont communiqués au comité de coordination. Ils sont présentés comme relevant de la vie normale d'un établissement.

Les conséquences directes des difficultés de recrutement s'aggravent à mesure que le temps passe. En 2019, le recours aux groupes de vacataires habituels suffit pour assurer la plupart des remplacements, en dehors de périodes critiques pour les congés d'été. Ponctuellement, l'encadrement fait appel aux services de trois agences de travail temporaire. En 2021, le directeur explique au conseil d'administration qu'il n'est pas possible d'assurer l'effectif requis tous les jours, malgré les demandes de prestations régulières auprès de 12 agences d'intérim paramédical. **Les réunions du comité de direction traitent presque toutes du remplacement des absences inopinées**. Dès l'été 2019, les plannings de travail font apparaître quelques manques dans les effectifs effectivement en poste dans le service de soins. Des solutions exceptionnelles sont trouvées systématiquement pendant la première année. Ce sont des remplacements assurés par un soignant qui travaillent pendant deux amplitudes de travail consécutives, par la cadre de santé ou par la directrice des soins du Centre Anticancer, qui assurent leurs fonctions le jour puis un remplacement de nuit après leur journée. Les situations exceptionnelles se reproduisent et **le sous-effectif soignant s'installe progressivement**, apparaissant finalement comme inéluctable dans les pratiques de gestion des ressources humaines de l'encadrement, comme le montrent les plannings de travail des soignants et les échanges en comité de direction.

Le recrutement des médecins pose problème pendant toute la période étudiée. Les causes directes en sont multiples. Les cabinets de recrutement spécialisés ne parviennent pas à fournir des remplaçants, voire des candidatures, aux directions d'établissements sanitaires. Le sous-

travail des personnels en poste. Le sous-effectif augmente la récurrence des astreintes à domicile, les nuits et les week-ends, pour le personnel médical et l'encadrement administratif. Le sous-effectif médical et paramédical a pour conséquence une baisse de la qualité du suivi des patients, reconnue par le médecin coordinateur peu avant la visite de certification par la Haute autorité en santé.

Encadré 7. Points-clés des événements marquants dans la période de reprise de la Clinique SSR

La survenue de la pandémie de COVID-19 met un coup d'arrêt à la dynamique de redressement. L'absentéisme s'accroît dans un contexte d'effectif soignant incomplet. Les sous-effectifs soignants, médicaux et paramédicaux, sont de plus en plus fréquents, ce qui aggrave le phénomène de rotation du personnel.

Les événements marquants présentés ne favorisent pas l'amélioration de la situation économique et financière de l'établissement. Des actions spécifiques visant à augmenter les ressources sont décidées, dès les premiers mois de la reprise de l'établissement.

4.1.2 Les actions visant à augmenter les ressources

Les tarifs et les activités pratiqués par les établissements sanitaires sont encadrés par les tutelles, pour la production des soins. La stratégie d'augmentation des produits doit s'insérer dans les marges de liberté laissées par le cadre réglementaire. La Clinique SSR décide d'augmenter son activité et d'améliorer l'efficacité de la production de soins. Elle diversifie également ses sources de produits, de manière marginale par rapport au chiffre d'affaires total. Les modalités de prise de décisions et l'utilisation des informations pour développer les produits sont décrits et analysés.

4.1.2.1 Le cadre réglementaire à impact économique

Le cadre réglementaire dans lequel opèrent les établissements sanitaires est constitué de multiples axes, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1. Nous nous intéressons ici aux règles qui ont un impact économique à prendre en compte dans la stratégie des établissements sanitaires. Nous décrivons ici le cadre externe qui contraint les prises de décisions économiques. Nous étudions ainsi dans quel mesure ce cadre est pris en considération et avec quelle pondération par rapport à d'autres variables dans les prises de décisions.

Evolution des tarifs de prestations normées

Les prestations de soins délivrées par les établissements sont rétribuées sur la base d'une combinaison de différents forfaits. Le montant de chaque forfait évolue chaque année. Les tarifs détaillés des différents forfaits, alloués à la Clinique SSR pour les années 2018 à 2021, sont présentés en annexe F. La somme des forfaits, ramenés à une journée d'hospitalisation, est appelée "prix moyen journalier". Son montant est fixé, chaque année, pour un type d'activité

donné pratiqué par un établissement donné, par l'agence régionale de santé. Ce tarif est applicable par les établissements à partir du 1^{er} mars de l'année. Le tableau 24 présente le prix moyen journalier consenti par l'agence régionale de santé à la Clinique SSR, pour les années 2018 à 2021. Nous présentons en parallèle le taux d'inflation moyen annuel, le montant du prix moyen journalier théorique calculé avec l'évolution de l'inflation et l'écart en pourcentage entre le prix moyen réel et le prix moyen journalier affecté du taux d'inflation.

Tableau 24. Évolution du prix moyen de journée de la Clinique SSR entre 2018 et 2021 et comparaison avec le taux d'inflation national

Date arrêté DG ARS ARA	Prix Moyen Journalier (FJ mutuelle inclus)	Taux inflation moyen annuel France (INSEE)	Prix Moyen Journalier théorique avec inflation	Ecart annuel cumulé en %
06/06/2018	155,34 €	1,80%		
17/05/2019	154,94 €	1,10%	158,14 €	-2,02%
03/04/2020	155,01 €	0,50%	159,88 €	-3,04%
12/05/2021	155,68 €		160,67 €	-3,11%

D'après Arrêtés du Directeur de l'Agence Régionale de Santé de 2018 à 2021 et INSEE

Le tableau montre que les arrêtés de décisions de tarifs sont communiqués aux établissements un à trois mois après la date de leur mise en œuvre légale. La première conséquence est que les processus de facturation sont arrêtés par l'assurance-maladie pendant une période de deux à trois semaines, pour permettre la mise à jour des tarifs dans leur système d'informations. Le paiement des prestations servies par les établissements sont retardés d'autant, ce qui signifie que **les établissements font l'avance sur leur trésorerie**. La seconde conséquence est que **les établissements ne peuvent anticiper finement leur stratégie économique pour les années suivantes** dans la mesure où ils ne peuvent décider de leurs tarifs et où ils n'ont pas connaissance du tarif des prestations d'hospitalisation. Or, pour la majorité d'entre eux, les activités de soins représentent la plus grosse part de leur chiffre d'affaires. Nous constatons également que le prix moyen de journée pour la Clinique SSR paraît stable mais baisse, en réalité, de 5 € soit de 3 % entre 2018 et 2021, compte tenu de l'inflation moyenne. Ce résultat montre la nécessité **d'améliorer chaque année la rentabilité des prestations de soins**. Kletz et Moisdon (2015) constatent que, de manière générale, **les tarifs consentis pour les produits sont de plus en plus éloignés des coûts**, ce qui explique que l'argument économique ne peut plus être employé dans les établissements pour faire accepter l'évolution des tarifs et les efforts d'efficience aux acteurs de terrain. Du point de vue macroéconomique, l'activité des hôpitaux croît plus vite que l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) voté par le Parlement, ce qui a pour conséquence une diminution conventionnelle des tarifs des groupes homogènes de séjour.

D'autre part, la part de produits directement liés au volume d'activité, c'est-à-dire la **dotation modulée à l'activité, est versée par l'assurance-maladie l'année suivante**. Ainsi, la Clinique

SSR n'a connu la dotation modulée à l'activité qu'elle percevait au titre de l'année 2019 qu'au début du mois de mai 2020, soit deux mois après la date théorique de début du versement. Le système de tarification en soins de suite et réadaptation, tel qu'il fonctionne encore à la date de rédaction de cette thèse, fait peser sur les établissements le coût de financement de l'augmentation de leur activité pendant au moins une année.

Outre les tarifs normés, les établissements sont dépendants des établissements de court séjour pour les profils de patients qui leur sont proposés à l'admission. Les entrées directes du domicile font l'objet d'un indicateur sur lequel l'agence régionale de santé veille, pour limiter le recours aux hospitalisations en soins de suite et réadaptation. L'accès à la patientèle est donc indirect.

Règles et tarifs évolutifs au gré de réformes à périmètres thématiques ou temporels limités

Les différentes contraintes réglementaires rendent complexes les stratégies de construction des budgets prévisionnels. Ils dépendent en effet de nombreuses variables, qui ne sont pas toutes maîtrisables, d'autant que les règles évoluent parfois plusieurs fois par an, soit par des réformes législatives ou réglementaires, soit par des circulaires ou des recommandations de bonnes pratiques de sociétés savantes, validées par les tutelles. Ainsi, par exemple, une modification du régime de facturation des transports est intervenue en 2020. Le comité de coordination au mois d'avril étudie l'impact de la baisse des tarifs remboursés sur le budget prévisionnel de l'année. Le poste du budget prévu pour les frais de transport doit être notablement augmenté. Dans le cadre particulier de la crise du COVID-19, l'État a également pris des décisions rapides, en assurant le remboursement des surcoûts liés à la pandémie au bout de quelques mois, et en garantissant le niveau des ressources payé par l'assurance-maladie aux établissements. La mise en place d'un prêt garanti par l'État et la possibilité de recours au chômage partiel ont permis à la Clinique SSR de continuer son activité pendant la crise.

Faible engagement des tutelles sur le moyen et le long termes

L'incertitude sur les conditions de tarification à laquelle doivent faire face les établissements n'est pas diminuée par le positionnement des tutelles. L'offre de produits que peut proposer un établissement sanitaire est strictement régulé par les tutelles, via le régime des autorisations et les conditions d'exercice. **Dans le cas de la Clinique SSR, le redressement économique espéré est, au moins en partie, stoppé par la crise sanitaire.** L'éventualité de choisir une stratégie de rupture a été envisagée. L'ouverture d'un service de court séjour et celle d'un hôpital de jour de soins de suite et de réadaptation ont été étudiées. Les scénarios se sont heurtés à **l'impossibilité de connaître le prix de journée**, même approximatif, et **au refus de positionnement de l'agence régionale de santé.** Le directeur de l'établissement a pu comparer le prix de journée de la Clinique SSR avec ceux de l'établissement privé dans lequel il travaillait précédemment. Devant le constat que le prix de journée de la Clinique SSR était supérieur à ceux d'autres structures de soins de suite et de réadaptation polyvalents, la question se posait en effet de savoir si ce différentiel de prix serait conservé dans le temps et pour d'autres activités.

Les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance-maladie ne communiquent pas les prix consentis aux autres établissements.

La réforme de fonctionnement et de financement de l'activité de soins de suite et réadaptation a été initiée en 2016. Les négociations entre l'État et les fédérations hospitalières se sont prolongées jusqu'en 2022. Pourtant, chaque année, la réforme est annoncée pour l'année suivante, maintenant un état d'incertitude sur les stratégies à adopter pour les établissements. Jusqu'à la publication des textes d'application en 2022, **les critères d'attribution des autorisations, les modalités d'application et les tarifs restent inconnus pour les prestataires de soins**. Avant cela, les différentes parties prenantes des négociations nationales laissent filtrer des informations pour permettre aux acteurs de terrain d'anticiper les changements. Cependant, les informations sont parfois divergentes entre les fédérations hospitalières elles-mêmes. L'agence régionale de santé attend le texte définitif pour exprimer un avis officiel sur les projets qui lui sont proposés. Ainsi, l'obligation de se doter d'un hôpital de jour pour tout établissement de soins de suite et de réadaptation a été annoncée avant la publication des textes officiels. **L'incertitude sur la date d'application, sur l'investissement à prévoir et sur les tarifs qui pourront être facturés**, rend la construction d'un budget prévisionnel très approximative. Dans ces conditions, il est également difficile de trouver un financement externe auprès d'établissements bancaires. La Clinique SSR a donc construit des scénarios sur la base des tarifs de l'année en cours. Compte tenu de sa situation économique, la Clinique SSR est dépendante de l'évolution des tarifs et des modalités d'exercice. Son fonds de roulement ne lui donne pas la latitude de prévoir des investissements qui ne seront pas amortis avec certitude. La définition d'une stratégie à 5 ans est donc difficilement envisageable. Elle est reportée, régulièrement, dans l'attente des textes d'application.

La tentative de négociation du président du conseil d'administration avec le directeur de l'agence régionale de santé en décembre 2021 n'a pu faire évoluer la situation. Il ne lui a pas été possible d'obtenir des informations sur d'éventuelles évolutions tarifaires, en fonction des évolutions d'activité. D'autre part, malgré le manque de lits de soins de suite et réadaptation en oncologie aux niveaux départemental et régional, l'agence régionale de santé a décidé de bloquer toute autorisation qui concurrencerait celle déjà donnée au centre hospitalo-universitaire de la préfecture du département. L'autorisation pour un service de soins de suite et réadaptation en onco-hématologie n'a pas été mise en œuvre par l'hôpital. Les services d'oncologie médicale et chirurgicale de tous les établissements ne trouvent pas de lits d'aval pour leurs patients. Pourtant, l'agence régionale de santé refuse toute négociation.

La rencontre avec la tutelle a fait apparaître des signaux faibles d'avis défavorable à toute éventuelle demande d'attribution d'autorisation de spécialité dans l'avenir proche. La situation économique de l'établissement et les besoins de lits d'aval n'ont pas été acceptés comme argument, malgré plusieurs demandes de rendez-vous de la gouvernance. Nous n'avons pu

obtenir de rendez-vous avec aucun représentant de l'agence régionale de santé, dans le cadre de cette recherche, malgré nos demandes réitérées par mail et par téléphone.

Il est donc apparu que, tout au long de l'histoire de la Clinique SSR, l'attribution des autorisations d'exercice par l'agence régionale de santé dépend, en partie au moins, de la relation de cet établissement avec sa tutelle et du contexte politique local.

La Clinique SSR, comme tous les établissements sanitaires, est confronté à ce que Grenier et Guitton-Philippe (2011) qualifient de "**dualité autonomie-injonction**". Le cadre normatif contraint fortement la mise en œuvre d'innovations. Les axes stratégiques, utilisés de manière classique dans le secteur marchand, ne peuvent être appliqués qu'avec des adaptations majeures. Il en découle la perception d'une très faible marge de manœuvre sur les choix stratégiques de produits et marchés, pour les décideurs hospitaliers, et un comportement d'adaptation de la stratégie très éloigné des pratiques de planification stratégique rigoureuse, de management stratégique ou de stratégie tâtonnante telle que l'a décrite Avenier (1996). Sous l'angle de la stratégie de coopération choisie par la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer, le but des repreneurs est de créer une prise en charge de soins de suite adaptée aux besoins de leurs patients, en particulier ceux d'oncologie. La tentative de diversifier les prises en charge se heurte à la rationalité économique des critères de décisions du cadre tarifaire. La dualité **spécificité-rationalisation** décrite par Grenier et Guitton Philippe est également présente dans le cas de la Clinique SSR. La nécessité d'individualisation de la prise en charge et de présence auprès des patients se heurte à l'obligation d'améliorer la performance, qui conduit à choisir de reproduire des pratiques standardisées pour limiter les coûts. Cette logique incite les établissements à des stratégies de regroupement.

4.1.2.2 *Les axes des décisions prises pour développer les produits*

La gouvernance de la Clinique SSR choisit de redresser la situation économique en restreignant son activité aux Soins de Suite et de Réadaptation en hospitalisation complète, puis en augmentant ses produits. Pour cela, elle recherche, dans un premier temps, l'amélioration de l'efficacité de son organisation. Dans un deuxième temps, elle décide d'augmenter le volume d'activité.

Les premiers efforts sur l'efficacité portent sur l'augmentation du taux d'occupation des lits. Le taux d'occupation augmente de 10 % entre 2019 et 2020, puis de 11,6 % entre 2020 et 2021, malgré la crise sanitaire, soit une hausse de près de 23 % entre 2019 et 2021. Parallèlement, la directrice de l'information médicale étudie les pratiques de codage du programme médical du système d'information. Elle informe la direction, en octobre 2020, qu'il est possible d'améliorer la dotation modulée à l'activité perçue par l'établissement. Elle constate que, plus les séjours sont longs, plus la rémunération journalière par dotation modulée à l'activité est basse. Elle estime la perte de revenus probables pour 2020 à 8 000 € au minimum, du fait d'une durée moyenne de

séjour plus élevée que l'année précédente. Enfin, des actions d'amélioration des processus de facturation et de recouvrement sont décidées, après le constat de déviations et de pertes de recettes.

Dans un deuxième temps, des décisions sont prises pour augmenter le volume d'activité de l'établissement. Les décisions les plus lourdes portent sur l'augmentation du nombre de lits. Si la capacité théorique est de 68 lits installés à la reprise, base sur laquelle est construit le budget prévisionnel, la gouvernance apprend que seuls 66 lits sont réellement utilisables pendant l'année 2019. En septembre 2020, la capacité passe à 67 lits, puis à 70 lits en décembre et 72 lits en janvier 2021. L'investissement dans les travaux de transformation est faible pour ces premières augmentations progressives de capacité. L'augmentation du nombre de patients est faite à effectif soignant constant. Cependant, les projections budgétaires montrent que l'augmentation du nombre de lits ne suffit pas pour parvenir à l'équilibre financier. Lors du conseil d'administration de janvier 2021, les différents scénarios présentés conduisent au choix d'augmenter la capacité à 80 lits, au prix de travaux de transformation interne importants. Les autres options étudiées consistent en la transformation de locaux du rez-de-chaussée en bureaux en vue de leur location, et une augmentation du nombre de lits par la création et le réaménagement de chambres au rez-de-chaussée. La première option crée peu de ressources. La deuxième option nécessite un investissement important dans les travaux de réaménagement, requiert une augmentation des ressources humaines très coûteuse et freine la possibilité de créer un hôpital de jour, présenté comme probablement obligatoire dans la réforme à venir.

Début 2020, l'encadrement du service de soins explique le taux d'occupation inférieur à la cible fixée par la direction par le manque de demandes d'admissions reçues par l'établissement, pour des profils compatibles avec ses compétences. La direction décide alors de rechercher de nouveaux clients, c'est-à-dire des établissements qui adressent plus de patients à la Clinique SSR. Des rencontres sont organisées avec les directions d'une dizaine d'établissements de court séjour afin de susciter plus de demandes d'admission en leur faisant connaître le profil de patients susceptibles d'être accueillis par la Clinique SSR. Lors du conseil d'administration de janvier 2021, le médecin coordonnateur constate que les demandes ont beaucoup augmenté et qu'il serait « possible de remplir deux fois le service en permanence ». La rencontre des équipes médicales et soignantes des établissements d'amont a pour but de mieux cibler les patients et d'améliorer la satisfaction des médecins demandeurs et des patients accueillis. En parallèle, devant la très médiocre qualité des prestations de repas et l'insatisfaction majeure des patients et des médecins, la décision de changer de prestataire et d'augmenter le niveau de qualité des repas est prise et entérinée en conseil d'administration.

Enfin, l'augmentation des produits est recherchée par la diversification des sources. Une gamme de prestations différenciées, proposées avec les chambres particulières, est créée. L'augmentation du supplément payé pour une chambre particulière et l'augmentation des prix de

location de la télévision et des appels téléphoniques sortants ne nécessitent pas d'accord des tutelles. Elles permettent d'augmenter le prix moyen journalier total perçu par l'établissement, avec une très faible augmentation des coûts. De plus, d'autres locaux prêts à être aménagés en bureaux sont proposés à la location. Le bureau du centre de consultation, non occupé par les praticiens du Centre Anticancer, est proposé à des professionnels de santé libéraux, sans succès.

4.1.2.3 *L'utilisation des informations dans la prise de décisions d'augmentation des produits*

Nous présentons ici nos observations sur l'utilisation des informations dans les prises de décisions d'augmentation des produits, dans l'ordre chronologique du modèle des processus de prise de décisions. Après une analyse rapide des informations consciemment utilisées en amont des décisions, nous décrivons les processus de décision observés et l'influence détectable des parties prenantes sur ces décisions. Nous voyons également dans quelle mesure la mise en œuvre est prise en considération lors de la décision initiale.

Les décisions successives d'augmenter le nombre de lits ont pour but d'augmenter les produits en diminuant proportionnellement le poste de charges le plus important, à savoir la masse salariale. Le conseil d'administration de décembre 2020 valide le constat que le résultat de l'établissement, dans le meilleur des cas, restera compris entre -600 000 et -800 000 € si les capacités d'accueil ne sont pas modifiées. Les calculs des projections budgétaires des différents scénarios d'augmentation de charges prennent en compte certains besoins théoriques et certaines contraintes. Ainsi, l'architecture du bâtiment, les travaux nécessaires à la mise aux normes et les effectifs minimums nécessaires sont intégrés dans les charges. En revanche, les réalités de terrain telles que les difficultés de recrutement de personnel soignant, les besoins de formation pour atteindre les compétences requises, les surcoûts liés à la vétusté des locaux et l'absence de douche individuelle dans la plupart des chambres ne sont pas pris en compte ni dans un accompagnement des difficultés prévisibles de la mise en œuvre, ni dans les surcoûts à prévoir.

Les processus de décision observés ont évolué au cours de la période de recherche. La décision de convertir l'ensemble des lits à l'activité de soins de suite et de réadaptation est prise au moment du rachat, ainsi que celle de constituer un plateau de consultations. Pendant **la première année, les autres décisions économiques sont prises de manière collégiale, essentiellement en réaction aux problèmes de trésorerie, et à l'écart constaté entre le taux d'occupation cible et le taux d'occupation réel.** Pendant cette période, la gouvernance apprend à connaître le fonctionnement réel de l'établissement. Les processus de décision évoluent avec la gouvernance. Lors des entretiens de recrutement, le directeur de site se voit fixé des objectifs en termes de retour à l'équilibre budgétaire dans l'année ou les deux années suivant sa nomination. A compter de sa prise de fonction, il prend les décisions **seul**, parfois après l'avis de certains membres du comité de direction. Il présente ensuite ces décisions au président du

conseil d'administration, lors de leurs entretiens individuels hebdomadaires. Si ce dernier le juge utile, les décisions sont présentées en conseil d'administration pour validation. Elles sont ensuite présentées en comité de coordination et en comité de direction pour information. **Le médecin coordinateur et le cadre de santé sont chargés de la communication descendante, pour la partie de la mise en œuvre qui leur incombe.**

Les parties prenantes ont une influence très variable sur les décisions prises. Les représentants des usagers ne participent qu'aux décisions qui les concernent personnellement directement. Par exemple, il leur est proposé de participer à une réunion de sensibilisation aux droits des patients pour le personnel, et de participer aux événements en lien avec les droits des patients. Pour les autres décisions économiques, l'opinion des patients, exprimée à travers le questionnaire de satisfaction, est prise en compte à titre d'indicateur. Elle est analysée par la direction et l'encadrement, qui adaptent ou non certaines pratiques ou certaines prestations. Les plaintes récurrentes des patients sur l'inadaptation de la prestation de restauration ont été considérées comme très importantes, dès les premiers mois de la reprise. Le conseil d'administration a entériné l'organisation d'un appel d'offres pour changer de prestataire. L'avis des soignants a fortement pesé dans ces décisions car les repas ne pouvaient pas être adaptés aux régimes alimentaires prescrits pour raison médicale. Le coût des repas servis par le nouveau prestataire à partir du 1^{er} juillet 2020 a notablement augmenté. La part fixe annuelle de la prestation s'élève à plus de 286 000 €. Les travaux de remise aux normes s'élèvent à 120 000 €. En 2022, la part variable de la prestation repas s'élève à plus de 140 000 €, pour une moyenne de 65 patients par jour. Il s'agit donc d'un investissement conséquent pour le budget de la Clinique SSR.

La direction de l'établissement cherche également à créer des partenariats sur des projets innovants avec l'un des repreneurs. Le Centre Anticancer promeut un projet de recherche sur la réhabilitation en hospitalisation de courte durée, pour les patients ayant subi un traitement lourd de leurs pathologies cancéreuses. Ce projet peut permettre à l'établissement d'améliorer son image en ce qui concerne sa capacité d'innovation. Il permet également de sécuriser une part d'occupation des lits, avec des patients très peu dépendants et ne requérant pas de traitements médicamenteux coûteux.

La nécessité de trouver et de garder le soutien d'établissements financiers conduit la direction à établir des budgets prévisionnels consciemment trop optimistes. L'objectif est de produire des chiffres qui sont imaginés comme acceptables par les banques, mais aussi par le conseil d'administration, qui a conscience de l'importance du soutien des banques. Ainsi, en janvier 2021, le conseil d'administration valide le budget prévisionnel des trois années suivantes, avec un taux d'occupation moyen de 93,4 % et un prix journalier moyen de 190 € minimum. Or, cet objectif est très éloigné du **taux d'occupation réel moyen**, qui s'élève à **moins de 80 %** sur toute l'année 2020. En conseil d'administration, le directeur estime l'objectif atteignable car il est

atteint dans d'autres établissements, en dépit du manque d'effectifs en infirmiers et aides-soignants, situation qualifiée de "très difficile" par le directeur dans la même réunion.

L'agence régionale de santé est une des parties prenantes qui pèsent le plus sur les décisions stratégiques de l'établissement. Parmi les scénarios stratégiques étudiés, l'obtention d'une autorisation de spécialisation et l'ouverture d'un hôpital de jour sont les seules qui semblent permettre un retour à l'équilibre budgétaire. Ils nécessitent tous les deux la constitution d'un dossier solide pour l'agence régionale de santé, seule décisionnaire pour ces questions (Cf. chapitre 1). L'étude de la création d'un service de soins de suite palliatif n'est pas suivie d'une demande d'autorisation, suite à l'avis officieux de l'agence régionale de santé, qui refuse d'envisager un agrément et un financement dédié. Dans le cas de la Clinique SSR, les tutelles jouent un rôle important dans la formation des décisions stratégiques, de même que les deux établissements repreneurs.

Face au rôle prépondérant et à la faible place laissée à la négociation par les tutelles, les établissements sanitaires s'adaptent, en tentant d'obtenir plus de recettes, par le biais de l'augmentation de leur activité. Les régimes d'autorisation d'exercice et de fixation centralisée des tarifs des remboursements de l'assurance-maladie contraignent fortement l'autonomie stratégique des établissements sanitaires. Ils mettent en place des stratégies de mutualisation, de coopération et d'alliance, comme dans le cas de la Clinique SSR. Ainsi que le constatent Kletz et Moisdon (2015) avec la tarification à l'activité, les contraintes fortes sur les tarifs des prestations ont poussé les dirigeants des établissements à inventer des stratégies, plus qu'elles n'ont participé à l'amélioration de l'efficacité des organisations hospitalières. De leur côté, les tutelles encouragent les stratégies d'alliance et de coopération, dans le but de limiter les coûts en supprimant les redondances.

Enfin, **les décisions sont prises par la direction de la Clinique SSR sans rechercher l'adhésion des personnels**. Il n'y a pas d'instance de réflexion participative avec le personnel, y compris pour les modalités de mise en œuvre sur le terrain. Par exemple, la création d'un poste de secrétaire dédiée aux admissions est décidée puis imposée. L'objectif d'augmenter les gains sur les prestations de chambres particulières est communiqué aux membres du service administratif de manière descendante et sans négociation.

Dans la très grande majorité des décisions observées, l'opinion des parties prenantes est imaginée. Les prises de décisions sur les objectifs, les moyens et les modalités de mise en œuvre sont faites sur la base des représentations que les décideurs ont des opinions et comportements que pourraient adopter les parties prenantes.

La plupart des décisions financières sont prises sur la base des besoins théoriques. Les freins concrets à la mise en œuvre ne sont pas recherchés. Par exemple, il a été décidé par la direction qu'une chambre simple serait transformée en chambre double, ce qu'elle était dans le passé. Lors de la transformation de la chambre, il s'est avéré que l'espace laissé par les meubles ne

permet pas l'utilisation de fauteuils roulants. La décision n'a pas été modifiée. La programmation d'occupation des lits doit être adaptée pour ne pas y mettre des patients dont la rééducation nécessite l'utilisation d'un fauteuil roulant. Dans un autre cas, le retard de mise en service des nouvelles chambres, dû au retard de livraison du chantier puis au manque de personnel soignant, n'a pas été anticipé dans le budget prévisionnel. Le manque de personnel est pourtant chronique et le retard de livraison du chantier prévisible. Les projections budgétaires pour 2022 sont modifiées en décembre 2021, lorsqu'il devient certain que le retard de mise en œuvre sera conséquent. Enfin, dès la première année de la reprise, la décision d'augmenter le taux d'occupation est prise par la gouvernance, malgré l'inadaptation du service de soins aux prises en charge de patients porteurs de pathologies cancéreuses lourdes. Le manque de compétences des soignants en poste, le manque de matériel adapté et l'augmentation de la charge en soins ne sont pas pris en compte dans la décision d'augmentation d'activité. Dans la plupart des cas, si l'influence de certaines parties prenantes pèse fortement sur les décisions, les contraintes prévisibles pour leur mise en œuvre sont faiblement prises en considération.

La gouvernance de la Clinique SSR se heurte au faible nombre de possibilités d'augmentation directe des produits liés à l'activité. Une meilleure gestion des durées de séjour peut permettre une amélioration de la part des produits liés à l'activité mais ces solutions s'avèrent insuffisantes pour permettre le retour à l'équilibre budgétaire. L'autre marge de manœuvre perçue par la gouvernance est la réduction des charges.

4.1.3 Les actions de diminution des charges

Les actions de diminution des charges portent, d'une part, sur la limitation des charges en personnels et, d'autre part, sur la diminution des autres charges de fonctionnement. Les processus de prise de décisions sont relativement semblables à ceux qui viennent d'être décrits.

4.1.3.1 Les axes des décisions prises

La limitation des charges en personnel est apparue comme le moyen le plus évident d'améliorer le résultat de l'établissement pour le directeur de site, la responsable du service comptable et les membres du conseil d'administration. En effet, l'analyse du compte de résultat, faite par la direction de l'administration et des finances de l'établissement, montre que le total des frais en personnel sont équivalents à près de 99 % des produits d'exploitation liée à l'hospitalisation en 2019, et 91 % en 2020. Plusieurs mesures durables sont prises pour diminuer les frais de personnel. La première consiste à recommander le remplacement des absences par du personnel interne, rémunéré en heures supplémentaires. Cette mesure étant insuffisante pour couvrir l'ensemble des absences, le directeur de site décide de faire appel, en première intention, à des vacataires réguliers puis, si aucune solution n'est trouvée, à des intérimaires. Il l'annonce lors du comité de coordination de mars 2020. Ces décisions sont prises sur la base des coûts

visibles de remplacement du personnel. En effet, le salaire d'un intérimaire est plus de deux fois plus élevé que celui d'un salarié titulaire. En revanche, une vacation de remplacement coûte l'équivalent du salaire avec les charges, auquel s'ajoute un forfait de 38 ou 42 euros par contrat, versé à l'agence de travail temporaire. Dans le même temps, le directeur négocie des tarifs de mise à disposition de vacataires plus avantageux, en augmentant le nombre d'agences de travail temporaire partenaires de l'établissement. En octobre 2020 le directeur explique au comité de coordination qu'un infirmier remplaçant en intérim coûte 300 € nets par jour alors qu'un vacataire ne coûte que 190 € nets par jour. La surcharge de travail que cette décision représente pour le service des ressources humaines n'est pas prise en considération dans la décision. Enfin, les offres salariales de recrutement sont limitées au niveau le plus bas des grilles salariales conventionnelles. En mars 2020, le directeur explique qu'il refuse de recruter un médecin ayant des compétences en oncologie, venant du Centre Anticancer, car sa demande salariale est trop élevée pour l'établissement. Durant l'année 2020, seuls les profils de médecins correspondant au niveau de salaire proposé sont étudiés.

Ponctuellement, le directeur décide de ne pas remplacer les absences de certains personnels. Par exemple, en 2020, le congé-maladie de la cadre de santé n'est pas remplacé pendant quatre mois. Il est demandé à l'infirmière aide au cadre de santé d'assurer les fonctions des deux postes. Lors des absences de cette infirmière et, ponctuellement, pour compenser une part de son manque de compétences, le directeur de site prend en charge la gestion opérationnelle des ressources humaines soignantes. De manière régulière, les agents des services hospitaliers absents ne sont pas remplacés. Les infirmiers et aides-soignants ne le sont pas non plus si la charge en soins paraît supportable pour le personnel restant, selon la perception intuitive du médecin coordinateur ou de la cadre de santé.

Les décisions tactiques et stratégiques de gestion des ressources humaines reposent essentiellement sur des paramètres quantitatifs, tels que le nombre d'équivalents temps pleins ramenés au nombre de lits et la masse salariale. Les décisions opérationnelles de gestion des ressources humaines dépendent des compétences managériales du décisionnaire. La connaissance fine des compétences des personnels en présence et de la charge en soins réelle peut permettre aux managers de proximité d'infléchir ponctuellement les décisions prises par le directeur sur la base unique de données économiques.

Les décisions concernant les limitations durables de charges de fonctionnement sont prises après analyse détaillée des postes de charge, au cours du deuxième semestre 2020. Nous avons conduit cette étude conjointement avec le directeur de site, sur la base des données comptables, de nos connaissances en comptabilité et de nos compétences sur le fonctionnement des services de soins. Nous avons d'abord recherché les anomalies apparentes et les incohérences entre les lignes de dépenses et le fonctionnement réel de l'établissement. **Nous avons identifié des**

prestations propres à l'activité de chirurgie, devenues inutiles ou surévaluées par rapport aux nouveaux besoins.

Dans le domaine de la prise en charge médicale des patients, le coût de certains traitements alerte la direction des affaires financières dès 2019. Les transfusions et la dispensation de molécules onéreuses telles que des antibiotiques ou des traitements anticancéreux spécifiques, qui ne donnent pas lieu à un complément de rémunération, sont limitées. Tout d'abord, la décision est prise que seules les transfusions urgentes seront administrées dans l'établissement. Pour les transfusions non urgentes, les patients seront transférés vers les établissements de court séjour qui les ont adressés. D'autre part, lors de la commission d'admission, le patient nécessitant un traitement antibiotique ou oncologique onéreux ne sont pas prioritaires. Ainsi, la balance entre achats de médicaments et produits de remboursements liés aux médicaments passent de - 22 500 € en 2019, à -31 500 € en 2020, puis à 13 400 € en 2021. Enfin, les patients dont la situation sociale fait craindre une durée de séjour supérieure au besoin strictement médical sont également placés en fin de liste de priorité d'admission.

De la même façon que pour les traitements coûteux, les patients dont le traitement nécessite l'utilisation de dispositifs médicaux onéreux non remboursés par l'assurance maladie, tels qu'un corset ou du matériel de stomathérapie, sont écartés de la liste d'admission. Enfin, l'établissement change de laboratoire de biologie médicale partenaire. La négociation du contrat permet d'obtenir l'installation sur site, avec location des locaux, et la négociation d'une rétrocession plus importante sur les actes de biologie. Cependant, les prestations de prélèvements sanguins sont réinternalisées et confiées au personnel infirmier de l'établissement. Ce coût n'est pas intégré au calcul des gains escomptés.

Des efforts sont également recherchés sur les charges de fonctionnement sans lien direct avec la prise en charge médicale. Ainsi, les contrats de location et de maintenance concernant le matériel de chirurgie et d'anesthésie devenus inutiles sont résiliés selon l'option la plus favorable économiquement. Certains des matériels, achetés à leur valeur résiduelle, sont revendus sur le marché de l'occasion. La plupart des autres contrats de fourniture, de maintenance ou de location sont renégociés. Les prestataires potentiels sont mis en concurrence. Les résultats des négociations de contrats sont présentés lors du conseil d'administration de décembre 2020. Les gains sur charges escomptés représentent environ 326 000 € pour les exercices 2020 à 2022, soit environ 2,4 % du chiffre d'affaires réel et 2 % des charges totales comptabilisées au compte de résultat. Les gains sur charges par poste et par année sont détaillés en annexe G.

Pour améliorer son résultat financier, l'établissement a recours à des efforts de réduction de coûts qui, comme le constatent Kletz et Moisdon (2015), sont de même nature qu'avant la mise en place de la tarification à l'activité : une modification de la politique d'achat et l'externalisation de certaines fonctions logistiques. Des économies sont effectivement réalisées sur les charges visibles. Cependant, **certaines décisions sont appliquées avec beaucoup de retard.** Par

exemple, en **septembre 2021**, la direction des affaires financières constate que la mise à jour du processus de facturation des molécules onéreuses, demandée dès **mars 2020**, n'est toujours pas faite. Le manque de compétences et l'archaïsme du système d'informations pharmaceutique rendent impossible la quantification du manque à gagner accumulé.

4.1.3.2 *Les processus de prise de décision*

Les décisions de réduction des charges découlent de l'objectif d'équilibrer le résultat économique. Cette action est cependant essentiellement décidée et mise en œuvre par le directeur de site. La responsable de la comptabilité n'y voit qu'une possibilité d'économie minime, qui ne permettra pas le retour à l'équilibre budgétaire. La direction des affaires financières insiste, cependant, sur l'étude approfondie des coûts et de la facturation des molécules onéreuses.

La recherche d'informations en amont des décisions de diminution de charges repose essentiellement sur les options possibles connues par le directeur de site. Nos encouragements à analyser les comptes de charges se traduisent par la demande du directeur de nous joindre à lui sur ce dossier. Avant cela, ce levier d'action n'était pas perçu par le directeur. De même, il apparaît lors d'un comité de direction de juin 2020 que les besoins réels en effectifs d'infirmiers, d'aides-soignants et d'agents des services hospitaliers ne sont pas connus par la direction et l'encadrement, pas plus que les modalités de calcul de ces effectifs théoriques. Le pilotage des ressources humaines au quotidien repose donc, au moins jusque-là, sur des informations incomplètes et insuffisantes pour le pilotage économique des ressources humaines. Dans le cas des contrats de location et de maintenance, le directeur s'appuie sur les contrats dont il avait connaissance dans son établissement précédent. Ils lui permettent de juger du rapport qualité-prix, par rapport à des contrats négociés au niveau national par un groupe sanitaire privé. Cette expérience lui permet de savoir que des concurrents moins chers peuvent être trouvés et de faire appel à des coopératives d'achat. Ponctuellement, le directeur recherche des informations techniques auprès des responsables des services supports. Toutes les décisions de négociation puis de signature de contrats, en dehors des investissements dans les travaux, sont prises par le directeur seul, après comparaison des prix et des prestations.

Les parties prenantes influent peu sur les décisions prises concernant la diminution des charges.

Ponctuellement, le directeur prend l'avis du médecin coordonnateur ou du cadre de santé sur le risque encouru par un sous-effectif médical ou paramédical. À certains moments, il s'enquiert également de l'acceptabilité du sous-effectif par le personnel présent. Cependant, la charge de travail réelle n'est pas mesurée. Une évaluation intuitive fonde l'opinion de l'encadrement sur la sécurité des soins délivrés à effectif réduit. Dans le cas des contrats de location, de fourniture et de maintenance, l'établissement s'appuie sur le réseau de ses deux propriétaires. Les choix de prestataires sont faits de manière à s'assurer d'une plus grande fiabilité des fournisseurs et de ristournes plus avantageuses. Par exemple, le prestataire de restauration le mieux positionné

dans l'appel d'offres est partenaire du Centre Anticancer. Son directeur explique clairement que son positionnement dans l'appel d'offres est en partie conditionné par sa volonté de continuer sa prestation auprès d'un client important. De la même manière, le recours à certains prestataires de travaux, fournisseurs de la Clinique Court Séjour, permet de renforcer les liens entre les différents partenaires. De manière générale, l'avis des futurs bénéficiaires ou utilisateurs des prestations négociées est peu recherché. Ainsi, le transfert de la réalisation des prélèvements du laboratoire de biologie médicale vers les infirmiers de l'établissement est une conséquence de la négociation, qui est imposée sans négociation au personnel du service de soins.

Le conseil d'administration valide les fondements du processus de décision suivi par le directeur de site. Par exemple, en 2020, les administrateurs entérinent la politique de recrutement de médecins en dessous des salaires du marché, malgré la difficulté connue de trouver un profil adapté aux particularités de l'établissement. En septembre 2021, suite à des difficultés de recrutement médical particulièrement aiguës, le conseil d'administration valide la décision du directeur de proposer des salaires supérieurs à ceux du marché. Le passage de 5000 € à 7500 € nets mensuels donne la certitude au directeur de parvenir à recruter rapidement des profils de qualité. Cette certitude vient, semble-t-il, des informations fournies par les cabinets de recrutement spécialisés, qui se font fort de trouver des candidats adaptés, avec ce niveau de rémunération.

Les **décisions de diminution de charges sont prises et communiquées** par la direction en mode essentiellement **descendant**. Les conséquences opérationnelles et l'avis des parties prenantes sont peu pris en considération lors des décisions. Les informations recherchées en amont des décisions sont celles qui font partie du périmètre de connaissances professionnelles déjà à disposition du décisionnaire.

Nous étudions maintenant comment sont prises les décisions de pilotage économique dans l'établissement.

4.1.4 Le pilotage économique de l'établissement

Les critères de définition du pilotage économique varient d'un auteur à l'autre, en fonction de son objet, de son champ et de son périmètre de recherche. Pour notre recherche, compte tenu des processus de décision de gestion observés dans cet établissement, nous choisissons de considérer le pilotage de manière large et consensuelle, à partir de différentes définitions de la littérature de sciences de gestion. Nous considérons qu'un objectif fait l'objet d'un **pilotage** quand **un objectif est défini préalablement au contrôle**, quand cet objectif est partagé par plusieurs personnes, quand un **contrôle périodique** est effectué entre le réalisé et l'objectif fixé et quand

l'écart observé donne lieu à des actions d'adaptation des pratiques en vue d'atteindre l'objectif.

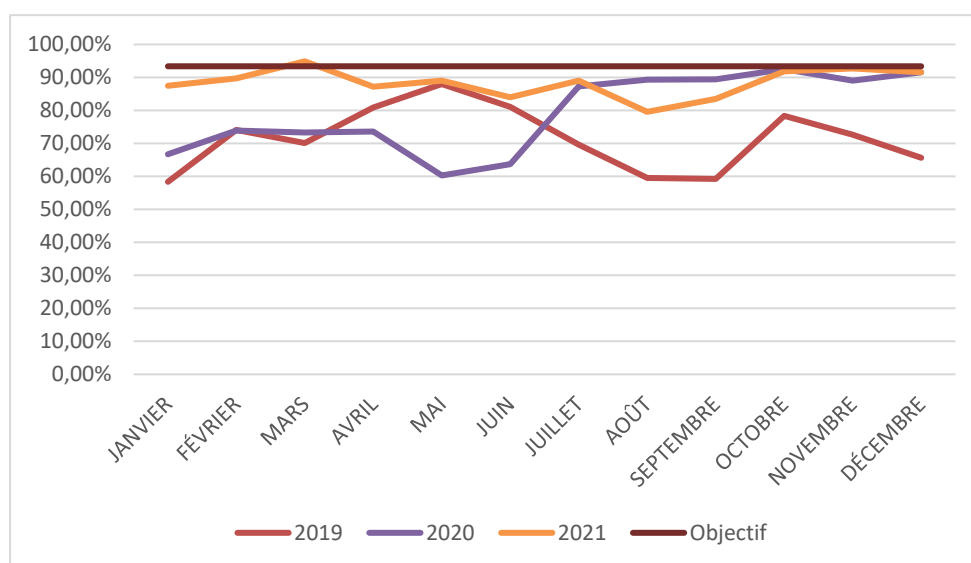
Nous décrivons les indicateurs de pilotage de la performance économique utilisés par l'encadrement et la gouvernance de la Clinique SSR et leurs variations pendant la période de recherche. Nous étudions ensuite comment le pilotage est mis en œuvre.

4.1.4.1 Les indicateurs de pilotage de la performance économique observés

Quatre indicateurs de pilotage, correspondant aux critères établis dans la définition, sont suivis dans l'établissement. Tous sont des indicateurs de la performance économique. Il s'agit du volume d'activité hospitalière, du chiffre d'affaires lié aux soins, du prix de journée moyen réalisé et de l'excédent brut d'exploitation.

Le volume d'activité hospitalière est suivi grâce au nombre de lits occupés par l'encadrement du service de soins. Il est transformé en taux d'occupation des lits par la direction. Le taux d'occupation est couramment défini comme le rapport entre le nombre de lits occupés et le nombre de lits installés (IRDES Eco-santé, s.d). Les objectifs cibles, fixés par le directeur début 2020, sont de 93,38 % pour 2020 et 2021 puis de 95,25 % pour 2022 et 2023. Ces objectifs sont utilisés pour construire les budgets prévisionnels. Compte tenu des résultats réels obtenus, le conseil d'administration demande au directeur de site de baisser son objectif pour 2022 et 2023 au niveau de celui des années précédentes. La figure 7 présente l'évolution du taux mensuel d'occupation des lits de début 2019 à fin 2021. L'objectif cible est représenté par la ligne de couleur chocolat.

Figure 7. Évolution du taux mensuel d'occupation des lits entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible



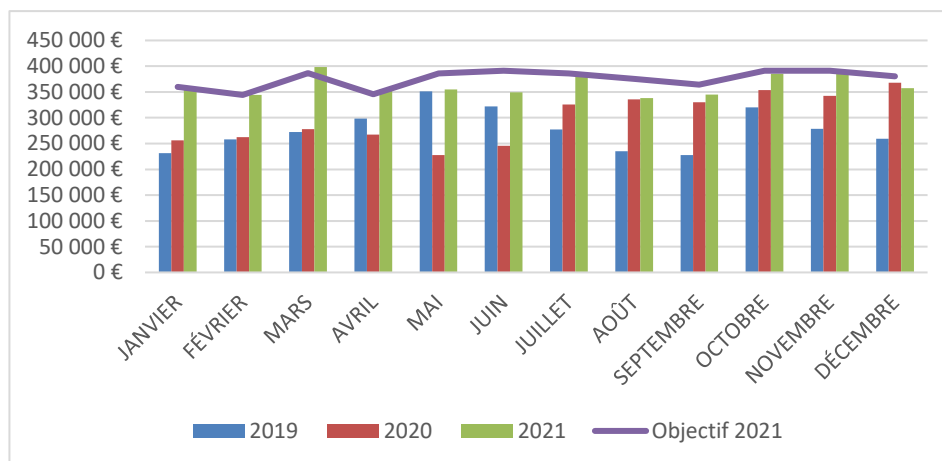
D'après procès-verbaux et présentations des conseils d'administration

Malgré le suivi régulier de cet indicateur et les actions mises en œuvre pour augmenter le nombre de lits occupés, le taux d'occupation réel n'atteint l'objectif qu'un fois, en mars 2021. Cependant,

les taux annuels d'occupation progressent, de 72 % en 2019 à 79,2 % en 2020 pour atteindre finalement 88,4 % en 2021. La construction du budget prévisionnel à partir de taux d'occupation toujours supérieurs à la moyenne du taux d'occupation réel conduit à des budgets prévisionnels éloignés des résultats réalisés. La prise de conscience du caractère durable de l'écart entre prévisionnel et réalisé intervient quelques mois après le début de l'exercice, retardant d'autant les actions d'adaptation et creusant le résultat déficitaire.

Le chiffre d'affaires lié aux soins est obtenu en ajoutant tous les produits d'exploitation facturés à l'assurance-maladie, aux caisses d'assurance complémentaire et aux patients. Il comprend donc l'ensemble des forfaits liés aux prestations de soins, le forfait journalier, le supplément pour la chambre particulière et les ventes annexes de produits d'hygiène, location de télévision et frais de téléphone et de connexion Internet. Un objectif est fixé pour l'année 2021 et les suivantes, sur la base du taux d'occupation cible et de l'objectif de prix moyen journalier possible. La figure 8 présente l'évolution mensuelle du chiffre d'affaires lié aux soins entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible pour chaque mois de l'année 2021.

Figure 8. Évolution mensuelle du chiffre d'affaires lié aux soins entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible pour 2021



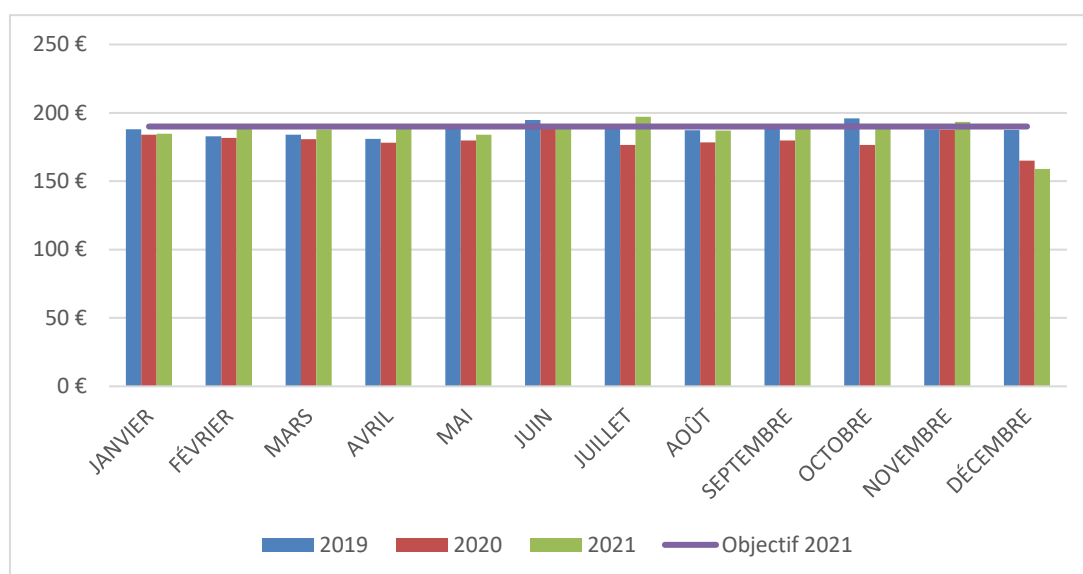
D'après procès-verbaux et présentations des conseils d'administration

Pour 2021, l'objectif mensuel de chiffre d'affaires lié aux soins est fixé à 375 000 € en moyenne. L'objectif est modulé en fonction de la saisonnalité des résultats projetés par le directeur, sur la base de son expérience antérieure. L'objectif est atteint en mars et avril 2021 uniquement. Les actions de pilotage pour combler les écarts portent sur l'amélioration du taux d'occupation et l'augmentation des produits obtenus par la vente de chambres particulières.

Le prix moyen de journée réalisé est obtenu en divisant le chiffre d'affaires lié aux soins par le nombre de nuits facturées sur la période. L'objectif de prix moyen de journée réalisé pour 2020 et 2021 est fixé à 190 € par le directeur de l'établissement, à partir du prix moyen observé en 2019 et des améliorations envisagées sur la vente des produits annexes et l'augmentation du nombre de nuitées en chambres particulières facturées. La figure 9 présente les résultats obtenus

pour le prix moyen journalier réalisé entre 2019 et 2021, par rapport à l'objectif fixé pour 2021. Il est construit à partir de données communiquées au conseil d'administration par la direction.

Figure 9. Évolution mensuelle du prix moyen journalier réalisé entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible pour 2021



D'après procès-verbaux et présentations des conseils d'administration

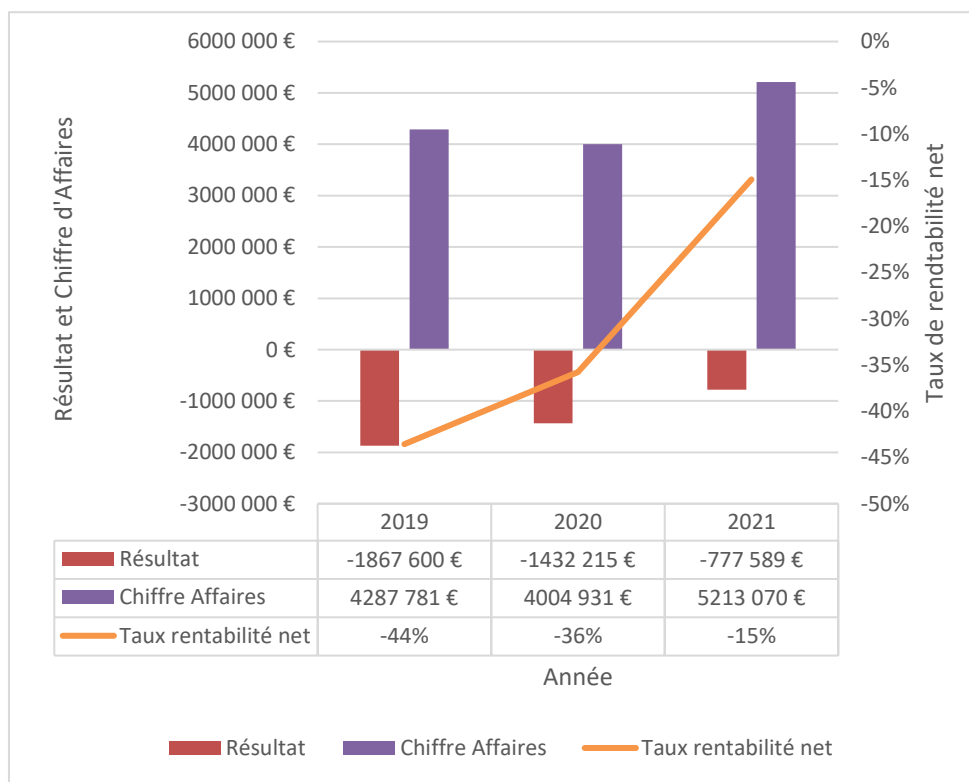
L'objectif moyen annuel n'est pas atteint. L'objectif mensuel est atteint uniquement en juillet 2021, malgré les actions mises en place pour augmenter le nombre de nuitées facturées en chambres particulières et l'élargissement de la gamme, assortie de prestations annexes.

L'excédent brut d'exploitation est obtenu en soustrayant les charges d'exploitation aux produits d'exploitation, hors dotation aux amortissements et aux provisions (Martinet et Silem, 2008). L'objectif fixé par la gouvernance est d'atteindre l'équilibre entre le produit et les charges. Le résultat est obtenu en soustrayant les charges totales aux produits totaux. L'objectif d'équilibre n'est atteint ni pour l'excédent brut d'exploitation ni pour le résultat, sur aucun exercice de l'activité de la Clinique SSR. Le taux de rentabilité net est égal au rapport du résultat sur le chiffre d'affaires. Il s'améliore nettement sur les trois exercices. L'excédent brut d'exploitation et le résultat sont des indicateurs suivis par la direction des affaires financières et présentés par le directeur et les commissaires aux comptes au conseil d'administration. La figure 10 présente l'évolution du résultat, du chiffre d'affaires et du taux de rentabilité net sur les exercices 2019 à 2021.

Le résultat net et le résultat projeté sur l'ensemble de l'exercice sont mis à jour sur la base des données réelles des premiers mois de l'année. Le budget prévisionnel annuel est recalculé à partir de ces données. L'ensemble est présenté lors de chaque conseil d'administration. Nous constatons que le résultat et le taux de rentabilité net s'améliorent à chaque exercice. Le chiffre d'affaires baisse en 2020, année fortement marquée par le COVID-19, puis dépasse celui de

2019 en 2021. Néanmoins, le résultat et l'excédent brut d'exploitation n'atteignent jamais l'équilibre.

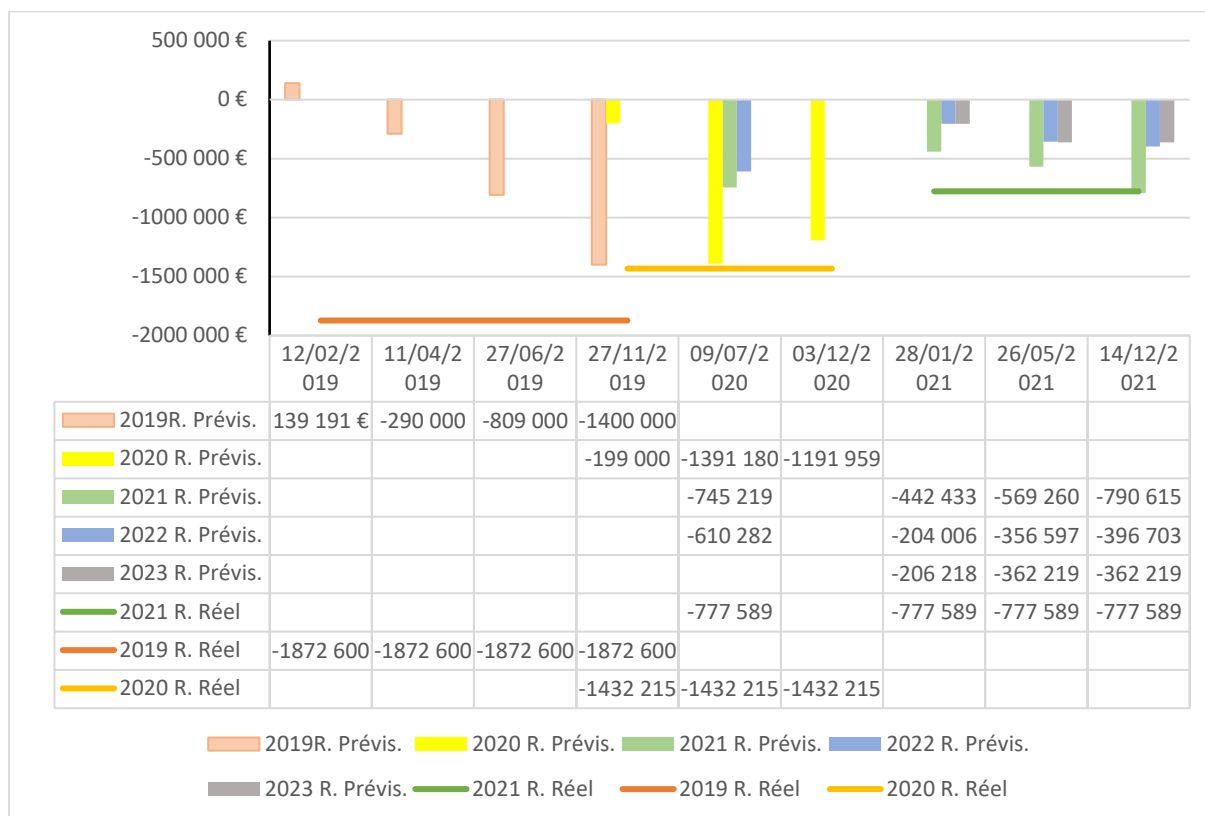
Figure 10. Évolution annuelle du résultat, du chiffre d'affaires et du taux de rentabilité net pour les exercices 2019 à 2021



D'après rapports des Commissaires aux Comptes et Direction de l'Administration et des Finances

Nous présentons dans la figure 11 l'évolution des écarts entre le résultat projeté dans les budgets prévisionnels présentés en conseil d'administration et les résultats annuels réels consolidés. Les résultats réels sont représentés par les lignes horizontales. Les résultats prévisionnels sont présentés en histogramme en regard de leur date de communication au conseil d'administration. Le ton marron est dédié à l'exercice 2019, la couleur jaune orangé à l'exercice 2020, la couleur verte à l'exercice 2021, la couleur bleue à l'exercice 2022 et la couleur grise à l'exercice 2023.

Figure 11. Écarts entre les résultats prévisionnels et les résultats réels pour les exercices 2019 à 2021



D'après procès-verbaux et présentations des conseils d'administration

La figure montre que les résultats prévisionnels sont optimistes par rapport aux déficits de fin d'exercice, bien qu'ils soient réajustés régulièrement. Les plus gros écarts sont observés en 2019, première année de fonctionnement, pour laquelle la gouvernance n'a pas de recul et très peu d'informations comptables sur les années précédentes. Le pilotage du résultat est probablement la cause première de la diminution progressive des écarts entre budget prévisionnel et résultats réels consolidés. Il permet l'apprentissage des acteurs qui suivent cet indicateur. De plus, l'arrivée du directeur de site se traduit par la centralisation des décisions économiques et d'un certain nombre de décisions tactiques et opérationnelles entre ses mains. Enfin, le changement de la responsable de la comptabilité en 2020 puis de la directrice de l'administration et des finances apportent des regards nouveaux sur l'analyse de la situation économique et des budgets prévisionnels.

L'établissement est piloté au moyen d'un nombre restreint d'indicateurs, strictement économiques. Malgré des objectifs ambitieux et le suivi régulier des indicateurs, la mise en place d'actions correctives ne permet pas à l'établissement d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.

4.1.4.2 Les modalités du pilotage observé

Le calcul des indicateurs de pilotage est fait manuellement. Pour le volume d'activité, le cadre de santé, le médecin coordinateur, avec, parfois, l'aide de la secrétaire médicale, suivent le nombre de patients présents et la programmation des entrées et des sorties. Comme nous le voyons dans

la section 5.2.4, les prévisions d'entrée et de sortie changent plusieurs fois par jour. Des erreurs dans le nombre de patients présents ou prévus en fin de journée arrivent régulièrement. La direction suit le volume d'activité via le taux d'occupation. Celui-ci est calculé dans une feuille de calcul numérique, qui est complétée manuellement tous les après-midis par la responsable administrative, à partir des données du logiciel dossier patient informatisé. Cette feuille de calcul est mise en réseau, dans un dossier qui est accessible au directeur, à la direction administrative et financière et à la responsable administrative. De très fréquents écarts apparaissent entre le nombre de patients connu de l'encadrement du service de soins et celui qui apparaît dans l'indicateur de la direction. Ils sont régulièrement corrigés lors des comités de direction.

Le chiffre d'affaires lié aux soins et le prix moyen de journée réalisé sont estimés pour chaque jour. Ils sont calculés toutes les semaines, au moyen d'une feuille de calcul complétée manuellement par la responsable administrative, à partir du logiciel de gestion administrative. Cette feuille est accessible par le réseau interne pour les mêmes utilisateurs : le directeur, la direction de l'administration et des finances et la responsable administrative. Le montant de la dotation modulée à l'activité et le suivi du nombre de séjours sont estimés approximativement par le directeur tous les mois. Le nombre de journées facturées et le montant précis de la dotation sont communiqués tous les mois au directeur de site par la directrice de l'information médicale.

L'excédent brut d'exploitation et le résultat sont calculés par la direction de l'administration et des finances et fournis au directeur environ tous les deux mois.

Les indicateurs sont essentiellement communiqués au comité de coordination et au conseil d'administration. Ponctuellement, ils sont utilisés par le directeur ou l'encadrement du service de soins pour **expliquer des décisions** ou donner du sens à certaines situations. L'encadrement du service de soins utilise essentiellement le **nombre de lits occupés**.

En 2019, le comité de coordination est organisé par la secrétaire générale de la Clinique SSR, par ailleurs directrice générale adjointe du Centre Anticancer. Le seul indicateur suivi est le **volume d'activité**. Le comité de coordination est alors constitué des deux directrices de soins des établissements repreneurs, des deux directeurs généraux adjoints, des deux directeurs des affaires financières, de la responsable des ressources humaines, du cadre de santé, du médecin coordinateur et d'autres directeurs des services supports en fonction de l'ordre du jour. **Le comité de coordination s'est réuni 10 fois dans l'année**. Les interlocuteurs parlent alternativement du nombre de lits occupés et du taux d'occupation. Il nous est apparu plus tard que les taux d'occupation étaient calculés sur la base de 68 lits alors que seuls 66 lits étaient réellement installés. Le malentendu a perduré jusqu'en novembre 2019. La communication du volume d'activité donne lieu à discussion, réflexion et décision commune sur les leviers possibles pour l'améliorer. À partir de 2020, le comité de coordination est organisé par le directeur de site. Il se réunit 13 fois entre 2020 et 2021. Sont invités le directeur général de la Clinique Court Séjour, le directeur général adjoint du Centre Anticancer, les deux directeurs des affaires financières, le

directeur de la qualité, le directeur des services techniques, le médecin coordinateur, la cadre de santé et la responsable des ressources humaines. Nous y sommes présente en tant que membre du comité de direction. La réunion comporte un ordre du jour fixé par le directeur de site. Celui-ci présente un diaporama destiné à informer les participants du fonctionnement de la Clinique SSR. Les indicateurs y sont présentés. L'auditoire écoute et valide. Il émet rarement des opinions divergentes avec celles du directeur. Celui-ci ne sollicite pas d'avis contradictoires ou de conseil. Il utilise cette réunion pour les demandes d'aides aux directions des repreneurs.

Le conseil d'administration est constitué de dix administrateurs, auxquels s'ajoutent, en tant qu'invités, le directeur général adjoint du Centre Anticancer, certains experts sur des points spécifiques et nous, en tant que chercheur, invitée. L'ordre du jour est fixé par le président du conseil d'administration, après consultation du directeur de site. Les procès-verbaux sont rédigés après chaque réunion, puis approuvés et signés lors de la réunion suivante. Un diaporama est présenté par le directeur de site. Il est relu et éventuellement corrigé par le président du conseil d'administration avant sa présentation. Le *reporting* concerne, *a minima*, le volume d'activité et le résultat prévisionnel pour l'année en cours et les années suivantes. Des décisions d'actions sont prises lors de cinq des quatorze conseils d'administration qui ont lieu entre 2019 et 2021. Elles consistent en l'organisation d'une réunion de crise pour envisager les leviers possibles pour augmenter l'activité en février 2019, la fourniture d'une aide par des médecins des repreneurs pour améliorer le recrutement médical et la validation des options d'augmentation d'activité qui nécessitent des travaux ou une augmentation des tarifs. Si des informations sur l'absentéisme, les difficultés de recrutement ou le départ de personnel sont communiquées, les taux d'absentéisme et de rotation ne donnent lieu ni à un calcul, ni à la fixation d'objectifs, ni à un contrôle.

Le pilotage repose donc sur des indicateurs strictement quantitatifs. Ils servent à informer sur l'atteinte de l'objectif principal de l'alliance : l'équilibre budgétaire.

Le pilotage est réalisé essentiellement par le directeur de site, accompagné par le président du conseil d'administration, qui valide la plupart des décisions de gestion prises ou proposées par le directeur. La présentation des indicateurs au conseil d'administration est faite quand elle est nécessaire, c'est-à-dire lorsque les enjeux financiers ou politiques sont importants. Parfois, des questions sont posées au directeur de site ou au président du conseil d'administration mais les avis contradictoires sont peu fréquents et ne sont pas encouragés. Nous notons que les décisions d'investissement, notamment celles des travaux pour l'augmentation du nombre de lits, sont prises sur la base de déficits prévisionnels sous-évalués, dont les calculs n'ont été remis en question que plusieurs mois après leur présentation. Les indicateurs de pilotage sont gérés essentiellement par l'entreprise commune. S'il existe un contrôle du pilotage et des indicateurs par les repreneurs, il n'est pas affiché.

Différentes études sur le pilotage des établissements sanitaires montrent que les outils de pilotage sont moins utilisés que dans d'autres secteurs de l'économie. Ainsi, Zardet et *al.* (2011) font référence aux travaux de Kletz et *al.* (2000) et de Detchessahar et Grévin (2009), qui ont montré que, dans certains cas, « les outils de gestion n'ont pas réellement permis d'aider les acteurs du terrain, voire ont eu des impacts négatifs sur l'activité quotidienne du personnel ». Les recherches dans des établissements sanitaires beaucoup plus grands que la Clinique SSR, font état d'une utilisation superficielle des outils de pilotage et d'une fréquente absence d'appropriation des outils de gestion. Selon Zardet et *al.*, les outils de pilotage opérationnel sont souvent absents parce que les outils et indicateurs employés dans les établissements ne permettent pas de piloter les personnes et les activités de manière proactive. Ces auteurs confirment ce que l'on constate dans la Clinique SSR, à savoir que le suivi des indicateurs est le fait de la direction et des fonctions support, et que ces indicateurs sont utilisés pour présenter des informations à la gouvernance. Kletz et Moisdon (2015) soulignent que certains outils peuvent permettre de comparer les coûts de l'établissement avec d'autres. Ces informations pourraient être intéressantes, en termes de pilotage des coûts notamment. Cependant, ils nécessitent, d'une part, la maîtrise des outils de l'enquête nationale des coûts et, d'autre part, d'avoir un système de contrôle de gestion interne qui permet de calculer ses propres coûts de production. Ces données requièrent des compétences et des moyens que tous les établissements sanitaires ne se procurent pas. Ceci peut expliquer en partie pourquoi les dispositifs de contrôle de gestion et de calcul de coûts, visibles et cachés, sont très inégalement mis en œuvre dans les établissements de santé. Pour Kletz et Moisdon, il existe une contradiction entre les incitatifs économiques appliqués aux établissements de santé et l'organisation des soins. Dans le cas des établissements comportant plusieurs pôles et beaucoup de services, d'une part, les parcours très variés des patients rendent difficiles les analyses de gestion fines et fiables. D'autre part, les indicateurs de comptabilité analytique sont rapidement complexes. Ils sont peu utilisés par l'encadrement médical et soignant, qui préfèrent suivre des indicateurs d'activité simples, d'autant qu'ils ne sont, selon ces auteurs, que peu sensibles aux éléments de coûts. Les auteurs font également référence à la distance qui sépare les logiques professionnelles des médecins et des paramédicaux avec celles qui motivent les gestionnaires purement administratifs.

Le pilotage de la Clinique SSR s'appuie seulement sur des indicateurs quantitatifs et financiers. Les phénomènes sociaux ne sont ni suivis ni pilotés. Seule la performance économique à court terme est réellement prise en considération dans les décisions de gestion.

Une analyse de l'ensemble de la situation économique et financière de l'établissement permet d'évaluer les modalités de pilotage choisies pour la Clinique SSR.

4.1.5 Une analyse panoramique de la situation économique et financière en termes de coûts et performances visibles

Nous présentons une analyse de la situation économique et financière de la Clinique SSR sur trois exercices clôturés. Le premier exercice comprend les derniers jours de 2018 et l'ensemble de l'année 2019. Tous les chiffres issus du compte de résultat et du bilan sont des chiffres validés et approuvés par les commissaires aux comptes.

4.1.5.1 Le compte de résultat

Le compte de résultat demeure très défavorable sur les trois exercices. Il faut noter que certains éléments de charges, nécessaires au fonctionnement, ne sont pas imputés au compte de résultat. Ils apparaissent dans le bilan, sous la forme de dettes. Le déficit réel est donc plus grave qu'il n'apparaît à la lecture du seul compte de résultat sur les trois ans.

4.1.5.1.1 L'évolution sur trois exercices

Sur la période de trois ans étudiée, le redressement de l'établissement est effectif mais il reste nettement déficitaire.

Le tableau 25 présente les montants des totaux intermédiaires du compte de résultat : produits et charges d'exploitation, produits et charges financiers, produits et charges exceptionnels. La figure 12 montre graphiquement l'évolution des produits d'exploitation, charges d'exploitation, résultat d'exploitation et déficit. Le déficit cumulé sur trois exercices s'élève à 4 077 000 € pour un chiffre d'affaires cumulé de 13 505 000 €, soit un taux de rentabilité net (résultat/chiffre d'affaires) de -30 %.

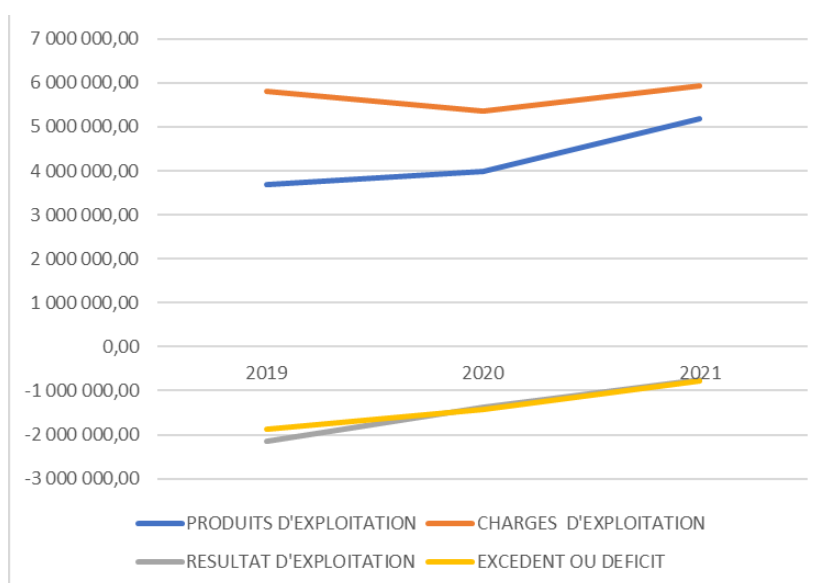
Tableau 25. Montants du résultat et des grands postes de produits et de charges du compte de résultat pour les exercices de 2019 à 2021

	2019	2020	2021
PRODUITS D'EXPLOITATION	3 676 610,19	3 981 428,18	5 180 843,51
CHARGES D'EXPLOITATION	5 812 939,62	5 347 315,57	5 926 333,36
RESULTAT D'EXPLOITATION	-2 136 329,43	-1 365 887,39	-745 489,85
PRODUITS FINANCIERS	2,49	5 996,37	245,00
CHARGES FINANCIERES	45 577,79	35 063,99	34 408,39
RESULTAT FINANCIER	-45 575,30	-29 067,62	-34 163,39
RESULTAT COURANT AVANT IMPOT	-2 181 904,73	-1 394 955,01	-779 653,24
PRODUITS EXCEPTIONNELS	611 168,09	17 506,14	31 981,23
CHARGES EXCEPTIONNELLES	296 863,34	54 766,45	29 917,49
RESULTAT EXCEPTIONNEL	314 304,75	-37 260,31	2 063,74
TOTAL DES PRODUITS (I + III + V)	4 287 780,77	4 004 930,69	5 213 069,74
TOTAL DES CHARGES (II + IV + VI + VII + VIII)	6 155 380,75	5 437 146,01	5 990 659,24
EXCEDENT OU DEFICIT	-1 867 599,98	-1 432 215,32	-777 589,50

D'après Procès-verbaux des Conseils d'Administration

Pendant la période étudiée, les produits d'exploitation augmentent, les charges d'exploitation diminuent en 2020, puis augmentent à nouveau. Le déficit diminue chaque année mais reste conséquent, de l'ordre de 778 000 € en 2021.

Figure 12. Évolution des produits, charges, résultats d'exploitation et déficits de 2019 à 2021



D'après Procès-verbaux des Conseils d'Administration

Le tableau 26 présente l'évolution moyenne des produits et charges d'exploitation par journée d'hospitalisation facturée.

Tableau 26. Montants des produits et charges d'exploitation ramenés au nombre de journées d'hospitalisation facturées entre 2019 et 2021

	Nombre de journées d'hospitalisation facturées	PRODUITS D'EXPLOITATION	Produits exploitation / Nombre journées	CHARGES D'EXPLOITATION	Charges d'exploitation / Nombre journées	RÉSULTAT	Déficit par journée d'hospitalisation
2019	20 194	3 676 610 €	182 €	5 812 940 €	288 €	-1 867 600 €	-92 €
2020	19 766	3 981 428 €	201 €	5 347 316 €	271 €	-1 432 215 €	-72 €
2021	23 150	5 180 844 €	224 €	5 926 333 €	256 €	-777 589 €	-34 €

D'après Procès-verbaux des Conseils d'Administration

L'étude plus détaillée des produits d'exploitation permet de constater qu'ils augmentent chaque année malgré la diminution du nombre de journées d'hospitalisation facturées en 2020. Pour cette année, on observe une augmentation des produits par journée d'hospitalisation facturée et une nette diminution des charges d'exploitation. Ce résultat provient de la crise du COVID et des financements particuliers mis en place par l'État pour soutenir les finances des établissements sanitaires.

Le déficit par journée d'hospitalisation passe de 92 € en 2019 à 34 € en 2021. Le progrès sur l'efficacité est très marqué. Cependant, la direction considère qu'il ne sera pas possible d'améliorer encore suffisamment l'efficacité pour parvenir à l'équilibre. Il paraît extrêmement peu probable que le prix de journée moyen attribué par l'agence régionale de santé augmente de 30 €. L'atteinte de l'équilibre budgétaire paraît impossible dans l'avenir dans les mêmes conditions d'exploitation.

L'amélioration de la productivité est attestée par une amélioration de la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV). Le tableau 27 présente l'évolution de la CHVACV et des données qui permettent de la calculer.

Tableau 27. Évolution de la Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables (CHVACV) et de ses composants de 2019 à 2021

	EXERCICE			Variation 2021/2019
	2019	2020	2021	
Chiffre d'Affaires en k€	3 645	3 987	5 104	40%
Charges variables en k€	778	855	1 056	36%
VA/CV en k€	2 867	3 132	4 047	41%
Effectif moyen temps plein	59	58	58	-1%
Nombre d'heures attendues par an	93 509	92 521	92 521	-1%
CHVACV en €	30 €	34 €	44 €	47%

D'après Direction de l'Administration et des Finances

Il permet de constater que l'augmentation de la CHVACV, de 47 % sur trois exercices, est essentiellement justifiée par une augmentation du chiffre d'affaires avec un effectif quasiment stable. Les charges variables augmentent légèrement moins que le chiffre d'affaires, ce qui traduit l'effort maintenu sur ces dépenses.

Les prestations assurées par les services supports et les mises à disposition faites par les deux repreneurs ont été évaluées à la hauteur du besoin théorique identifié. Le nombre d'équivalents temps plein dédiés par chaque repreneur a été calculé pour être identique. Il est présenté une seule fois en conseil d'administration, en septembre 2019. Il n'est pas évalué à la hauteur du temps réellement passé et donc du coût effectivement supporté par ces deux établissements. Ces coûts doivent être remboursés par la Clinique SSR à ses propriétaires. Ils font l'objet de factures qui, dans les faits, ne sont pas honorées et sont comptabilisées dans les dettes au bilan annuel.

4.1.5.1.2 Les causes directes identifiables

Le résultat déficitaire sur les trois premiers exercices peut être en partie expliqué par des causes directes, visibles, avancées régulièrement par la direction ou la gouvernance. Tout d'abord, le taux d'occupation n'atteint qu'exceptionnellement le niveau ciblé dans les budgets prévisionnels successifs. Pendant la première année d'exercice, malgré un absentéisme en service de soins un peu moins important que les années suivantes, le taux d'occupation ne monte que difficilement. D'une part, l'objectif cible n'est connu qu'après plusieurs mois de fonctionnement et, d'autre part, cet objectif n'est pas réellement accepté par les acteurs de terrain issus de l'ancienne structure. Dès la première année, les absences médicales et/ou paramédicales conduisent à des décisions de fermeture temporaire de lits. L'habitude prise par les salariés de prendre leurs

congés quand ils le souhaitent est conservée, malgré la pression des deux directrices de soins et de la direction de l'administration et des finances. Dans les années suivantes, les difficultés de recrutement, y compris ponctuelles pour les remplacements, s'aggravent et contraignent à adapter, *in fine*, le nombre de lits ouverts à l'effectif réellement mobilisable. La rotation du personnel soignant, y compris des médecins, majore encore ce problème. À la question de l'effectif présent, s'ajoute celui des compétences disponibles. L'organisation des plannings des infirmiers et aides-soignants parvient à tenir compte des compétences nécessaires pendant la deuxième année mais, par la suite, maintenir un effectif minimum devient le seul objectif atteignable, le plus souvent. La présence de plusieurs vacataires en même temps inquiète l'ensemble des personnels soignants, et contribue progressivement à alimenter la rotation du personnel.

4.1.5.2 *Les bilans*

À la fin de l'exercice 2021, la situation nette des fonds propres est de - 4 077 000 €. Les dettes totales se montent à 7 503 000 €. Elles comportent des dettes financières, qui augmentent progressivement sur les trois exercices pour atteindre 2 893 000 € fin 2021. Les dettes fournisseurs sont constituées des encours normaux et, essentiellement, des factures de personnel mis à disposition par la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer, qui ne sont pas réglées. Leur montant s'élève à 1 500 000 €. Cependant, ce total est probablement sous-évalué. Certains achats, certains dons de matériel faits par les repreneurs, ne sont pas facturés. De plus, le temps passé par les fonctions support est supérieur au temps facturé. Les autres dettes sont composées des avances de trésorerie des repreneurs, pour un montant de 2 471 000 € fin 2021.

Selon le rapport des commissaires aux comptes pour l'exercice 2019, le prix d'acquisition de la Clinique SSR et de son terrain s'est élevé à 2 400 000 €. À la fin d'exercice 2021, le coût pour les repreneurs se monte à 3 238 000 € pour chaque repreneur.

Le coût total pour les repreneurs sur les trois exercices se monte à 5 871 000 €, soit 2 900 000 € par établissement. Ce coût est conséquent pour chacun. Il est de plus en plus difficile à faire accepter aux partenaires sociaux par chacune des directions.

4.1.5.3 *L'influence réciproque de la situation économique sur la stratégie*

Les coûts de création et de fonctionnement s'avèrent beaucoup plus élevés que prévu, pour les deux repreneurs. La projection d'un résultat à l'équilibre dès la deuxième année ne se réalise pas. Néanmoins, la stratégie de coopération paraît rationnelle en termes de complémentarité par rapport aux activités de court séjour du Centre Anticancer et de la Clinique Court Séjour. Les repreneurs se disent prêts à compenser le déficit de la Clinique SSR, dans la mesure où il est inférieur ou équivalent à ce que cette complémentarité leur rapporte, via le gain sur la diminution

des durées de séjour. La situation financière continue cependant de se dégrader et les projections à tarif constant prévoient l'impossibilité d'un retour à l'équilibre au-delà de 2022.

Dans cette situation défavorable, il apparaît que les décisions sont prises au fil de l'eau. La décision de recruter en dessous des prix du marché montre rapidement ses limites. L'accroissement continu des difficultés de remplacement conduit à des fermetures de lits et à une détérioration des conditions de travail, pour les acteurs du service de soins, et de la qualité de prise en charge, pour les patients. Une décision différente est prise environ 18 mois plus tard. De même, c'est la situation financière défavorable qui conduit à décider d'augmenter les produits, en particulier en augmentant la capacité d'accueil et le prix du supplément pour les chambres particulières. Enfin, la diminution des charges est également une décision prise en réaction aux déficits budgétaires. Elle s'inscrit dans une vision à très court terme, en s'appuyant sur les charges visibles, sans prendre en compte les investissements possibles sur le potentiel humain de l'organisation. L'absence de pilotage des coûts réels constitue une menace globale pour la performance de l'établissement. Dans la situation financière très défavorable, la gouvernance de l'établissement ne trouve pas de solution créative pour dépasser les contraintes normatives. Les décisions prises dans cette situation sur la base des coûts visibles, sans indicateurs de la performance sociale, augmentent les coûts et performances cachés déjà très importants.

La stratégie de financement repose uniquement sur l'engagement des banques et sur les apports, y compris en tant que fournisseurs, des deux établissements repreneurs. La situation financière se détériore à chaque exercice. Elle est de plus en plus fragile, dans la mesure où un désengagement d'un établissement financier contraindrait très rapidement les repreneurs à choisir entre augmenter encore leurs apports ou renoncer à l'établissement commun. À la fin de l'année 2022, le conseil d'administration commence à envisager de changer de stratégie et de vendre l'établissement.

Encadré 8. Points-clés des principales décisions de gestion financières de 2018 à 2021

- Un bilan prévisionnel qui prévoit l'atteinte de l'équilibre financier dès la première année mais des résultats réels lourdement déficitaires sur tous les exercices étudiés, en regard de nombreuses décisions prises pour rééquilibrer le budget mais qui ne portent pas leurs fruits
- Des décisions qui sont centralisées et prises essentiellement par le directeur avec une consultation minimum de la gouvernance et des autres membres du comité de direction et de l'entreprise ;
- Des efforts classiques sur l'augmentation des ressources et la diminution des coûts visibles ;
- Une déconnexion assez importante entre les décisions et les pratiques opérationnelles quotidiennes, qui est de nature à expliquer une part du manque d'efficacité des décisions prises.

4.2 Les principaux apports du diagnostic socio-économique réalisé en 2019 – 2020

Le diagnostic socio-économique, première étape formelle en termes de méthodologie de la recherche-intervention socio-économique qualimétrique, a été conduit entre avril et octobre 2020. La présentation de l'effet miroir est reproduite en intégralité en annexe H. Toutes les expressions de dysfonctionnements, les grilles de convergences et de spécificités entre les deux sous-populations, les taux d'absentéisme, la grille de compétences de l'équipe administrative et les calculs de coûts et performance cachés peuvent y être consultés.

Nous présentons ici une synthèse des résultats, sous la forme des informations relatives aux dysfonctionnements, qui sont nouvelles pour les différentes parties prenantes internes à la coopération. Nous décrivons ensuite les apports du diagnostic à la dynamique organisationnelle. Nous terminons par les limites, que nous avons pu identifier, du diagnostic socio-économique mené à la Clinique SSR.

Le diagnostic socio-économique a permis de mettre en lumière de très nombreux dysfonctionnements et un montant significatif de coûts et performances cachés. Nous nous attachons ici à comprendre les suites qui ont été données à la communication des résultats du diagnostic.

Pendant la première année, en 2019, les directeurs des deux établissements repreneurs participent à la plupart des dispositifs de communication-coordination-concertation de la Clinique SSR. À partir de début 2020, ils ne participent qu'au comité d'administration et au comité de coordination. Leur niveau de connaissance du fonctionnement de la Clinique SSR jusqu'en octobre 2020 est difficile à évaluer et paraît très hétérogène, en fonction de leur secteur de responsabilité. Le niveau d'information des administrateurs est aussi difficile à connaître. Nous faisons donc le choix de nous intéresser aux informations qui, selon leurs propres déclarations, sont nouvelles pour eux. Nous nous sommes appuyés sur nos notes des réactions et des échanges suscités lors de l'effet miroir, sur les commentaires et interrogations qui nous ont été adressés par certains administrateurs et par le directeur, que nous avons tracés, soit dans nos notes de réunions, soit dans notre journal de terrain.

Nous nous intéressons ici exclusivement aux informations nouvelles pour le directeur et pour les administrateurs car la présentation des résultats au personnel a été annulée.

4.2.1.1 Les informations nouvelles pour les administrateurs

Les administrateurs ont fait part de leur étonnement et, parfois, de leur incrédulité devant les dysfonctionnements que nous présentons maintenant.

Le thème des conditions de travail a fait émerger des réalités dont certains administrateurs n'avaient absolument pas conscience. Tel est le cas pour l'aménagement et l'agencement des

locaux. Le manque d'adaptation de la structure et de l'agencement des locaux à l'accueil des patients est exprimé par des phrases-témoins qui sont partiellement reproduites dans l'encadré 9.

Encadré 9. Inadaptation des locaux à l'accueil des patients

*"Nos chambres sont inadaptées pour de la rééducation : les chambres et salles de bains sont trop petites, sans douche individuelle, les patients ne peuvent pas s'y déplacer seuls."
"Les patients ne veulent souvent pas rester à cause de l'état des locaux et de l'absence de salle de bains."
"Il n'y a aucune intimité possible pour les patients en chambre double car la salle de bain est trop petite pour qu'on puisse fermer la porte."*

Tous les administrateurs n'ont pas connaissance que certaines chambres ne sont pas pourvues de salle de bains.

L'inadaptation du système informatique et des logiciels, par archaïsme ou par obsolescence, est une information complètement nouvelle pour eux (Encadré 10).

Encadré 10. Inadaptation du système informatique

*"Le logiciel de gestion de stocks de pharmacie est encore sous MS-DOS. Il ne peut pas fournir les données demandées par l'ARS."
"Les facturations diverses (loyers, redevances) ne sont pas prises en charge par le logiciel. Elles doivent être faites à la main, ce qui nous fait perdre du temps."*

Le sentiment de manque de considération de la part de la direction, ressenti par les personnels, surprend beaucoup les administrateurs, qui expriment, pour leur part, le sentiment que les établissements repreneurs investissent beaucoup, du point de vue financier et du point de vue du temps passé pour sauver la Clinique SSR. Des phrases-témoins telles que celles reproduites dans l'encadré 11 permettent de mieux comprendre les éléments à la source du sentiment de manque de reconnaissance.

Encadré 11. Manque de reconnaissance

*"Le fait qu'on ne remplace pas les absences donne l'impression qu'on est délaissés."
"On a été inondés. Le plafond est tombé il y a neuf mois et rien n'a été fait. Je pense qu'on se moque de la rééducation."*

Enfin, parmi les dysfonctionnements liés aux conditions de travail, l'existence de deux clans au sein de certains groupes professionnels, dans un effectif restreint, suscite également de l'étonnement et de l'incompréhension chez administrateurs.

Concernant le thème de l'organisation du travail, certains administrateurs découvrent que les patients d'oncologie requièrent une charge de travail souvent plus importante que les patients. Les administrateurs qui sont par ailleurs médecins au Centre Anticancer comprennent et confirment ceci pour les administrateurs dubitatifs. Parmi les dysfonctionnements liés aux règles et procédures, dont certains sont relatés dans l'encadré 12, le non-respect des règles et des prescriptions médicales suscitent des réactions parmi les administrateurs. Le manque de mise à jour des procédures n'est pas connu mais ne surprend pas.

Encadré 12. Manque de respect des procédures

*"On voit des infirmiers de nuit qui administrent les traitements de huit heures à six heures par copinage."
"Les infirmiers vérifient deux ou trois fois les médicaments pour rien. C'est une perte de temps."
"Je ne peux pas revoir seules les procédures qualité. Or les soignants ne le font pas."*

En revanche, les administrateurs sont extrêmement surpris de l'existence de ce qu'ils qualifient de « bulles claniques » au sein des personnels, c'est-à-dire d'un petit nombre de personnes qui auraient préféré partir avec un chèque plutôt que voir la clinique reprendre son activité. Cette explication de leur manque de motivation étonne (Encadré 13).

Encadré 13. Perte de motivation du personnel

*"Il y a deux clans qui ne se parlent plus dans le service de rééducation."
"Il faudrait pouvoir dire aux soignants ce que l'on veut faire pour leur redonner de la motivation."
"Je n'ai pas très bien compris quelles étaient les motivations des médecins à ne pas rester. Je pense qu'ils ne sont pas très motivés en fait."*

En termes de gestion du temps, la sous-productivité de certains personnels suscite des questions sur le management de proximité. D'autre part, les tâches mal assumées, en particulier sur l'approvisionnement en médicaments, provoquent beaucoup d'incompréhension, en particulier parmi les administrateurs qui sont médecins. Deux exemples sont donnés dans l'encadré 14.

Encadré 14. Tâches mal assumées

*"Très souvent, nous ne parvenons pas à avoir les médicaments souhaités au bon moment pour les patients entrants. C'est parfois très déstabilisant pour les traitements de la douleur."
"Quand un traitement manque à l'entrée du patient, nous devons soit envoyer un taxi le chercher ailleurs soit faire une impasse thérapeutique."*

Les dysfonctionnements relatifs au thème communication-coordination-concertation sont exprimés par une grande majorité des personnes interviewées. Le manque ou la difficulté de communication-coordination-concertation au sein de l'équipe apparaît dans plus de 90 % des entretiens qualitatifs du personnel de base. Deux phrases-témoins sont citées dans l'encadré 15. C'est une des idées-clés de dysfonctionnements relevée également par l'encadrement et la direction.

Encadré 15. Manque de communication-coordination-concertation

*"Les entrées sorties sont souvent annoncées très tard. Cela nous empêche de nous organiser correctement."
"On n'est pas informés des consultations des patients. On chauffe des plateaux repas pour rien."*

Le personnel de direction et d'encadrement relève un manque de cohésion et un manque de communication-coordination-concertation à l'intérieur des équipes et entre le personnel et la direction (Encadré 16).

Encadré 16. Manque de communication-coordination-concertation entre personnel et direction

"Je ne sais pas si le management et le personnel ont bien appréhendé que la reprise s'est faite en situation de quasi-dépôt de bilan. La communication n'a pas été assez claire, peut-être."

"Ici, les personnels disent « oui » mais ils font ce qu'ils veulent."

Le personnel de base et l'encadrement – direction identifient le même besoin de formation, à la fois pour les compétences dans les soins et pour les compétences techniques et informatiques de tout le personnel. Certains membres de la direction et de l'encadrement regrettent que les besoins en formation ne soient pas bien cernés et que, parallèlement, les besoins et demandes de formations formulés ne soient pas satisfaits. Un grand nombre de personnes interviewées soulignent, en particulier, le manque de formation aux logiciels métiers.

Dans le domaine de la mise en œuvre stratégique, la direction, l'encadrement et le personnel expriment que les orientations stratégiques sont imprécises voire pas du tout perçues. Par ailleurs, certaines orientations stratégiques sont contestées. La stratégie, telle qu'elle est perçue ou perçue comme absente, fait naître de l'inquiétude dans les deux populations. Comme nous l'avons constaté dans les deux autres recherches-interventions que nous avons menées dans des établissements sanitaires, la mise en œuvre stratégique reste cependant une préoccupation bien plus marquée pour la population de la direction et de l'encadrement. Elle est rarement abordée spontanément par le personnel de base. Les entretiens nous ont montré à chaque fois une conception très différente du concept même de stratégie, et de ce qu'est, ou devrait être, la stratégie de l'établissement, en fonction des acteurs rencontrés.

Les grilles de convergences et spécificités établies pour chaque thème entre les deux populations montrent de fortes divergences entre les dysfonctionnements exprimés par le personnel de base et ceux qui sont perçus par la direction. Marcon et *al.* (2008) constatent que les professionnels de santé considèrent que leur service et leur métier sont prioritaires par rapport à l'organisation administrative. Ils notent que les spécificités techniques et médicales mises en œuvre au quotidien les conduisent à développer une vision relativement autonome par rapport aux autres professionnels d'un établissement sanitaire. Singulièrement, les directions administratives ont évidemment des préoccupations plus centrées sur les aspects organisationnels et administratifs.

Zardet et *al.* (2011) soulignent qu'il existe des symptômes visibles, mesurables des dysfonctionnements d'un hôpital, outre les dysfonctionnements exprimés par les acteurs lors d'un diagnostic socio-économique. Ces auteurs font référence aux absences imprévues, aux départs non souhaités, à des défauts de qualité et à la survenue d'infections nosocomiales, comme l'a montré Bertézène (2000).

4.2.1.2 *Les informations nouvelles pour le directeur*

Selon le directeur, un certain nombre de dysfonctionnements lui étaient inconnus avant la présentation de l'effet miroir.

Il est étonné de l'existence de différents clans au sein du personnel soignant et des difficultés relationnelles majeures, selon le personnel, qui en découlent. Il dit également ne pas avoir perçu la perte de motivation du personnel et ne pas comprendre le manque de communication-coordination-concertation entre le personnel et la direction, exprimé à la fois par le personnel de base et par des membres de l'encadrement et la direction. Il ne perçoit le manque de communication qu'à travers les dysfonctionnements exprimés dans d'autres thèmes. Il nous explique également être étonné que les patients porteurs de pathologies cancéreuses requièrent une charge de travail plus forte que les autres. Enfin, il s'étonne et s'agace des non-respects de règles et procédures, y compris parmi les pratiques soignantes. Il ne comprend pas que de nombreuses procédures ne soient pas mises à jour et exprime sa volonté d'y remédier dans les plus brefs délais.

4.2.1.3 *Les informations nouvelles relatives à l'ampleur des dysfonctionnements*

4.2.1.3.1 Les informations qualitatives et quantitatives

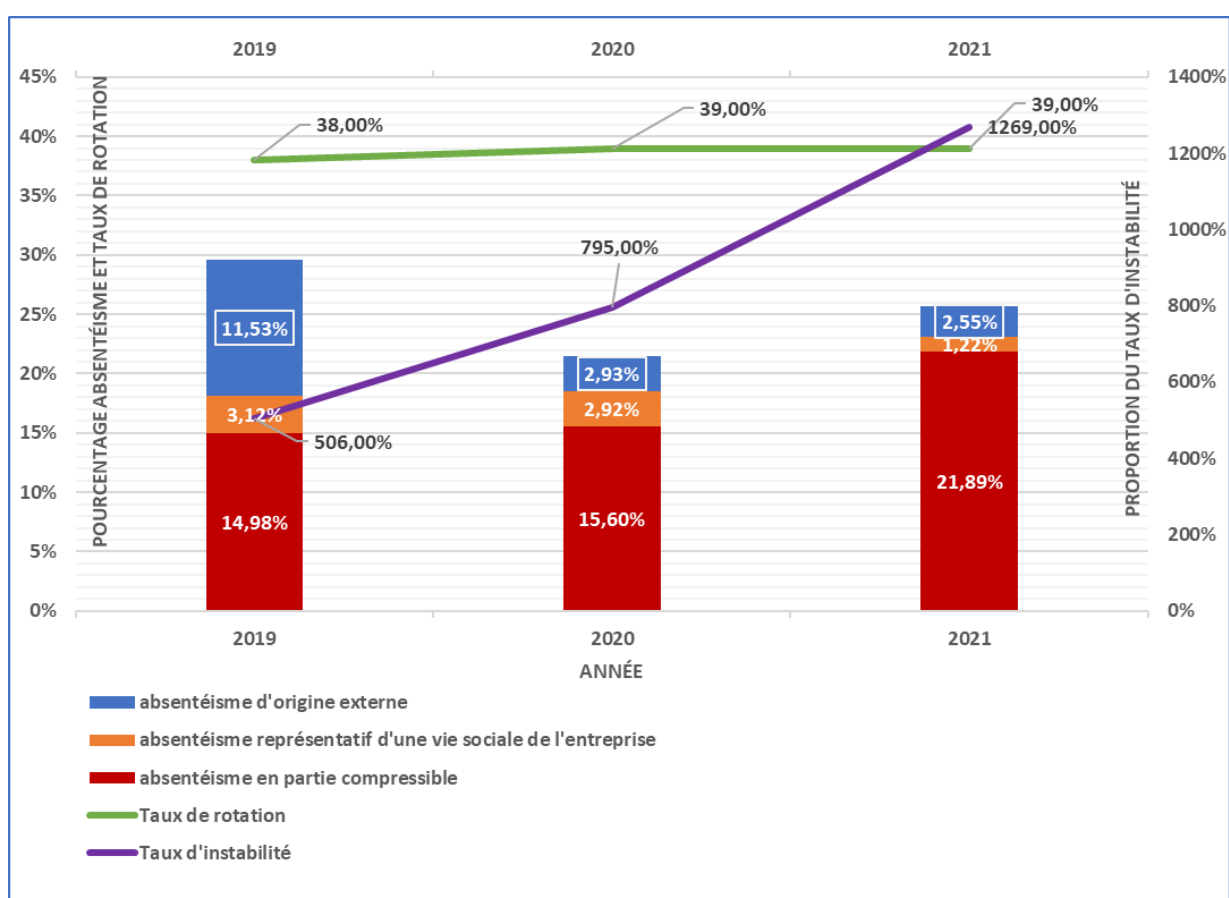
Certains dysfonctionnements sont connus sur le principe mais leur ampleur ou l'ampleur de leurs conséquences opérationnelles sont nouvelles pour les participants à l'effet miroir.

Sur le plan qualitatif, la vétusté des locaux est visible quand on circule dans les couloirs. En revanche, l'effet miroir permet la prise de conscience des conditions réelles d'hospitalisation des patients dans de tels locaux, du fait de l'absence de salle de bains dans la majorité des chambres, la présence de deux salles de douches communes décrites comme « d'un autre âge », les températures basses l'hiver et hautes l'été dans des chambres et des bureaux mal isolés et non climatisés ou les pannes fréquentes et l'absence de centralisation du système d'appel malade. L'expression fréquente du manque de compétences de tous les métiers soignants, du fait de l'accueil des patients atteints de cancer ou de pathologies polyvalentes, jusque-là non pris en charge par ses soignants, étonne beaucoup les administrateurs et certains directeurs. Ils considèrent que le personnel diplômé doit être automatiquement polyvalent. On peut comprendre ainsi l'absence d'anticipation, lors de la reprise, de la montée en compétence des soignants présents. Enfin, toujours du point de vue qualitatif, les participants à l'effet miroir sont particulièrement surpris du manque de motivation exprimé par le personnel. Ils disent leur incrédulité devant les propos relatant la préférence de certains personnels de voir la clinique fermée plutôt que reprise, « pour pouvoir partir avec un gros chèque ».

Du point de vue quantitatif, l'ensemble du volet social du diagnostic est une découverte pour les participants à l'effet miroir. Les phénomènes d'absentéisme et de rotation du personnel sont

connus mais ne sont, jusque-là, pas quantifiés. Les taux d'absentéisme et de rotation annoncés sont de respectivement 29,6 % et 38,8 % pour l'année 2019. À titre de comparaison, le taux d'absentéisme constaté par la Fédération Hospitalière de France est de 8,9 % dans les hôpitaux publics la même année (FHF, 2022). Le baromètre Ayming estime le taux d'absentéisme à 6,34 % dans le secteur privé de la santé (Ayming, 2020). L'ampleur du taux d'instabilité, indicateur qui n'est pas connu de la plupart des personnes présentes, choque la plupart d'entre elles. Il s'élève à 506 % en 2019. La figure 13 présente l'évolution des différentes composantes de l'absentéisme, du taux de rotation et du taux d'instabilité calculés pour les années 2019, 2020 et 2021. Les chiffres de 2019 ont été présentés lors de l'effet miroir. Ceux des années suivantes ont été communiqués oralement à la direction des ressources humaines et au directeur de site.

Figure 13. Évolution des indicateurs sociaux du diagnostic socio-économique de 2019 à 2021



D'après Direction des ressources humaines

Le taux de rotation reste stable autour de 39 %, ce qui signifie que deux salariés titulaires sur cinq changent chaque année.

De même, l'ampleur des coûts cachés générés par l'absentéisme, les accidents du travail, les maladies professionnelles et la rotation du personnel surprennent fortement. Ils se montent à 1 032 000 €, soit plus de 50 % du déficit annuel pour l'année 2019.

4.1.2.3.2 Les coûts et performances cachés

Les coûts et performances cachés ont été calculés lors du diagnostic socio-économique, conduit en 2020, sur les données financières de l'exercice comptable 2019. Le tableau 28 présente la synthèse des coûts cachés calculés par indicateur et par composant, à partir des dysfonctionnements exprimés par les acteurs de terrain.

Tableau 28. Synthèse des coûts cachés par indicateur et par composant calculés sur la base de l'exercice 2019

	SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON PRODUCTIONS	NON CRÉATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
ABSENTÉISME, ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES	218 400 €	16 100 €	126 990 €	666 920 €	N.E.	N.E.	1 028 410 €
ROTATION DU PERSONNEL	N.E.	4 020 €	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	4 020 €
DÉFAUTS DE QUALITE	N.E.	197 300 €	220 €	N.E.	N.E.	N.E.	197 530 €
ÉCARTS DE PRODUCTIVITE DIRECTE	N.E.	106 570 €	40 €	N.E.	N.E.	N.E.	107 040 €
TOTAL	218 400 €	323 990 €	127 250 €	666 920 €	N.E.	N.E.	1 337 000 €

Diagnostic socio-économique conduit en 2020

Compte tenu de la méthodologie utilisée lors des recherches interventions socio-économiques, le total des coûts et performances cachés est toujours sous-évalué. D'une part, il ne porte que sur les dysfonctionnements exprimés par les acteurs de terrain et validés par l'encadrement, qui participe à leur évaluation financière. Le phénomène des tabous dans l'organisation conduit les acteurs à ne pas oser aborder certains sujets. Ils s'habituent également à certains dysfonctionnements quotidiens, qu'ils finissent par considérer comme de l'orthofonctionnement. D'autre part, les calculs de coûts et performances cachés, pour lesquels il est fréquent de ne pas connaître les chiffres exacts, sont toujours calculés sur la limite basse de la fourchette donnée par l'encadrement. Enfin, dans le cas spécifique de la Clinique SSR, les évaluations quantitatives des dysfonctionnements ont été limitées par la disponibilité de l'encadrement soignant et des acteurs de terrain, en pleine période de COVID.

Le montant total des coûts et performances cachés calculé s'élève à 1 337 000 €, ce qui représente 22 700 € par personne et par an, en moyenne. L'effectif pris en compte dans ces calculs est de 58,7 équivalents temps plein, soit le personnel salarié de la Clinique SSR et celui mis à disposition par la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer, à hauteur du temps théorique alloué dans le budget prévisionnel. Zardet et *al.* (2011), ont identifié des coûts cachés

allant de 17 000 € à 35 000 € par personne et par an, dans les différents établissements hospitaliers qu'ils ont étudiés. La Clinique SSR se situe dans la fourchette.

En excluant la non création de potentiel et les risques, c'est-à-dire en additionnant les surtemps, les surconsommations, les non production et les sursalaires, le montant de coûts et performances cachés représente 36 % du chiffre d'affaires annuel et 46 % de la marge sur coûts variables. À titre de comparaison, dans l'entreprise de négoce de fruits et légumes étudiée par Bousquet (2018), les coûts et performances cachés représentent 3 % du chiffre d'affaires et 21 % de la marge sur coûts variables. Savall et *al.* (2017), dans l'étude des coûts et performances calculés dans 101 cas d'organisations, font état d'un montant de coûts cachés représentant en moyenne 27% du chiffre d'affaires. Ils relatent deux cas d'établissements sanitaires. L'hôpital français présente des coûts cachés équivalents à 44 % de son chiffre d'affaires et 46 % de sa marge sur coûts variables, alors que ces ratios s'élèvent respectivement à 20 et 28 % pour l'hôpital suisse. Les résultats obtenus pour la Clinique SSR sont donc cohérents avec d'autres établissements. Ils sont cependant plus comparables à ceux d'établissements sanitaires qu'à des entreprises à but lucratif.

Dans notre cas, les non productions s'élèvent à 666 900 €. Il s'agit d'une déperdition de recettes pour l'établissement. Sur ce total, 286 900 €, soit 43 %, sont directement liés au manque à gagner dû aux fermetures de lits, à l'absentéisme et aux postes vacants. Ceci représente 7,8 % du produit d'exploitation et 6,7 % du chiffre d'affaires total. Le reste des non productions s'élèvent à 379 900 € et correspondent à du temps perdu en sous-productivité et à du travail non exécuté. Cela correspond à 12 665 heures perdues en une année, soit l'équivalent de 8 équivalents temps pleins.

Les coûts et performances cachés des heures perdues, qui, de manière invisible, grève la masse salariale, représentent 218 400 € de sursalaires, 323 990 € de surtemps et 379 902 € de non productions, soit un total de 992 300 €. Ceci représente 30 745 heures soit l'équivalent de 19,3 temps pleins pour l'année étudiée, ce qui représente 32 % de l'effectif total.

Les surconsommations qu'il a été possible de calculer représentent 126 900 €. Elles augmentent les achats externes, sans contrepartie de production de valeur ajoutée. Il s'agit essentiellement du coût de l'intérim, pour 97 500 €, et du surcoût du contrat de prévoyance prenant en charge la totalité l'indemnisation des absences pour maladie, qui se monte à 29 480 € et qui est directement lié au taux d'absentéisme réel de l'établissement. Dans notre méthode de calcul, les vacances, qui sont encadrées par des contrats à durée déterminée, sont comptabilisées dans les sursalaires.

Les coûts et performances cachés calculés lors du diagnostic, quoique particulièrement sous-évalués dans cette recherche-intervention, sont très élevés. Bien qu'ils représentent plus de 70 % du déficit annuel de 2019, ils ne sont pas pris en compte dans les principales décisions de gestion financière de la Clinique SSR.

Le calcul des coûts et performances cachés, dans le volet financier du diagnostic socio-économique, est également une complète nouveauté pour les participants à l'effet miroir. Certains d'entre eux, appartenant à la direction du Centre Anticancer, connaissent la méthode et ont déjà participé à un effet miroir et à la présentation des coûts cachés. Pour eux, seul le contenu de l'évaluation des coûts et performances cachés est nouveau. Pour tous, le montant est ressenti comme particulièrement choquant. Le tableau 28 présente une synthèse des coûts cachés. L'ensemble des résultats est détaillé dans la reproduction du diagnostic socio-économique en annexe H. Le montant lié à l'absentéisme seul représente 1 028 000 €, soit 24 % du chiffre d'affaires et 55 % du déficit annuel. Ce chiffre et ces proportions sidèrent l'auditoire.

Le volet quantitatif et le volet financier du diagnostic socio-économique font donc apparaître que de nombreux dysfonctionnements affectent la performance sociale de l'établissement et que la performance sociale affecte à son tour la performance globale. Cette constatation, à elle seule, est nouvelle et surprenante pour la majorité de l'auditoire.

Nous analysons maintenant les apports de ce diagnostic à la dynamique de l'organisation de la Clinique SSR.

4.2.2 Les apports du diagnostic socio-économique à la dynamique organisationnelle

Nous présentons d'abord le contexte dans lequel interviennent le diagnostic et la restitution à la gouvernance. Nous décrivons la manière dont la gouvernance réagit à la présentation des résultats. Nous expliquons comment la présentation aux autres personnels, initialement prévue et partie intégrante de la démarche, est annulée. Enfin, nous expliquons comment est conduit le projet d'innovation socio-économique et en établissons un bilan 14 mois après.

Le diagnostic et notre première analyse des résultats sont présentés le 21 octobre 2020 au conseil d'administration et à plusieurs membres des comités de direction du Centre Anticancer et de la Clinique Court Séjour. En plus du directeur de site présent physiquement, les résultats sont présentés par visioconférence au président du conseil d'administration, au directeur général de la Clinique Court Séjour, à deux administrateurs de la Clinique SSR et de la Clinique Court Séjour, au président de la commission médicale d'établissement du Centre Anticancer (administrateur de la Clinique SSR), à la secrétaire générale de la Clinique SSR et du Centre Anticancer, au directeur général adjoint et à la directrice administrative et financière du Centre Anticancer, au directeur des affaires financières de la Clinique Court Séjour, au responsable technique de la Clinique Court Séjour, au directeur qualité du Centre Anticancer, et à la Directrice des soins et au directeur du système d'informations du Centre Anticancer. La responsable des ressources humaines n'est pas conviée par sa direction.

Le directeur de site nous a instamment demandé de « préparer un petit truc » et de raccourcir le temps de présentation de trois heures à 1 heure 30, temps de questions compris. Nous sommes au début de la deuxième vague du COVID, en attente des mesures communiquées par l'agence régionale de santé, pour réserver des lits destinés à décharger rapidement les établissements de court séjour. Le lendemain, le directeur du Centre Hospitalo-Universitaire de la ville demande à l'établissement de prévoir la prise en charge de 20 patients atteints du COVID, dès que possible. Fort de l'expérience de la première vague, l'établissement organise la sortie de patients du service de soins, annule toute nouvelle admission et dédie tout un secteur de soins à la prise en charge des patients porteurs du COVID. La mise en place de ce secteur isolé s'accompagne du refus de certains aides-soignants et infirmiers, titulaires ou vacataires, d'y être affectés. Certains vacataires écourtent leur remplacement. D'autres refusent de revenir travailler dans l'établissement.

Les réactions des personnes présentes varient d'une personne à l'autre. Le président du conseil d'administration exprime que beaucoup des informations présentées sont nouvelles, qu'il n'était pas préparé à ce résultat, qui constitue pour lui un véritable "électrochoc". Le directeur général de la Clinique Court Séjour explique qu'il a perçu une dynamique nouvelle dans la Clinique SSR, qu'il ne retrouve pas dans le diagnostic présenté. Il fait l'hypothèse que les résultats sont peut-être datés et que la situation a changé depuis le début des entretiens, cinq mois auparavant. Il pose la question de la pertinence du diagnostic compte tenu du décalage avec le début des entretiens qualitatifs. Il confirme cependant que, selon lui, le personnel se désintéresse de son travail et du devenir de l'établissement. Le directeur du système d'informations explique son étonnement et exprime son souhait de faire le point des dysfonctionnements et des solutions possibles dans son domaine de responsabilité. De manière à peu près unanime, les participants disent prendre conscience de l'ampleur "jamais vue" du taux d'absentéisme et du "climat social catastrophique". Les conflits entre médecins surprennent fortement tous les participants, à l'exception du directeur de site, qui en avait connaissance. Il explique que le taux de rotation est favorable à l'établissement car il est constitué par le départ des éléments perturbateurs de l'ambiance de travail. Il est en accord avec un certain nombre de choses, qui lui paraissent vraies. Il dit "prendre pour lui" certains aspects dysfonctionnels et justifie les décisions prises dans la Clinique SSR devant l'auditoire. À la question posée par un membre de la direction du Centre Anticancer sur la manière dont il entend se saisir des résultats présentés, il répond qu'il va agir sur certains points et qu'il communique déjà avec le personnel par le biais des notes de service. Le président du conseil d'administration prévoit d'agir sur les dysfonctionnements concernant les rôles dans les relations avec les établissements qui adressent des patients. Les actions envisagées le sont par des acteurs individuels mais aucune velléité de prise en main d'une coordination collective de correction des dysfonctionnements n'est exprimée.

Des inquiétudes fortes et quasi unanimes vis-à-vis de la présentation au personnel sont exprimées. Certains craignent de "déstabiliser un peu plus", voire d'aggraver "la morosité"

ambiante. D'autres craignent que la présentation des résultats ne déclenche un mouvement social et recommandent au directeur de site de "ne pas donner les verges pour se faire battre". Ils expliquent qu'ils craignent l'utilisation des dysfonctionnements comme moyen de pression pour obtenir des ruptures conventionnelles, des augmentations de salaire ou des améliorations des conditions de travail. Malgré notre présentation détaillée de la démarche de projet d'innovation socio-économique à la suite du diagnostic, aucun des participants n'envisage que les personnels de la clinique puissent être des sources d'amélioration de la performance de l'établissement. Tous perçoivent le personnel comme un groupe faisant obstacle à la démarche projet et au changement.

Le directeur de site nous explique avoir reçu plusieurs appels téléphoniques à l'issue de l'effet miroir et en dehors de notre présence. Il a été mis en garde sur les risques et a reçu des conseils appuyés de ne pas présenter les résultats du diagnostic au personnel car "il faut être capable de gérer l'effet de l'électrochoc". D'autre part, le président du conseil d'administration exprime son inquiétude sur l'effet produit par la présentation sur les membres du conseil d'administration.

L'organisation de la présentation du diagnostic socio-économique au personnel a été abordée avec le directeur de site dès la fin de la présentation à la gouvernance. Les mesures de crise liées à la deuxième vague du COVID-19 ont repoussé la programmation de quelques jours. À ce moment-là, le directeur de site nous demande de modifier le contenu de la présentation. Il souhaite que nous sélectionnions les dysfonctionnements sur lesquels il a des choses à dire ou à faire. Il demande que ne soient conservées que les phrases-témoins "qui nous arrangent". Par crainte des conséquences sociales de la présentation d'un diagnostic aussi dysfonctionnel, il nous demande d'organiser la présentation de manière à "communiquer sous l'angle des améliorations faites et à faire". Il souhaite voir diminué le contenu écrit et favoriser une présentation beaucoup plus orale. Nous lui répondons que nous allons réfléchir à la forme et au contenu de la présentation.

Nous convenons d'organiser la restitution, dans le respect des gestes barrières, le 28 octobre 2020, pour les personnels de l'établissement et les personnels des fonctions support des deux repreneurs. Nous envoyons les invitations par courriel et contactons par téléphone plusieurs responsables de services pour organiser la visioconférence. Le 27 octobre 2020, le directeur émet des doutes sur la faisabilité de la présentation et souhaite que le temps de présentation soit à nouveau réduit. Nous prenons conjointement la décision d'annuler la présentation prévue le lendemain. Un certain nombre de personnes font part de leur déception et de leur souhait de connaître le résultat du diagnostic rapidement.

Plusieurs semaines après, certains services et certaines personnes demandent s'il est possible de leur communiquer le diagnostic écrit. La direction des ressources humaines est particulièrement intéressée par la connaissance des dysfonctionnements, afin de comprendre ce qui se passe réellement dans l'établissement. Nous expliquons que communiquer une version

écrite sans avoir fait un effet miroir collectif n'est pas possible mais envisageons de faire une présentation des résultats à une partie restreinte du personnel de la Clinique SSR et des fonctions support, sur la base du volontariat. Le directeur de site s'oppose à cette option mais accepte que soit communiqués, à un service donné, les éléments qui le concernent directement. Cette proposition nous paraît matériellement impossible et méthodologiquement incorrecte. Nous expliquons donc aux personnes en demande que le diagnostic ne pourra être communiqué pour le moment. Le 24 novembre 2020, une réunion d'équipe soignante est organisée avec le directeur. Aucune information n'est communiquée sur l'annulation de la présentation du diagnostic et sur les motifs.

Nous proposons au directeur une forme de projet d'innovation socio-économique adaptée à la situation. Nous modifions la hiérarchisation des axes d'amélioration prioritaires identifiés à l'issue de l'effet miroir, pour proposer une démarche de changement compatible avec les disponibilités et le niveau d'information des personnels. Pour cela, nous recensons les attentes des membres de la gouvernance, à savoir les membres du conseil d'administration pour chaque repreneur et le directeur de site, les attentes des membres du comité de direction (médecin coordinateur, cadre de santé et infirmière aide au cadre) de la direction de l'administration et des finances, et de la direction des ressources humaines. Nous cherchons à identifier les axes d'amélioration pouvant contribuer à améliorer les dysfonctionnements les plus critiques et pouvant trouver un appui chez les décisionnaires. Nous proposons de nouveaux axes d'amélioration au directeur de site en novembre 2020. Nous trouvons un accord sur trois nouveaux axes. Ils sont moins ambitieux que ceux envisagés à l'issue de l'effet miroir. Ils ne font pas appel à des soignants pour les groupes de travail car ceux-ci sont trop occupés par le COVID. Les trois axes négociés sont déclinés en cinq projets. Pour améliorer la fiabilité du système d'informations des ressources humaines, nous proposons d'organiser un groupe de projet destiné à accompagner et accélérer le déploiement du logiciel de gestion des ressources humaines sur l'établissement, logiciel déjà utilisé par le service support du repreneur. Le deuxième axe vise à approfondir le projet stratégique. Pour cela, nous prévoyons de constituer deux groupes projet, l'un travaillant à la mise en place d'un tableau de bord de pilotage et l'autre étudiant la réorganisation du service administratif sur la base des objectifs fixés par le directeur de site. Enfin, le troisième axe a pour but de renforcer les liens entre le projet stratégique et le projet médical. Le premier groupe projet a pour but d'étudier et d'aider le médecin coordinateur à mettre en place le "projet de répit", c'est-à-dire l'organisation d'une hospitalisation de courte durée pour des patients fortement dépendants, afin de permettre aux aidants de se reposer. Le deuxième groupe projet doit préparer le projet d'accueil pour le conditionnement préopératoire et la réadaptation après traitement lourd d'un cancer.

Deux ans après le début du projet d'innovation socio-économique, nous faisons un bilan contrasté du projet d'innovation socio-économique. La fiabilisation du système d'informations des ressources humaines a commencé par la réunion de groupe restreint, composé du directeur de

site, de la responsable des ressources humaines et du chercheur. Un état des lieux des dysfonctionnements perçus par chacun est établi pour servir de base aux deux réunions de travail du groupe projet à suivre. Les deux gestionnaires des ressources humaines participent au groupe plénier, qui identifie les freins, notamment informatiques et organisationnels, malgré l'absence de la cadre de santé et des soignants. La responsable des ressources humaines consulte le responsable informatique en charge des logiciels. À très court terme, il apparaît impossible de dépasser les incompatibilités entre les infrastructures informatiques des deux repreneurs. En effet, le Centre Anticancer, en charge des infrastructures, a sécurisé la connexion du réseau de la Clinique SSR avec son propre réseau, pour permettre le partage de données communes et la mise en commun du système d'exploitation et de certains logiciels. Or, le choix a été fait d'utiliser pour la Clinique SSR le même logiciel de gestion des ressources humaines que la Clinique Court Séjour. Les deux réseaux ne sont pas reliés. Une solution technique garantissant la sécurité des données reste à trouver. Après un an environ, les services informatiques des deux repreneurs trouvent un accord. Le logiciel de gestion des ressources humaines est déployé dans la Clinique SSR courant 2022. L'intégration des trames de plannings des soignants continue de poser problème. Les roulements théoriques appliqués par la cadre de santé pour les aides-soignants et les agents des services hospitaliers, ne sont pas compatibles avec le paramétrage du système d'informations. Le respect des normes réglementaires de temps de travail reste en débat. Ce projet montre, qu'à certains égards, les moyens consentis par les services supports directement impliqués dans l'alliance ne sont pas toujours adaptés aux besoins de la Clinique SSR.

L'approfondissement du projet stratégique se limite, finalement, à la réorganisation du service administratif, sur la base stricte des objectifs fixés par le directeur de site. Le groupe restreint est composé du directeur, de l'aide comptable qui deviendra par la suite responsable de l'équipe administrative et du chercheur. Quatre réunions sont organisées avec la responsable d'équipe. Nous l'assistons personnellement pour établir la grille des compétences du service. Elle permet de mettre en évidence des zones de fragilité sur des compétences qui s'avèrent n'être détenues que par une seule personne. Elle met en lumière le très faible degré de polyvalence des personnels de l'équipe. Nous étudions ensemble les postes de travail, à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif, afin de faire le point sur les possibles montées en compétence et sur les charges de travail réelles requises par les différentes tâches des processus administratifs. La responsable d'équipe réfléchit avec nous à une réorganisation des tâches et consulte de manière informelle les salariées de l'équipe. L'objectif est de diversifier les tâches afin d'augmenter l'intérêt et la conscience de la responsabilité des personnels, et de diminuer la vulnérabilité sur certaines tâches critiques liées à la facturation, en particulier. La responsable d'équipe et moi percevons une dynamique de changement qui s'amorce dans l'équipe. Ces acteurs jusque-là très passifs, voire ostensiblement désobéissant aux ordres, proposent des idées de réorganisation.

Les deux projets de diversification de l'offre de soins sont finalement ajournés, essentiellement du fait de l'indisponibilité déclarée par le médecin coordinateur. Les réunions d'échanges avec les partenaires extérieurs sont également momentanément impossibles, à cause de la situation critique de la deuxième vague de COVID.

4.2.3 Les limites

Nous décrivons ici les limites identifiables du diagnostic socio-économique réalisé dans la Clinique SSR, en analysant tout d'abord les attentes qui n'ont pas été satisfaites, puis en établissant un bilan de l'avancement des projets et de la dynamique un an après le diagnostic.

4.2.3.1 *Les attentes non satisfaites par la présentation du diagnostic*

Plusieurs mois après la présentation du diagnostic, nous avons interrogé, de manière informelle, la plupart des participants sur leurs attentes, satisfaites ou non satisfaites, vis-à-vis du diagnostic socio-économique présenté.

Les deux directeurs généraux des établissements repreneurs et le président du conseil d'administration ont regretté que l'abord dysfonctionnel de l'organisation ne soit pas contrebalancé par un volet positif de l'action menée par le directeur en place. Ils attendaient également que leur soit proposé un plan d'actions directement issues du diagnostic présenté, comme le font les cabinets de consultants. Bien que la démarche leur ait été expliquée avant de commencer les entretiens qualitatifs, ils continuent d'affirmer que le diagnostic et les axes d'amélioration proposés ne pouvaient pas impliquer les personnels de base. Ils ne croient pas que le projet puisse être piloté entièrement par la direction, de manière autonome, après la présentation d'un diagnostic uniquement dysfonctionnel.

Le directeur de site souhaitait avant tout ne pas froisser les membres du conseil d'administration. Il n'a pas remis en cause le contenu dysfonctionnel présenté mais il souhaitait également être seul décisionnaire des projets à mettre en place, sans consultation des personnels.

Les personnes interrogées qui n'ont pas assisté à l'effet miroir ont exprimé une très forte déception. Certains acteurs des services supports pilotés par les établissements repreneurs espéraient mieux comprendre ce qui se passait dans l'établissement. Les personnels de la Clinique SSR attendaient qu'"enfin la direction se rende compte de ce que l'on vit". Ils attendaient avec impatience la mise en place de groupes projet permettant d'échanger sur les difficultés de compréhension et de fonctionnement entre les différents services.

Pour notre part, nos attentes étaient élevées, dans la mesure où nous avons fait l'expérience du potentiel de cette méthodologie à faire naître et à développer une forte dynamique de changement. Nous espérons, en particulier, que s'opère une prise de conscience des risques

encourus par les patients et par l'établissement si des changements n'étaient pas rapidement décidés. Nous percevons intuitivement l'impérieuse nécessité de définir clairement une stratégie partagée et les moyens d'y parvenir, pour assurer la survie de l'établissement. Nous attendions donc une décision collective de l'établissement de se doter des moyens de conduire les changements indispensables, après avoir pris conscience de l'ampleur des changements internes à mettre en place. Le projet de réorganisation du service administratif a suscité de l'intérêt de toutes les parties. Le choix du directeur de site de ne retenir que les informations qui servaient son objectif d'amélioration du résultat économique, a conduit à une déception des personnels de ce service. Consultés sur les améliorations et les propositions d'amélioration au regard des dysfonctionnements qu'ils rencontraient, ils n'ont vu aucune de leurs propositions retenues et sont revenus à un positionnement défensif vis-à-vis de l'encadrement.

Dans la mesure où les acteurs de terrain sont au contact quotidien des patients et des familles, ils perçoivent certaines menaces de l'environnement, qu'ils ont exprimés dans les entretiens. Ils attendent que la direction s'empare de ces menaces et réponde à leurs questions. La perception de la direction et celle des personnels de terrain nous apparaissent très différentes, sur les menaces et leur ampleur. Or, comme le relève Bueno (2021), la démarche à la fois horizontale et verticale de la méthodologie de recherche-intervention socio-économique facilite l'analyse et la prise de conscience de ce qu'il nomme "le fossé hiérarchique". Nous retrouvons ici la différence de perception et de préoccupations du management de haut niveau d'une part, et de l'encadrement et des employés, d'autre part. L'effet miroir, où sont présents direction, encadrement et personnels de base, permet une prise de conscience de ce fossé. Enfin, la grande expérience des fondateurs de la recherche-intervention socio-économique qualitative leur fait dire que, plus la distance entre un manager et le terrain est grande, plus le manager a peur d'impulser des changements.

4.2.3.2 *Un point d'avancement un an après le diagnostic*

Nous avons réalisé une évaluation de l'évolution des dysfonctionnements de la Clinique SSR, un an après la présentation du diagnostic à la gouvernance et aux comités de direction des deux repreneurs. Compte tenu de l'absence de présentation du diagnostic à la très grande majorité des personnels, nous avons adapté notre méthode d'évaluation. Pour chacun des grands axes d'amélioration proposé à l'issue de l'effet miroir et présenté de manière détaillée au directeur de site, nous avons observé l'évolution des dysfonctionnements dans le temps, par un recueil d'informations essentiellement qualitatives. Nous avons utilisé, pour cela, des entretiens informels semi-directifs, des données issues de l'observation du fonctionnement, nos notes de réunions et l'étude de documents, tels que les données sociales, les procès-verbaux de conseil d'administration et les différents documents générés par la démarche de certification.

La figure 12, présentée dans la section 4.2.1.3, montre l'évolution des indicateurs sociaux issus du diagnostic socio-économique. Nous l'avons construite à partir des données de cette évaluation. Le tableau 29 présente l'évolution des dysfonctionnements majeurs constatés en octobre 2020, classés par thèmes. Pour chacun, nous mettons en regard les absences d'évolution et les améliorations constatées en décembre 2021.

Tableau 29. Évolution des dysfonctionnements majeurs identifiés par le diagnostic socio-économique entre octobre 2020 et décembre 2021

OCTOBRE 2020	DÉCEMBRE 2021	
Dysfonctionnements majeurs	Stagnation	Améliorations
Conditions de travail		
Logiciels non interfaçables, inadaptés	Pas de changement du logiciel de gestion du médicament	Achat d'un logiciel de gestion documentaire Mise à jour logiciel de gestion administrative et facturation Mise à jour interface entre logiciel dossier médical et logiciel de gestion administrative
Absence de gestion du temps et des plannings pour la gestion de l'équipe de soins	Absence de formalisation des plannings ASD et ASH En attente de mise à disposition du personnel pour consultation	Logiciel de gestion des RH et paie déployé a minima
Manque de tenues professionnelles		Commande de tenues nominatives
Manque de téléphones pour médecins et IDE		Ouvertures de lignes internes pour chaque médecin et chaque secteur de soins
Manque de bureaux médicaux	Tous les médecins dans un même bureau	Médecin coordonateur dans un bureau de consultation
Organisation du travail		
Bases de l'organisation du travail en équipe non respectées : travail en commun IDE-ASD, ponctualité	Peu d'amélioration	
Fort absentéisme et turn over	Pas d'amélioration Augmentation des amplitudes horaires en sous-effectif	
Peu de fiches de poste formalisées		Rédaction de nombreuses fiches de postes (exigences certification HAS)
Organisation du travail et missions des personnels de rééducation non formalisée, non connue	Pas d'accompagnement managérial	Amélioration pour la diététicienne Formalisation des attentes médicales pour les ergothérapeutes
Défauts de soins, évènements indésirables	Absence d'évaluation des pratiques professionnelles	
Communication-Coordination-Concertation		
Dialogue entre rééducateurs et leur manager	Absence d'encadrement de proximité.	
Manque de communication d'informations aux personnels	Quelques réunions direction-équipe de soin. Peu de réunions d'équipe pour les autres personnels	
Formation intégrée		
Manque de compétences sur la prise en charge en oncologie, sur les patients en fin de vie et les patients avec troubles cognitifs	Pas de réelle formation sur les soins palliatifs Pas de supervision d'équipe soignante ne supportant plus les prises en charge de patients en fin de vie	Une formation en oncologie organisée pour une dizaine de paramédicaux
Manque de formation aux logiciels métiers	Peu d'amélioration. Formation expresse entre pairs	
Mise en œuvre stratégique		
Orientations stratégiques inconnues du personnel	Expression en Comité Social et Economique et en réunions de soignants de l'objectif d'atteindre l'équilibre économique	
Absence de projet médical à 3 ans ou 5 ans construit, ambitieux et partagé	Pas de communication au personnel	Ecriture d'un projet médical pour la certification HAS
Absence de système d'information formel structuré fournissant des indicateurs permettant le pilotage RH, économique et de la performance	Pas d'amélioration de la structuration des logiciels en système d'informations	
Difficulté de communication entre services support, entre comptabilité de l'établissement et DAF		Mise en place d'un réseau partagé entre l'établissement et le reprenneur, permettant la mise en commun des informations comptables requises par la DAF Amélioration de la qualité et de la rapidité des communications de données entre DRH et DAF

À côté de l'évolution défavorable de l'absentéisme et du taux d'instabilité, nous constatons un certain nombre d'améliorations. Elles ont été essentiellement impulsées par la démarche de certification de la Haute Autorité en Santé, que nous étudions dans la section 5.3. Il apparaît donc qu'une conduite de changement a été possible dans cet établissement, mais qu'elle a été imposée par les objectifs fixés par les tutelles. Nous constatons cependant que, concernant la mise en œuvre stratégique, la conception qu'en a la direction est différente des attentes des personnels. Elle est éloignée également des recommandations des chercheurs en management stratégique. Le projet stratégique est centré sur le projet médical, comme le recommandent les tutelles, mais les deux projets sont faiblement articulés et ne sont pas communiqués au personnel. Une des conséquences est que les écarts entre les décisions opérationnelles et les objectifs stratégiques ont peu de chances d'être réduits.

Conclusion

Le diagnostic socio-économique a permis d'extraire les informations sur l'organisation de la Clinique SSR et de communiquer d'autres informations, connues de quelques acteurs seulement. Nombre d'attentes suscitées par la démarche n'ont pas été satisfaites. Quelques objectifs exprimés ont été atteints, grâce à la prise de décisions alimentées par les informations créées, singulièrement concernant la réorganisation du service administratif. Nous n'avons pas évalué les effets indirects induits par les entretiens, les questions posées et les informations communiquées. Compte tenu de la nature systémique de toute organisation, il est probable, cependant, que la démarche a modifié la perception de certains acteurs du fonctionnement réel de la Clinique SSR et qu'elle a modifié certains comportements.

Les chercheurs expérimentés en recherche-intervention s'accordent pour constater que la volonté des dirigeants, administratifs et médicaux, est décisive pour réussir une conduite du changement dans les hôpitaux. Zardet et *al.* (2011) soulignent que, dans les quatre cas qu'ils présentent, l'engagement des directions administratives et médicales ont été conjugué à plusieurs séances de négociation pour parvenir à aider les acteurs à transformer leurs pratiques. Ils insistent sur la nécessaire coopération et sur l'implication délibérée des acteurs pour parvenir à la réduction des dysfonctionnements et à la reconversion des coûts et performances cachés en valeur ajoutée. De manière plus globale, Kletz et Moisdon (2015) constatent que la mise en place de la tarification à l'activité s'est rarement traduite par des réorganisations. Comme nous le constatons sur notre terrain de recherche, Kletz et Moisdon relèvent que les changements opérés ont porté sur la chaîne de facturation des séjours et les processus administratifs. Pourtant, la réforme du système de financement avait pour but de réorganiser les processus de soins.

La contrainte représentée par la tarification à l'activité est de nature plutôt macro-économique à l'échelle d'un établissement. Les modifications de structure interne ne touchent que les processus

strictement indispensables pour améliorer la facturation des séjours. Dans le cas de la Clinique SSR, la production d'informations faisant apparaître des dysfonctionnements majeurs dans l'organisation n'a pas suffi à convaincre la gouvernance de la nécessité de modifier les structures internes. En revanche, les contraintes concrètes imposées par le référentiel de certification et les craintes d'écart à la norme découverts lors du contrôle des experts visiteurs, a été de nature à faire évoluer les décisions de la direction, administrative et médicale, sur la nécessité de changement de pratiques professionnelles. Ce résultat nous permet de valider au moins partiellement trois de nos sous-hypothèses. La Clinique SSR ne s'est pas sentie réellement menacée dans son existence par les résultats du diagnostic. Les décisions stratégiques excluent les transformations de structures internes, ce qui nuit à leur efficacité et donc à la performance. Les difficultés pour modifier les structures internes et la perception des risques liés à ce changement conduisent à l'inertie.

Nous nous intéressons maintenant à la manière dont les informations circulent et sont utilisées dans l'organisation de notre terrain de recherche.

4.3 L'analyse du système général de Communication-Coordination-Concertation

Cette section a pour objectif de décrire et de présenter un premier niveau d'analyse des dispositifs d'échange d'informations entre acteurs. Ces dispositifs sont ceux qui permettent la communication, la coordination et la concertation, à la fois au sein de l'établissement et entre l'établissement et ses repreneurs. La Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer assurent, en effet, un certain nombre de fonctions support, pour lesquelles les échanges d'informations, la coordination et la concertation sont cruciaux. Zardet (1986) définit la communication-coordination-concertation comme la nature et la qualité des échanges entre acteurs, que ces échanges aient pour but d'atteindre un objectif professionnel ou non.

Nous distinguons les systèmes formels et les systèmes informels, comme le recommande Anthony (1965). Il souligne l'importance de ne pas négliger les systèmes informels, qui sont essentiels pour la mise en œuvre des actions décidées dans l'organisation. Les phénomènes de communication-coordination-concertation informels sont fluctuants par définition. Ils le sont particulièrement dans la Clinique SSR. Il est fréquent que les trois infirmiers en poste le même jour ne se connaissent pas et qu'ils n'aient jamais travaillé avec la majorité des aides-soignants présents sur la même amplitude horaire. Les échanges informels observés lors des repas, ou des pause-café, lorsque les soignants se connaissent et travaillent ensemble depuis quelque temps, se produisent très rarement lorsque des vacataires ou des intérimaires nouveaux sont présents. L'équipe administrative et l'équipe d'agents des services hospitaliers sont un peu plus stables mais sont aussi plus rétives à accepter un observateur dans leur routine de

communication informelle. D'autre part, nous avons aussi observé que les phénomènes de communication informelle peuvent constituer des lieux de pouvoirs et de contre-pouvoirs, par exemple entre les membres du comité de direction, malgré le petit nombre de personnes concernées. Nous avons ainsi constaté et subi la mise en place de stratégies de blocus sur l'information transmise, au directeur de site ou à certains membres du comité de direction.

Face à l'absence de stabilité de l'équipe du service de soins, nous choisissons de décrire les systèmes formels, à savoir le système informatique puis les dispositifs formalisés de communication-coordination-concertation non informatisée.

4.3.1 Le système informatique

Le matériel informatique présent dans la clinique au moment de la reprise est ancien et, parfois, obsolète. Le niveau de performance des ordinateurs de bureau est très inégal. Les systèmes d'exploitation des différents ordinateurs ne sont pas de même version, de sorte que certains ne sont pas compatibles avec des logiciels métiers déployés dans la Clinique SSR. Par exemple, l'ordinateur utilisé pour les commandes de pharmacie ne peut supporter le logiciel de prescription médicamenteuse. Les pharmaciens doivent travailler sur deux ordinateurs, qui ne peuvent pas être interconnectés. Une ligne budgétaire d'investissement dans du matériel informatique est prévue dans le budget initial. Pendant la première année, des ordinateurs de bureau et des ordinateurs portables neufs sont fournis. Plusieurs imprimantes sont achetées et installées.

La partie logiciel du système d'informations est constituée de logiciels spécifiques, non connectés et non interfacés entre eux au moment de la reprise. L'accès aux informations collectées et générées par les différents logiciels est limité à quelques personnes. Le partage des informations relève d'actions délibérées, ce qui engendre de très nombreux oublis, beaucoup d'erreurs de retranscription et un niveau d'information très hétérogène entre les membres de l'organisation.

Les ressources humaines dédiées au service d'information sont, comme nous l'avons vu, des membres des directions des systèmes d'information des deux repreneurs. Le Centre Anticancer prend en charge l'infrastructure informatique et les matériels. La Clinique Court Séjour coordonne le déploiement, le fonctionnement et la maintenance des logiciels. La maintenance des logiciels est assurée par des prestataires extérieurs, essentiellement par les sociétés qui ont développé les logiciels. Les techniciens de la Clinique Court Séjour rencontrent des difficultés lors des très nombreuses pannes liées aux logiciels car les logiciels des deux établissements sont différents. Le tableau 30 présente les logiciels déployés, leur fonction, la manière dont on y accède et les interfaces qui existent entre eux.

Tableau 30. Logiciels déployés dans le système informatique de la Clinique SSR

LOGIELS DÉPLOYÉS	FONCTIONS	ACCÈS	INTERFAÇAGE
Gestion administrative et facturation	Création du dossier administratif, suivi des actes, facturation	Personnel d'accueil, de facturation, technicienne d'information médicale, directrice des informations médicales et comptables (à partir de 2020)	Crée un "séjour", interfacé avec le logiciel de dossier patient informatisé
Dossier patient informatisé	Logiciel de prescription médicamenteuse. Recueil de toutes les données médicales, paramédicales et sociales nécessaires aux soins	Médecins, infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, cadre de santé, pharmaciens et préparatrice en pharmacie, responsable qualité.	Interfacé avec le logiciel de gestion administrative et de facturation
Gestion pharmaceutique	Logiciel de commande à certains fournisseurs et de gestion du stock des médicaments uniquement commandés via le logiciel	Pharmaciens et préparatrice en pharmacie	Ne peut être interfacé avec aucun autre logiciel (pas d'automatisation de l'administration des médicaments prescrits, pas d'automatisation de la facturation des médicaments en sus)
Gestion documentaire (Déployé courant 2022)	Gestion des documents qualité (procédures ...), déclaration et gestion des événements indésirables	Accessible à tous les personnels par l'intranet	Aucun interfaçage
Gestion Ressources Humaines (Déployé courant 2022)	Gestion des plannings de travail	Direction des Ressources Humaines Managers	Aucun interfaçage

Le réseau informatique interne de la Clinique SSR passe par un circuit filaire exclusivement, au moment de la reprise de l'établissement. Aucun document n'est transmis aux acheteurs. Le circuit filaire existant est impossible à maîtriser car certaines prises ne sont pas câblées. Certaines parties du circuit sont complètement isolées et aucun plan ne permet de comprendre les interconnexions entre les différents sous-circuits. La direction du système d'information du Centre Anticancer décide d'installer un réseau interne par borne Wi-Fi, qui sera interconnecté avec le réseau du Centre Anticancer. Outre l'investissement supérieur à celui qui était prévu initialement, cette décision a pour conséquence de rendre possible un accès commun à des dossiers partagés entre la Clinique SSR et le Centre Anticancer mais pas entre la Clinique Court Séjour et les deux autres établissements. Les fonctions support, par définition transversales, ne peuvent entrer en communication que par actions délibérées. Les fréquentes interactions nécessaires au bon fonctionnement de la direction de l'administration et des finances (Centre Anticancer), de la direction des ressources humaines (Clinique Court Séjour), de la direction de la qualité (Centre Anticancer) et du management de la Clinique SSR sont rendus particulièrement difficiles et chronophages.

Un logiciel de courrier électronique interne a été déployé. Une adresse mail individuelle a été créée pour chacun des salariés titulaires en 2019. Ce mode de communication a été utilisé par la direction et les services supports dès sa mise en place. Son efficacité s'est avérée très inférieure à ce qui avait été imaginé initialement. Les aides-soignants, les agents des services hospitaliers et les hôtesses d'accueil ne consultent pas régulièrement, ou pas du tout, leurs boîtes aux lettres électroniques. Les causes sont multiples, selon les utilisateurs eux-mêmes : un manque de disponibilité des ordinateurs professionnels, une charge de travail qui ne laisse pas le temps de lire ces courriers, un manque de compétences informatiques et l'absence d'intérêt.

Le logiciel de gestion des ressources humaines et d'établissement des payes est propre à la direction des ressources humaines de la Clinique Court Séjour. Son déploiement dans la clinique de SSR fait partie des projets portés après la présentation du diagnostic socio-économique. Le directeur, la cadre de santé et la responsable administrative ont finalement accès à ce logiciel en 2022. Ils peuvent consulter les plannings théoriques et les modifier pour permettre à la direction des ressources humaines de travailler sur des données mises à jour. Cependant, la direction de l'administration et des finances n'a pas d'accès à ce logiciel, donc pas d'accès aux données salariales. Ce logiciel ne produit pas d'indicateurs sociaux.

Les logiciels de comptabilité sont gérés strictement par la direction des affaires financières. Des dossiers partagés sur le réseau permettent de donner accès à certaines données au directeur et à la responsable administrative et au personnel du service comptable d'autre part. Les données ainsi partagées sont strictement limitées aux besoins exprimés et paramétrés préalablement.

Les logiciels déployés sont très peu interfacés entre eux. Le système informatique n'est pas du tout intégré, ce qui rend impossible l'accès aux données opérationnelles dont ont besoin les acteurs des différents services. Du point de vue du pilotage, il n'existe aucun système de requête, ce qui rend impossible l'automatisation de production d'indicateurs de pilotage.

En revanche, le système d'informations permet d'assurer la fonction de facturation et la transmission des données de facturation aux organismes de financement.

Ce système d'informations, très ancien, se révèle être à l'origine de nombreux dysfonctionnements, d'une part parce que les informations créées ou mémorisées sont très peu accessibles et, d'autre part, parce que l'absence d'interfaçage contraint à de nombreuses doubles saisies, sources de très nombreuses erreurs, tout particulièrement dans la gestion des stocks et la dispensation des médicaments. Dans la Clinique SSR, le système d'informations répond aux injonctions de remontée d'informations aux tutelles mais ne répond pas aux besoins internes de fonctionnement opérationnel et de pilotage.

4.3.2 Les dispositifs de Communication-Coordination-Concertation

Les dispositifs de Communication-Coordination-Concertation sont nombreux. Il regroupe une grande variété de types de réunions, dont le cadre et la fréquence sont définis et stables dans le temps.

Le tableau 31 présente l'ensemble des 21 dispositifs de communication-coordination-concertation que nous avons recensés pendant la période d'observation de notre terrain de recherche. Pour chaque dispositif, nous décrivons sa nature, les personnes qui sont présentes, les thèmes qui sont abordés le plus souvent, la périodicité, la durée et la rédaction d'un compte rendu communiqué aux participants.

Tableau 31. Ensemble des dispositifs de communication-coordination-concertation de la Clinique SSR entre 2019 et 2022

DISPOSITIF	Nature	Personnes présentes	Thèmes abordés	Périodicité	Durée	Rédaction d'un compte-rendu
Conseil d'Administration (CA)	Institutionnel	De droit : 10 administrateurs Invités : Directeur général adjoint Centre Anticancer, Directrice des affaires financières, chercheur	Résultats économiques et financiers. Stratégie. Investissements. Fonctionnement.	Tous les 2 mois	1 heure 30	Procès-verbal approuvé au CA suivant
Assemblée Générale (AG)	Institutionnel	De droit : 5 administrateurs Clinique de Court Séjour et 5 administrateurs Centre Anticancer Invités : Directeur Général Adjoint Centre Anticancer, Directrice des Affaires Financières, chercheur	Approbation des comptes Nomination du Président Confirmation de la volonté de poursuite d'activité	1 fois par an	30 à 60 minutes	Procès-verbal approuvé à l'AG suivant
Comité Opérationnel (de janvier à novembre 2019)	Managérial et Activité Opérationnelle	Directeurs généraux et adjoints Clinique de Court Séjour et Centre Anticancer, Directrices des soins Clinique de Court Séjour et Centre Anticancer, Directeur des Ressources Humaines (Clinique de Court Séjour), Responsable des Ressources Humaines (Clinique de Court Séjour) Médecin coordonateur Clinique SSR, Responsable qualité Clinique SSR, Cadre de santé, Directeur des services techniques (Clinique de Court Séjour)	Problèmes opérationnels rencontrés par les membres du comité de pilotage nécessitant une décision de la direction en RH, achats, gestion budgétaire, système d'informations, organisation de l'établissement. Bilan avancement des projets et travaux	Mensuelle	1 heure 30	Tableau d'actions mis à jour, envoyé entre chaque réunion
Comité de Pilotage (de janvier à décembre 2019)	Managérial et Activité Opérationnelle	Directrices des soins Clinique de Court Séjour et Centre Anticancer, Cadre de santé Clinique SSR, pharmacien responsable Clinique SSR, responsable qualité Clinique SSR, responsables de service support en fonction des besoins, chercheur	Tous les problèmes opérationnels et de gestion. Organisation de réunions thématiques (activité, travaux, ressources humaines)	Hebdomadaire	3 heures	Tableau d'actions mis à jour, envoyé entre chaque réunion
Comité de Coordination (à partir de mars 2020)	Institutionnel	Directeur général Clinique de Court Séjour, Directeur Général Adjoint Centre Anticancer, Directeur Ressources Humaines (Clinique de Court Séjour), Directeur Qualité (Centre Anticancer), Directeur des Services Techniques (Clinique de Court Séjour), Responsable des Ressources Humaines (Clinique de Court Séjour), Directrice des Affaires Financières (Centre Anticancer), Médecin coordonateur, Cadre de soins, chercheur	Bilan de l'activité Mouvements de personnel États financiers État d'avancement des travaux Bilans COVID dans l'établissement Actualités diverses = informations sur les décisions prises et validées en Conseil d'administration	Mensuelle	1 heure	Non Présentation envoyée aux participants.
Entretien Président du CA - Directeur de site	Managérial	Président du Conseil d'administration, Directeur de Clinique SSR	Reporting Actualité de l'établissement (selon le directeur)	Hebdomadaire	1 heure	Non selon le directeur
Comité de direction (à partir de janvier 2020)	Managérial et Activité Opérationnelle	Interne à Clinique SSR : directeur, médecin coordonateur, cadre de santé, responsable administrative à partir de août 2021, chercheur épisodiquement	Occupation des lits, Ressources humaines, Mécontentement de patients et familles, problèmes opérationnels non résolus par chacun	Hebdomadaire	30 minutes	Non
Comité Social et Économique	Institutionnel	Interne à Clinique SSR : directeur, cadre de santé (parfois), représentant du personnel	Conditions de travail, accords locaux, salaires et primes, dossiers individuels de licenciement	Mensuelle	1 à 2 heures	Oui, rédigé par les représentants du personnel d'après enregistrement audio de la séance
Commission Médicale d'Établissement	Institutionnel	Directeur, médecins et pharmaciens de l'établissement	Organisation médicale, pratiques médicales, actualité législative	1 en 2020, 3 en 2021	1 heure environ	Oui
Rapport du Directeur de l'Information Médicale	Institutionnel	Mail de la Directrice de l'Information Médicale (Centre Anticancer) au directeur, au médecin coordonateur, SLL	Résultats de la Dotation Modulée à l'Activité du mois et de l'année, comparaison avec l'année précédente, nombre de séjours valorisés, parfois analyse de performance du codage	Mensuelle		Support écrit (mail)
Commission Des Usagers	Institutionnel	Directeur, médiateur médical (= médecin coordonateur), médiateur non médical (=SLL), responsable qualité, cadre de santé, infirmière référente (aide au cadre), 2 à 4 représentants des usagers	Etude des plaintes et réclamations, Etude des demandes de dossiers médicaux, Etude de la satisfaction des patients	2 à 4 fois par an	2 heures	Oui, avec validation à la réunion suivante
Réunions de services de soins	Managérial	Directeur, cadre de santé, infirmière aide au cadres, médecin coordonateur, parfois autres médecins, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers, diététicienne, ergothérapeutes, assistance sociale, rarement kinésithérapeutes, psychologue, parfois responsable qualité, parfois SLL, parfois responsable du service administratif	Conditions de travail, actualités, changements à venir (ouverture de lits, travaux, changements d'horaire, décisions sur les congés), recommandations de bonnes pratiques	Pas de périodicité définie. Décision en fonction du besoin	Variable de 15 minutes à 3 heures	Non
Réunions du service administratif	Managérial et Activité Opérationnelle	Responsable administrative, secrétaire médicale, secrétaire d'accueil, secrétaire des admissions et technicienne d'information médicale	Organisation du travail	Episodique	30 minutes	?
Réunion de l'ensemble du personnel	Managérial	Tout le personnel	certification HAS, décisions pour tout l'établissement liées à la crise sanitaire	Pas de périodicité définie	Variable de 30 minutes à 2 heures	Non
Commission d'admission	Activité opérationnelle	Médecin coordonateur, cadre de santé	Etude des demandes d'admission (cf 5.2)	Quotidienne		Non
Point info (d'octobre 2019 à juillet 2020)	Managérial et Activité Opérationnelle	Cadre de santé, infirmiers et aides-soignants de service, médecins, chercheur épisodiquement	Informations sur les patients entrant, l'organisation du service, recommandations de bonnes pratiques	Quotidienne	10 à 30 minutes	Non
Synthèse pluridisciplinaire	Institutionnel et activité opérationnelle	Médecin, cadre de santé, infirmier, aide-soignant, diététicienne, ergothérapeute, rarement kinésithérapeute, assistance sociale	Etude de la prise en charge individuelle des patients.	1 à 2 par semaine	1 à 2 heures	Notes dans le dossier médical, en théorie
Transmissions entre équipe de jour et de nuit	Activité opérationnelle	Infirmiers par secteur +/- aides-soignants	État de santé et ses modifications récentes, modifications de traitement, de projet de soins et de comportement du patient	2 fois par jour	Variable de 5 à 45 minutes	Non. Notes manuscrites individuelles ou dans un document numérique effacé lors des modifications
Transmissions entre médecins et infirmiers	Activité opérationnelle	Médecin et infirmier par secteur de soins	Évolution de l'état de santé, demandes formulées par le patient et sa famille, modification de prise en charge	Variable de ponctuel à 2 fois par jour	Variable de 5 à 45 minutes	Notes manuscrites et/ou dans le dossier de patient éventuellement
Visite du médecin coordonateur	Activité opérationnelle	Médecin coordonateur, patient dans sa chambre +/- cadre de santé +/- infirmier	Échanges sur l'état de santé +/- examen médical, sur le projet de soins et de vie, négociation sur modifications de prise en charge	1 à 2 par semaine	30 minutes à 1 heure 30	Notes manuscrites et/ou dans le dossier de patient éventuellement
Notes de services	Managérial	Directeur => tous les personnels		Variable		

Nous qualifions d'institutionnels les dispositifs rendus obligatoires par les lois et règlements ou les recommandations de bonnes pratiques dont l'application est contrôlée par les tutelles. Par exemple, l'organisation de l'assemblée générale est obligatoire pour toute association en France. Les réunions de services de soins font partie des dispositifs managériaux dont l'utilisation est contrôlée par la Haute autorité en santé lors de la démarche de certification mais leur contenu est laissé à l'appréciation de chaque organisation. Dans le cas de la Clinique SSR, comme dans celui de tous les établissements sanitaires et médico-sociaux que nous connaissons, les réunions de service ont pour but la gestion des actions et interactions humaines dans l'activité productive. Elles sont donc essentiellement managériales. Nous désignons par activité opérationnelle les réunions de communication ou de coordination des aspects les plus concrets et immédiats de toutes les tâches opérationnelles.

Nous n'avons pas mentionné dans ce tableau le journal en interne, mis en place début 2019 et arrêté début 2020. Il a permis d'apporter des informations opérationnelles et générales au personnel, avant l'arrivée du directeur de site.

Le grand nombre de dispositifs de communication peut faire penser que les lacunes du système informatique sont compensées par les rencontres entre êtres humains au travail. Nous présentons dans le point suivant les périmètres intéressés par ces dispositifs et les fonctions qu'ils y remplissent.

4.3.3 Les périmètres et fonctions des dispositifs de Communication-Coordination-Concertation

Nous décrivons dans un premier temps les personnels concernés par les dispositifs que nous avons présentés dans le tableau 31. Nous détaillons ensuite les personnels qui ne sont pas impliqués dans ces dispositifs. Enfin, nous présentons les fonctions effectivement remplies par les dispositifs observés.

4.3.3.1 *Les personnels concernés par les dispositifs de Communication-Coordination-Concertation*

Le grand nombre et la variété des dispositifs présentés permet difficilement d'analyser les flux d'informations et les occasions de coordination et de concertation auxquels sont exposés les personnels. Nous proposons de représenter les périmètres couverts par les dispositifs les plus importants dans la figure 14.

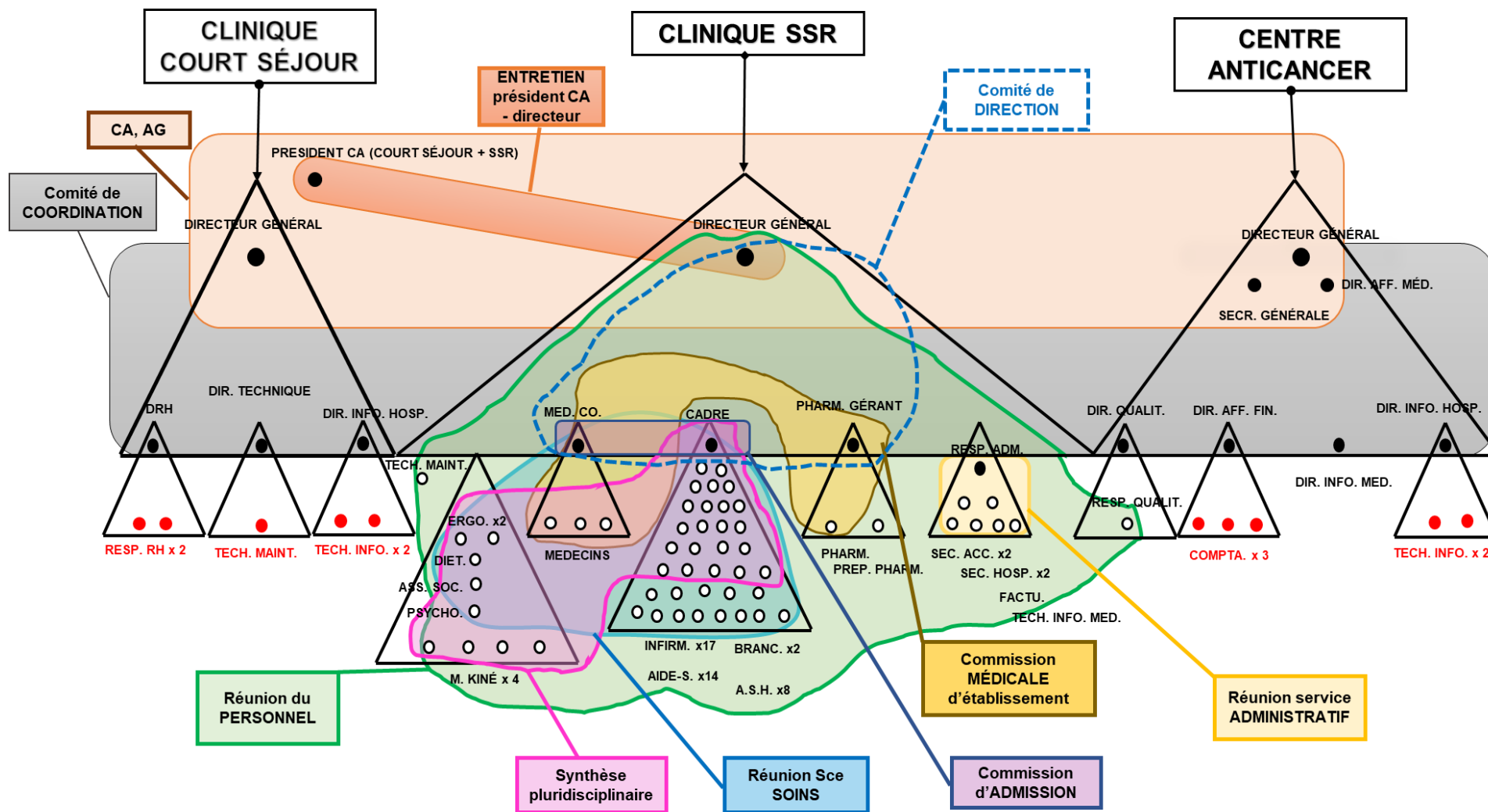


Figure 14. Périmètre organisationnel couvert par les principaux dispositifs de Communication-Coordination-Concertation

Les dispositifs de 3C touchent plus particulièrement les personnels de direction et l'encadrement. Les zones surlignées en jaune mettent en lumière les personnels qui ne sont pas régulièrement conviés à des réunions de la Clinique SSR.

4.3.3.2 *Les personnels non impliqués dans les dispositifs*

Certains personnels ne sont impliqués dans aucun des dispositifs.

Les personnels qui interviennent dans le cadre d'une activité libérale, c'est-à-dire la psychologue et les masseurs kinésithérapeutes, ne sont présents ou représentés dans aucun des dispositifs institutionnels. Ils sont invités à participer à la synthèse pluridisciplinaire, qui traite des projets thérapeutiques et des projets de vie des patients. Les masseurs-kinésithérapeutes sont absents de la plupart des synthèses pluridisciplinaires et n'assistent qu'exceptionnellement aux réunions de services de soins auxquelles ils sont invités. La psychologue assiste à la plupart des réunions auxquelles elle est invitée, y compris lorsque sa présence n'est pas rétribuée. Les informations essentielles des réunions pluridisciplinaires sont souvent consignées dans un compte-rendu médical, mis à disposition dans le dossier informatisé du patient. Certains masseurs-kinésithérapeutes échangent des informations avec les ergothérapeutes, certains infirmiers ou avec certains médecins par téléphone. Le plus souvent, cependant, les informations leur sont transmises par le patient lui-même, quand il a été informé, et en fonction de ce qu'il a retenu et compris. Ces professionnels rédigent parfois des comptes-rendus de leurs prises en charge. Dans le cas de la psychologue, le contenu de ces comptes-rendus relève du secret professionnel. Il ne peut être communiqué à des tiers. Il n'est donc pas mis à disposition des autres professionnels dans le dossier patient informatisé. Un bilan bref et très général doit donc être rédigé en plus du compte-rendu pour informer les autres professionnels des éléments d'informations indispensables à leur prise en charge. Les bilans de la psychologue et des masseurs-kinésithérapeutes sont donc éventuellement mis à disposition des autres professionnels dans le dossier patient informatisé. Cependant, il arrive fréquemment qu'ils ne soient pas lus. Des informations importantes et des avis de certains professionnels de rééducation ne sont pas pris en compte dans les décisions thérapeutiques, ce qui retarde certaines décisions et suscite l'incompréhension, voire l'insatisfaction de certains patients. Ces échanges d'informations sont inconstants, parfois aléatoires, dans la mesure où ils nécessitent une recherche délibérée d'informations, ce qui implique que les personnes sachent qu'il y a des informations nouvelles à rechercher.

Les personnels de base des fonctions support assurées par les établissements repreneurs sont, pour la plupart, exclus des dispositifs de communication. Les managers de ces services sont informés, lors des comités de coordination notamment, mais il n'existe ni compte-rendu des comités de coordination, ni dispositif pérenne d'échanges entre les personnels de base des services supports et du service de soins. Dans le cas particulier de la direction des affaires

financières, il n'existe aucun échange avec les équipes opérationnelles, y compris avec le cadre de santé. Il n'existe, en effet, aucune démarche de contrôle de gestion incluant la direction des affaires financières et les responsables opérationnels. Nous reprenons la définition de Anthony (1965 : 17), citée dans Simons (1994), pour qui "*le contrôle de gestion est un process par lequel les managers s'assurent que les ressources sont obtenues et utilisées effectivement et avec efficience pour accomplir les objectifs de l'organisation*" (p. 169). Ce contrôle ne peut se faire que par des interactions entre direction des affaires financières et managers de terrain, dans la mesure où le système d'informations formelles ne produit aucun élément permettant d'assurer le contrôle.

Concernant l'ensemble des personnels de rééducation, il n'existe pas de réunion dédiée. Ils n'ont pas non plus de managers de proximité spécifique. Ils sont encadrés par le directeur de site. Ils échangent de temps en temps entre eux, à titre individuel. Les échanges d'informations sont donc aléatoires. Il n'y a pas ni projet commun ni dynamique commune aux professionnels de la rééducation, y compris avec les médecins, alors que la rééducation et la réadaptation sont le cœur de métier de l'établissement. Enfin, certains personnels, qui sont seuls dans leur métier, tel que le technicien de maintenance, la préparatrice en pharmacie ou la technicienne d'information médicale, n'ont pas de dispositif de communication-coordination-concertation sur leur activité fonctionnelle. Il n'y a pas de dispositif de management propre à leur fonction, excepté pour la technicienne information médicale. Une relation opérationnelle et fonctionnelle régulière est maintenue avec la directrice de l'information médicale, qui appartient au Centre Anticancer, mais se déplace et reste en communication orale et par mail avec la technicienne information médicale.

4.3.3.3 *Les fonctions des dispositifs de Communication-Coordination-Concertation observés*

Les dispositifs institutionnels, tels que le conseil d'administration, l'assemblée générale, le comité de coordination et la commission des usagers sont des dispositifs informationnels dans lesquels sont communiqués des messages, essentiellement du directeur de site vers les personnes présentes. Le contenu de la communication relève d'un bilan d'étape. Certains indicateurs sont communiqués. Ils sont souvent choisis par le directeur de site. Il s'agit du volume d'activité, du taux d'occupation et du chiffre d'affaires liés aux soins. Dans ces quatre dispositifs institutionnels, les informations opérationnelles sont peu fréquentes et ne sont apportées que si le problème est réglé ou si l'aide des établissements repreneurs est souhaitée. Les participants expriment peu de commentaires. Le débat n'est pas sollicité et les participants ne prennent pas part aux décisions. Le directeur de site est présent le plus souvent dans les réunions qui ont une composante managériale, telles que les réunions services de soins, du service administratif, les réunions pour l'ensemble du personnel ou la commission médicale d'établissement. Elles sont un lieu de communication d'informations descendantes, parfois de recadrage, parfois d'écoute des doléances. La participation des personnels est très rarement sollicitée, y compris pour les

décisions opérationnelles. L'espace pour l'expression spontanée des problèmes rencontrés est restreint. Les indicateurs qualitatifs et quantitatifs ne sont que rarement communiqués aux participants à ces réunions. Les objectifs et les dispositifs de pilotage n'y sont ni abordés ni expliqués.

Le comité de direction est un cas particulier. Il s'agit d'un moment de rencontre et d'échanges entre le directeur de site, le médecin coordinateur et la cadre de soins. À partir de fin 2021, la responsable administrative y est également invitée. Les décisions opérationnelles peuvent y être prises en commun. C'est également le lieu de remontée d'informations du terrain vers le directeur. Ce dispositif est clairement utilisé par chaque partie à son bénéfice, personnel souvent, managérial parfois.

Les dispositifs traitant de l'activité opérationnelle sont réguliers dans l'activité de soins, entre équipes de jours et équipes de nuits, entre médecins et infirmiers et aides-soignants. Aucun dispositif régulier de coordination n'est prévu pour les processus transversaux, tels que l'admission, la facturation ou la modification d'organisation du service. La communication des informations se fait entre les membres des équipes qui sont sur place, de manière informelle. Les tentatives de mettre en place des supports écrits de transmission d'informations se sont avérées infructueuses pour le service de soins. Les personnels qui ne sont pas présents sont éventuellement informés oralement, soit par leurs collègues, soit par leur encadrement de façon beaucoup plus rare. Les informations opérationnelles qui circulent à l'intérieur des équipes ne sont pas communiquées vers les personnels des fonctions support.

De manière générale, les dispositifs de communication-coordination-concertation de la Clinique SSR sont orientés vers une communication descendante. Le système de décisions est centralisé dans les mains du directeur de site, puis des managers de proximité, à savoir le médecin coordinateur, la cadre de santé et la responsable administrative. La constitution du système d'informations conduit à des prises de décisions à partir de données restreintes. Le système de communication-coordination-concertation fonctionne avec un système d'informations obsolète, qui est réduit au minimum, et avec un système de communication informelle peu orienté vers l'évaluation. Le système d'informations est inadapté au pilotage, dans toutes ses composantes. Bollecker et Durat (2006) font référence à la vision de Lorino (1997), pour qui les systèmes d'informations doivent permettre un retour d'expérience organisationnelle, qui a pour but de tirer des leçons des événements. L'organisation de l'apprentissage organisationnel implique de construire le système d'informations en vue de permettre la mémorisation. Les mêmes auteurs citent Reix (1995), pour qui « *les systèmes d'informations, qui sont au cœur des processus décisionnels, contribuent à l'accroissement de la connaissance collective, puisqu'ils sont considérés comme un ensemble organisé de ressources (matériels, logiciels, personnels, données, procédures) permettant d'acquérir, traiter, stocker et communiquer des informations* » (p. 15). Le système d'informations de notre terrain de recherche ne permet pas, car il n'est pas

organisé pour garder en mémoire les événements et tirer les leçons du passé et du présent pour améliorer la performance à venir.

Conclusion du chapitre 4

Le chapitre 4 présente trois situations de gestion qui influent sur l'ensemble de l'organisation de la Clinique SSR. L'étude des décisions économiques et financières montre que les résultats prévus dans la stratégie initiale ne sont pas atteints. De manière plus précise, les décisions reposent sur un nombre restreint d'indicateurs. Le pilotage s'appuie sur des données essentiellement quantitatives et financières. Les décisions économiques et financières sont prises par le directeur de site, avec le président du conseil d'administration, et la validation des administrateurs du conseil d'administration. Ces décisions font l'objet de peu de remise en question.

Le diagnostic socio-économique conduit en 2020, met en lumière de très nombreux dysfonctionnements et un haut niveau de coûts et performances cachés. Le volet social du diagnostic est particulièrement étonnant pour les administrateurs. Le diagnostic ne déclenche pas, pour autant, la motivation suffisante pour initier une conduite de changement d'ampleur dans l'organisation. Le manque de communication-coordination-concertation est un des résultats du diagnostic socio-économique. L'analyse du système de communication-coordination-concertation montre un système d'informations archaïque et obsolète et un système de communication formelle, hors système informatique, essentiellement orienté vers une communication descendante. Dans ces conditions, les informations issues du terrain disposent de peu canaux de circulation remontants. Le système d'informations présente des lacunes, qui sont de nature à empêcher la mémorisation des événements et des leçons qui peuvent être tirées des événements traversés par la Clinique SSR.

Chapitre 5 - Analyse approfondie de quelques décisions et situations de gestion au sein de l'établissement

Nous présentons dans ce chapitre **trois situations de gestion** qui concernent une partie de l'établissement. Notre objectif est de mettre en évidence les manifestations concrètes du fonctionnement du système d'informations au sens large, ses limites et son obsolescence. Nous décrivons également des processus de décision à différents niveaux de décision et les conséquences du manque de pilotage. Nos observations et nos analyses portent, à la fois, sur les groupes et sur les individus impliqués dans les différentes situations de gestion présentées.

La première situation décrit **le projet d'ouverture d'un plateau de consultations**. L'idée de ce projet naît dès le rachat de l'établissement. Il s'agit d'un projet où la coopération entre les trois établissements est nécessaire pour parvenir à des bénéfices pour chacun des trois partenaires.

La deuxième situation de gestion porte sur **l'outil de gestion opérationnelle de programmation des entrées et sorties des patients**. L'admission et la sortie des patients sont les étapes indispensables et les processus de base de la production de soins. Cette situation rend visibles les nécessités et les difficultés de la coordination des différents services, ainsi que les multiples freins opérationnels rencontrés lors des phases de changement.

La troisième situation de gestion expose **la démarche de certification de l'établissement**, conduite par la Haute Autorité en Santé. Nous nous intéressons à la phase de préparation de la visite des experts-visiteurs et au résultat obtenu. Cette étude permet d'observer l'impulsion d'une dynamique collective dans l'établissement, et de constater que la mobilisation reste possible malgré la situation économique, sociale et sanitaire difficiles. Cet élan se révèle cependant de courte durée.

5.1 La création d'un plateau de consultation

Les enjeux économiques du plateau de consultation sont présentés avant d'expliquer comment a été conduit ce projet. Après la phase initiale de collecte d'informations, les décisions-clés sont prises et la mise en œuvre commence en parallèle. Dès les premiers mois, elle montre des écarts importants par rapport au projet initial.

5.1.1 Les enjeux socio-économiques du plateau de consultation

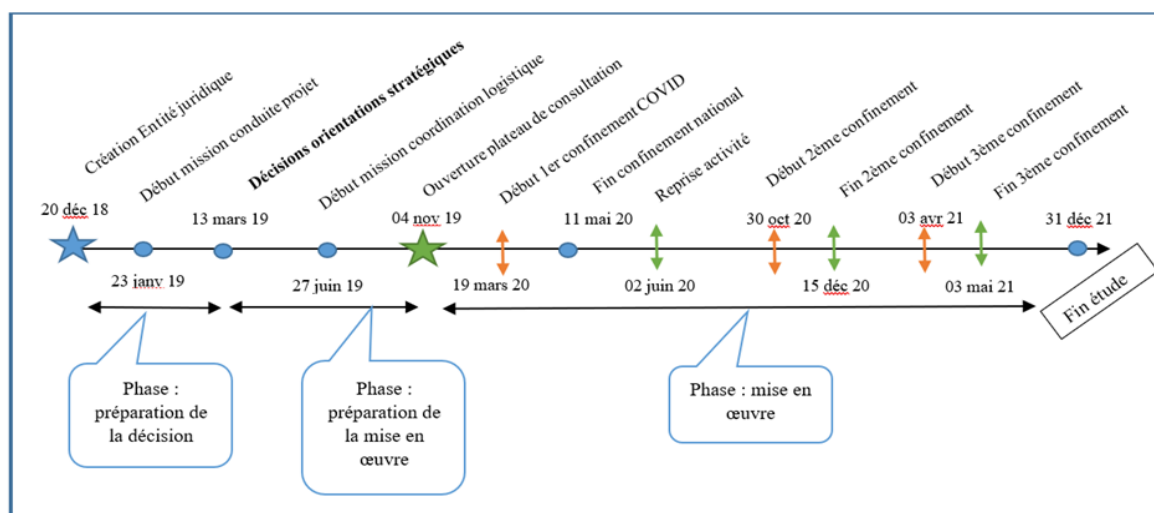
La gouvernance souhaite ouvrir un plateau de consultations externes et le faire progressivement monter en charge. Les enjeux du projet sont doubles. Tout d'abord, il s'agit de créer une activité complémentaire à l'hospitalisation complète. Cette activité doit être autonome et permettre d'augmenter les ressources de la Clinique SSR. Ensuite, l'objectif est d'innover en spécialisant

cette activité en « centre de maladies chroniques et cancérologie ». Cet objectif est partagé par les deux repreneurs. Cette spécialisation a pour but de constituer un facteur de différenciation, à la fois pour le plateau de consultation, et ses praticiens, et pour la Clinique SSR, qui en tirera un bénéfice pour sa notoriété.

Du point de vue chronologique, la décision de créer un plateau de consultation est prise dès le rachat. Il s'agit de développer l'activité de consultations externes qui existe déjà et de rassembler l'ensemble des consultants au sein d'une structure coordonnée. La conception du projet court sur la période de janvier 2019 à novembre 2019. Tout d'abord, est constitué un groupe de pilotage, qui comprend le président du conseil d'administration, les deux directeurs généraux des repreneurs, les directeurs généraux adjoints et le directeur des affaires médicales du Centre Anticancer. Alors que nous sommes employée par le Centre Anticancer pendant la préparation de notre convention CIFRE, la directrice générale adjointe nous propose de coordonner le projet du plateau de consultation. Cette demande intervient fin janvier 2019. Nous commençons à participer au comité de coordination mi-février. Fin juin, nous recevons délégation pour coordonner la logistique du projet jusqu'au début de sa mise en œuvre. Notre mission est temporairement mise entre parenthèses pour remplir une mission d'encadrement opérationnel de début juillet à fin août 2019.

Nous commençons par rechercher les ressources disponibles et les ressources nécessaires au projet tel qu'il est envisagé par les différents partenaires. Tous les praticiens ne sont pas encore connus. Les éventualités de spécialités sont prises en compte pour le matériel spécifique à prévoir. Le début d'activité est initialement fixé au 1er septembre 2019. Cependant, fin juin 2019, le comité de coordination décide de repousser l'ouverture car les travaux importants ont pris du retard et la commission de sécurité ne donne pas son aval à l'ouverture. Début septembre 2019, un nouveau report est décidé par le comité de pilotage, pour des raisons techniques externes au projet. L'ouverture effective a lieu le 4 novembre 2019. Nous présentons une chronologie visuelle du projet de plateau de consultations dans la figure 15.

Figure 15. Chronologie du projet de plateau de consultation de 2018 à 2021



Nous allons présenter la collecte d'informations de début de projet puis les éléments-clés pris en compte dans les décisions. Enfin, nous décrivons les écarts constatés lors de la mise en œuvre.

5.1.2 Une phase initiale de collecte d'informations

La phase initiale de conception du projet a consisté dans le recensement méthodique des ressources et des informations nécessaires pour préparer la prise de décisions.

5.1.2.1 Le recensement des ressources

La première étape du recensement des ressources s'intéresse à l'étude du positionnement stratégique du nouveau plateau de consultation. Il s'agit de définir quelle est la concurrence sur le territoire et, par suite, comment il est possible de se différencier. L'idée initiale est de capitaliser sur la notoriété des repreneurs. Tout d'abord, **une étude du bassin de patientèle** permet de connaître la démographie autour du site dans six cercles concentriques de plus en plus étendus, autour de l'établissement. Ensuite, **la recherche de l'offre médicale sur le micro territoire** vise à recenser les médecins qui pourront, potentiellement, adresser des patients. Ce sont des ressources externes potentielles. Le recensement de la concurrence sur le territoire permet de connaître la densité des médecins spécialistes dans les différents cercles concentriques déjà définis. Cette étude est conduite en février 2019. En mars, le groupe de pilotage, sur la base des informations précédentes, décide de développer un service innovant afin d'avoir un positionnement stratégique de différenciation. Le centre de consultation sera organisé pour prendre en charge les maladies chroniques, les pathologies cancéreuses et le suivi des patients après cancer. Cette orientation est validée en conseil d'administration. L'innovation porte sur le suivi des patients guéris du cancer, qui est une activité nouvelle et perçue par les oncologues comme nécessaire, compte tenu de l'amélioration des traitements et de la survie des patients. Le groupe de pilotage prévoit de **développer une activité de dépistage du cancer**, qui est un axe

de santé publique peu investi par les professionnels. Enfin, le suivi des maladies chroniques nécessitant souvent des prises en charge pluridisciplinaires, le comité de pilotage souhaite mettre en place un « centre intégré », qui rassemble, en un même lieu, différents professionnels qui interviennent majoritairement dans le suivi d'une ou plusieurs pathologies chroniques données. **Le positionnement stratégique évolue** pendant les premiers mois du projet en fonction des ressources qui paraissent mobilisables. En juin 2019, le conseil d'administration valide la décision de démarrage du plateau de consultation sous le nom de « centre de consultation et de dépistage ».

Des études des ressources disponibles sont lancées dans les établissements qui forment l'alliance. Il s'agit de recenser les ressources technologiques, physiques, humaines et organisationnelles. En amont du recensement, nous avons proposé une liste des ressources nécessaires à l'activité du centre, telle qu'elle se projette du point de vue stratégique. Nous présentons ces ressources dans le tableau 32.

Tableau 32. Ressources nécessaires à la création du plateau de consultation

Type de ressource	Ressources nécessaires
Ressources physiques	Locaux : - Cabinets de consultations - Accès pour personnes à mobilité réduite - Bureau accueil secrétariat Lieu de stationnement Mobilier médical et hôtelier Petit matériel médical Matériel hôtelier
Ressources humaines	Médecins Personnel d'accueil et secrétariat Personnel d'entretien
Ressources technologiques	Ordinateurs Imprimantes Scanners Lecteurs de Carte de Professionnel de Santé et carte vitale Infrastructure réseau Connexion aux réseaux d'échanges d'informations sécurisés Lignes téléphoniques Terminaux de paiement Matériel biomédical
Ressources organisationnelles	Possibilités d'ouverture (amplitude horaire, accès) Centralisation des demandes de rendez-vous patients Centralisation des réservations de vacations médicales Suivi comptable dont facturation loyers Approvisionnement et maintenance Choix d'un dispositif juridique de partenariat/contractualisation Management/pilotage opérationnel du plateau de consultation

Nous voyons plus tard quelles ressources ont été mobilisées, *in fine*.

Nous présentons maintenant les différentes étapes de négociation avec les partenaires internes et externes.

5.1.2.2 *La négociation avec des partenaires internes et externes*

Le premier axe stratégique de la négociation vise à sécuriser l'activité de consultation existante. Des praticiens libéraux consultent depuis longtemps dans des bureaux disséminés dans les locaux de la clinique. Certains consultent aussi dans d'autres cabinets, notamment à la Clinique Court Séjour. Début février 2019, le directeur général de cet établissement, qui travaille au quotidien avec des praticiens libéraux, contrairement à celui du Centre Anticancer, est mandaté par la gouvernance pour négocier la continuité de l'activité de consultation et, éventuellement, des partenariats avec les autres locataires dans le Clinique SSR. Mi-juin, les négociations permettent de sécuriser la continuité de consultation de deux des cinq praticiens « historiques ». Trois d'entre eux préfèrent quitter l'établissement.

Le deuxième axe a pour but d'élargir la clientèle des praticiens. Pour ce faire, la décision est prise de choisir un mode de facturation souple, qui permette de faciliter l'occupation en fonction des disponibilités et des besoins des praticiens. Une réunion interne à la Clinique Court Séjour est organisée en mai afin de présenter le nouveau centre de consultation aux médecins de la structure. À cette occasion, il est proposé aux praticiens de se positionner ou, au moins, de faire savoir s'ils sont intéressés. Mi-juin, un recensement des besoins organisationnels est fait. Les clients potentiels demandent un accueil physique et téléphonique et une prise de rendez-vous centralisée, organisée par le centre de consultation. Le centre ouvre finalement le 4 novembre.

La date d'ouverture est repoussée deux fois, ce qui pose problème à des médecins qui ont déjà programmé des rendez-vous dans ce lieu. Le 1^{er} octobre, un chirurgien informe le responsable technique de la Clinique Court Séjour qu'il commencera ses consultations le lendemain. Il a pris la décision de manière unilatérale, en sachant que le plateau de consultations n'est pas complètement opérationnel.

Le troisième axe stratégique consiste à organiser des partenariats de complémentarité. Le but est d'obtenir une complémentarité entre les spécialistes présents dans le plateau de consultations, dans le territoire et entre les établissements de l'alliance. Certaines spécialités médicales et paramédicales sont en effet sous représentées sur le territoire, par rapport aux besoins ressentis par les médecins eux-mêmes et les patients. Le délai d'obtention des rendez-vous avec des praticiens de ces spécialités est perçu comme trop long car il diminue les chances de guérison de patients atteints de certaines pathologies. En février 2019 débute la recherche de partenariat avec les masseurs-kinésithérapeutes et de centre de radiologie libéraux locataires de locaux à la Clinique SSR. La décision de rechercher des praticiens libéraux qui seraient intéressés par cette complémentarité en interne de la clinique court séjour est prise mi-mars 2019.

De son côté, le Centre Anticancer décide de délocaliser certaines consultations de cancérologie et de dépistage par des médecins spécialistes salariés de l'établissement

Le quatrième axe vise à élargir la patientèle. L'établissement est connu comme clinique chirurgicale, beaucoup moins comme centre de rééducation et de réadaptation. Indirectement, il s'agit aussi d'élargir la patientèle des deux établissements repreneurs, par une implantation dans un quartier du centre de la métropole. Début mars 2019, la décision est prise d'élargir la patientèle aux patients guéris du cancer, qui pourraient être adressés, notamment, par des praticiens de la Clinique de Court Séjour et du Centre Anticancer. L'objectif est également de faire venir des patients orientés dans le cadre d'un diagnostic de cancer ou dans celui de campagnes de dépistage. Fin octobre 2019, une communication est envoyée par courrier électronique à tous les praticiens du territoire, qui peuvent être intéressés pour adresser des patients.

Nous présentons les décisions-clés qui ont conduit à l'ouverture du centre de consultation sous sa forme concrète.

5.1.3 Les décisions-clés

Nous présentons les principes qui ont guidé les décisions-clés et les acteurs qui ont participé à la prise de décisions.

5.1.3.1 Une logique économique ciblée sur les recettes visibles

Les décisions prises s'adaptent successivement à la situation connue par les décisionnaires. Progressivement, la logique économique, ciblée sur les recettes visibles, prend le pas sur les décisions stratégiques initiales.

Le déficit budgétaire apparaît très tôt dans l'histoire de la Clinique SSR. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, le budget prévisionnel initial, construit en décembre 2018, est excédentaire mais le premier résultat économique, calculé début avril 2019, fait apparaître une projection de résultat déficitaire. Les projections du déficit s'aggravent au fur et à mesure que l'année avance. Ce qui est connu des décisionnaires, c'est la situation économique présentée lors des conseils d'administration. La gouvernance est en situation d'apprentissage. Lors de la reprise, seuls les comptes de résultats sont communiqués par le vendeur du fonds de commerce. L'activité unique de soins de suite et de réadaptation est également nouvelle pour l'établissement.

Rapidement, dès le premier trimestre 2019, la décision est prise de conduire et mettre en œuvre le projet de plateau de consultation à moyens constants. Fin mars après étude d'un architecte, quatre salles de consultations existantes sont affectées au projet de plateau, sans modification. La question des moyens humains se pose alors. Il apparaît, en **juin 2019, que le projet de centre de consultation n'a pas été intégré dans le budget prévisionnel** et que, par conséquent, toute dépense aggravera le déficit. Il est alors décidé que le plateau de consultations fonctionnera sans

moyens humains supplémentaires. Notre affectation sur l'encadrement de la Clinique SSR, début juillet, ne donne pas lieu à une décision de remplacement, malgré le travail qui reste à accomplir et le retard que cela peut occasionner. Pour les mêmes raisons, à savoir l'absence de budget dédié au plateau de consultations et le résultat réel projeté de l'établissement de plus en plus déficitaire, l'un des repreneurs décide de prendre à sa charge l'achat d'un échocardiographe, matériel biomédical onéreux, pour diminuer la charge financière de la Clinique SSR.

La même logique économique conduit à des décisions de réorganisation et de mobilisation des ressources essentiellement internes. Dès février 2019, la recherche des médecins susceptibles

Encadré 17. Adaptation de l'organisation administrative pour l'ouverture du plateau de consultation

Modification de l'organisation du travail

- ✓ Passage de 7 personnes sur 5 fonctions séparées [secrétariat médical (1,5 ETP), facturation (1 ETP), accueil clinique (1,8 ETP), technicienne d'information médicale (1 ETP), comptabilité clients (1 ETP) à 2 pôles, avec création d'un poste d'accueil du plateau de consultation
- ✓ Développement de la polyvalence au sein de chaque pôle, par formation interne

Modification des amplitudes horaires d'ouverture des accueils

- ✓ Passage d'amplitudes de 13 heures la semaine et 11 heures le week-end à 10 heures x 5 jours/ semaine et embauche de 2 étudiants pour le week-end
- ✓ Nouveaux plannings de travail en concertation avec les personnels.

de consulter est orientée en interne de l'alliance. Les membres de la gouvernance décident de rechercher eux-mêmes les volontaires parmi leurs propres praticiens. Chaque établissement loue deux salles, pour développer son activité de consultation. Cependant, ils constatent qu'il est difficile d'obtenir un engagement des médecins. Fin juin 2019, certains ont déclaré un intérêt possible mais ne sont pas encore volontaires. Le même phénomène se produit dans les deux établissements repreneurs. Les modifications organisationnelles envisagées pour le service administratif de la Clinique SSR sont présentées à la gouvernance début septembre. Les ajustements portent sur la modification de l'organisation du travail et sur la modification des amplitudes horaires du poste d'accueil de la Clinique. Ils sont détaillés dans l'encadré 17.

L'accord des salariés est obtenu après proposition d'une contrepartie salariale. La prime de week-end est conservée et le planning individuel est ouvert à la négociation. Le coût de cette mesure s'élève à 5000 € par an. Elle permet de dégager un équivalent temps plein, affecté à l'accueil du plateau de consultation.

Le Centre Anticancer constate des difficultés persistantes à mobiliser ses médecins, pour consulter en dehors de leur établissement. Fin septembre, un projet de recherche, en cours de mise en place au Centre Anticancer, est identifié comme pouvant occuper les salles de consultation réservées. Il s'agit d'un projet de réhabilitation après cancer, pour des patients ayant

subi un traitement lourd. La direction prévient que ce projet montera en charge progressivement, ce qui est accepté par le conseil d'administration de la Clinique SSR. Fin octobre, le comité opérationnel constate le retard pris dans la mise en œuvre de la réorganisation du service administratif. Le planning des personnels pour novembre n'est pas encore communiqué au personnel. Fin octobre, le Centre Anticancer continue de chercher des solutions. Il propose à ses médecins mis à disposition de la Clinique SSR, d'assurer des consultations externes.

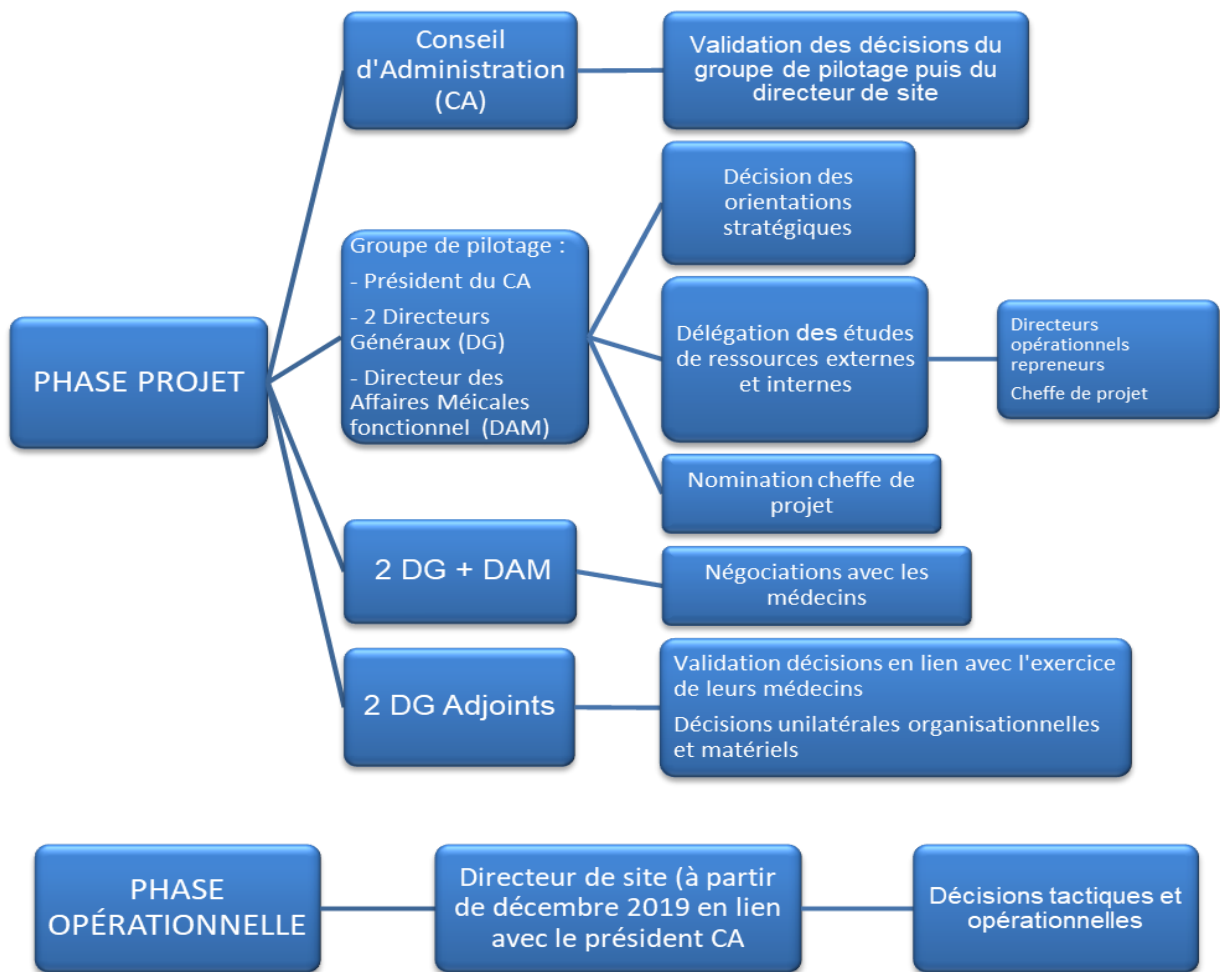
La projection des recettes attendues du plateau de consultations est approximative. Les médecins libéraux effectivement intéressés sont connus tardivement. L'accord des personnels administratifs internes est obtenu *in extremis*. Enfin, la direction n'a pas d'éléments antérieurs qui permettent de prévoir les ressources rapportées par les consultations externes. Le premier budget prévisionnel est établi fin juin 2019. Il est présenté au conseil d'administration, en même temps que les éléments d'organisation qui font consensus et sont en cours de mise en œuvre. Sont également communiqués les points de vigilance et les hypothèses faites pour construire le premier budget prévisionnel. Il est alors encore envisagé de mobiliser 1,6 équivalent temps plein de secrétaire médicale, ce qui représente un coût de 64 000 € par an, charges comprises. Le résultat net annuel attendu, hors coût de structures, se monte à 8 900 € pour la première année. Le second budget prévisionnel, présenté fin septembre, prévoit un résultat net négatif, si les coûts de structure sont pris en considération. Sur la base d'une hypothèse à 100 % d'occupation, le résultat net est estimé à 93 000 € par an, sans les coûts de structure. Fin novembre 2019, trois semaines après le début de l'activité du plateau de consultations, le budget prévisionnel actualisé prévoit un bénéfice possible de 70 000 € par an, comprenant les loyers des bureaux de consultations et les recettes du parc de stationnement liées aux consultations externes.

5.1.3.2 *Les acteurs des décisions*

Le groupe de pilotage du projet est constitué de salariés des repreneurs, issus des comités de direction. La figure 16 présente les acteurs impliqués dans le projet et les fonctions qu'ils remplissent.

Les salariés du site ne sont pas associés. Or, le fonctionnement habituel de l'établissement n'est pas connu des membres du groupe de pilotage. En début de projet, la plupart n'ont pas conscience, qu'il existe déjà une activité de consultation de longue date. Les informations sur l'identité des praticiens qui consultent, leurs lieux de consultation, le processus de facturation, le processus de circulation des informations sur la présence ou non des médecins, sont découverts fortuitement par les membres de la direction, après les premières négociations menées par un directeur général avec ses praticiens. **La négociation est faite à l'aveugle. Le directeur général fait, sans le savoir, des propositions à des personnes qui présentent un arriéré de loyer de plusieurs années. Le mode de facturation est discuté sans connaître les habitudes des locataires. Les impacts de ce manque d'information seront étudiés plus tard.**

Figure 16. Acteurs des décisions du projet du plateau de consultation



La décision de nous déléguer la conduite du projet est prise fin janvier 2019. Nous sommes alors salariée du Centre Anticancer. Le contrôle de notre action donne lieu à des freins et à de la méfiance vis-à-vis d'une potentielle influence trop importante de notre direction.

Les niveaux de prise de décisions sont variés. Le recensement des besoins en ressources humaines et organisationnelles est confié à la direction du Centre Anticancer. Les décisions qui concernent les médecins sont prises et validées obligatoirement par la direction de l'établissement qui emploie ses médecins. Début septembre, le report de l'ouverture à début novembre est décidé par l'ensemble de la gouvernance, devant le constat que le plateau de consultations n'est pas prêt. Les causes identifiées sont le report de la visite de conformité pour la sécurité incendie et la visite sur site de l'agence régionale de santé pour le renouvellement de l'autorisation d'exercer. La décision de reporter la soirée de communication et d'inauguration, prévue avant l'ouverture, est prise unilatéralement par la directrice générale adjointe du Centre Anticancer. Elle souhaite attendre que le plateau ait atteint un niveau d'activité plus important. À partir de l'arrivée du directeur de site, le plateau de consultations est en phase opérationnelle. La majorité des décisions sont prises par lui.

Avant l'arrivée du directeur de site, en 2019, l'alliance entre les deux repreneurs est le cadre qui structure le projet et les décisions qui sont prises. Les difficultés de communication-coordination-concertation sont à la fois liées à des niveaux d'informations sur la Clinique SSR différents et à une crainte réciproque que l'autre partenaire tire un bénéfice plus important de l'alliance. Nous observons ici les difficultés identifiées par les auteurs qui étudient la compétition. En mars 2019, la directrice générale adjointe nous explique que l'attribution de la conduite de projet à une tierce personne, vise à pallier les insuffisances de communication entre les membres de la gouvernance sur ce sujet. Fin mai 2019, nous faisons un bilan d'avancement et des freins que nous rencontrons pour la conduite de projet. Il apparaît qu'il manque une connaissance réciproque et qu'il est nécessaire de faire préciser par la direction de l'autre établissement le rôle qu'ils acceptent de nous voir tenir. **Fin juin 2019, il apparaît qu'un des freins à la mise en place du projet se situe dans la compatibilité des solutions technologiques entre les trois établissements de l'alliance.** La recherche de solutions commence plus tôt mais elle nécessite un positionnement de la gouvernance pour lever les freins internes à chaque service informatique. Début juillet, un directeur opérationnel de site provisoire est nommé. Il est issu du Centre Anticancer ; il est présent à 20 % de son temps à la Clinique SSR. Notre affectation à l'encadrement de la clinique diminue fortement les communications d'informations entre les deux directions sur le projet de consultation. Paradoxalement, ces deux modifications managériales augmentent le cloisonnement entre les trois établissements. La demande que les décisions prises unilatéralement par les membres opérationnels de la Clinique Court Séjour nous soient communiquées, en tant que cheffe de projet, n'est pas appliquée. La communication opérationnelle entre les acteurs des établissements impliqués dans la coopération est incomplète et empreinte de rétention d'informations, source de coûts cachés. La verbalisation par la direction de la Clinique Court Séjour de son insatisfaction de voir le Centre Anticancer ne pas tenir ses engagements sur l'activité du plateau de consultations n'est exprimée qu'en septembre 2020.

Le fonctionnement du plateau de consultations se révèle significativement moins lucratif que prévu. Des écarts importants apparaissent dans la mise en œuvre.

5.1.4 Une mise en œuvre avec des écarts importants

Les produits perçus de l'activité du plateau de consultations sont nettement en dessous des attentes. L'établissement opère à la fois une adaptation opérationnelle et une modification du positionnement stratégique. Nous proposons un bilan des difficultés et des échecs du projet.

5.1.4.1 Un résultat économique en deçà des attentes

Sur l'ensemble de la période d'étude, entre 2019 et fin 2021, les recettes demeurent très en deçà du budget prévisionnel initial. Par exemple, le loyer payé par les praticiens est initialement prévu à hauteur de 12 390 € au mois d'octobre 2019. Aucun loyer n'est perçu sur cette période. Le

tableau 33 présente le bilan économique de l'activité du plateau de consultations entre novembre 2019 et décembre 2020.

Tableau 33. Bilan économique de l'activité du plateau de consultation entre novembre 2019 et décembre 2021

ANNÉE	Nov-déc 2019	2020	2021
CHARGES			
<i>Dépenses de personnel</i>			
Secrétaire administrative	10 667 €	58 667 €	0 €
TOTAL DÉPENSES PERSONNEL	10 667 €	58 667 €	0 €
<i>Dépenses générales</i>			
Gaz	271 €	1 624 €	1 624 €
Electricité	427 €	2 562 €	2 562 €
Eau	120 €	722 €	722 €
Informatique/téléphonie maintenance	465 €	2 792 €	2 792 €
Frais de gestion (5 %)	342 €	2 051 €	2 051 €
TOTAL DÉPENSES GÉNÉRALES	1 625 €	9 751 €	9 751 €
<i>Dépenses d'amortissement</i>			
Matériel informatique	292 €	1 753 €	1 753 €
Mobilier	180 €	1 082 €	1 082 €
Logiciel Import Images CD IN	139 €	833 €	833 €
TOTAL DÉPENSES D'AMORTISSEMENT	611 €	3 668 €	3 668 €
TOTAL DÉPENSES	12 903 €	72 086 €	13 419 €
PRODUITS			
Loyers cabinets consultation	511 €	6 300 €	0 €
TOTAL PRODUITS	511 €	6 300 €	0 €
RÉSULTAT NET	-12 392 €	-65 786 €	-13 419 €

D'après Direction des Affaires Financières

Ce bilan comporte les frais de structure, qui ont été laissés de côté lors de la troisième mise à jour du bilan prévisionnel, pendant la phase de projet. Il montre un résultat net déficitaire pour les trois années, avec une forte baisse du déficit en 2021, liée à l'absence de dépenses en personnel, sans aucun produit facturé. Compte tenu du faible nombre de consultations et de la réduction de l'effectif de l'équipe administrative, le poste d'accueil du plateau n'est pas pourvu. Quelques consultations ont lieu mais la gouvernance décide de ne pas les facturer pour ne pas faire fuir les rares praticiens encore volontaires, ce qui explique l'absence de produit en 2021.

Le budget prévisionnel initial prévoit une montée en charge progressive de l'activité. Cette augmentation est plus lente que prévu. Contrairement à ce qui avait été anticipé, les deux établissements repreneurs rencontrent des difficultés de remplissage des vacations de

consultations, dès le début du projet. L'optimisme de la gouvernance ne suffit pas à convaincre les médecins des deux établissements. Le comité opérationnel constate la lenteur de la montée en charge dès novembre 2019. La survenue de la pandémie de COVID-19 aggrave notablement la situation. La première interdiction de circulation nationale, annoncé en avril 2020, conduit à la décision d'arrêter l'activité du plateau de consultations. Les praticiens annulent tous les rendez-vous. Devant le taux de remplissage assez faible de leurs vacations avant le confinement et la lenteur des prises de rendez-vous après, plusieurs d'entre eux décident de reporter leur venue à septembre 2020. Le centre de consultation reprend son activité officiellement début juin mais peu de patients se présentent. En octobre 2020, le Centre Anticancer annonce au comité de coordination qu'il a surévalué ses besoins en locaux de consultations et la volonté de mobilité de ces médecins. La difficulté de les mobiliser s'est faite sentir dès le début du projet. Le plateau de consultations a ouvert sans assurance des déplacements effectifs des médecins. Une nouvelle restriction de circulation est décidée en 2021. L'activité du plateau technique reprend début juin 2021. Ainsi que le montre la figure 14, entre novembre 2019 et fin décembre 2021 le plateau de consultations a dû arrêter son activité à trois reprises. À chaque fois, les rendez-vous déjà pris ont été annulés. À chaque fois, le nombre de praticiens volontaires pour revenir est inférieur à celui de la période précédente.

La baisse du taux d'occupation des vacations est continue sur l'ensemble de la période étudiée. Nous l'inférons des vacations facturées car il n'existe pas d'indicateur suivi par la direction. Les praticiens qui ont décidé de reprendre une activité en septembre 2020, se voient contraints d'annuler les rendez-vous courant août, à cause de la fermeture de l'établissement pour éviter la flambée du cluster de COVID. Ce nouveau coup d'arrêt met à mal la notoriété de l'ensemble de la Clinique SSR. L'écart entre les recettes projetées et les recettes réelles augmente de façon très importante sur la période. Le tableau 34 montre les objectifs fixés en termes de taux d'occupation et de recettes pour les années 2019, 2020 et 2021.

Tableau 34. Cibles et résultats réels du taux d'occupation et des recettes du plateau de consultation de 2019 à 2021

		Nov-Déc 2019	2020	2021
Taux d'occupation	Projeté	50%	50%	100%
	Réel	Inconnu	9,40%	Inconnu
Recettes	Projetées	8 720 €	52 320 €	104 640 €
	Réelles	511 €	6 300 €	0 €
	Ecart	-8 209 €	-46 020 €	-104 640 €

Direction des Affaires Financières et procès-verbaux de Conseils d'Administration

Les manques à gagner dégradent le résultat prévisionnel de l'établissement. En février 2021, nous rencontrons plusieurs praticiens pour évaluer les raisons de l'écart avec le projet initial. La plupart expliquent qu'ils renoncent à leurs vacations parce que peu de patients sont intéressés par la localisation du plateau de consultations. **Leur patientèle a pris l'habitude de se rendre**

en périphérie, où se trouve leur lieu de consultation habituel. Ils considèrent, de surcroît, que **la publicité autour de l'ouverture du plateau de consultations a été très insuffisante**, ce qui explique que peu de praticiens du territoire adressent des patients au plateau de consultations de la Clinique SSR. En avril 2021, le bilan de l'activité ne montre aucune activité dans les deux bureaux réservés au Centre Anticancer et neuf demi-journées de vacances par mois occupées par cinq praticiens de la Clinique Court Séjour.

Le résultat économique est aggravé par un phénomène de **sous-facturation**. Fin 2019, la gouvernance décide de ne pas facturer les vacances utilisées par les nouveaux praticiens pour les mois de novembre et décembre. La même décision est prise pour l'ensemble de l'année 2021. Devant la faible activité, elle préfère faire un geste de fidélisation et faire fi des loyers. En septembre 2021, il apparaît que la facturation des loyers est très difficile. La suppression de la personne au poste d'accueil du plateau de consultations se traduit par l'absence d'informations sur les vacances effectivement réalisées par les praticiens. En effet, **il n'a pas été mis en place de pilotage opérationnel à partir de début 2020**.

Devant ces résultats décevants, la Clinique SSR s'adapte petit à petit, en modifiant l'organisation et le positionnement stratégique du plateau de consultations.

5.1.4.2 *La modification du positionnement stratégique et l'adaptation opérationnelle*

Les modifications du positionnement stratégique du projet de consultation débutent dès son ouverture. En effet, la population de praticiens qu'il est possible de mobiliser ne répond pas aux critères d'un centre de maladies chroniques et de cancérologie. Le plateau devient donc un centre de consultations médicales spécialisées classique. **La volonté de différenciation et de valeur ajoutée ne se concrétise pas**. En décembre 2020, le directeur de site décide de chercher des praticiens extérieurs aux trois établissements qui forment l'alliance. Il ouvre la location des bureaux à des médecins généralistes, puis à d'autres personnels de santé libéraux, tels que des infirmiers, des diététiciens ou des psychologues. Il diversifie ses recherches en s'appuyant sur la mairie et l'union régionale des professionnels de santé.

En décembre 2020, le directeur décide de supprimer le poste d'accueil et de secrétariat du plateau de consultations. Les salariées se plaignent d'y être particulièrement sous-employées. Elles font part de leur souhait de ne plus assurer ce poste. Le directeur réorganise alors les amplitudes horaires, les plannings et les fonctions attribuées aux personnels administratifs. Cette décision lui permet également de diminuer la masse salariale, en ne remplaçant pas le départ à la retraite d'une hôtesse d'accueil.

Courant 2022, certains des matériels informatiques, installés pour le secrétariat, sont réattribués à d'autres postes de travail de la Clinique SSR.

5.1.4.3 Les points d'amélioration après la mise en œuvre

Les difficultés et les erreurs que nous identifions dans ce projet constituent un retour d'expérience, des informations de terrain qui permettent d'améliorer les décisions à venir.

Sur le fond, nous notons que le plateau de consultation a ouvert avec des solutions informatiques dégradées, par rapport aux ressources identifiées comme nécessaires et demandées par les praticiens libéraux. La raison de cette ouverture en mode dégradé est double. D'une part, il était nécessaire de mettre l'infrastructure informatique à niveau, ce qui prend plusieurs mois. D'autre part, les moyens financiers qu'il aurait fallu dégager pour faire cette remise à niveau dans les temps ont été jugés trop importants par rapport à l'enjeu. Lors de l'évaluation menée en septembre 2021, certains praticiens se sont plaints de **l'absence de connexion possible avec le système informatique de leur cabinet principal**. Dans le tableau 35, nous comparons les ressources identifiées comme nécessaires en début de projet et les ressources mobilisées.

De même, l'absence de fourniture de terminal de paiement contraint certains praticiens à s'en doter à titre personnel. Les difficultés rencontrées pour mettre en place la centralisation des demandes de rendez-vous est partiellement surmontée par la proposition d'adhésion à une plateforme en ligne, à laquelle la secrétaire d'accueil pourra se connecter pour inscrire des patients qui prennent leur rendez-vous par téléphone. Ce système ne satisfait pas les praticiens qui ont un système de programmation des vacances internes à leur cabinet. Il ne leur est pas possible de s'y connecter depuis le plateau de consultation. De plus, les prises de rendez-vous doivent obligatoirement passer par leur propre secrétariat, ce qui rend le poste de secrétaire d'accueil mis à disposition par le plateau de consultations inutile selon la plupart des praticiens. Certains demandent une diminution du loyer, pour compenser cette prestation non fournie. Cela participe au choix de renoncer fait par d'autres médecins, initialement volontaires. Cette décision a été renforcée par le refus de la gouvernance de baisser les loyers annoncés, malgré la baisse des moyens informatiques alloués. La question du loyer a continué à se poser. En mai 2021, devant le manque d'intérêt pour les locaux vacants, le directeur a constaté l'existence d'autres locaux vacants à louer aux alentours de la Clinique SSR. La diminution des loyers proposée en conseil d'administration n'a pas été acceptée. En novembre 2021, l'un des praticiens informe le directeur que **le loyer demandé par la Clinique SSR est deux fois plus élevé que celui payé pour le local de consultations dans un des établissements des repreneurs**. Néanmoins, les recherches actives sur le marché et parmi les praticiens des repreneurs permet de trouver deux nouveaux médecins volontaires, qui commencent leur activité fin 2021. Lors de l'évaluation menée en septembre 2021, un nouveau motif est donné pour expliquer l'absence d'intérêt des praticiens. Il s'agit **des difficultés de déplacement pour se rendre à la Clinique SSR**, située en centre-ville, et de la nécessité de payer un stationnement pendant le temps de consultation.

Tableau 35. Comparaison des ressources nécessaires et des ressources mobilisées

Type de ressource	Ressources nécessaires	Ressources utilisées
Ressources physiques	Locaux : - Cabinets de consultations - Accès pour personnes à mobilité réduite - Bureau accueil secrétariat Lieu de stationnement Mobilier médical et hôtelier Petit matériel médical Matériel hôtelier	Existants Créé dans les travaux initiaux Réutilisation et Achat Achat Réutilisation et Achat
Ressources humaines	Médecins Personnel d'accueil et secrétariat Personnel d'entretien	Médecins libéraux déjà en contrat avec un repreneur Réorganisation interne Réorganisation interne
Ressources technologiques	Ordinateurs Imprimantes Scanners Lecteurs de cartes CPS et carte vitale Infrastructure réseau Connexion aux réseaux d'échanges d'informations sécurisés Lignes téléphoniques Terminaux de paiement Matériel biomédical	Achat Achat Achat Achat Achat / modification installation IMPOSSIBLE Nouveau dispositif inclus dans les travaux initiaux PAS DE FOURNITURE aux praticiens libéraux Achat
Ressources organisationnelles	Possibilités d'ouverture (amplitude horaire, accès) Centralisation des demandes de rendez-vous patients Centralisation des réservations de vacances médicales Suivi comptable dont facturation loyers Approvisionnement et maintenance (<i>par</i>) Choix d'un dispositif juridique de partenariat/contractualisation Management/pilotage opérationnel du plateau de consultation	Communiquées en juillet 2019 TENTATIVE INFRUCTUEUSE TENTATIVE INFRUCTUEUSE Partiel Partiel Oui Non

Du point de vue du management, plusieurs décisions peuvent être remises en question à la lumière de la mise en œuvre. Certaines décisions telles que l'engagement d'occuper des bureaux de consultation, sans s'assurer que des médecins accepteront d'y exercer, ou la décision de ne pas faire un état des lieux des locaux disponibles autour du futur plateau de consultations, ont conduit à un manque à gagner important par rapport au budget prévisionnel. Celui-ci a été construit sur des certitudes non vérifiées, donc sur des informations erronées. En conséquence, certains investissements ont été consentis et se sont révélés inutiles. Concernant la conduite du projet, il apparaît, d'une part, que ne pas remplacer la cheffe de projet, pendant les deux mois

avant l'ouverture prévue, a participé au retard d'ouverture et donc au manque à gagner. De plus, l'absence de partage d'informations opérationnelles entre les deux établissements repreneurs a empêché la mise en commun de compétences qui auraient pu permettre de mieux cerner les besoins des futurs locataires. Dans ce cas, il apparaît clairement que les personnels des repreneurs ont parfois attendu la validation de leur direction générale pour communiquer des informations importantes pour la préparation du projet. Cette difficulté a été relevée dans la littérature sur les alliances et la coopération.

5.1.5 Conclusion

La construction de ce projet et sa mise en œuvre montrent des processus d'adaptation, qui se révèlent insuffisants pour compenser le manque de concertation entre les partenaires et les décisions, prises sur une base d'informations incomplètes. Les performances réelles du projet sont très inférieures à celles initialement projetées. Le projet a été mis en œuvre avec de nombreux écarts par rapport à l'intention d'origine, aussi bien pour le produit présenté que pour les ressources, sans pour autant renoncer à le mettre en œuvre. Pendant la phase de construction, **les décideurs sont passés d'une rationalité économique maximisée à une rationalité limitée**, c'est-à-dire à une situation dans laquelle ils se contentent d'une solution pour laquelle il manque des informations. L'objectif essentiel est de démarrer l'activité, malgré le manque de praticiens. Le manque d'informations est assumé et la réduction des performances économiques à venir est acceptée, bien qu'elle ne soit pas évaluée. Dans la situation de prise de décisions dans les derniers mois de construction du projet, le temps passé à la collecte d'informations est diminué. L'intégration des informations est négligée. Dans ce cas, la qualité de la décision stratégique pâtit du **manque de temps passé à la collecte et à l'intégration des informations**.

Les deux directeurs généraux adjoints, principaux porteurs du projet, **agissent, parfois, de façon unilatérale délibérée**, afin d'accélérer le processus de décision parce qu'ils estiment que le projet n'avance pas suffisamment. Cela crée des difficultés de coordination car les décisions prises ne sont pas communiquées au groupe de pilotage. Ces agissements renforcent le manque de confiance réciproque. Ce projet, construit dans la première année de coopération entre les deux établissements repreneurs, montre le processus d'apprentissage à l'œuvre pour organiser les zones de collaboration. La coopération, dans ce cas, génère des coûts et se construit par une suite d'essais, d'erreurs et de corrections.

Dans la phase opérationnelle, l'absence de pilotage opérationnel synchronisé contribue à la baisse de la performance du projet et aux écarts avec le budget prévisionnel initial et l'objectif stratégique. Dans ce projet d'ampleur restreinte, nous observons que **la coordination organisée des informations montantes et descendantes et le management global sont des facteurs-clés de réussite**.

5.2 L'amélioration de l'outil de planification des entrées/sorties

Nous présentons dans cette section l'évolution d'un outil de gestion opérationnelle, depuis la reprise de l'établissement décembre 2018 jusqu'en décembre 2021. Cet outil est utilisé pour planifier les dates d'entrée et de sortie des patients admis dans le service de soins de suite et de réadaptation. Les enjeux de l'utilisation de cet outil rejoignent ceux du maintien du taux d'occupation des lits. En effet, l'admission est un processus complexe dont dépendent à la fois de nombreux acteurs et de nombreux processus. L'encadrement du service de soins adapte successivement plusieurs étapes du processus d'admission. L'utilisation de l'outil de planification se dégrade néanmoins au fil du temps. Les améliorations à faible coût sont possibles mais le partage d'informations reste cantonné aux acteurs de la prise en soins des patients et ne bénéficie pas aux services fonctionnels.

5.2.1 Les problèmes initiaux et les enjeux (décembre 2018 – 2019)

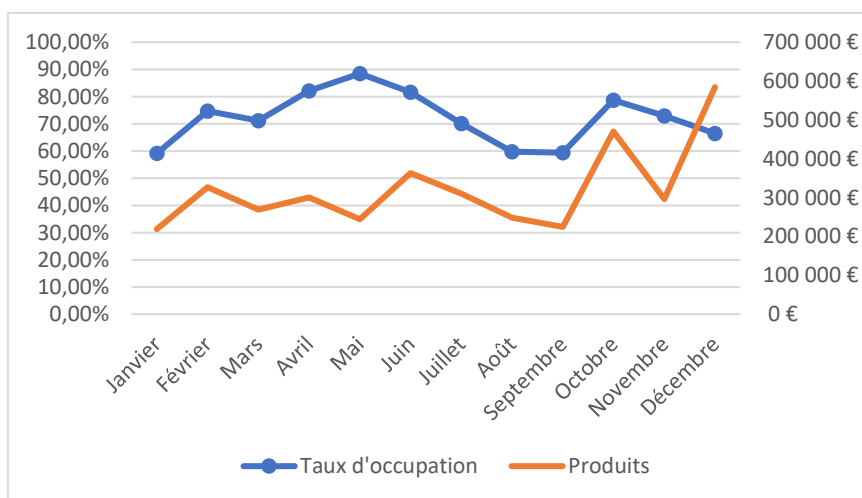
Le problème de planification des admissions est découvert durant l'été 2019. La question de la pertinence du processus d'admission se pose dès le deuxième mois de l'activité. La cadre de santé est chargée de veiller à maintenir le taux d'occupation, avec l'aide du médecin coordinateur nouvellement recruté.

La reprise de l'établissement se fait avec un changement d'activité dans une partie des lits, à savoir l'arrêt de la chirurgie et le passage à une activité entièrement dédiée aux soins de suite et de réadaptation. Pour les soignants, la routine installée n'est plus pertinente. Le rachat de la clinique s'accompagne du changement de gouvernance. Le président du conseil d'administration précédent était un médecin libéral, acteur de l'activité quotidienne de l'établissement. À partir de décembre 2018, la direction opérationnelle est assurée par des membres des directions des deux repreneurs, par le biais de dispositifs de communication, que nous avons décrits dans le chapitre 4. Ils ne connaissent pas le fonctionnement opérationnel de l'établissement. Ils ne sont pas présents dans la clinique au quotidien. Les décisions opérationnelles sont essentiellement prises par le comité de pilotage, où se rencontrent les directeurs ou responsables fonctionnels des trois établissements et les personnels concernés par les sujets traités, tels que le médecin coordinateur, le pharmacien responsable, l'aide-comptable ou l'agent de maintenance. Comme nous l'avons décrit dans le chapitre 3, fin janvier 2019, nous nous voyons confiée une mission d'appui à la directrice des soins du Centre Anticancer, pour réorganiser le fonctionnement du service de soins. Début juillet, suite à la survenue d'un événement indésirable, le directeur qualité du Centre Anticancer est nommé directeur opérationnel provisoire de la Clinique SSR, à 20 % de son temps, et nous prenons en charge des fonctions de cadre supérieur de santé, pour l'encadrement du service de soins.

Dès le mois de janvier 2019, des dysfonctionnements sur la prise en charge médicamenteuse sont rapportés lors des comités de pilotage. Des traitements prescrits par les médecins ne sont pas délivrés par les infirmiers. Certains médicaments sont dispensés par erreur ou aux mauvais patients. Selon le pharmacien gérant, responsable de l'ensemble du circuit des médicaments dans l'établissement, ces dysfonctionnements viennent du processus d'admission, inadapté à la réalité du fonctionnement. Malgré l'identification du problème et de sa cause, les dysfonctionnements continuent, avec la même gravité et la même ampleur.

L'enjeu de la résolution de ce problème est double. D'une part, il s'agit de **sécuriser la prise en charge médicale des patients**. D'autre part, le processus d'admission détermine **le taux d'occupation**. Celui-ci reste inférieur à 80 % pendant les trois premiers mois de l'année puis de juillet à décembre. Or, les produits sont directement proportionnels au taux d'occupation. La figure 17 montre l'évolution du taux d'occupation et des produits perçus, pour chaque mois de l'année 2019.

Figure 17. Évolution mensuelle du taux d'occupation et des produits en 2019



D'après Direction des Affaires Financières et Direction de l'Information Médicale

Globalement, le taux d'occupation et les produits perçus évoluent parallèlement, selon la même tendance. La proportionnalité n'est pas stricte. La perception des produits dépend du processus de facturation, des recouvrements et des mesures budgétaires gouvernementales éventuelles, telles que le dégel de la réserve prudentielle.

Il apparaît, en mars 2019, qu'il n'existe pas de solution de remplacement de l'activité du cadre, pendant ses périodes de formation, soit une semaine sur quatre. Certaines tâches, dont la validation des admissions dans le logiciel ViaTrajectoire©, ne sont alors pas remplies. **Une semaine sur quatre, aucune admission n'est prononcée.** ViaTrajectoire© est le logiciel public national d'aide à l'orientation personnalisée vers les établissements sanitaires, les établissements pour personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

5.2.2 L'admission : un processus complexe

Nous définissons l'admission comme le processus allant de la prise de connaissance de la demande d'admission du patient à son arrivée effective et à l'intégration initiale des données nécessaires à sa prise en charge. Les professionnels ont l'habitude de parler de « préadmission » pour désigner toutes les tâches qui sont faites avant l'arrivée effective du patient dans l'établissement. Dans ce cas, l'admission désigne uniquement les étapes allant de l'arrivée du patient à sa prise en soins réelle.

5.2.2.1 Les acteurs du processus d'admission

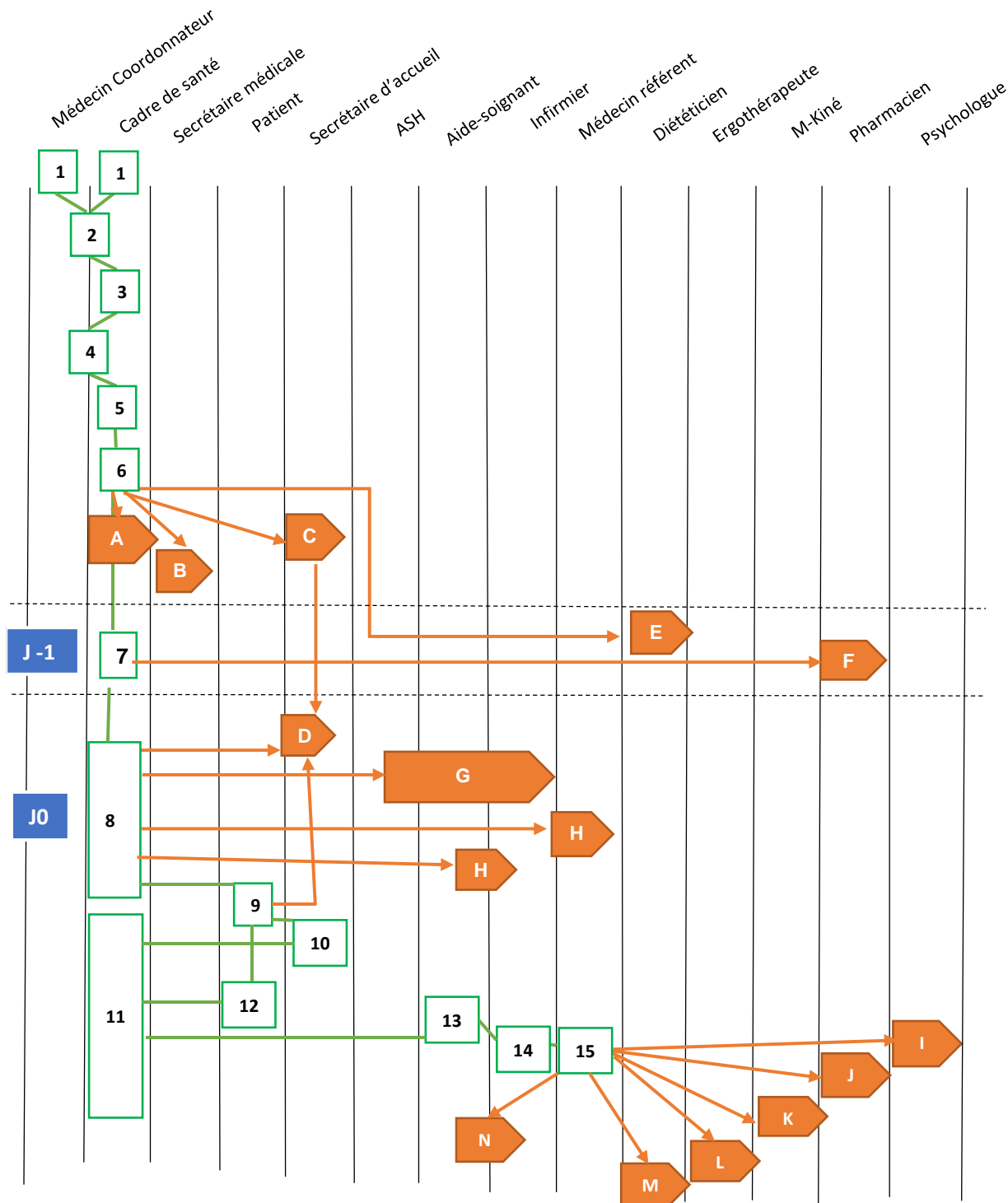
Le processus d'admission interne à l'établissement repose sur deux personnes centrales, qui sont des ressources critiques et non interchangeable, à savoir le responsable médical ou le médecin coordinateur et la cadre de santé. Après acceptation du patient, le secrétariat médical, le secrétariat d'accueil, puis le patient, l'aide-soignant, l'infirmier, l'agent des services hospitaliers, le médecin référent, le diététicien, ergothérapeutes, le masseur kinésithérapeute et le pharmacien participent au processus d'admission, à un moment ou un autre. Les étapes du processus sont détaillées dans l'encadré 18.

Encadré 18. Étapes du processus d'admission des patients

1. Réception de la demande
2. Etude de la demande
3. Demande d'informations complémentaires
4. Réexamen => Refus ou acceptation l'admission
5. Information du demandeur
6. Information des acteurs internes concernés
7. Demande de confirmation de l'admission au demandeur et recueil des informations actualisées sur l'état du patient, ses besoins en soins, en médicaments et dispositifs médicaux
8. Attribution d'une chambre au patient avant son arrivée
9. Arrivée à l'accueil, présentation des pièces administratives
10. Recueil les données administratives, activation du dossier ; information de l'arrivée du patient
11. Information de l'arrivée du patient
12. Arrivée dans sa chambre
13. Installation du patient
14. Entretien paramédical d'entrée et saisie des données dans le dossier médical
15. Consultation d'entrée et prescriptions des médicaments et des soins infirmiers, diététiques, ergothérapeutiques, psychologique et de rééducation.

La figure 18 détaille les acteurs en charge des différentes opérations du processus d'admission et les autres processus déclenchés à partir des étapes du processus d'admission.

Figure 18. Processus d'admission en 2019 et processus dépendant du processus d'admission



- Processus dépendant du processus d'admission**
- | | |
|---|---|
| A. Programmation des entrées et sorties | H. Organisation individuelle du travail du jour |
| B. Préparation du dossier médical | I. Prise en soins psychologiques |
| C. Préparation du dossier administratif | J. Dispensation de médicaments |
| D. Facturation | K. Prise en soins de rééducation |
| E. Commande des repas | L. Prise en soins de réadaptation |
| F. Approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux | M. Prise en soins diététiques |
| G. Préparation de la chambre | N. Prise en soins infirmiers et aides-soignants |

La phase de préadmission est cruciale. Elle requiert des compétences médicales, infirmières et organisationnelles. Elle a pour but de préparer la venue du patient. Pour cela, doivent être recueillies les données nécessaires tant administratives, telles que l'identité, la couverture sociale obligatoire et complémentaire, que médicales. Il est, en effet, important de connaître le motif de la demande d'admission, les traitements en cours, les pathologies intercurrentes et le niveau d'autonomie dans tous les actes de la vie quotidienne, afin d'assurer la fourniture des médicaments, du matériel et des soins nécessaires dès l'arrivée du patient. **L'organisation du circuit des informations de préadmission est d'autant plus compliquée que les acteurs impliqués sont multiples.** Une difficulté supplémentaire vient de l'accès réduit au logiciel ViaTrajectoire©, réservé uniquement au cadre et au médecin coordinateur. Ceux-ci doivent donc organiser la transmission des bonnes informations aux bonnes personnes, dans les délais requis. Les premiers dysfonctionnements identifiés dans le processus d'admission sont **l'absence d'accès aux informations pour les infirmiers et le pharmacien**, ce qui empêche l'anticipation de l'approvisionnement en médicaments et celle de la préparation des processus de soins.

Les prescripteurs de demandes d'admission en SSR, à savoir les médecins d'établissements de court séjour, et les personnes qui gèrent les entrées et sorties de ces établissements, sont également des acteurs du processus d'admission. En effet, d'une part, ils renseignent les informations, de manière plus ou moins juste, dans le formulaire de demande, et, d'autre part, ils s'enquière régulièrement de la décision du SSR d'admettre ou non leurs patients. Ils font régulièrement pression afin de pouvoir anticiper les mouvements dans leurs services, mais aussi et surtout pour « pousser » l'admission de leurs patients, afin de libérer des lits et de ne pas prolonger les durées de séjour. Le nombre d'appels téléphoniques quotidiens augmente avec l'approche de la période estivale car de nombreux établissements sanitaires de court séjour ferment des lits, voire des services, et cherchent des solutions de sortie pour leurs patients.

5.2.2.2 *Un processus majeur*

Le processus d'admission est crucial pour l'anticipation des entrées et la programmation de l'occupation des lits et des chambres. La qualité du processus d'admission conditionne la qualité des processus qui en dépendent, dans la mesure où le recueil des informations en préadmission permet de préparer les ressources et de coordonner les professionnels.

Les ressources nécessaires pour un patient donné peuvent se révéler inadaptées pour d'autres. Tout d'abord, le type de chambre dans lequel est accueilli le patient doit être adapté à son handicap et à son niveau de dépendance, en particulier dans la Clinique SSR où certaines chambres sont petites et ne permettent pas la circulation d'un fauteuil roulant. Ensuite, la grande majorité des patients arrive avec un traitement médicamenteux en cours. Comparé à un grand établissement sanitaire, la pharmacie de la Clinique SSR possède un stock faible et un nombre de spécialités limité, compte tenu de la grande variété des spécialités pharmaceutiques qui sont

sur le marché, à la fois hospitalier et de ville. **Le faible stock de la pharmacie intérieure met en péril la continuité des soins**, si l'approvisionnement en médicaments pour un patient donné n'a pas été anticipé. Ainsi, en janvier 2019, le pharmacien gérant explique que les informations sur les traitements arrivent trop tardivement à la pharmacie pour garantir l'approvisionnement avant l'arrivée du patient. **Dans certains cas, l'admission est reportée de 24 heures pour permettre à la pharmacie de se procurer les spécialités nécessaires.** Le retard de transmission des informations liées à l'admission peut donc être un frein à l'activité. Enfin, il est nécessaire d'anticiper les matériels qui vont être nécessaires à la prise en charge du patient. Par exemple, l'état de santé de certains patients requiert la location de matelas à air pour le traitement ou la prévention des escarres. La mobilisation de patients lourdement handicapés nécessite un matériel de levage spécialisé, que l'établissement ne possède pas. Pour certains patients, il est donc nécessaire de louer du matériel supplémentaire. Le choix des patients admis a donc des conséquences sur les charges variables dépensées par l'établissement. Ainsi, dès mars 2019, le comité de pilotage constate que l'admission de certains patients n'est pas adaptée aux ressources de l'établissement. À ce moment-là, il apparaît que le recrutement de certains patients « n'est pas le bon » du point de vue du rapport coût/prix de journée.

L'organisation du travail des différents professionnels du service de soins dépend aussi de la qualité du processus d'admission. La spécificité des compétences de chaque médecin nécessite d'équilibrer le profil des patients admis pour équilibrer la charge de travail entre les médecins présents. De plus, les profils des patients doivent être adaptés, si le médecin qui a des compétences en cancérologie part en vacances, si les médecins restants refusent de prendre en charge des patients atteints de pathologies cancéreuses, ce qui arrive régulièrement. La charge de travail des personnels paramédicaux doit aussi être prise en compte. Un grand nombre de patients ayant besoin d'aide pour leur toilette requiert plus de temps paramédical que le même nombre de patients, autonomes pour les soins d'hygiène. Il revient donc aux managers du service de soins, médecin coordinateur et cadre de santé, d'adapter le recrutement des patients aux capacités des équipes en place. Or, **le choix des patients admis se fait sous pression**, en particulier la première année. Les repreneurs ont une forte attente pour que soit donnée une **priorité à leurs patients**. Le **comité de coordination** s'enquiert, à plusieurs reprises, de la provenance des patients pour s'assurer d'un traitement équitable des deux repreneurs. De plus, les autres établissements d'amont prennent contact, parfois de manière répétée et régulière, avec la cadre de santé ou le médecin coordinateur pour obtenir une admission qui n'a pas encore eu lieu dans ViaTrajectoire©. La pression sur les lits d'amont conduit **les services de court séjour** à faire plusieurs demandes d'admission dans différents établissements. *In fine*, de nombreuses admissions, acceptées par la Clinique SSR, sont annulées la veille ou le jour de l'admission, et **le patient est orienté vers un autre établissement**. Meyssonier (2012) constate que la gestion opérationnelle des activités de services nécessite la gestion des pointes d'activité, car,

contrairement à l'industrie par exemple, il n'est pas possible de stocker la production pour faire face aux demandes variables et imprévisibles. Cette gestion conditionne le résultat économique.

Durant le deuxième trimestre 2019, certains éléments relevés par les directrices des soins ou portés à la connaissance du comité opérationnel, conduisent à un constat de défaillance, d'insuffisance de présence sur le terrain de la cadre de santé. L'hypothèse qui est alors posée est une mauvaise gestion du temps, c'est-à-dire, une mauvaise répartition entre tâches administratives et management des personnels, En juillet 2019, le courrier de la famille d'un patient exprime une plainte sur la qualité la prise en charge, voire sur de sérieux manquements. L'hypothèse évolue donc vers un problème de manque de connaissance de la part la cadre de santé, devant plusieurs témoignages relatant un manque de management. Or, le cadre de santé, en particulier dans une petite structure comme la Clinique SSR, coordonne la très grande majorité des activités des personnels de santé, y compris médicaux, et toutes les informations liées à la prise en charge. Plusieurs auteurs, tels que Detchessahar et Grevin (2009) ou Zardet et *al.* (2011), soulignent le rôle central du cadre de santé dans l'organisation du travail des unités hospitalières et les difficultés que cette organisation rencontre. Kletz et Moisdon (2015) constatent que le système de tarification à l'activité nécessite d'être alimenté en informations. Ils montrent en quoi l'absence de cadres ou leur moindre connaissance des patients hospitalisés peut être problématique. Le cas de la Clinique SSR nous montre que l'absence physique d'un cadre de santé pose des problèmes d'organisation, avec des impacts sur les processus de soins en aval de l'admission. Il montre aussi que l'absence de mesure de la charge du travail, du cadre de santé comme des autres professionnels, a des conséquences dommageables pour de nombreux processus de soins.

Le choix des patients a un impact direct sur les recettes et les coûts de l'établissement, à la fois pour le choix individuel du profil d'un patient et pour la constitution d'un groupe de patients à un moment donné. Il apparaît donc important que la programmation des entrées et sorties soit suivie, à l'aide d'un outil fiable et adapté aux besoins. En octobre 2019, nous constatons que le tableau de bord opérationnel, constitué par l'outil de suivi de la cadre de santé et amélioré sur la demande du comité de pilotage, est incomplètement renseigné. Le pilotage des admissions, et donc de l'occupation, se fait à partir de données fausses. Ce constat permet de comprendre, en partie, les malentendus du fait de l'écart de perception sur le taux d'occupation entre l'encadrement soignant et la direction des affaires financières.

Cette prise de conscience conduit l'encadrement et le comité opérationnel à chercher de nouvelles adaptations du processus, qui permettent sa fiabilisation.

5.2.3 Les adaptations successives du processus d'admission

Les adaptations successives ont pour but, à la fois, d'améliorer les informations reçues par la direction pour le pilotage de l'établissement et de permettre un meilleur pilotage opérationnel du

service de soins par l'encadrement soignant. Les mises en place successives d'indicateurs sont décrites ici ainsi que les changements consécutifs au contrôle des admissions.

5.2.3.1 La mise en place d'indicateurs

Des indicateurs opérationnels sont utilisés par la cadre de santé depuis plusieurs années, lorsque l'établissement est repris. Cependant, **elle ne communique pas ces indicateurs**. La gouvernance demande progressivement à la cadre de santé de suivre et de communiquer des indicateurs identifiés comme nécessaires au pilotage économique de la Clinique SSR. Nous présentons, dans l'ordre chronologique, les indicateurs mis en place et communiqués en dehors du service de soins.

Dès février 2019, le nombre de lits occupés quotidiennement doit être communiqué chaque semaine à la direction des affaires financières. Ces données ont un intérêt économique pour la direction des affaires financières et un intérêt opérationnel pour la cadre de santé. Elle l'utilise pour programmer les entrées. De plus, elle suit et trace les dates prévisionnelles et réelles d'entrée et de sortie, le mode de sortie (retour à domicile, transfert vers un établissement pour personnes âgées ou décès). Elle trace également la provenance des patients. Les résultats de ce dernier indicateur sont demandés par l'agence régionale de santé lors de la visite d'autorisation de septembre 2019.

Le suivi par la direction des affaires financières des charges variables conduit à identifier les transfusions comme un poste de coûts sans contrepartie de recettes. Ce sont surtout des patients atteints de pathologies cancéreuses qui en ont besoin. Par conséquent, il est demandé que soit suivi et communiqué le profil pathologique principal qui justifie l'entrée du patient en service de soins de suite et de réadaptation. Trois catégories sont identifiées : les pathologies orthopédiques ou traumatiques, les motifs de médecine polyvalente et les pathologies cancéreuses. Un nouvel indicateur doit être communiqué par la cadre de santé : le nombre de journées réalisées par profil, chaque semaine. Sont également mis en place le suivi du délai d'admission du patient après la demande et le nombre d'admissions par rapport au nombre de réponses favorables données dans ViaTrajectoire©, ainsi que le suivi des motifs d'annulation d'entrées. En effet, une des explications fournies pour la difficulté à augmenter le taux d'occupation est le nombre important d'annulations d'entrées au dernier moment. La découverte des indicateurs déjà suivis par la cadre de santé est une surprise pour la gouvernance et conduit la direction des soins et la direction des affaires financières à demander la communication de ces éléments, qui permettent d'évaluer approximativement la qualité de la prise en charge, la charge en soins et les partenaires stratégiquement les plus intéressés par le fonctionnement de la Clinique SSR. En effet, pour la cadre de santé il est important de connaître la provenance d'un patient pour savoir quel établissement joindre pour un complément d'informations. Pour la gouvernance, il est important de savoir quels établissements adressent quels types de patients et dans quelle proportion, afin

de développer éventuellement la relation ou de diversifier les partenaires d'amont. **Il apparaît donc que des indicateurs opérationnels, qualitatifs et quantitatifs, peuvent également être des indicateurs stratégiques, à condition qu'ils soient communiqués à la direction.**

5.2.3.2 Les changements consécutifs au contrôle des admissions

L'identification de dysfonctionnements liés au processus d'admission donne lieu à de multiples actions correctives. Le tableau 36 décrit chronologiquement les améliorations mises en place en regard des dysfonctionnements identifiés.

Le suivi du tableau de pilotage, constitué par la cadre de santé, ne suffit pas à assurer un remplissage suffisant des lits d'hospitalisation. Les actions correctives successivement mises en place, pendant l'année 2019, ne permettent pas d'atteindre un niveau satisfaisant d'occupation. **Les causes identifiées pour les dysfonctionnements** s'avèrent de plus en plus difficiles à corriger. Il apparaît finalement qu'elles sont complexes, car elles sont **dues à la fois à des caractéristiques de fonctionnement interne et au fonctionnement des établissements d'amont**. Toutes les variables ne sont pas maîtrisables par l'encadrement. Les variables du fonctionnement interne sont, par exemple, le nombre de lits d'homme ou de femme disponibles, la présence concomitante de la cadre de santé et d'un médecin pour valider les admissions, l'heure de validation des admissions, les compétences des médecins présents pendant la période, le nombre et les compétences des soignants présents un jour donné, le nombre de médecins présents un jour donné ou la possibilité d'approvisionnement en médicaments.

L'outil de suivi des entrées et sorties, créé par la cadre de santé, se révèle être une source d'informations précieuses, tant du point de vue opérationnel que stratégique. L'augmentation du nombre d'indicateurs suivis, à la demande de la gouvernance, apporte des informations complémentaires, qui permettent d'améliorer le processus d'admission et le suivi de l'occupation, par petites touches. La commission d'admission anticipe mieux le nombre d'entrées et de sorties par jour, le type de pathologie et équilibre la charge de travail quotidienne. C'est un **outil d'apprentissage** pour l'encadrement soignant et pour la direction.

Tableau 36. Améliorations successives du processus d'admission

Date	Dysfonctionnements	Actions correctives
févr-19	Absence d'indicateur d'activité	Communication hebdomadaire d'un fichier de suivi des mouvements par la cadre à la direction financière
févr-19	Demandes d'admission sans rapport avec les compétences de l'établissement	Modification des caractéristiques de l'établissement dans ViaTrajectoire©
mars-19	Manque d'informations sur les mouvements de patients, les établissements d'origine, le mode de sorties (EHPAD, domicile, décès)	Amélioration et partage du tableau de suivi informatique, créé et utilisé par la cadre de santé pour programmer les entrées et les sorties
mars-19	Temps d'approvisionnement en médicaments pour les "patients complexes" insuffisant	Priorisation des entrées des "patients complexes" le mardi, mercredi et jeudi Organisation d'une commission d'admission (médecin, cadre, pharmacien)
avr-19	Nombre de lits occupés insuffisant	Étude en groupe de travail et plan d'actions Mise en place d'un comité de pilotage mensuel dédié au suivi de l'activité
mai-19	Augmentation des coûts d'hospitalisation sans contrepartie de recettes (transfusions, médicaments) Plaintes des services des repreneurs sur les délais de réponse et les délais d'admission	Envoi hebdomadaire d'un tableau de bord avec le nombre de journées réalisées par profil pathologique (orthopédie, oncologie, polyvalent), délai d'admission, nombres d'admission/nombre de demandes, motifs d'annulation des demandes
mai-19	Faible facturation des chambres particulières => manque à gagner	Mise en place d'un groupe de travail pour améliorer la coordination des admissions, des attributions de chambres et informations pour facturation
juin-19	Manque de transmissions des informations du cadre de santé vers les autres professionnels	Réorganisation du flux d'entrée des patients Transfert de tâches de la cadre vers le service administratif => réorganisation des horaires des secrétaires d'accueil
juil-19	Absence de validation régulière des admissions Absence d'implication des médecins dans les admissions Taux d'occupation insuffisant	Mise en place d'une commission d'admission quotidienne avec cadre et médecin coordinateur
oct-19	Mauvaise gestion des chambres particulières : plaintes des patients, des familles et des établissements d'amont	Mise en place d'un appel la veille de l'entrée pour mettre à jour les informations relatives aux patients
mai-21	Produits des chambres particulières insuffisants par rapport au potentiel Dossiers administratifs incomplets pour la facturation	Réorganisation de l'équipe administrative. Création d'un poste de secrétaire d'admission dédié à la vente de chambres particulières

Chaque semi-réussite montre que ce processus est critique, dans la mesure où le taux d'occupation cible n'est qu'exceptionnellement atteint et que les conséquences économiques qui y sont directement liées sont importantes.

5.2.4 Une dégradation de l'utilisation de l'outil de planification

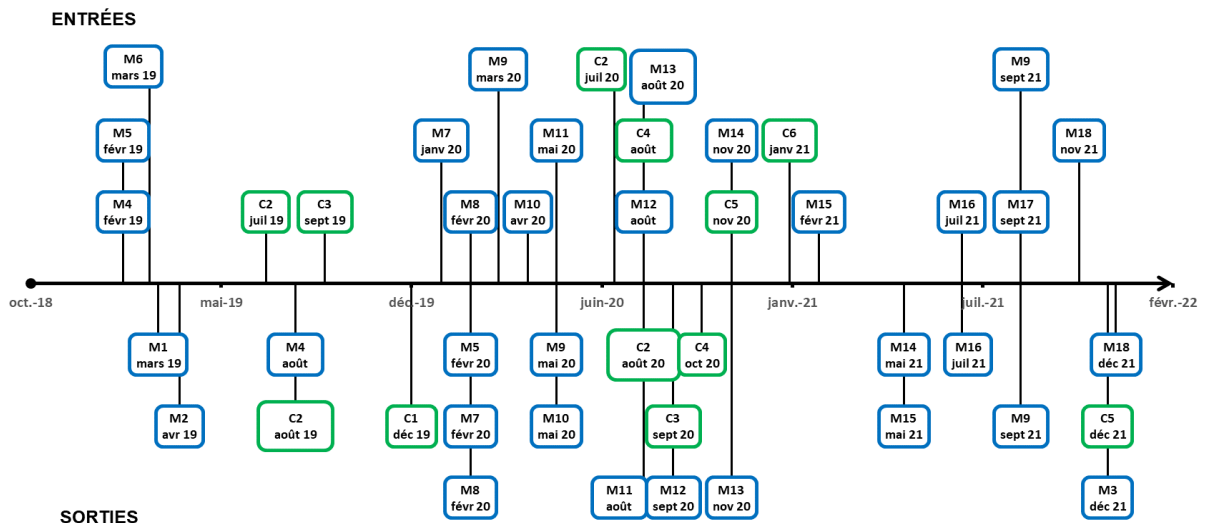
L'outil de suivi des entrées et sorties, qui sert de tableau de bord à l'encadrement soignant et à la gouvernance, est progressivement laissé de côté par l'encadrement paramédical. Nous identifions deux causes majeures : la rotation des acteurs critiques du processus d'admission et les contraintes de cet outil informatique.

5.2.4.1 La rotation des acteurs critiques

Les acteurs nécessaires pour instruire les demandes et prendre les décisions d'admission sont le médecin coordinateur et la cadre de santé. Par conséquent, la rotation du personnel d'encadrement médical et paramédical peut rapidement désorganiser le processus d'admission. En l'absence de médecin coordinateur, d'autres médecins peuvent décider des admissions, mais, pour cela, ils doivent posséder les compétences leur permettant d'évaluer l'état de santé et de dépendance du patient, ainsi ce que peut lui apporter son séjour dans l'établissement. Cette polyvalence est rare, dans la mesure où les compétences en oncologie doivent être à jour des prises en charge thérapeutiques actuelles.

La figure 19 montre les nombreux changements de médecins et de cadres de santé dans la Clinique SSR entre janvier 2019 et décembre 2021. Chaque étiquette représente un mouvement et porte la date où le mouvement a lieu. Les étiquettes entourées de bleu font référence aux médecins, les étiquettes entourées de vert concernent les cadres de santé. Chaque individu est identifié par un code unique, fait d'une lettre, M pour les médecins, C pour les cadres, et d'un chiffre.

Figure 19. Mouvements de médecins et de cadres de santé entre janvier 2019 et décembre 2021



l'organisation en place car il fait disparaître certaines routines et processus bien établis. Le chargement de médecin-coordonateur perturbe en plus le processus d'admission. En février 2019, le médecin spécialisé en rééducation et médecin coordinateur historique quitte l'établissement. Il est remplacé par un médecin extérieur, qui connaît la réadaptation mais ne connaît ni l'oncologie ni l'établissement. Il lui faudra quelques semaines pour se familiariser avec le fonctionnement de l'établissement. Les tensions à l'intérieur de l'équipe médicale font partir ce médecin, dès le mois d'août 2019. Par la suite, il n'est pas obtenu de réel consensus sur la politique médicale des admissions. En novembre 2019, la cadre de santé explique qu'il n'y a pas de pilotage médical réel. Les lits sont gérés par un médecin, qui ne travaille qu'à temps partiel, ce qui pose problème. Sur une grande partie de la période étudiée, **l'opposition des médecins à la polyvalence sur les trois profils de pathologie et les désaccords sur la gestion des admissions, ont pour conséquence la limitation du nombre d'entrées et le taux d'occupation en dessous de l'objectif.**

Comme nous l'avons vu, les absences de la cadre de santé ne sont pas remplacées. En son absence, les admissions ne sont pas prononcées, au moins pendant les deux premières années d'observation. Ensuite, le médecin coordinateur prononce seul les admissions, quand nécessaire. La rotation du personnel d'encadrement paramédical génère également une instabilité du suivi des processus et des indicateurs de pilotage. Entre janvier 2019 et décembre 2021, le poste de cadre voit six arrivées et six départs, pour un seul équivalent temps plein. Chaque nouveau cadre doit apprendre à connaître les variables qui déterminent les admissions. De plus, comme il n'existe pas d'évaluation quantifiée de la charge en soins, le cadre doit affiner son évaluation intuitive de la charge en soins paramédicaux, pour évaluer avec pertinence la capacité du service à prendre en charge de nouveaux patients lourds ou non.

La rotation des personnels d'encadrement soignant diminue donc la qualité du processus d'admission. La vulnérabilité devient majeure pour le service d'hospitalisation lorsque le médecin coordinateur et le cadre de santé changent ou sont absents en même temps. La forte rotation de ses personnels dans la Clinique SSR permet d'expliquer, en partie, les difficultés à maintenir un taux d'occupation satisfaisant. L'observation des relations et des pressions au sein de l'encadrement soignant et de l'équipe médicale montre que les oppositions au changement mises en place par les médecins ont des conséquences visibles plus importantes pour la performance des établissements, dans la mesure où ils sont décisionnaires, ou, au moins, très influents, sur le processus d'admission et sur le processus de sortie.

5.2.4.2 *Un outil de gestion non SIOFHIS rendant l'organisation vulnérable*

L'outil de suivi des entrées et sorties est progressivement abandonné par les cadres de santé qui se succèdent. En août 2020, lors d'un bilan d'étape avec une cadre de santé arrivée depuis peu, nous constatons que l'outil de gestion n'est pas renseigné et que la cadre

remplaçante ne travaille qu'avec des supports papier. Elle nous explique qu'elle a de grosses difficultés avec tout ce qui relève de l'informatique et, en particulier, avec le logiciel Excel. Nous la formons, lui expliquons l'essentiel, qui lui permettra de suivre les prévisions d'occupation. Elle ne parvient pas à utiliser cet outil et n'en voit pas l'intérêt. Il lui prend trop de temps par rapport au bénéfice qu'elle en tire effectivement.

L'infirmière, jusque-là aide de la cadre de santé, qui prend le poste de cadre en suivant, utilise cet outil de manière épisodique. Elle n'en informe personne. Les indicateurs calculés à partir de cet outil s'avèrent faux sur plusieurs mois. Il s'avère que le directeur utilise un indicateur calculé manuellement tous les matins par l'aide-comptable pour suivre le taux d'occupation. Pour les autres données, le nombre d'entrées, le nombre de sorties, les modalités de sortie et les établissements d'amont, il trouve d'autres moyens de se procurer afin de ne pas dépendre de l'outil de la cadre de santé. Il fait établir ces indicateurs par la technicienne d'information médicale sur la base du dossier patient informatisé. Pour sa part, l'infirmière faisant fonction de cadre suit le nombre de lits vacants, les dates prévisionnelles d'entrée et de sortie et les réservations de chambres particulières manuellement. Ces données, réparties sur deux supports papier, l'agenda de la cadre de santé et l'agenda du service, sont essentiellement utilisées par le médecin coordinateur, la cadre de santé et, parfois, par la secrétaire médicale. Les informations des deux supports divergent régulièrement. Des erreurs de date d'admission se produisent à plusieurs reprises : des patients attendus ne se présentent pas et des patients se présentent alors que leur chambre n'est pas prête et, parfois, il n'y a pas de chambre adaptée pour eux.

Une modification du processus d'admission intervient avec la délégation à la secrétaire médicale du suivi des entrées et sorties. Celle-ci établit un fichier Excel avec les informations afférentes aux patients qui entrent et sortent pour chaque jour. Un dossier est constitué pour chaque mois. Il est accessible sur un dossier partagé, commun entre tous les membres du service de soins et tous les membres du service administratif. De son côté, le directeur utilise des indicateurs qui ne sont pas centralisés dans un tableau de bord mais rassemblés par lui. Le suivi du taux d'occupation est réalisé manuellement par la responsable administrative. Le suivi de la provenance et de la destination des patients sont extraits du dossier patient informatisé, par la technicienne d'information médicale. Ces informations ne sont communiquées qu'au directeur de site.

Il apparaît donc que l'outil de gestion des entrées et sorties est opérationnel et fonctionnel mais les informations ne sont pas humainement intégrées et stimulantes pour les différentes personnes qui devraient l'utiliser. Le caractère « humainement intégré et stimulant » dépend donc de l'utilisateur de la part du système d'informations considérée. La conséquence est son abandon progressif, sans que la question de l'utilité de son amélioration ou de son remplacement ne soit posée.

L'outil de gestion qui permettait de connaître le profil des patients, d'anticiper l'occupation et, dans une certaine mesure, la charge de travail, est finalement remplacé par un outil qui comporte un peu plus d'informations individuelles sur les patients, mais qui ne synthétise pas ces données pour projeter le taux d'occupation et la nature de l'occupation globale, présente et à venir. **Les indicateurs collectés par le directeur de site sont des indicateurs de la réalité *a posteriori*. Ils n'ont pas la qualité proactive qu'ils auraient s'ils étaient utilisés par les décisionnaires de la commission d'admission.**

Conclusion

L'étude de l'outil de gestion des entrées et sorties de patients montre les liens entre les décisions opérationnelles et les conséquences stratégiques. L'abandon de cet outil fait apparaître des conséquences majeures sur les dépenses et les recettes du service de soins. L'absence de visibilité, objectivée sur le nombre de patients par secteur et par type de pathologie, conduit à des décisions d'admission moins adaptées à la situation, qui détériorent l'organisation et la qualité des soins. Les erreurs sur les dates d'admission entament la crédibilité de l'établissement aux yeux des établissements d'amont et dégradent la qualité de l'accueil des patients et des familles. La qualité des informations et la qualité de leur circulation sont donc essentielles pour le bon fonctionnement de l'établissement.

La manière dont les différents cadres de santé intègrent ou non certaines informations montre que la conception que les acteurs ont spontanément de la stratégie est différente de l'un à l'autre. Marcon et *al.* (2008) observent que les diverses missions des établissements de santé se réalisent au moyen de multiples processus en interaction les uns avec les autres. Ils soulignent que les différents enjeux, politiques, économiques et professionnels, peuvent être en contradiction avec les enjeux sanitaires. Les personnes qui décident des admissions peuvent être confrontées aux mêmes contradictions entre la pression économique du taux d'occupation à maintenir, la pression des services des repreneurs pour prendre des patients et la réalité des compétences et des moyens disponibles à leur disposition. L'outil de gestion peut permettre d'arbitrer entre ces différents enjeux, quand il est partagé et qu'il est constitué d'indicateurs utiles, c'est-à-dire opérationnels et fonctionnels, humainement intégrés et stimulants. Il permet, de plus, d'articuler les décisions opérationnelles et stratégiques par la circulation d'informations ciblées, fiables et intégrées.

5.3 La certification de l'établissement par la Haute Autorité en Santé

Tout établissement de santé est soumis à la démarche de certification par la Haute Autorité en Santé périodiquement. Pour la Clinique SSR, la visite de certification a lieu en décembre 2021. La préparation se caractérise par une mobilisation pluriprofessionnelle, qui permet d'impulser une dynamique commune pour réussir la certification. Au sein des groupes de travail, des échanges nombreux et constructifs conduisent à la prise de décisions qui améliorent la prise en charge quotidienne des patients et les conditions de travail. Pendant l'année qui suit la visite de certification, la dynamique s'estompe rapidement.

Nous présentons la situation de gestion puis décrivons le déroulement de la démarche de certification. Nous montrons les signes de la dynamique d'amélioration puis analysons le résultat en demi-teinte obtenu.

5.3.1 Le contexte réglementaire et les enjeux de la certification

Le code de la santé publique établit l'obligation de certification par la Haute Autorité en Santé, pour tous les établissements de santé publics et privés. Le but est d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins grâce à une procédure externe d'évaluation (Article L6113-3). Cette procédure vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement où, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activité d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Dans le cas de la Clinique SSR, la certification porte sur un établissement qui a modifié son activité, son organisation et dont les salariés ont été largement renouvelés. De plus, la version d'évaluation change. La précédente certification de l'établissement a eu lieu en 2017 avec le référentiel V2014. La visite initialement prévue en 2020 est reportée à cause de l'épidémie de COVID-19 et la visite a effectivement eu lieu en décembre 2021, suivant le nouveau référentiel, V2020.

Les enjeux de la certification sont de trois ordres, de l'ordre de la santé publique, de l'ordre des pratiques recommandées puis évaluées dans l'ensemble des établissements et un enjeu fort pour chaque établissement. Par le biais de la certification, **les enjeux nationaux de santé** définis dans la stratégie nationale de santé pour 2018 à 2022, par le ministère des solidarités et de la santé, sont rappelés aux établissements, qui sont évalués sur ces axes. Pour les établissements de santé, les objectifs fixés sont de préserver l'efficacité des antibiotiques, améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations, développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et réaffirmer la place des citoyens dans le système de santé et associer les citoyens à la gouvernance du système de santé. Pour les établissements, **le manuel de certification** (HAS, 2020) **définit les objectifs et les buts à**

poursuivre. Il s'agit de développer l'engagement du patient dans la vie de l'établissement, renforcer la culture de l'évaluation, de la pertinence et du résultat, développer le travail en équipe et adapter la démarche aux évolutions du système de santé. Le résultat de la visite de certification est un enjeu important pour chaque établissement. Sur le plan externe, **les résultats de la visite de certification sont communiqués à la tutelle**, qui décide des autorisations d'exercice, des tarifs annuels et des attributions de fonds pour les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation. De plus, les résultats sont **publiés sur le site Internet de la Haute Autorité en Santé**, ce qui a un impact sur la réputation de l'établissement et son attractivité pour les patients et les salariés. Du point de vue **interne**, la démarche de certification peut être une opportunité d'amélioration de la qualité. Elle peut être utilisée comme **un levier managérial pour adapter le management de la qualité et de la gestion des risques et les pratiques professionnelles**. Enfin, cette évaluation externe, portée à la connaissance de la gouvernance, est souvent perçue, et utilisée, comme une évaluation du travail de l'encadrement et de la direction de site.

Nous posons l'hypothèse que la contrainte forte que représente la certification des établissements de santé a mobilisé les acteurs de la Clinique SSR alors que la perception de la menace pour la survie n'y est pas parvenue. Ceci pose la question de savoir s'il y a une réelle perception de menaces pour la survie de la part de la gouvernance et des acteurs de l'établissement.

5.3.2 La démarche de certification

La démarche de certification suit une méthodologie définie, identique pour tous les établissements sanitaires. Nous voyons maintenant quelles sont les modalités suivies par la Haute Autorité en Santé et quels dispositifs sont mis en place par l'établissement.

5.3.2.1 Les modalités de certification par la Haute Autorité en Santé

Les modalités de la certification sont décrites dans différents documents de référence, produits par la Haute Autorité en Santé. Ces documents sont mis à jour pour chaque nouvelle version de la démarche. Le manuel de certification décrit l'ensemble de la démarche et les outils qui sont mis à disposition des experts-visiteurs et des établissements. Il est paru en octobre 2020 pour la version en vigueur. En même temps, sont sortis le référentiel de certification, qui comportent les critères d'évaluation, des fiches pratiques, des fiches pédagogiques et des outils de communication à destination des patients, des salariés et du public. L'évaluation pour la V2020 est organisée autour de trois axes : le patient, les équipes de soins et l'établissement de santé.

Trois mois avant la date de certification, un ensemble de documents est déposé par l'établissement sur une plate-forme dédiée. Ils servent de base de préparation du programme d'évaluation pour l'équipe d'experts-visiteurs. Il s'agit du projet d'établissement, de la politique du management de la qualité et de la gestion des risques, de la procédure de plan blanc, du contrat

pluriannuel d'objectifs et de moyens, du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, du bilan des déclarations d'événements indésirables, de l'organigramme hiérarchique et fonctionnel, du bilan de la commission des usagers et du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La visite de certification est réalisée par un groupe d'experts-visiteurs, tous professionnels de santé, formés par la Haute Autorité en Santé. Dans le cas de la Clinique SSR, trois experts-visiteurs ont évalué l'établissement pendant une visite de trois jours. Ils suivent un calendrier, préalablement proposé et discuté avec l'établissement. À la fin de la visite, les experts-visiteurs restituent leurs observations à la gouvernance puis aux salariés. Le rapport de visite, écrit par les experts-visiteurs, est envoyé à l'établissement, dans les deux semaines qui suivent. La décision du niveau de certification est prise et communiquée par la commission de certification des établissements de santé. Le tableau 37 présente les quatre niveaux de certification et la manière dont la démarche continue en fonction du niveau.

Tableau 37. Niveaux de certification possibles pour un établissement de santé et suite de la démarche de certification en fonction du niveau

Niveau de certification	Suite de la démarche
Etablissement certifié avec la mention 'Haute qualité des soins »	Nouvelle visite sous 4 ans
Etablissement certifié Qualité des soins confirmée	Nouvelle visite sous 4 ans
Etablissement certifié sous conditions Qualité des soins à améliorer	Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois après la décision
Etablissement non certifié Qualité des soins insuffisantes	Visite reprogrammée entre 12 et 24 mois après la décision

D'après Haute Autorité en Santé, 2020

5.3.2.2 Les dispositifs de préparation mis en place par l'établissement

Au sein de l'établissement, la démarche de certification est pilotée par le directeur de site. L'ensemble des groupes de travail est coordonné par la référente qualité. Le directeur qualité et deux chefs de projet de la cellule qualité du Centre Anticancer sont mobilisés, en plus de la référente qualité de l'établissement, pour préparer au mieux la venue des experts-visiteurs.

Une première réunion est organisée avec l'encadrement et les salariés, pour expliquer la démarche et commencer la formation à la méthodologie qui va être suivie. Des groupes de travail sont organisés autour de sept thèmes. L'objectif de chaque groupe pluriprofessionnel est d'établir une cartographie des risques et de décider quelles actions doivent être mises en place ou

modifiées au regard de chaque risque. Toutes les actions, opérationnelles, tactiques ou stratégiques, sont incluses dans un plan d'actions, qui comporte des objectifs, les actions d'amélioration, un pilote, une date de mise en œuvre et un état d'avancement régulièrement mis à jour. Le directeur de site est présent dans presque tous les groupes de travail. Certains points particuliers sont évalués par des auditeurs « externes », les qualitiens du Centre Anticancer, afin d'identifier les dysfonctionnements des processus qui vont être évalués dans le service de soins, auprès des professionnels par les experts visiteurs.

Malgré les vagues de COVID-19 successives, les professionnels de terrain se mobilisent pour participer aux groupes de travail.

5.3.3 Une réelle dynamique d'amélioration

La mobilisation, soutenue et régulièrement encouragée par la référente qualité et le directeur de site, permet des réalisations conséquentes, en qualité et en volume.

5.3.3.1 Une mobilisation réelle

La charge de travail, l'absentéisme et la rotation du personnel occupent beaucoup les soignants et leur encadrement. Pour maintenir un niveau de mobilisation suffisant, le directeur de site décide de consacrer deux comités de direction par mois à la certification. De nombreuses réunions de travail sont organisées entre le directeur et la responsable qualité. Les stratégies de mobilisation portent leurs fruits. 131 personnes participent aux 16 réunions de travail organisées. Le tableau 38 détaille les thèmes, le nombre de réunions et le nombre de personnes qui ont participé à chaque groupe de travail.

Les tentatives d'organiser les groupes de travail fin 2020 et début 2021 se heurtent au manque de personnel et à la charge de travail très importante, notamment du fait des vagues et clusters de COVID-19. De nombreuses réunions programmées sont annulées. Le travail avec les personnels soignants ne commence qu'en septembre 2021, soit trois mois avant la visite. Nous constatons que, parmi les personnels qui participent au groupe de travail, seuls 14 % sont des personnels paramédicaux. Seuls des aides-soignants et des infirmiers qui connaissent bien le fonctionnement du service, peuvent apporter des informations pertinentes sur certains thèmes. Le fort taux de rotation de ces personnels limite le nombre de personnes qu'il est possible de mobiliser. Les personnels d'encadrement et le directeur représentent plus de la moitié des participants aux groupes de travail. Sur certains thèmes, des personnes extérieures à l'établissement se joignent à la réflexion, telles que le médecin hygiéniste, des personnels experts des services supports ou les représentants des usagers.

Tableau 38. Réunions des groupes de travail préparatoires à la certification par thème

Thème	Nombre de réunions	Date	Nombre de personnes présentes	Nb personnel non soignant NAEDV	Nb Personnel paramedical NAEDV	Nb Personnel d'encadrement	Nb Directeurs
Dossier patient	2	juil.-21	12	5	3	3	1
		oct.-21	11	4	0	6	1
Droit des patients	1	juin-21	12	3	3	3	1
Gestion du risque infectieux	3	juin-21	10	2	2	4	1
		août-21	7	1	0	4	1
		oct.-21	8	1	0	5	1
Gestion du système d'information	2	oct.-21	8	0	0	3	1
		nov.-21	9	0	0	3	1
Management de la prise en charge médicamenteuse	3	mai-21	6	1	1	3	1
		juin-21	7	0	3	4	0
		oct.-21	7	1	0	5	1
Parcours du patient	2	juil.-21	7	2	2	3	0
		sept.-21	9	2	1	5	1
Qualité de vie au travail	3	sept.-21	9	4	2	2	0
		nov.-21	7	3	1	2	0
		nov.-21	4	0	0	2	1
Total	16		133	29	18	57	12
%				22%	14%	43%	9%
Moyenne	2,3		8,3	1,8	1,1	3,6	0,8

La démarche de certification est également l'occasion d'un **effort d'autoévaluation inédit** pour cet établissement. En trois mois, 10 audits externes sont conduits. **Tous les résultats obtenus sont immédiatement communiqués au personnel, à l'encadrement et à la direction.** Le tableau 39 présente les audits externes par thème et le nombre de personnes présentes lors des audits et de la restitution des résultats.

Tableau 39. Dispositifs d'audits d'évaluation du parcours patients

Thème	Date	Nombre de personnes présentes	Nb personnel non soignant NAEDV	Nb Personnel paramédical NAEDV	Nb Personnel d'encadrement	Nb Directeurs
Audit Parcours traceur	nov.-21	5	0	1	4	0
Audit Système Coordination territoriale	nov.-21	6	0	0	5	1
Audit Système Leadership	nov.-21	6	0	0	5	1
Audit Patient traceur 1	sept.-21	4	0	1	3	0
Audit Patient traceur 2	oct.-21	5	0	2	3	0
Audit Patient traceur 3	oct.-21	7	0	2	4	0
Audit Patient traceur 9	nov.-21	7	0	2	3	0
Audit Traceur ciblé Circuit médicament	nov.-21	8	0	2	4	1
Audit Traceur ciblé Médicament	nov-21	8	0	2	4	1
Audit Traceur ciblé Infections Associées aux Soins	oct-21	6	0	0	3	1
TOTAL		62	0	12	38	5
%			0%	19%	61%	8%
Moyenne		6	0	1	4	<1

Les dispositifs d'évaluation organisés et le nombre de participants montrent qu'il est possible de mobiliser les personnels de la Clinique SSR et d'obtenir des réalisations collectives conséquentes.

5.3.3.2 Des réalisations conséquentes

Les sept thèmes traités en **groupe de travail pluriprofessionnels** permettent de créer **six fiches de processus**. La variété des acteurs présents permet de prendre en compte toutes les étapes du processus dans l'analyse des risques. L'établissement de cette **cartographie des risques** donne lieu à une priorisation des risques à traiter, puis à **sept plans d'actions**, définis à partir d'objectifs à atteindre pour chaque risque identifié. Chaque objectif est décliné en actions, avec un pilote, une date de début, une date de fin, une échéance prévue, une échéance réelle et un état d'avancement.

Nous classons ces actions décidées en groupe de travail en six catégories. Des modifications matérielles sont apparues comme nécessaires. Il s'agit d'achat de matériel ou de modification des supports d'affichage, par exemple. Des **modifications du système d'informations formel** ont été décidées, avec l'achat d'un **logiciel de gestion documentaire**, la modification du **paramétrage de certains logiciels métiers déjà installés** et **l'écriture de procédures**. Des actions de formation ont été décidées, afin d'assurer une montée en compétences des personnels ou de prévoir des actions de re sensibilisation aux bonnes pratiques soignantes. Des actions de communication-coordination-concertation ont également été décidées, en dehors des circuits formels du système d'informations. Enfin, un besoin d'actions d'évaluation et d'audit a été

identifié. Le tableau 40 présente le nombre d'objectifs fixés pour chaque thème, ainsi que le nombre d'actions décidées selon les six axes qui viennent d'être définis.

Tableau 40. Objectifs et actions décidés par les groupes de travail thématiques pour la certification

Thèmes	Nombre d'objectifs fixés	Nombres d'Actions décidées							Etat d'avancement de le MEO des actions		Fiche de processus établie
		Modification s matérielles	Modification s du SI formel	Modification s de procédure déjà appliquées	Formations	3C informelle	Evaluations	TOTAL	Nombre d'actions Réalisées	Nombre d'actions en cours	
Management de la Qualité et de la Gestion des Risques	13	1	9	5	3	3	3	24	11	12	oui
Dossier patient	16	5	10	2	7	1	2	27	5	22	oui
Droits des patients	16	4	9	0	9	0	4	26	16	10	oui
Parcours patient	22	4	17	5	11	4	6	47	7	40	oui
Gestion du risque infectieux	11	4	0	8	8	1	8	29	11	18	oui
Prise En Charge Médicamenteuse	18	7	9	1	12	3	2	34	5	29	oui
Gestion du Système d'Information	4	0	3	0	1	0	0	4	0	4	non
TOTAL	100	25	57	21	51	12	25	191	55	135	
%		13%	30%	11%	27%	6%	13%		29%	71%	

Au total, **100 objectifs sont déclinés en 191 actions**, dont 29 % sont complètement mises en œuvre au moment de la visite des experts-visiteurs. Les 71 % restantes sont toutes débutées. Il faut noter que la **présence du directeur dans la plupart des groupes de travail** a orienté les décisions vers des actions réalistes, du point de vue de la direction.

La direction et les membres de l'encadrement ont fortement accéléré les efforts de création et de mise à jour des documents internes. Leur nombre est recensé par année dans le tableau 41.

Tableau 41. Efforts de création et de mise à jour des documents internes

	2019	2020	2021
Documents créés	8	26	83
Documents mis à jour	9	19	142
Total	17	45	225

Le nombre de documents modifiés ou créés est multiplié par 13 entre 2019 et 2021. Ces documents ont une portée opérationnelle, tactique ou stratégique. Les documents opérationnels sont des modes opératoires et des procédures et protocoles de prise en charge de patients, par exemple. Parmi les documents de portée tactique, on trouve des organigrammes, les fiches de missions des différents référents des vigilances, les règles de fonctionnement des instances internes, telles que l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le comité de lutte contre la douleur et les procédures du plan blanc. Enfin, les documents stratégiques mis à jour ou rédigés sont le projet d'établissement, le projet médical, le descriptif des différentes politiques de l'établissement en matière de qualité, de prise en charge médicamenteuse ou de parcours des patients, par exemple.

De très nombreux documents sont écrits par l'encadrement et la direction, pour mettre l'organisation en conformité avec les normes du manuel de la certification V2014. Au total, sont écrits ou mis à jour 11 documents décrivant la politique de l'établissement sur différentes

thématiques, sept fiches de missions de référents, et huit règlements intérieurs de comités obligatoires au sein des établissements sanitaires. Les membres du comité de direction rédigent les documents sur la base de documents obsolètes ou de documents venant d'autres établissements. Ils sont relus et corrigés par le directeur mais ne sont pas communiqués au reste du personnel. L'écart entre le contenu des documents et le fonctionnement de l'établissement ne donne pas lieu à des décisions d'action.

Dans le cas de la Clinique SSR, le contenu du projet médico-stratégique est donc écrit à destination des parties prenantes externes et ne sert pas de feuille de route interne. Il vise à rassurer les parties prenantes davantage qu'à être implanté.

La mobilisation et les efforts consentis pour préparer la visite de certification ont finalement un résultat en demi-teinte.

5.3.4 Un résultat en demi-teinte

La commission de certification décide de certifier l'établissement sous conditions. Ce résultat, bien qu'il ait déçu une partie des acteurs de terrain, n'a pas surpris une partie de l'encadrement et des membres de la direction de la qualité. À la situation difficile de l'établissement, se sont ajoutées des difficultés supplémentaires. Il semble que ce dispositif, mobilisé en urgence pour faire face à la visite des experts visiteurs, se révèle sans lendemain du point de vue de la dynamique d'amélioration.

5.3.4.1 Certification sous conditions

À la fin de leur visite, mi-décembre 2021, les experts-visiteurs établissent un premier rapport provisoire, qui incite à penser que l'établissement sera certifié. La commission de certification rend une décision de certification sous conditions, en avril 2022. Une nouvelle visite doit donc avoir lieu dans un délai de six à 12 mois, ce qui nécessite de remobiliser tous les acteurs. Le rapport fait état d'un niveau de qualité et de gestion des risques insuffisant au regard du référentiel. Le résultat n'est pas satisfaisant car il fait apparaître certaines faiblesses de l'organisation et l'absence de gestion effective d'un certain nombre de risques dans les domaines de la prise en charge de la douleur, la culture de la pertinence des prescriptions des antibiotiques, l'identification des médicaments à risques, le respect de l'intimité et de la dignité des patients en chambre double, l'accessibilité des locaux, la complétude de la lettre de liaison, la culture d'analyse des résultats cliniques, la culture de qualité de sécurité des soins du management. Enfin, le rapport souligne l'absence de politique de gestion des risques validée. Un désaccord est intervenu entre la direction d'établissement et la direction de la qualité sur le contenu du document décrivant la politique qualité de gestion des risques, quelques jours avant la visite de certification.

La certification sous conditions peut avoir des conséquences sur les autorisations d'activité demandées dans l'avenir à l'agence régionale de santé, telles que la demande de spécialité d'oncologie générale ou la demande d'ouverture d'un hôpital de jour. Ce résultat a donc des conséquences stratégiques potentielles très dommageables.

La décision de la commission de certification est très argumentée. Elle met en lumière de nombreuses défaillances dans la qualité des soins, ce qui ne surprend pas les acteurs de l'établissement, compte tenu des évènements indésirables et problèmes.

5.3.4.2 *Les difficultés rencontrées*

Le premier obstacle, extérieur, à la réussite de la vie de certification est la crise sanitaire. La visite devait avoir lieu en 2020, elle a été repoussée fin 2021. Le report, indispensable, a modifié à plusieurs reprises le calendrier. Le calendrier réel est resté incertain jusqu'à trois mois avant la venue des experts visiteurs. La crise sanitaire a aussi rendu très difficile la participation des personnels soignants. L'absentéisme, l'instabilité des équipes et la rotation ont augmenté avec la crise sanitaire. D'autre part, le report a eu pour conséquence le changement de version de la certification de V2014 à V2020. Les référentiels de certification sont en cours de préparation, alors que la démarche commence déjà dans l'établissement. L'appropriation doit être rapide. La démarche doit être lancée sans en connaître les modalités exactes.

La deuxième difficulté, d'origine externe également, concerne la lourdeur de la démarche de certification. Le temps à consacrer à la préparation est d'autant plus important que l'établissement est petit et que le travail préparatoire est porté sur un nombre restreint de personnes. Pour un établissement sanitaire de petite taille comme la Clinique SSR, les efforts consentis sont très importants, en termes de temps passé par l'encadrement et par les personnels fixes. Ces efforts ne peuvent être maintenus en routine ou sur un temps long, d'une année par exemple. Pour la majorité des établissements, la complexité du fonctionnement requiert une équipe de qualitiens professionnels pour traduire et expliquer la démarche de la Haute Autorité en Santé, et particulièrement les référentiels, pour les personnels de terrain qui ne peuvent s'y consacrer à temps plein.

À l'intérieur de la clinique, des comportements de résistance apparaissent au début de la démarche. Ils diminuent avec les réunions d'informations. Cependant, les multiples comportements de résistance de la part du pharmacien gérant mobilisent les énergies et le temps de la responsable qualité et des membres du comité de direction. Ainsi, par exemple, des décisions sont prises sur l'écriture des procédures et leur mise à jour, avec l'accord du pharmacien, en comité du médicament. Il ne les applique pas et ne valide ces procédures, qui ont dû être écrites à sa place par la responsable qualité et le médecin coordinateur, que plusieurs mois après l'accord. Selon lui, le fonctionnement réel est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de pharmacie. Il refuse d'appliquer de nouvelles procédures dont on lui prouve

qu'elles sont rendues obligatoires par les textes de loi. Par exemple, le contrôle de température des réfrigérateurs lui a été imposé le week-end avant l'arrivée des experts-visiteurs. En revanche, il n'a pas appliqué l'étiquetage et la sécurisation des armoires à pharmacie, n'a pas écrit et respecté les règles de délivrance des médicaments à risques. L'écart entre les pratiques pharmaceutiques et les normes expliquent en partie le résultat de la certification. Pourtant, ces comportements sont réguliers, connus depuis la reprise de l'établissement. Toutes les tentatives managériales pour les infléchir ont été vaines.

5.3.4.3 Un dispositif d'urgence sans lendemain ?

L'amélioration des pratiques quotidiennes, la mobilisation des personnels pour réfléchir, créer et écrire ensemble des procédures attendues, font naître un fort espoir d'une amélioration durable du fonctionnement de l'établissement, parmi tous les personnels. **Dans les semaines qui suivent la visite de certification, la mobilisation n'est pas maintenue par l'encadrement.** Ce qui a été écrit pour les experts-visiteurs n'est pas mis en œuvre. Aucun dispositif de communication ou de management n'est pensé pour initier le changement des nombreux points identifiés comme hors norme. Notre analyse nous conduit à proposer différentes causes pouvant expliquer cela. L'absentéisme, 25,66 % pour 2021, est toujours très important. Les difficultés de recrutement ne diminuent pas, puisque le taux de rotation est stable à 39 % (cf. figure 11). Enfin, des tensions très importantes réapparaissent au sein des membres du comité de direction.

Nous observons également que les décisions, qui paraissent prises de manière décentralisée le temps de la démarche de préparation de la certification, sont issues de groupes de travail où le directeur est présent. Il tempère les initiatives en opposant la contrainte immédiate du coût des décisions, dont il limite fortement la portée.

L'évaluation par les experts-visiteurs est faite en présence de soignants en contrat à durée indéterminée, choisis pour la qualité de leur travail et leur docilité. Il nous paraît très probable que la qualité des soins, évaluée pendant la visite, surestime la qualité des soins prodigués le reste de l'année. De plus, les actions de formation et de re-sensibilisation, faites à destination des personnels présents pendant la visite, sont probablement beaucoup moins efficaces sur la majorité des infirmiers et aides-soignants, vacataires ou intérimaires. Enfin, les efforts de réflexion et, dans une moindre mesure, de mise en œuvre sont concentrés sur un temps court de quelques mois. L'urgence de produire des documents et des changements de pratiques laisse très peu de temps à l'appropriation de ces améliorations et corrections de pratiques, qui n'ont donc pas été intégrées dans les routines. Elles ne le seront pas dans les mois qui suivent car **aucun pilotage de la consolidation des nouvelles pratiques n'a été décidé ou mis en œuvre.**

Conclusion

La mobilisation pluriprofessionnelle a été possible dans la Clinique SSR malgré un taux d'absentéisme et de rotation très importants. Les échanges organisés autour du travail ont permis la conception et la formalisation de procédures utiles, ce qui est de nature à améliorer l'adaptation des structures de l'organisation aux besoins des acteurs. Cependant, cette avancée n'a été possible que sous la contrainte de la venue, dans le service de soins, des experts-visiteurs. Les changements issus de l'écriture de documents, tels que les règlements intérieurs des différents comités ou les nouvelles procédures, sont mis en œuvre de manière très limitée. Les tentatives de pérennisation des réunions des comités obligatoires donnent peu de résultats, malgré l'engagement continu de la responsable qualité. Les difficultés de remplacement, l'absentéisme et le *turnover* soutenus sont les explications données pour expliquer la fin de la dynamique créée par la démarche de certification. Les motifs qui sont à l'origine de la formation de la décision stratégique dictent donc la chronologie de la prise de décisions et de sa mise en œuvre.

L'omniprésence du directeur dans les groupes de travail est perçue par les personnels et les membres du comité direction, comme une forme de contrôle constant et de refus de laisser des marges de manœuvre. Il limite les initiatives des soignants, **afin de contrôler les dépenses**. Ainsi, il refuse d'abord de prévoir l'achat de paravents pour améliorer l'intimité des patients dans les chambres doubles, puis change d'avis lorsque la responsable administrative lui présente un devis qu'il considère comme acceptable. Dans le cas des groupes de travail, l'écoute du directeur a une dimension de contrôle très importante, ce qui nuit à l'expression spontanée des personnels. Il s'agit, selon nous, d'un contre-exemple d'ascenseur stratégique et, dans le cas des paravents, d'un contre-exemple d'ascenseur opérationnel également. Le résultat de la certification a beaucoup déçu la gouvernance et le directeur. Ils ont perçu les menaces que représentent une deuxième certification et un résultat négatif pour l'image de l'établissement. Cependant, ils n'ont pas remis en cause les pratiques managériales.

Conclusion du chapitre 5

La présentation des trois situations de gestion de ce chapitre relate la préparation et la mise en œuvre de deux projets et l'adaptation d'un outil de gestion opérationnelle. Le projet de création du plateau de consultation se concrétise avec des écarts conséquents par rapport à la stratégie initiale. Le temps restreint pour la collecte des informations utiles et les décisions unilatérales des acteurs majeurs ne sont pas compensés par la concertation, qui reste limitée. L'absence de pilotage opérationnel aggrave le résultat économique déficitaire. Au contraire, la création, l'amélioration et le partage de l'outil informatisé de gestion des entrées et sorties de patients, montrent comment les décisions opérationnelles et stratégiques peuvent être articulées. La communication entre la direction et le manager de terrain, puis la coordination et la concertation, aboutissent au partage d'informations ciblées, fiables et intégrées, qui améliorent à la fois le

processus de décision des admissions et les décisions stratégiques de choix des profils de patients en fonction des compétences. L'abandon progressif de l'outil montre que les caractères opérationnels, fonctionnels, humainement intégrés et stimulants, sont contingents et que la conception que les acteurs ont de leur participation à la stratégie est différente d'une personne à l'autre, sur un poste donné. Le même constat est valable pour la préparation de la démarche de certification de l'établissement par la Haute Autorité en Santé. Malgré une mobilisation réelle des personnels et leurs volontés de la voir perdurer, la dynamique s'éteint rapidement après la visite de certification. La perception de la nécessité de continuer la mise en œuvre des changements imaginés en groupe de travail n'est pas partagée.

Dans les trois situations, les modifications du projet ou de sa mise en œuvre ne donnent pas lieu à une évaluation raisonnée des conséquences, à moyen et, parfois, à court termes. **Les informations intégrées dans les décisions de mise en œuvre sont incomplètes. Le pilotage opérationnel de la mise en œuvre est absent dans deux des situations présentées. Il est, en revanche, rapproché pour la préparation de la visite de certification mais abandonné par l'encadrement et la direction sitôt passée la contrainte externe.**

Conclusion de la Partie 2

Dans la partie 2, l'analyse de six situations de gestion permet d'extraire un premier niveau de résultats de la recherche-intervention conduite dans la Clinique SSR. Les trois situations transversales à l'organisation, décrites dans le chapitre 4, mettent en lumière des résultats économiques durablement déficitaires, malgré les différentes actions menées pour y remédier, et les conséquences du déficit sur la créativité stratégique et la communication de la gouvernance. Dans le diagnostic socio-économique conduit dans l'ensemble de l'établissement, la communication-coordination-concertation apparaît comme un thème qui concentre de très nombreux dysfonctionnements. L'ampleur des dysfonctionnements et des coûts et performances cachés qu'ils génèrent, ne provoquent pas la prise de conscience de la menace qui pèse sur l'établissement. Les informations retenues sont celles qui permettent d'alimenter les décisions déjà envisagées par la direction. Même lorsqu'elles sont mises à disposition, les informations ne sont que partiellement intégrées dans les décisions, y compris stratégiques. L'analyse du système général de communication-coordination-concertation fait apparaître que le système d'informations formel est obsolète et qu'il ne stimule pas l'apprentissage organisationnel. Les dispositifs de communications internes non informatisés sont nombreux. La communication y est essentiellement descendante. Elle est destinée à informer des décisions prises et à impulser la mise en œuvre. Si certaines contraintes opérationnelles, connues de la direction, peuvent être prises en compte dans les décisions tactiques et stratégiques, les compétences des personnels de terrain ne sont pas mobilisées pour améliorer la qualité de la mise en œuvre des décisions prises.

Les situations d'impact plus restreint, présentées dans le chapitre 5, font apparaître une faible évaluation des conséquences des décisions prises et une intégration variable de l'impact stratégique dans les décisions opérationnelles. L'acceptation d'une rationalité limitée à l'ouverture du plateau de consultation se fait sans évaluation des conséquences des décisions prises avec un niveau d'information incomplet. L'abandon de l'outil de gestion des entrées et sorties se fait sans information et sans étude des conséquences pour les autres utilisateurs. Enfin, la dynamique de changement créée par la visite de certification s'arrête, dès l'arrivée du premier rapport, malgré une nouvelle visite qui se profile six mois plus tard.

Toutes les situations de gestion présentées font apparaître un hiatus entre les informations possibles et les informations recherchées, entre les informations possédées et les informations utilisées dans les décisions. La faible complémentarité observée entre informations, décisions et mise en œuvre explique, au moins en partie, les écarts obtenus entre les objectifs initiaux et les résultats finaux.

PARTIE 3. L'ascenseur stratégique : concept et applications

Introduction de la partie 3

La partie trois présente l'ascenseur stratégique, le concept et les données de terrain qui expliquent sa pertinence. Nous présentons, d'abord, dans le chapitre six, une analyse multiniveaux **des processus de décision observés** dans les situations de gestion décrites dans la partie 2. Nous sélectionnons des décisions dont la mise en œuvre a donné des résultats insuffisants par rapport à l'objectif visé. Puis nous les analysons du point de vue de l'individu, du service et de l'établissement. Nous en extrayons la description des "pannes d'ascenseur" et leurs facteurs explicatifs, en termes d'articulation informations-décision-mise en œuvre. Les cadres théoriques apportent une cohérence aux résultats de l'analyse multiniveaux, un enrichissement de l'interprétation et une explicitation abstraite des ressorts du contenu pragmatique de l'ascenseur stratégique. Dans le chapitre 7, nous décrivons les implications managériales de la recherche et proposons le développement des comportements de prises d'ascenseur afin d'améliorer la pertinence et donc la performance des processus de décision.

Chapitre 6 - Proposition d'interprétation des processus et contenus des décisions

Dans ce chapitre, nous proposons d'approfondir les processus et les contenus des décisions, au moyen de la méthode d'analyse multiniveaux. Nous étudions plus précisément les défaillances dans la chaîne problème-décision-mise en œuvre dues aux défauts de transmission et d'intégration aux différents niveaux de la chaîne. Nous déterminons également, par cette méthode, le degré d'interdépendance ou d'indépendance entre les niveaux opérationnels, tactiques et stratégiques d'une part, et, d'autre part, entre les niveaux hiérarchiques et les niveaux sociologiques internes à l'entreprise, à savoir l'organisation, l'équipe, et les individus. En revanche, nous n'approfondissons pas le processus cognitif individuel de prise de décision.

Nous appliquons une méthode en deux étapes. La première étape consiste à repérer, dans le chapitre 4 et 5, les grandes décisions qui ont eu des effets pervers, néfastes, non prévus, ou dont l'ampleur n'a pas été anticipée par le ou les décisionnaires. Ces décisions ont échoué à résoudre le problème de départ. Nous ne recensons donc pas ici les nombreuses décisions qui n'ont produit que les effets attendus et ont effectivement porté leurs fruits. Ainsi, par exemple, certaines décisions dans la stratégie d'accès aux patients ont permis de diversifier les établissements partenaires et de fournir des demandes de patients adaptées aux compétences de l'établissement. De même, le changement de prestataire de restauration ou encore la mise en place de climatiseurs mobiles par temps chaud, ont permis d'améliorer significativement les problèmes qu'ils devaient résoudre. Le changement de tarification des chambres particulières a apporté des ressources supplémentaires, qui ont diminué le déficit de l'établissement. Cependant, pour comprendre pourquoi certaines décisions ne portent pas leurs fruits, nous avons choisi d'extraire des décisions inefficaces ou inefficaces.

Nous cherchons à comprendre quels sont les facteurs explicatifs de ces succès. Nous avons vu, dans la deuxième partie, qu'un grand nombre et une grande diversité de décisions sont prises dans l'organisation. Nous avons relevé que, parmi toutes ces décisions, trois domaines thématiques, à savoir les grands équilibres économiques, les stratégies d'accès aux patients et l'organisation interne. Nous avons regroupé les décisions selon un niveau de granularité qui permet une analyse fine des processus de décision à l'œuvre. Ces décisions, classées par thème, sont synthétisées dans le tableau 46 et décrites brièvement dans la première section de ce chapitre. La deuxième étape de la méthode consiste à étudier le déroulement et l'impact des processus de décision, à partir de nos observations de terrain, de nos participations aux dispositifs de communication et à la consultation de documents internes. Les données colligées pour chaque décision étudiée sont regroupées dans un tableau détaillé, présenté dans la deuxième section du chapitre.

Après la présentation de ces résultats, nous passons en revue les "pannes d'ascenseur", c'est-à-dire les manques d'informations disponibles ou prises en compte aux différentes étapes des processus de décision choisis. Nous recherchons quels peuvent être les facteurs explicatifs de ces défauts d'efficacité de la communication, puis nous les confrontons à notre cadre théorique. Les pannes d'ascenseur sont ainsi décrites sous l'angle des déficits de communication. Nous montrons en quoi elles mettent en péril la gestion des ressources. L'approche multidimensionnelle des ressources de la théorie socio-économique permet de mieux définir les critères à prendre en considération dans une décision donnée. Théorie des ressources et théorie socio-économique permettent ainsi d'éclairer le processus de décision sous un angle plus technique, du point de vue des informations à prendre en considération sur les ressources de l'entreprise. Nous proposons, enfin, une synthèse des apports de l'analyse des résultats. L'amélioration de la performance des processus de décision nécessite, selon nous, la définition d'axes prioritaires, l'activation de ressources pertinentes, la mise en œuvre d'acteurs en relation et la prise de conscience que l'intervention sur l'organisation ne devrait pas négliger sa nature complexe.

6.1 Résultats : les types de décisions repérés

Nous avons sélectionné une trentaine de décisions, réparties dans les trois thèmes que sont les stratégies d'accès aux patients, les grands équilibres économiques et l'organisation interne. Nous rappelons notre parti pris méthodologique de ne sélectionner que des décisions dont les résultats ne sont pas complètement satisfaisants. Le tableau 42 présente ces décisions, classées par type, c'est-à-dire repérées par grand domaine. Il est important de noter que ce tableau se lit **par colonne** et qu'il n'y a pas de correspondance entre les cellules d'une même ligne.

Tableau 42. Types de décisions repérés par grand domaine thématique

Stratégies d'accès aux patients	Grands équilibres économiques		Organisation interne
Ouvrir un plateau de consultation centralisé	Faire exécuter les fonctions support dont la Clinique SSR n'est plus dotée par les services des repreneurs, à parts égales		Nommer un directeur opérationnel (de site) un an après le rachat
Accepter des patients lourds de cancérologie	Limiter les travaux à la mise aux normes de sécurité incendie et à la reconfiguration des accès extérieurs		Ne pas augmenter salaires malgré difficultés de recrutement paramédicaux puis médicaux
Accepter de prolonger des séjours pour convenance personnelle des familles	Augmentation des ressources		Piloter l'activité sur base de critères de volume d'activité et chiffre d'affaires soins
	Augmenter le taux d'occupation	Mieux gérer les admissions et sorties	Utiliser de manière très parcellaire le diagnostic et le projet socio-économique
		Augmenter le nombre d'"adresseurs" (de demandes d'admissions), Diversifier les sources et les types de patients = Rechercher de nouvelles sources d'accès patients	Arrêter l'édition du journal interne
	Améliorer la Durée Moyenne de Séjour		Refuser d'implanter un contrôle de gestion professionnel (autre que le directeur de site)
	Augmenter le nombre de lits		Mobiliser (tardivement) les équipes pour la certification HAS
	Diminution des charges		Décider unilatéralement des rythmes d'envoi à la CPAM en ne respectant pas les règles de bonnes pratiques
	Limiter les charges en personnel	Remplacer par vacataires plutôt que recruter	Ne pas se présenter délibérément aux transmissions entre équipes de soin
		Remplacer par vacataires plutôt que par intérimaires	Amélioration et partage Direction Affaires Financières, Cadre de santé, direction del'outil de gestion entrées/sorties puis abandon par décision unilatérale du manager paramédical, sans informer la direction
		Ne pas remplacer les départs, absences cadre de soins	Arrêter le comité de pilotage de la procédure d'admission après décembre 2019
	Limiter le coût de certains traitements médicaux	Mieux gérer les séjours des patients à molécules onéreuses	Ajouter un goûter à l'alimentation des patients
		Refuser des patients avec Dispositifs Médicaux non remboursés	
	Renégocier certains contrats ou changer de fournisseurs	Analyses biologiques	
		Linge, maintenance	

Nous remarquons que beaucoup de décisions concernent les préoccupations sur les grands équilibres économiques alors que peu portent sur les stratégies d'accès aux patients. Les décisions sont très centrées sur les finances plutôt que sur les stratégies produits-marchés. D'une part, cet état de fait est probablement lié à la situation économique de l'établissement et à l'état du marché de l'hospitalisation en SSR. D'autre part, les décisions qui sont mises en œuvre dans le domaine des stratégies d'accès aux patients, sont relativement efficaces. Elles ont pour objectif de redonner confiance et de se présenter aux partenaires qui ne connaissent pas la nouvelle équipe. Il est également nécessaire de faire savoir que l'activité a repris, après la cessation de paiement de l'ancienne association annoncée dans la presse. Il s'agit donc d'élargir le marché des patients présentés à l'admission par les partenaires externes. Enfin, cet objectif est facilité par un nombre de demandes d'admissions supérieur aux capacités d'accueil dans les établissements du département et de la région. De plus, la diversification des produits est uniquement possible à la marge, compte tenu du régime des autorisations et des nombreuses normes de fonctionnement. Peu d'initiatives peuvent être prises dans ce domaine.

Les liens éventuels entre les trois domaines, que sont la stratégie d'accès aux patients, les grands équilibres économiques et l'organisation interne, seront développés dans la section suivante.

6.2 Les "pannes d'ascenseur" et leurs facteurs explicatifs

Nous présentons dans cette section, les défauts observés dans la chaîne information-décision-mise en œuvre, à chaque étape de communication. Pour y parvenir, nous adoptons une vision analytique. Puis, nous examinons les pannes d'ascenseur de manière plus globale.

Dans un premier temps, nous détaillons les éléments d'informations utilisés dans le déroulement du processus, pour chaque décision sélectionnée. Tous les processus de décision et leurs composantes informationnelles sont regroupés dans le tableau 43. Pour chaque décision sélectionnée, nous précisons le problème à résoudre, qu'il s'agisse d'un obstacle ou d'un choix à opérer entre plusieurs possibilités, ainsi que le définissent les théories de la décision. Nous indiquons ensuite, dans différentes colonnes, les acteurs impliqués dans le constat du problème, dans la décision, dans la mise en œuvre et dans l'évaluation des effets favorables puis défavorables de la décision. Nous spécifions les informations utilisées, à notre connaissance, pour préparer la décision. Nous montrons ensuite quelles informations sont transmises pour la mise en œuvre puis quelles sont les modalités et les actions réalisées, et, enfin, les impacts des actions, perçus par toute personne de terrain et par nous-même. Nous indiquons à qui les évaluations des effets favorables et défavorables sont transmises. Enfin, nous réservons la dernière colonne pour commenter ou affiner certains des éléments de l'analyse.

Tableau 43. Analyse détaillée des processus de décision observés par grands domaines thématiques

THÈME	PROBLÈME	Qui est confronté au problème	Informations supports de la préparation des décisions	DÉCISIONS PRISES	Qui décide	Informations transmises	Qui met en œuvre	MISE EN ŒUVRE Modalités / Actions nécessaires	IMPACTS					Commentaires		
									Effets FAVORABLES	Qui évalue ou constate	Résultats évaluations transmis à ?	Effets DÉFAVORABLES	Qui évalue, constate ou subit		Résultats évaluations transmis à ?	
Stratégie d'accès aux patients	Assurer des ressources complémentaires au SSR Assurer un flux de demande d'entrées de patients suffisant pour atteindre les objectifs de taux d'occupation du SSR	Gouvernance	Sentiment de manque de locaux de consultations chez chaque reprenneur Quartier sous-doté en médecins	Ouvrir un plateau de consultation centralisé : différenciation / concurrence sur maladies chroniques, prévention, cancérologie et suivi après cancer (02/2019)	Gouvernance	Objectifs, lieu et date d'ouverture	DGA Clinique Court Séjour et Centre Anticancer, Cheffe de projet, équipe administrative SSR, services informatiques Court Séjour et Anticancer	Groupe projet composé des 2 reprenneurs Choix de réserver tous les bureaux de consultation pour les praticiens des 2 reprenneurs à parts égales. Choix de limiter les investissements et les charges fixes : matériel biomédical cher acheté et prêté par Clinique Court Séjour, achat matériel de base, aucun travaux, accueil et secrétariat à effectif constant par redéploiement personnel SSR Report de la communication sur l'ouverture : simple mailing moins d'un mois avant (11/2019)	Consultations effectives	Directeur de site		Taux d'occupation faible et inconstant. Fermeture pendant COVID => baisse des vacations. Nouvelle réorganisation des plannings et postes des agents administratifs Aucun praticien (salaré) du Centre Anticancer n'a accepté d'y consulter Pas de centralisation des programmations de rendez-vous => sous facturation des vacations effectivement occupées, insatisfaction des praticiens Insatisfaction des praticiens car pas d'accès internet, réseaux, stationnement payant, faible niveau de prise de rendez-vous sur ce site, difficulté d'accès (circulation extérieure et situation en sous-sol avec ascenseur souvent en panne)	Évaluation qualitative par DG Clinique Court Séjour à un an	Directeur, CA	Tentatives de relances par élargissement à des professionnels libéraux extérieurs, paramédicaux compris => échec. Loyers trop élevés et locaux à louer disponibles dans le quartier. Problème de démographie des professions du soin, en particulier après le COVID	
	Demandes d'admission de patients lourds de cancérologie du Centre Anticancer et de la Clinique Court Séjour, plus lourds et complexes que patients habituellement pris en charge	Médecin, Directeur	Transmissions médicales entre médecins	Accepter des patients lourds de cancérologie	Médecin	Mêmes informations que pour tout patient	Médecins, paramédicaux, CDS	Admission normale	Taux d'occupation Bonnes relations avec le Centre Anticancer et la Clinique Court Séjour	Directeur de site Médecin		Prise en charge d'une complexité inhabituelle : manque de compétences paramédicales et parfois médicales, augmentation charge de travail, manque de matériel spécifique => sentiment de travail mal fait, insatisfaction, démotivation Insatisfaction de certains patients et familles sur les locaux en particulier (gros écart avec Centre Anticancer)	Personnel soignant Patients et familles	Famille et patients aux soignants, au directeur parfois qui saisit ou non la commission des usagers		
	Demande de prolongation de séjour par patients et ou familles au-delà des besoins	Médecin Assistante sociale	Situation sociale	Accepter de prolonger des séjours pour la convenance de certaines familles	Médecin	Variable. Parfois, information au directeur.	Médecins, paramédicaux, assistante sociale, CDS	Prolongation du séjour en fonction des disponibilités de lit et de la famille	Taux d'occupation Satisfaction patient et ou famille			Détérioration de la DMS => de la DMA Incompréhension de certains paramédicaux				
Grands équilibres économiques	Besoins en fonctions support non précisément connus pour cet établissement Limiter les charges en personnel (12/18)	Gouvernance lors de la reprise	Pas d'évaluation chiffrée des capacités d'absorption des services support Étude des postes et compétences manquants Pas de connaissance des temps à prévoir	Faire exécuter les fonctions support dont la Clinique SSR n'était pas dotée par les services des reprenneurs, à parts égales (12/2018)	Gouvernance lors de la reprise	Décision prise. Demande d'étude de faisabilité en interne et d'organisation possible	DG des reprenneurs Services support des reprenneurs	Répartition du partage des responsabilités et de la charge entre les deux reprenneurs [12/2018 - 01/2019]	Aucun recrutement administratif ou technique hormis le directeur de site => diminution des charges en personnel / autre ETS Informations directes de chaque reprenneur sur une part du fonctionnement	DAF Direction CA	CA Clinque SSR	- Distance et manque de 3C entre le personnel de la Clinique SSR et les personnels des fonctions support. Faible connaissance des fonctionnements réciproques => baisse de qualité des services, augmentation des Coûts Cachés - Charge de travail fortement augmentée pour les services support RH, DAF, services info, services techniques - Coûts salariaux pour reprenneurs (facturation partielle par les reprenneurs sans paiement possible des mises à disposition du fait du déficit)	Formellement pas d'évaluation. Tous les acteurs des 3 organisations (Clinique SSR surtout, Clinique Court Séjour et Centre Anticancer)	Coût réel des fonctions support portées par les reprenneurs = tabou => forte résistance à toute évaluation précise, a fortiori chiffrée		
	Coût des travaux envisagés lors de la reprise très supérieurs à estimation initiale Difficultés pour obtenir le financement par crédit bancaire Absence de soutien financier de la tutelle	Gouvernance 2019	Projets et devis de l'architecte et maître d'ouvrage Législation sur les établissements recevant du public	Limiter l'endettement lié aux travaux Réaliser les travaux indispensables : mise aux normes de sécurité incendie, modification des accès extérieurs, aménagement d'un parc de stationnement, mise au propre des murs des circulations du service de soins (03 - 05 / 2019)	Gouvernance	Contenu et motif de la décisions transmis aux personnes qui mettent en œuvre	Maître d'ouvrage et sous-traitants CA et DAF Services techniques (C. Court Séjour)	Phasage des travaux : Priorité : obtenir la validation de la commission de sécurité : Travaux intérieurs réalisés en urgence, travaux d'accès et d'aménagement extérieur ensuite (06-10 / 2019)	Obtention de l'autorisation de fonctionnement sans personnel de sécurité incendie externe H24 Réalisation d'un parc de stationnement payant (produit supplémentaire marginal) Parc paysager donnant une meilleure image de l'établissement	Tous les personnels et les usagers		Locaux laissés en l'état d'achat si aucune nécessité impérieuse d'amélioration : fenêtres simple vitrage, absence de douche individuelle, absence de climatisation dans la majorité des chambres. Équipements très anciens, qui tombent souvent en panne ne sont pas changés : ascenseurs, système de climatisation centrale pour quelques chambres, réseau électrique, WC sur sanibroyeurs individuels, salles de bains communes → pannes très fréquentes générant des coûts visibles et cachés très importants du fait des réorganisations et des maintenances curatives itératives, conditions de travail plus pénibles que dans d'autres établissements, mauvaise image provoquant la sortie prématurée de patients et le refus de revenir de quelques-uns	Tous les usagers, les personnels et certains médecins correspondant	Formellement, personne		
Grands équilibres économiques	Déficit budgétaire	AUGEMENTATION DES RESSOURCES :														
		Taux d'occupation inférieur au taux ciblé dans le budget prévisionnel	CA, direction, DAF (03/2019 - 2022)		Augmenter le taux d'occupation [04/19 - 06/21]	DAF puis directeur de site	Objectif de taux d'occupation à atteindre	Médecins, cadre de santé	Meilleure gestion des entrées et sorties de patients (2019)	Augmentation du taux d'occupation	Directeur, cadre de S et méd co	CA, com cord, CODIR	Rares atteintes de l'objectif	Directeur	CA, com cord, CODIR	Pas d'évaluation du processus, seulement du résultat. Causes multifactorielles invoquées (arbre qui cache la forêt ?)
		Taux d'occupation insuffisant Constat du manque de choix de profils patients adaptés par medco et CDS				Directeur avec avis du CODIR	Étude des établissements à rencontrer Argumentaire	Directeur, Médecin co, cadre de S	Augmentation du nombre de demandes d'admissions => rencontre adresseurs Recherche de nouvelles sources d'accès aux patients Recherche d'une plus grande variété de patients (2020-2021)	Augmentation du nombre de demandes, élargissement du panel de demandeurs Élargissement du choix de patients à admettre	Cadre de S et méd co, directeur 1 fois/an	CA, com cord	Nombreuses demandes incomplètes dans ViaTrajectoire® Augmentation du temps passé pour le processus d'admission	Cadre de santé, medco	Directeur	Temps passé pour commission d'admission jamais comptabilisé : CC importants
		Étude des résultats du PMSI, des DMS et de la DMA. Constat d'une amélioration possible par DIM (2019)			Augmenter de la Dotation Modulée à l'Activité via la gestion de la Durée Moyenne de Séjour et améliorer cotation des actes médicaux et paramédicaux	Directeur	Objectifs Formation assurée par DIM pour médecins, TIM, CDS et paramédicaux	Médecins, assistante sociale, personnel soignant Patient / famille	Réduction du nombre de séjours supérieurs à 3 mois Réduction des durées de séjour (19-21)	Réduction du nombre de séjours supérieurs à 3 mois Amélioration de la DMS non stable dans le temps (COVID) Amélioration de la cotation des actes par ergothérapeutes et diététicienne		DIM	Directeur puis CA, com cord et CODIR	Augmentation du nombre de patients lourds Augmentation du nombre de patients coûteux (transfusions,...)	Médecins, IDE, ASD et cadre de S Directrice Information Médicale	Directeur, parfois
												Plainte de l'ergothérapeute que temps passé à coter = manque de temps pour travail avec patients	Personnel soignant	Directeur	Évaluation de la réalité de la cotation par DIM et TIM Aucune évaluation du temps passé à la cotation et manque à gagner	

Suite Tableau 43. Analyse détaillée des processus de décision observés par grands domaines thématiques

THÈME	PROBLÈME	Qui est confronté au problème	Informations supports de la préparation des décisions	DÉCISIONS PRISES	Qui décide	Informations transmises	Qui met en œuvre	MISE EN ŒUVRE Modalités / Actions nécessaires	IMPACTS					Commentaires				
									Effets FAVORABLES	Qui évalue ou constate	Résultats évaluations transmis à ?	Effets DÉFAVORABLES	Qui évalue, constate ou subit		Résultats évaluations transmis à ?			
Grands équilibres économiques	Déficit budgétaire	CA, direction, DAF (03/2019 - 2022)	Déficit budgétaire Étude budgets prévisionnels (charges fixes et variables y compris salariales, (sans absentéisme, augm personnel non proportionnelle) produits sur objectif taux d'occupation optimiste	Passer de 64 à 68 lits de 68 à 72 lits (2020)	Direction, avec CODIR pour modalités de MEO	Augmentation capacité, projet architectural, phasage des travaux (organisation et calendrier)	Direction Entreprises extérieures Personnels de soin et de maintenance	Travaux de réaménagement, réattribution des locaux (2020-2021)	Augmentation du volume d'activité	Directeur, cadre de S et méd co	CA, com cord, CODIR	Augmentation de la charge de travail (effectif constant)	Fonnellement, personne. Perception par personnels, y compris médecins, CDS					
				Passer de 72 à 80 lits (2020-2021)	Direction/CA			Travaux de réaménagement importants, réattribution des locaux (2021-2022)	Faible augmentation du volume d'activité	Directeur, cadre de S et méd co	CA, com cord, CODIR	Augmentation des charges variables Augmentation de la charge de travail (évolution de l'effectif non proportionnelle) Modification de l'organisation interne du service de soins : achats de matériel, désorganisation du travail, rupture des routines => diminution de la qualité des soins, augmentation du nombre d'événements indésirables Pas d'engagement/vestissement de la direction sur d'autres projets Augmentation de l'endettement cautionné par les 2 repreneurs	Fonnellement, personne. Perception par personnels, y compris médecins, CDS	CA				
				DIMINUER LES CHARGES			Déficit budgétaire Conseils comptables qui trouvent la part des charges salariales trop élevée Comparaison avec part des charges salariales dans d'autres ETS	Direction	CDS Service des ressources humaines (Besoins)	Remplacement des intérimaires et recrutements par vacataires	Diminution du coût du remplacement (forfait à l'agence de travail temporaire << taux pour intérimaires	Directeur, DAF ?			Nombres demandes de remplacement à traiter (CDS ou astreinte administratif) Absence de personnel en plus => pas de marge de manœuvre pour les absences inopinées Forte instabilité du personnels => Baisse de la qualité des soins par moindre connaissance des patients et des procédures internes Coûts cachés importants	Pas d'évaluation qualitative, quantitative ni financière		
				Ensemble des tâches administratives (établissement des contrats, déclarations, paies) déporté sur service RH Contrats très souvent établis après le remplacement Nombres erreurs de contrats, de paies Fort mécontentement des vacataires => aggravation de la difficulté à trouver des remplaçants => aggravation absentéisme, turn over, dégradation qualité des soins Nombreux refus de contrats et demande de doublement voire triplement du salaire quand accord dans les dernières heures avant le remplacement	Pas d'évaluation qualitative, quantitative ni financière	Taux d'absentéisme, de rotation et CC proches du déficit budgétaire annuel												
Diminution présence auprès des personnels Nombres erreurs de plannings, (absences prévues non remplacées, effectif inadapté) Tâches non assumées (difficultés à maintenir le taux d'occupation) Augmentation des conflits interpersonnels Nombres heures supplémentaires et chantage pour augmentation de salaire et avantages	Infirmière aide au cadre, Medco, directeur	Pas d'accompagnement, charge de 2 personnes à faire par une seule personne pendant plusieurs mois.																
Grands équilibres économiques	Déficit budgétaire	CA, direction, DAF (03/2019 - 2022)	Notion de surcoût des médicaments onéreux non pris en charge en sus (produits sanguins, anticancéreux oraux, antibiotiques spécifiques) Notion de coût de dispositifs médicaux non remboursés à l'établissement (corsets orthopédiques, matériels de stomathérapies)	Limitier le coût des traitements médicaux	DAF puis directeur de site	Demande de ne pas admettre les patients avec antibiotiques onéreux, corsets à faire faire, stomies)	Medco, CDS	Recherche d'informations plus précises avant admission Refus de certains patients (stomies, antibiotiques onéreux) Négociation de transfert des patients dans établissement d'origine pour transfusion	Forte diminution du coût des transfusions Prise en charge du coût des corsets par le Centra Anticancer pour ses patients Diminution de la charge de travail des soignants Diminution du stock de certains DM	Directeur, medco		Difficulté de sélection des patients Alourdissement de la procédure d'admission (appels téléphoniques, réétude des dossiers)	Médecin coordonateur, cadre de santé, secrétaire médicale	Pas d'évaluation quantitative et financière, ni avant, ni après en dehors du coût direct des produits sanguins	Pas d'étude du surcoût lié aux transports supplémentaires entre établissements pour les transfusions, ni du manque à gagner sur la sélection des patients			
				Renégocier des contrats ou changer de fournisseurs	Directeur			Arrêt de crédits-baux, vente de matériel biomédical (chirurgie et anesthésie). Recherche d'offres mieux disantes, renégociation de contrats (copieur, énergie, télécommunication, blanchisserie, ...) Changement de laboratoire d'analyse médical	Gains sur charges escomptés : 326 000 € répartis sur 3 exercices	Directeur	CA, comcord	Deux années de paiement de location, maintenance pour du matériel inutilisé Changement de laboratoire d'analyse avant le terme du contrat, pour satisfaire nouveau prestataire => pénalités contractuelles Nouveau laboratoire : prélèvements sanguins réintériorisés vers l'équipe de soins de Debout : manque de compétences, fort turn over => délais allongés pour les résultats = diminution de la qualité des soins (oublis de prélever, prélèvements à retenir)	Personnels et patients pour le changement de laboratoire d'analyse	Pas d'évaluation prévue				

Suite tableau 43. Analyse détaillée des processus de décision observés par grands domaines thématiques

THÈME	PROBLÈME	Qui est confronté au problème	Informations supports de la préparation des décisions	DÉCISIONS PRISES	Qui décide	Informations transmises	Qui met en œuvre	MISE EN ŒUVRE Modalités / Actions nécessaires	IMPACTS					Commentaires		
									Effets FAVORABLES	Qui évalue ou constate	Résultats évaluations transmis à ?	Effets DÉFAVORABLES	Qui évalue, constate ou subit		Résultats évaluations transmis à ?	
Organisation interne	Manque de disponibilités des DGA des repreneurs pour prendre des décisions Manque de clarté sur les interlocuteurs de la direction pour le personnel de Debout (2019)	Directions des repreneurs Personnels de la Clinique SSR	Problèmes opérationnels qui n'ont pu être résolus avec le dispositif en place (taux d'occupation insuffisant, absence de projet médical, difficultés de management des personnels médicaux et d'encadrement)	Nommer un directeur opérationnel / de site un an après la reprise (juin 2019)	DG, DGA des repreneurs	Description de la structure (économique et juridique) et de quelques problèmes de GRH (manque de compétences métiers) Profil recherché	Cabinet de recrutement spécialisé DGA repreneurs	10 candidatures, 3 retenues, Profil recruté : jeune directeur (28 ans) avec expérience de DGA dans un SSR privé à but lucratif dans la région (Décembre 2019)	Économie du salaire de directeur pendant 1 année Implication sur site des personnels et directions de soins et fonction support Acquisition de connaissances du fonctionnement de l'établissement pour les repreneurs Mise en place de dispositifs de communication, coordination et concertation en amont et en aval des décisions	Directions des établissements repreneurs		Dispositifs de coordination insuffisants pour s'assurer de la mise en œuvre effective des décisions prises Connaissance superficielle des dysfonctionnements quotidiens et des comportements hostiles à la conduite des changements décidés Centralisation des connaissances nécessaires à des décisions structurelles insuffisantes => report de nombreuses décisions en attente du directeur de site			Incompréhension des directions des repreneurs sur les conflits ouverts entre médecins => stagnation du taux d'occupation par manque de consensus sur le profil des patients et les décisions concernant l'équipe médicale => <i>turn over</i> des médecins en 2019 et 2020	
Organisation interne	Manque de personnel médical et paramédical (forts taux de rotation et d'absentéisme) (2019-2021)	CDS, Medco, directeur	Déficit budgétaire, Grilles salariales de la convention collective, salaires des personnels en CDI	Ne pas augmenter les salaires malgré le <i>turn over</i> et les difficultés de recrutement médical et paramédical (2019-2020)	Directeur de site	Niveau salarial d'embauche au plus bas de la grille	Directeur pour les médecins, et tous les personnels non encadrés par CDS CDS pour les infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers DRH pour simulations individuelles de salaires et établissement des contrats	Niveau de salaire à l'embauche, reprise d'ancienneté au minimum des accords sociaux, négociation d'augmentation de salaire en diminuant le nombre de RTT Validation de tous les niveaux de salaire d'embauche par le directeur de site	Limitation des charges salariales	DAF, Directeur de site, CAC,	CA, Comité de coordination	Aggravation des difficultés de recrutement, en particulier pour les médecins Augmentation du recours aux vacataires et intérimaires => augmentation du coût horaire réel de la main d'œuvre Augmentation du taux d'instabilité Dégradation des conditions de travail pour les personnels en CDI => augmentation de l'absentéisme et du <i>turn over</i>				
	Déficit budgétaire			Piloter l'activité sur base de critères de volume d'activité et de chiffres d'affaires issus des soins (2019-2021)	Directeur de site	Nombre de lits occupés à atteindre Résultats périodes précédentes	Directeur, medco et CDS	Directeur fixe les objectifs, CDS et Medco pour l'atteinte du volume d'activité cible CDS puis responsable administrative pour le relevé des indicateurs	Indicateurs simples à construire et à comprendre	Directeur de site	Codir, CA, Comité de coordination	Pilotage limité à deux indicateurs économiques Pas d'indicateur de la performance sociale	Personne			
	Peur d'un conflit social à la suite de la présentation des diagnostic au CA et au CODIR du Centre Acas Peur des DG et administrateurs que les managers ne sachent pas gérer la crise sociale qu'ils imaginent	Directeur de site directement, le CA indirectement			Utiliser de manière très parcellaire le diagnostic et le projet socio-économique	Directeur de site	Demande de travailler uniquement sur l'organisation de l'équipe administrative	Comptable clients, officieusement en charge de la partie cachée du management de l'équipe administrative Nous	Groupe de projet restreint directeur, comptable, nous Réalisation d'une grille de compétences de l'équipe Décision de ne pas remplacer 2 départ en retraite et de réorganiser les horaires à cet fin Décision de spécialiser les personnes sur un nombre de tâches limitées malgré les résultats du groupe de travail	Diminution des charges salariales Nomination officielle de la comptable comme responsable de l'accueil et la facturation			Diminution de la faible polyvalence des agents administratifs Nombreux retards de facturation suite à arrêts ou congés de la facturière Nombreuses absences de paiement par CPAM (manque à gagner) suite à démission de la facturière	Directeur de site DAF (trésorerie)		
	Journal interne écrit à la suite du comité de pilotage hebdomadaire par service communication du Centre Anticancer. Arrêt comité de pilotage en décembre 2019	Directeur de site		Écriture, mise en page et impression à partir des informations issues du comité de pilotage, arrêté en déc Pas de moyens humains sur site à disposition du directeur pour rédaction	Arrêter l'édition du journal interne	Directeur de site Service de communication (Centre Anticancer)	Service de communication disponible pour mise en page et impression Directeur ne dispose pas des ressources pour la rédaction		Mise en œuvre de fait par absence de communication des informations à imprimer	Diminution charge de travail service communication du Centre Anticancer, qui assure la publication mensuelle à moyens constants			Disparition d'un moyen d'information propre à la Clinique SSR, qui diffuse à tout le personnel des informations fiables, utiles et valorisantes pour l'établissement	Personnel de la Clinique SSR (plainte de manque d'informations des directions de site et des repreneurs), augmentation du nombre de rumeurs et bruits de couloirs sans fondement		
	Absence de visibilité sur le détail de l'évolution des coûts et recettes par poste, type de pathologie pris en charge	Directeur, DAF encadrement, personnel		Absence de ressource humaine et de système d'information permettant d'implanter un contrôle de gestion professionnel Coût salarial Déficit budgétaire	Refuser d'implanter un contrôle de gestion professionnel	Directeur de site, DAF			Directeur et DAF refuse l'alourdissement des coûts salariaux	Pas d'alourdissement des charges salariales			Connaissance des charges et produits limitée aux comptes du plan comptable Absence de connaissance du coût réel de prise en charge des patients individuellement ou par pathologie			

Suite et fin tableau 43 Analyse détaillée des processus de décision observés par grands domaines thématiques

THÈME	PROBLÈME	Qui est confronté au problème	Informations supports de la préparation des décisions	DÉCISIONS PRISES	Qui décide	Informations transmises	Qui met en œuvre	MISE EN ŒUVRE Modalités / Actions nécessaires	IMPACTS					Commentaires	
									Effets FAVORABLES	Qui évalue ou constate	Résultats évaluations transmis à ?	Effets DÉFAVORABLES	Qui évalue, constate ou subit		Résultats évaluations transmis à ?
Organisation interne	Certification V2020 orientée vers des évaluations de terrain des prises en charge réelles des patients Rencontres multiples avec les personnels de terrain, médicaux, paramédicaux et non médicaux (Décembre 2021)	Directeur de site Responsable qualité	Ensemble des documents fournis par la Haute Autorité en Santé Enjeux réels et difficultés potentielles explicitées par la Direction de la Qualité (du Centre Acas) certifié l'année précédente	Mobiliser (tardivement) les équipes pour la certification HAS (juin à décembre 2021)	Directeur de site	Ensemble des documents fournis par la Haute Autorité en Santé Enjeux réels et difficultés potentielles explicitées par la Direction de la Qualité (du Centre Acas) certifié l'année précédente	Responsable qualité, tout le personnel, y compris les fonctions support	Groupes de travail, audits internes, audits externes	Prise de conscience de certains dysfonctionnements et des risques qui en découlent, par la direction, les managers et le personnel, rédaction d'un projet médical, rédaction ou mise à jour de nombreux documents nécessaires au fonctionnement (procédures, modes opératoires, protocoles de traitement) Mobilisation collective, mise en place de collaboration et de coordination autour des risques identifiés comme critiques pour les experts-visiteurs	Responsable qualité et ensemble du personnel Expert-visiteur et HAS par le résultat de la visite de certification	Interne (réunion des personnels), CA et Comité de coordination	Certification sous condition avec nouvelle certification complète entre 6 et 12 mois après la 1ère Mobilisation en demi-teinte et sous contrainte du pharmacien responsable conduisant à des anomalies du circuit du médicament connues depuis la reprise (février 2019) Absence de continuité des groupes de travail et des projets identifiés pendant la certification de décembre 2021 Forte déception du personnel sur cette absence de continuité	HAS Tout le personnel		
	Envoi des bordereaux de facturation à la CPAM dépendant de données fournies ou saisies par plusieurs professionnels (pharmacien, TIM, masseurs-kinésithérapeutes, cabinets de radiologie, scanner et IRM, notamment)	Facturière	Manque de données, non fournies par un ou des professionnels en amont du processus	Décider unilatéralement des rythmes d'envoi à la CPAM en ne respectant pas les règles de bonnes pratiques	Facturière	Variable : souvent aucune, parfois demande aux professionnels en amont	Facturière	Absence de mise à jour des dossiers au fil de l'eau Non respect des délais de facturation normaux pour l'établissement et la CPAM	Aucun			Allongement des délais entre deux paiements => aggravation des problèmes de trésorerie Absence de facturation à la CPAM dans les délais requis => refus de paiement = manque à gagner	Comptable clients, officieusement car sans autorité sur facturière puis Responsable administrative, quand poste créé		Processus technique, connu de peu de personnes + volonté affichée par la facturière de n'appliquer que les ordres qu'elle recevait par écrit. Souhaitait être licenciée avec indemnités, sans l'exprimer officiellement
	Pas de participation orale des aides-soignants aux transmissions (uniquement infirmiers) Réponse aux appels patients dévolus aux aides-soignants pendant les transmissions	Aides-soignants	Temps de chevauchement entre équipes court (15 minutes)	Ne pas se présenter délibérément aux transmissions entre équipes de soin	Aides-soignants	Aucune	Aides-soignants	Absence des transmissions Parfois, départ du service avant l'heure prévue	Aucun	Personne		Perte de données : informations recueillies par les aides-soignants non transmises = perdues Aides-soignants n'entendent pas des informations importantes pour la prise en charge des patients => retards ou erreurs de prise en charge	Infirmiers, CDS, Médecins	CDS, parfois	En général, pas d'encadrant au moment des transmissions du matin comme du soir. Contrôle direct peu fréquent. Moyens de contrôle automatisé mis en place mais pas utilisé par l'encadrement
	Absence d'indicateurs d'activité à disposition de la direction et des personnels Nombreux aléas dans les admissions des patients Février 2019	DAF, tout le personnel à l'exception du cadre	Outil créé par CDS pour gérer les entrées et sorties (dates, nombres) (Mars 2019)	Améliorer et partager l'outil de gestion des admissions et sorties (avril 2019) puis l'abandonner sans informer la direction (juillet 2020)	CDS Puis Faisant-fonction CDS	Aucune	Faisant fonction CDS	Ne renseigne plus le tableau partagé Gère les entrées/sorties sur plusieurs supports papiers	Gagne du temps de saisie	Personne		Nombreuses erreurs de gestion des entrées (erreur de date => problème de chambre non disponible, changements de chambre pour certains patients au dernier moment, admission dans une chambre non désinfectée), absence de gestion anticipée fiable du taux d'occupation => baisse du taux d'occupation	A posteriori, directeur constate baisse du taux d'occupation		Tableau partagé abandonné par tous les utilisateurs initiaux = arrêt du contrôle de la gestion des admissions et de la provenance des patients Des indicateurs utilisés par le directeur ont été mis en place en remplacement = plus de pilotage a priori, que des constats a posteriori
	Temps perdu dans une réunion inutile pour le directeur Perceptions du CDS et infirmiers non connues	Directeur CDS, Infirmiers, agents administratifs	Non connues	Arrêter le comité de pilotage de la procédure d'admission (01/2020)	Directeur de site				Permet de gagner le temps de réunion	Tous les participants		Erreurs de créations de dossier, erreurs d'identité, manque d'informations au moment de la facturation	Infirmiers, CDS, Médecins, facturière Comptable clients, officieusement car sans autorité sur facturière puis Responsable administrative, quand poste créé		Réorganisation de la procédure en 2021
	Restauration pour patients ne répondant pas aux besoins (=> dénutrition, inadaptation des régimes alimentaires) (début 2019)	Patients/famille Médecins Diététicienne IDE, ASD		Ajouter un goûter à l'alimentation des patients	Direction		Direction CDS ASH	Négociation avec prestataire Réorganisation du travail des ASD et ASH Service aux patients	Augmentation satisfaction patients	Diététicienne Personnel soignant Responsable qualité	CA, Com cord, CDU, CODIR	Service de denrées parfois inadaptées aux régimes des patients	Diététicienne Personnel soignant	CDS, médecins, directeur parfois	Aucune évaluation sur dénutrition et meilleure adaptation aux besoins nutritionnels réels

Dans un deuxième temps, nous étudions les pannes d'ascenseur dans les décisions décomposées dans le tableau 43, c'est-à-dire le déficit de circulation ou d'intégration des informations, à chaque étape des processus de décision où elles sont nécessaires, soit en amont de la prise de décision, soit entre la prise de décision et la mise en œuvre, soit après la mise en œuvre, soit au moment de l'évaluation. Enfin, l'impact des dimensions systémiques et temporelles dans l'articulation informations-décision-action, est étudié.

6.2.1 Les manques d'information-communication-intégration en amont des décisions

Nous détaillons ici les problèmes liés au contenu des informations considérées en amont des décisions, dans plusieurs situations. Nous étudions en premier lieu, la nature des informations utilisées. Puis, nous nous intéressons aux acteurs qui sont impliqués dans les prises de décisions observées.

6.2.1.1 La nature des informations utilisées ou non dans les décisions observées

Les dysfonctionnements sur la nature des informations utilisées dans les décisions observées sont de trois types. On observe tout d'abord **une méconnaissance ou une absence d'anticipation d'effets pervers** pourtant prévisibles ou une sous-évaluation de leur ampleur. Ensuite, la qualité des informations utilisées en amont de la décision ne donne pas lieu à une réflexion sur les conditions d'amélioration. Enfin, la recherche de solutions se fait presque exclusivement dans le périmètre connu des acteurs.

Le manque d'anticipation des effets adverses des décisions se manifeste, tout d'abord, par la rareté de recherche d'informations sur les adaptations de l'organisation à prévoir en aval, pour permettre une mise en œuvre satisfaisante. Les informations réellement prises en compte dans la décision sont celles qui concernent le problème et non celles qui découlent d'une projection de gestion opérationnelle de la solution envisagée. La mise en œuvre n'est pas considérée comme une part de la décision. Dans d'autres cas, les données opérationnelles sont connues mais ne sont simplement pas considérées comme pertinentes pour la prise de décisions. Enfin, dans d'autres cas, il n'est pas observé de recherche d'informations sur les coûts intangibles des décisions. Lorsqu'est fait un calcul de coûts, préalablement à la prise de décision, il porte sur les coûts visibles directs sans recherche des coûts et performances cachés. Tel est le cas par exemple de l'externalisation des services supports, décision prise dès la reprise de la Clinique SSR. Dans le premier mois de l'activité, une évaluation des besoins en services supports est faite. Cette évaluation est intuitive, puisqu'il n'existe aucune donnée sur les moyens effectivement nécessaires, l'établissement ayant une activité différente depuis sa reprise. Les coûts visibles directs de l'externalisation des services supports sont calculés, sur la base du temps nécessaire

estimé pour réaliser une telle fonction sur un établissement de la taille de la Clinique SSR. En revanche, les conséquences de la distance entre les établissements et de l'absence de connaissance du fonctionnement du nouveau partenaire ont été considérées comme négligeables et n'ont pas été intégrées dans un temps d'appropriation qui n'a, le plus souvent, pas été anticipé. D'autre part, nous observons que **la nature des informations examinées dépend des acteurs qui prennent les décisions**. Ainsi, la gouvernance s'appuie essentiellement sur des informations économiques et financières. L'encadrement fait appel à des informations opérationnelles directes. Il prend en compte l'effectif des personnels et des patients présents, et des données sur l'état des patients, à savoir des données quantitatives et qualitatives. Enfin, les personnels soignants s'appuient sur les prescriptions médicales, sur les directives reçues et sur les demandes des patients et des familles. Ils n'ont donc recours qu'à des données qualitatives et ne font pas appel à des indicateurs quantitatifs ou financiers. **Il apparaît donc que chaque niveau hiérarchique utilise des informations différentes**. Nous observons, également, que les informations sociales de l'entreprise ne sont prises en compte par la direction ou la gouvernance que lorsque cet aspect devient bloquant. C'est le cas lorsque l'absentéisme contraint à ne pas ouvrir des lits disponibles et à refuser des admissions. D'autre part, le travail à prévoir sur les comportements et les modifications de comportement à opérer pour permettre la mise en œuvre des décisions est très souvent absent. L'aspect managérial de la mise en œuvre des décisions est très rarement envisagé.

Outre la méconnaissance ou l'absence d'anticipation d'effets pervers, nous constatons le peu de réflexion sur l'amélioration possible des processus de décision, et en particulier sur la fiabilisation des informations utilisées pour la prise de décisions. La pertinence des informations connues semble rarement remise en question, notamment par rapport aux informations potentiellement disponibles. Il est possible que les décisionnaires aient très peu conscience de leur niveau d'information réel par rapport au niveau d'information qu'il leur serait possible d'obtenir.

Enfin, la recherche de solutions pour résoudre un problème et prendre une décision s'opère essentiellement dans le périmètre connu des décisionnaires. Il n'y a pas de recherche de solution innovante hors de ce périmètre. Tel est le cas par exemple de l'ouverture du plateau de consultation. La recherche de médecins extérieurs ne se fait que tardivement, longtemps après l'ouverture, dans le but d'augmenter le taux d'occupation, très inférieur aux objectifs ciblés. Jusque-là, la décision est prise de se reposer sur les ressources internes à chacun des repreneurs, c'est-à-dire de traiter avec les interlocuteurs avec lesquels ils ont l'habitude de travailler. Les décisionnaires s'appuient sur leurs connaissances.

6.2.1.2 *Les acteurs impliqués dans les prises de décisions observées*

Les décisions étudiées sont souvent prises au niveau de la direction. Elles ont des impacts pour les personnels et les patients. Le décisionnaire n'est donc pas, dans la majorité des cas, l'acteur

de la mise en œuvre concrète. Il en est souvent éloigné. Par conséquent, les décisions prises doivent être explicitées pour qu'elles soient comprises puis mises en œuvre par des acteurs différents. La communication entre la prise de décision et l'action est une source potentielle d'incompréhension, de malentendus donc de dysfonctionnements.

Nous observons également que les décisions sont souvent prises sans consultation des acteurs qui vont avoir en charge la mise en œuvre concrète. La concertation préalable est rare. Elle dépend de l'ampleur de la décision. Deux conséquences apparaissent. D'une part, aucun dispositif ne permet la communication au décisionnaire des informations connues des seuls acteurs au contact des patients et des familles. D'autre part, les oppositions éventuelles des acteurs d'aval n'ont pas de lieu d'expression. Le décisionnaire ne peut en être informé s'il n'organise pas l'espace pour les recueillir. Lorsque la décision ne donne pas lieu à une concertation, elle méconnaît les freins que mettront les acteurs à sa mise en œuvre. Par exemple, le personnel de la Clinique SSR n'est pas associé au projet du plateau de consultation. Le manque de connaissance des informations opérationnelles nuit à la négociation du directeur général de la Clinique Court Séjour avec les praticiens déjà en activité. De même, les médecins ne sont pas consultés avant la définition du projet. Ils le sont alors que le projet est déjà défini dans ses grandes lignes. La gouvernance fait alors face à de nombreux refus, et à des freins mis par les médecins qui ne trouvent pas les conditions qui les satisfont. Pour leur part, les acteurs de l'accueil de la Clinique SSR s'impliquent très peu dans la mise en œuvre. Les informations opérationnelles, les dysfonctionnements et les adaptations à prévoir ne sont pas communiqués à l'encadrement. Ils expliquent alors qu'ils ne souhaitent pas prendre part à un projet pour lequel ils n'ont pas été consultés.

Le directeur de la clinique est un acteur-clé. Il prend de nombreuses décisions. Il est celui qui doit rendre des comptes au conseil d'administration. Pour cela, il doit fournir des indicateurs économiques de la performance de l'établissement. Il s'en tient aux indicateurs demandés par le conseil d'administration. Les données opérationnelles sont peu communiquées. Celles-ci ne sont pas demandées par les membres de la gouvernance. Les membres du conseil d'administration questionnent rarement l'aspect opérationnel. Il ne semble pas que ce partage des rôles ait fait l'objet d'un accord préalable. Il s'agirait plutôt d'un partage tacite des responsabilités. Cette absence de contrôle ou de synchronisation de la part de la gouvernance rend possible la déconnection des décisions de la direction et des informations opérationnelles.

Une des conséquences de cette **séparation entre les décisionnaires et les acteurs de la mise en œuvre**, apparaît dans l'absence d'articulation entre la nature des décisions et les acteurs impliqués dans les prises de ces décisions. Une décision stratégique dont la mise en œuvre va s'appuyer sur de nombreux acteurs de terrain n'est pas prise avec des informations opérationnelles détaillées. A l'inverse, des décisions opérationnelles qui peuvent avoir des conséquences stratégiques ne sont pas prises en concertation avec les acteurs qui ont une vision

stratégique. La faible remontée d'informations opérationnelles vers la direction peut s'expliquer par l'absence d'anticipation du besoin d'organiser cette articulation. Tel est le cas par exemple de la modification du profil des patients recrutés. La décision est prise par la gouvernance, au moment de la reprise. Il s'agit en réalité du motif principal de la reprise, en particulier pour le Centre Anticancer. En revanche, les conséquences que le changement de profil des patients recrutés va provoquer pour tous les acteurs d'aval, sont très peu prises en compte et anticipées.

6.2.2 Les manques d'information-communication-intégration entre les décisionnaires et les acteurs de la mise en œuvre

Le processus de décision, en fonction de leurs portées, comprend une chaîne d'acteurs et de décisions intermédiaires, entre la macrodécision initiale et la fin de la concrétisation du résultat. Cette chaîne est constituée d'acteurs qui prennent des décisions à leurs niveaux de responsabilité. Ce sont les managers intermédiaires, puis différents professionnels, puis, éventuellement, les patients et leurs proches. Voyons cette chaîne. Dans le cas du processus d'admission présenté dans le chapitre 5, section 2, la décision d'admission déclenche la prise de décisions intermédiaires, opérationnelles, de préparation de la mise en œuvre, puis elles-mêmes donnent lieu à des microdécisions des acteurs finaux. Tel est le cas, également, de l'augmentation du nombre de lits. La décision est prise par le directeur et validée, si son ampleur le justifie, par le Conseil d'administration. Suivent ensuite des décisions du directeur préparant la mise en œuvre, comme le choix de l'aménagement des chambres, le choix de la décoration ainsi que le choix de la planification de la mise en place de la décision initiale. Différentes décisions intermédiaires sont prises ensuite par l'encadrement paramédical telles que la réorganisation des secteurs de soins ou la réévaluation des stocks de produits courants de blanchisserie ou de matériel hôtelier. *In fine*, l'arrivée des patients dans ces nouveaux lits donne lieu, chaque jour, à de nouvelles adaptations de planification de travail par les salariés.

Nous constatons que les décisions initiales, plutôt macro, sont accompagnées de peu d'informations. L'outillage nécessaire à la mise en œuvre spécifique à chaque métier n'est pas pensé lors de la décision initiale. Nous observons plusieurs conséquences. D'abord, l'accompagnement, les arbitrages, c'est-à-dire les décisions intermédiaires, requièrent du temps pour recueillir les informations nécessaires, informations sur la décision initiale et informations sur les modalités de mise en œuvre prévues, ce qui augmente le délai entre la décision et la mise en œuvre effective. D'autre part, nous constatons un risque important de perte de sens, c'est-à-dire que la raison pour laquelle la décision est prise n'est pas transmise ou est perdue dans la chaîne de communication. Dans ce cas, les acteurs qui doivent mettre en œuvre s'interrogent sur la solution choisie plutôt qu'une autre, qui leur semble meilleure. Les circuits d'informations entre les acteurs créent des distorsions, des incompréhensions et, souvent, de mauvaises interprétations, à la fois sur les motifs des décisions et sur les modalités de leurs mises en œuvre.

L'étude des dispositifs de communication, présentée dans la section 4.3, montre que le directeur de la structure est présent dans nombre de réunions du management intermédiaire avec le personnel de base. Pourtant, nous avons observé peu de communications sur la manière de décliner les décisions au niveau opérationnel. L'information est donnée de manière descendante, au niveau hiérarchique inférieur, c'est-à-dire au médecin coordinateur ou au cadre de santé, et devient ainsi un objectif à atteindre pour les acteurs des niveaux hiérarchiques inférieurs. Il incombe alors aux managers intermédiaires d'expliquer la décision, une décision qu'ils n'ont pas prise, avec des modalités qu'ils doivent souvent inventer.

Plusieurs exemples illustrent le manque d'informations, de communication et d'intégration entre les décisionnaires et les acteurs de la mise en œuvre. Ainsi, concernant l'alliance entre les trois établissements, les informations de mise en œuvre opérationnelle ne sont pas communiquées aux services supports. La distance physique et la distance temporelle entre la décision et les conséquences peuvent expliquer que les services supports sont oubliés dans le circuit de l'information, pour des décisions dont ils ne sont pas les acteurs directs. Dans le cas du projet de plateau de consultations, nous avons constaté une absence de synchronisation des informations et des actions de mise en œuvre du projet. Les informations sur les décisions prises par les uns n'ont pas été communiquées aux autres. Plusieurs personnes ont travaillé en parallèle sur une même question, sans le savoir et sans partager leurs données. L'absence de synchronisation des informations est, dans ce cas, génératrice de coûts cachés, en termes de moyens consentis à la réflexion sur le projet mais aussi en termes de décision appliquée sur la base d'informations incomplètes, qui donnent des mises en action non satisfaisantes.

6.2.3 Les manques d'information-communication-intégration sur l'évaluation *ex post*

De manière générale, pour les décisions sélectionnées, il existe très peu de cas d'une évaluation finale structurée, prévue lors de la prise de décision, hormis lorsque la décision peut être suivie par des indicateurs économiques. Tel est le cas par exemple de l'augmentation du nombre de lits dont l'efficacité finale est vérifiée par le taux d'occupation et le chiffre d'affaires lié aux soins. L'absence d'organisation d'une évaluation structurée rend très improbable l'apprentissage à partir de retours d'expérience. Seuls sont évalués les effets recherchés, via les indicateurs. En revanche, les freins et les motifs qui expliquent les mauvais résultats ne sont ni tracés ni même recherchés. Dans un autre exemple, la décision d'ajouter un goûter à l'alimentation des patients est considérée comme une avancée, à la fois pour le confort et pour la qualité des soins. Son objectif est de lutter contre la dénutrition. La distribution du goûter est mise en place et perdue

pendant toute la période d'observation mais aucune étude de la dénutrition n'est ni prévue ni conduite.

L'évaluation des impacts existe cependant, même quand elle n'est pas organisée. Les acteurs de fin de chaîne évaluent, *a minima*, de manière individuelle et essentiellement subjective. Lorsque l'évaluation est très peu objective, elle porte sur les effets négatifs, car, du point de vue cognitif, le cerveau garde en mémoire plus naturellement les éléments négatifs que les éléments positifs. Ces évaluations individuelles, subjectives et plutôt négatives, sont des freins potentiels pour tout changement à venir, puisque ce qui est mémorisé, ce sont les effets négatifs spontanément retenus, des décisions précédentes. Ainsi, par exemple, l'arrêt de l'édition du journal interne n'a donné lieu à aucune évaluation de l'impact pour les salariés. Pourtant, les personnels de base, qui ont accès à peu d'informations transversales, se sont plaints de ne plus savoir ce qui se passe dans leur établissement.

Nous observons également que les évaluations au cours de la mise en œuvre sont très variables. D'une part, Il n'est pas organisé de **pilotage de la mise en œuvre**. Ainsi, lorsqu'est prise la décision d'accepter les patients lourds de cancérologie, les impacts sur la charge de travail, la qualité des soins prodigués et le surcoût de ses prises en charge par rapport à d'autres ne sont pas mesurés. L'évaluation négative est, elle, extrêmement présente. Les personnels médicaux et paramédicaux ressentent une forte augmentation de leur charge de travail et une forte diminution de la qualité des soins qu'ils donnent. D'autre part, l'absence de pilotage de la mise en œuvre limite la possibilité d'adapter le processus ou la communication aux erreurs, freins ou inadaptations qui n'ont pas été anticipés lors de la décision initiale. Il en découle des retards de mise en œuvre, voire, dans certains cas, l'absence totale de mise en œuvre, qui ne sont décelés que très tard ou pas du tout. Tel est le cas par exemple du problème identifié sur les molécules onéreuses dès le premier trimestre 2019. Il apparaît en 2021 que ce problème n'est pas réglé. Il n'a pas été prévu d'évaluation régulière des dépenses pour les molécules onéreuses ramenées au nombre et au type de patients présents. Il n'a pas été non plus prévu de contrôle des acteurs responsables de la mise en œuvre. De même, l'organisation de l'approvisionnement des médicaments en urgence, qui devait être faite dès le premier semestre 2019, n'est toujours pas réglée en 2021. Les conséquences sont une aggravation des problèmes de trésorerie, ce qui génère une augmentation des conflits avec les fournisseurs, puis, en cascade, un allongement des délais d'approvisionnement en médicaments. *In fine*, le fait de ne pas résoudre un problème limité et identifié augmente les dysfonctionnements pour l'ensemble de la chaîne de distribution des médicaments. Enfin, l'absence de pilotage et d'évaluation empêche l'identification de la plupart des causes directes des sous performances. La décision de ne pas remplacer la cadre de santé augmente la charge de travail de l'infirmière aide au cadre, dans une proportion d'autant plus importante qu'elle n'a pas encore les compétences pour assurer les nouvelles tâches qui lui sont confiées. Les conséquences directement visibles sont que certaines tâches ne sont plus

assurées. Ce sont des tâches peu visibles, telles que la présence sur le terrain auprès des professionnels ou le suivi du tableau de gestion des entrées sorties des patients. La surcharge de travail et la surcharge mentale la conduisent à faire des erreurs sur les plannings des personnels et sur les admissions des patients, notamment. En bout de chaîne, les conséquences indirectes sont, par exemple, une forte augmentation de la charge de travail du service des ressources humaines, une aggravation de l'absentéisme et de la rotation du personnel, par insatisfaction du travail réalisé.

6.2.4 La systémique et la dynamique temporelle dans l'articulation informations-décisions-actions

Les manques d'information et d'intégration des informations relèvent d'une insuffisance de vision de la nature systémique et des conséquences du temps sur l'organisation et son environnement.

6.2.4.1 La systémique

L'observation plus globale des processus de décision dans l'organisation permet de constater leurs effets systémiques. Deux effets peuvent être relevés. Les décisions peuvent avoir des effets indirects non souhaités et des effets dans d'autres domaines que celui où est observé le problème. D'une part, les décisions peuvent avoir des **effets indirects contraires aux effets directs** recherchés. Par exemple, la décision de remplacer le personnel par des intérimaires, puis par des vacataires, produit des effets escomptés, en termes de diminution de la masse salariale. En revanche, elle occasionne également un grand nombre de dysfonctionnements, qui en causent d'autres à leur tour. Cette décision est à l'origine d'une cascade de dysfonctionnements. Ainsi, le fait de **remplacer les absences normales par des intérimaires et des vacataires plutôt que par des salariés titulaires**, a pour conséquence de ne pas avoir de *slack* organisationnel. En cas d'absence inopinée d'un autre salarié, il est plus difficile de le remplacer au pied levé. Lorsque cela se produit, il arrive fréquemment que le remplaçant ne soit pas trouvé et que les personnes présentes restent en sous-effectif. Le sous-effectif récurrent cause, à la fois, une moindre qualité des soins et l'insatisfaction des personnes présentes, ce qui favorise l'absentéisme. Les choix faits pour remplacer les absences aggravent l'absentéisme, diminuent les coûts salariaux directs mais augmentent les coûts cachés. De plus, les décisions prises peuvent donner des **résultats très inférieurs aux effets attendus**. Ainsi, les décisions économiques successives, visant à équilibrer le budget, n'aboutissent qu'à une diminution transitoire du déficit. Nous faisons l'hypothèse que ce manque d'efficacité récurrent du processus de décision est lié à une corrélation insuffisante entre les décisions stratégiques et les décisions de management de l'organisation. D'autre part, les décisions prises dans un domaine ont des effets sur d'autres domaines. Ainsi, la décision stratégique d'augmenter le nombre de lits a des conséquences sur la réorganisation du service de soins. L'augmentation du nombre de lits nécessite des réorganisations des secteurs de travail et des réorganisations de la distribution des

tâches, qui ne sont que, au mieux, partiellement anticipées avant la mise en œuvre effective de la décision. Des décisions d'organisation interne peuvent avoir des conséquences sur les relations avec l'environnement. Ainsi, lorsque la facturière décide unilatéralement de diminuer la fréquence d'envoi des factures à la caisse primaire d'assurance-maladie, le retard supplémentaire pour le virement des fonds aggrave les problèmes de trésorerie. Ceux-ci contraignent la comptabilité à reporter des paiements de fournisseurs. Enfin, les décisions managériales ont des conséquences dans le domaine stratégique. Ainsi, lorsque le manager paramédical décide de ne plus renseigner l'outil partagé d'entrées-sorties, elle prive d'autres professionnels d'informations permettant le pilotage et le contrôle de la provenance des patients. Une surreprésentation des patients d'un ou de partenaires externes par rapport à d'autres peut induire des tensions entre repreneurs.

Nous observons donc qu'une modification à un point de l'organisation, génère des modifications à plusieurs autres points de l'organisation, sans que cela soit toujours anticipé. Par conséquent les informations nécessaires pour certains acteurs ne sont pas connues *a priori* par d'autres acteurs de la chaîne de mise en œuvre. L'absence de conscience, donc de recherche de ces effets ou de leur ampleur, empêche d'informer les autres acteurs de la chaîne de mise en œuvre.

L'observation globale montre donc l'aspect systémique des processus de décision. Les pratiques observées montrent une prise en considération insuffisante des effets systémiques des processus de décision. Ainsi, les prises de décisions dans le domaine macro-économique, à l'échelle de l'établissement, décisions prises au niveau de la gouvernance et la direction, ne sont pas investies sous l'angle de l'anticipation de leur mise en œuvre, c'est-à-dire dans leurs dimensions opérationnelles en aval. Cette pratique crée et renforce les phénomènes de silos, verticaux et horizontaux, c'est-à-dire les filières à l'intérieur desquelles sont conservées les informations sur les décisions qui y sont prises. La sous-évaluation des effets systémiques peut expliquer l'absence d'intérêt pour le contrôle de gestion et la recherche des coûts et performances cachés.

Nous observons également l'absence de lien entre les décisions macro-économiques, certaines décisions managériales et les décisions opérationnelles, qui sont sous-valorisées et sous-investies, en amont de la prise de décisions. Nous faisons l'hypothèse que l'absence de lien s'explique par le fait que les décisions managériales opérationnelles ne sont pas vues, pas réfléchies, ou pas imaginées comme des ressources-clé pour améliorer la performance. Or, ce défaut d'articulation entre niveau stratégique et niveau opérationnel crée de nombreux dysfonctionnements. De plus, la faible recherche d'informations opérationnelles et le fait que le décisionnaire est différent des acteurs de la mise en œuvre empêche la prise en compte des retours d'expérience interne sur la mise en œuvre. Cela diminue également la possibilité pour le décisionnaire d'adapter leurs modalités d'actions et d'adapter les décisions.

Enfin, nous n'avons pas observé de prise en compte du travail à faire sur les comportements pour améliorer la mise en œuvre des décisions, c'est-à-dire de l'aspect managérial. Des stratégies pour éviter les oppositions collectives au changement sont réfléchies pour certaines décisions. Cependant, l'évolution des comportements individuels menant vers l'adhésion individuelle n'est pas réfléchi en amont. Ainsi, lors de la décision unilatérale des rythmes d'envoi à la caisse primaire d'assurance-maladie, la facturière n'a probablement pas envisagé les conséquences sur le déficit budgétaire et aucun manager n'a piloté, jusque-là, ce processus essentiel pour la survie de l'établissement. L'importance du management dans l'organisation de l'établissement est sous-estimée.

Dans l'ensemble, le manque de prise en considération des possibles rétroactions des décisions prises dégrade la performance de l'établissement. L'absence de recherche des effets contre-productifs liés aux obstacles rencontrés, mais non anticipés lors de la mise en œuvre, crée des coûts visibles et cachés et méconnaît des sources de performances.

6.2.4.2 Le manque de prise en compte de la dynamique temporelle dans les décisions

Les pannes d'ascenseur concernent également la dynamique temporelle de l'organisation. Nous identifions cinq manifestations de l'absence de prise en compte ou de manque de prise en compte de la dynamique temporelle. D'abord l'hôpital rencontre la difficulté de **l'organisation du travail posté**. Les soignants ne sont pas tous présents en même temps, même en dehors des prises de congés normaux. Le problème est donc de **s'assurer que tous les messages arrivent à tous les récepteurs souhaités, sans distorsion, qu'ils soient compris par tous et qu'ils donnent à tous la possibilité de les intégrer**. Ce problème est commun avec l'industrie, lorsque la production est continue et les postes de travail occupés en 3 x 8 heures. Les informations arrivent de manière décalée à certains ou bien ne leur arrivent pas du tout. Les informations peuvent alors ne plus être d'actualité parce que d'autres décisions ont été prises entre temps. Ainsi, par exemple lorsqu'un soignant décide de ne pas se présenter délibérément aux transmissions, il considère que son travail est fait mais ne transmet pas les informations d'actualité du patient de sa tranche horaire. Ce manque de transmission d'informations conduit souvent à continuer des surveillances ou à continuer des processus de soins, qui n'ont plus lieu d'être. Au contraire, les prises en charge nouvelles, liées à l'évolution de l'état du patient, sont retardées parce que les informations pertinentes n'ont pas été transmises à l'équipe qui prend la relève.

La dynamique temporelle concerne également **la montée progressive en compétences** et, partant, en autonomie des collaborateurs. La prise de décisions collectives, la consultation et la concertation sont des moyens de faire monter en compétences les acteurs dans les processus de prise de décisions. Ce sont des améliorations possibles pour l'avenir, sur la base des comportements présents. Les rétroactions et boucles d'informations qui peuvent permettre l'apprentissage ne sont pas utilisées. C'est le cas par exemple de la mobilisation des équipes

pour la certification, décrite dans la section 5.3. La participation à des groupes de travail pluridisciplinaires augmente le niveau d'information et de conscience de chaque participant. La prise de décision collective est un apprentissage. Cependant, ce capital n'est ni consolidé, ni entretenu, ni pris comme base d'amélioration continue des compétences.

La dynamique temporelle concerne également les **processus d'actions concomitants dans différents services**. Comme il existe peu de circulation d'informations entre les services, certaines décisions intermédiaires peuvent devenir contradictoires entre elles. Ainsi, lorsque certains médecins décident de ne prendre en charge qu'une admission par jour pour assurer la qualité de la prise en charge du patient dans l'avenir, leur décision vient en contradiction avec l'objectif d'augmenter le taux d'occupation pour améliorer la performance économique. Le manque de coordination entre ces deux décisions, qui est apparu à plusieurs reprises, a conduit à certains dysfonctionnements, tels que le refus de médecins d'accepter l'admission d'un patient au jour prévu. *In fine*, ce manque de coordination diminue la performance de l'établissement et allonge le délai de prise en charge du patient.

Le temps est une dimension importante **des comportements et de leur évolution** dans l'organisation. D'une part, l'oubli est une composante naturelle pour tout être humain. Par conséquent, des informations, pourtant communiquées, sont perdues et ne sont pas intégrées dans les décisions futures. Le manque de prise en compte de l'oubli est visible dans l'absence de rédaction de compte-rendu lors des réunions. D'autre part, les opinions individuelles des acteurs évoluent dans le temps. L'évolution peut être naturelle, fruit d'interactions avec des acteurs variés. Considérée sous cet angle, elle peut contribuer à des comportements d'ordre défensif. Cependant, elle peut aussi être considérée comme un levier permettant de susciter l'amélioration de la mise en œuvre et donc de la performance atteinte *in fine*. Le comportement défensif de l'encadrement consiste à considérer dans la décision le risque de créer du mécontentement, plutôt que d'envisager qu'elle peut créer une dynamique de changement, acceptée, voir souhaitée par les acteurs. À ce titre, le cas du diagnostic socio-économique, nous montre que le conseil d'administration craint des réactions négatives des acteurs de terrain, quand ceux-ci sont en attente de l'information que les dysfonctionnements qu'ils vivent sont connus et pris en considération par la gouvernance. Le diagnostic socio-économique peut être un puissant levier d'échange et de changements, à condition de prendre en considération l'aspect favorable de l'évolution des opinions des acteurs dans le temps.

Enfin, **la situation extérieure à l'établissement et les données externes à la décision** mais internes à l'établissement, peuvent évoluer dans le temps. Ne pas prendre en considération cette évolution possible, parfois prévisible, des données externes fait courir des risques parfois importants sur le plan stratégique.

Nous observons donc que les décisions observées prennent faiblement en considération les conséquences à venir des décisions. Nous observons une faible recherche du périmètre des

changements provoqués par une décision en dehors des changements recherchés par cette décision. Ce périmètre est limité dans l'espace de l'organisation et dans le temps de l'organisation et de son environnement.

6.3 Interprétation et confrontation théorique des résultats

Nous approfondissons ici les liens entre les résultats obtenus et le cadre théorique choisi. Dans un premier temps, nous analysons en quoi consistent les pannes d'ascenseur. Ensuite, nous voyons comment les ressources sont utilisées dans les décisions étudiées. Le modèle des ressources multidimensionnelles de la décision de gestion socio-économique propose un moyen d'intégrer les ressources de l'organisation dans les processus de prise de décisions. Enfin, nous approfondissons la complémentarité entre la théorie des ressources et la théorie socio-économique, en matière de communication et de gestion des ressources dans les prises de décisions.

6.3.1 Les pannes d'ascenseur

Les pannes d'ascenseur sont des défauts de circulation des informations entre les étages et entre les personnels d'un même étage, c'est-à-dire entre les personnels d'un même service. L'ascenseur est à la fois un mode de transmission spatiale et un mode de transmission temporelle. Nous analysons, à la lumière du cadre théorique, les trois types de pannes d'ascenseur observées : la déficience de circulation d'informations, l'inadaptation des informations émises et l'absence de gestion des boucles de rétroaction.

6.3.1.1 Une circulation d'informations déficiente

Nous avons montré que les canaux d'informations ne sont pas assez performants pour la circulation des informations pertinentes.

La circulation verticale des informations entre les niveaux est insuffisante. Nous avons montré l'insuffisance de circulation des informations dans **le sens descendant**, entre la direction et l'encadrement d'une part, puis entre la direction et l'encadrement vers les personnels de base. Cette insuffisance nuit au déploiement de la stratégie. Ainsi Anthony et Ardoin (1993) notent que les organisations consacrent en général peu de temps à préciser leurs buts par écrit et que, lorsqu'elles le font, ils sont vagues et participent peu au processus de planification. Selon eux, des organisations de nature plutôt publique, telle qu'un hôpital, ont des buts. La question principale est de savoir comment ils interprètent leur fonction réelle plus que la façon dont ils la formulent à l'écrit. Savall et Zardet (1995) relèvent également que l'information stratégique est souvent considérée comme confidentielle, et que, pour cette raison, elle est extrêmement peu diffusée. Ils soulèvent la difficulté majeure que crée le secret autour de la stratégie, à savoir

qu'une stratégie qui n'est pas diffusée est beaucoup moins mise en œuvre. Nous avons montré également une **insuffisance d'informations ascendantes** du terrain vers les décideurs. La conséquence est la moindre pertinence des décisions prises par ces derniers car la mise en œuvre est ainsi moins bien anticipée, donc moins détaillée et moins performante. Savall et Zardet insistent sur le nécessaire copilotage stratégique entre la direction et l'encadrement. Ils soulignent le paradoxe des organisations qui s'appuient sur l'encadrement pour mettre en œuvre des décisions stratégiques mais lui refusent les informations utiles pour le faire. La conséquence est que l'organisation se prive de la valeur ajoutée de la connaissance de l'encadrement permettant une mise en œuvre efficace des décisions stratégiques par l'articulation appropriée du stratégique et de l'opérationnel.

Il apparaît, à la suite de l'analyse des décisions sélectionnées, que la séparation entre les niveaux de décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles est un outil d'analyse efficace mais qu'elle ne correspond pas à la portée des décisions dans la réalité. Les décisions stratégiques nécessitent la prise de décisions tactiques et opérationnelles pour être appliquées. D'autre part, les décisions opérationnelles nécessitent la connaissance des axes stratégiques et tactiques pour être adaptées à leurs mises en œuvre.

Nous avons observé également un **manque de circulation horizontale** entre les services, ainsi qu'au sein des services. L'hyperspécialisation des services et des individus favorise le cloisonnement entre des services qui ne travaillent pas sur les mêmes sujets et ne les envisagent pas sous les mêmes angles. Comme l'a montré Bernoux, il s'agit aussi de comportements de conservation des marges de manœuvre des acteurs. L'hyperspécialisation, le cloisonnement et le souci de conserver ses propres marges de manœuvre conduisent à la création et à la solidification dans l'organisation de silos qui ne communiquent pas des informations qui sont pourtant potentiellement utiles aux prises de décisions d'autres acteurs. Ainsi, nous retrouvons dans la réalité les effets du virus TFW identifié dans la théorie socio-économique. Le taylorisme, à travers la division verticale et horizontale du travail, et le fordisme, qui prône l'hyperspécialisation et la séparation entre l'exécution et le contrôle, caractérisent en effet, l'organisation du travail observée et les structures de cet établissement. Cet ensemble, couplé à un manque de communication-coordination-concertation, conduit à des processus de décision peu performants. Le manque de performance globale de l'organisation est donc, en partie, lié à sa structuration cloisonnée, à une séparation des tâches et à l'hyperspécialisation. Or, plus les tâches sont séparées, et plus l'organisation est cloisonnée, plus elle a besoin de dispositifs de communication permettant l'échange des informations pertinentes pour chacun des acteurs. Le virus et le manque de communication-coordination-concertation dégradent la performance des processus de l'organisation et la performance globale. Il paraît donc nécessaire de réduire l'hyperspécialisation et de développer les dispositifs de communication-coordination-concertation.

6.3.1.2 Une émission et une réception d'informations inadaptées

Les informations qui circulent dans les canaux de communication apparaissent souvent inadaptées. Nous avons constaté qu'un grand nombre de dispositifs de coordination-coordination-concertation sont organisés. À l'occasion de ces rencontres, une grande quantité d'informations est délivrée aux participants. Cependant, ce flux d'informations est peu utile. **Les informations sont peu priorisées**, elles sont donc peu mémorisées et peu intégrées par les récepteurs. Paradoxalement, cette grande quantité d'informations participe à la dégradation de la performance des informations elles-mêmes, dans la mesure où les informations potentiellement utiles sont, au mieux, noyées. Ici, les informations peuvent être considérées comme des ressources, qui sont partiellement gaspillées, et dont la mauvaise utilisation engendre des pertes de temps, qui créent des coûts cachés.

Le contenu des informations est aussi **qualitativement mal adapté aux besoins des récepteurs**. Le besoin en informations est différent en fonction du poste de travail occupé et des décisions nécessaires à l'accomplissement des tâches. La spécialisation et la technicité présentes dans ce type d'organisation conduisent à ce qu'un acteur ne peut définir exactement les informations dont il a besoin lui-même s'il ne sait pas qu'elles existent, ni les informations qui seront utiles à un autre acteur, qui occupe d'autres fonctions. Chaque acteur n'a pas conscience de toutes les informations pertinentes dont il a besoin pour prendre les décisions les plus pertinentes possibles, chacun à son poste.

Pour être intégrée, une information doit être correctement reçue et comprise par le récepteur. Pour qu'elle soit efficace, elle doit être compréhensible, pertinente pour ses besoins, mémorisée et l'inciter à agir. Girin a montré que le langage est situé, c'est-à-dire que ses référentiels appartiennent à la situation de gestion dans laquelle il est utilisé. Une situation doit être explicitée pour être interprétée de manière juste, afin que les décisions soient adaptées. Dans une situation donnée, les informations reçues doivent avoir du sens et être intégrées pour être utilisées. Cependant, un émetteur émet des informations qui ne peuvent pas être adaptées à tous les récepteurs qui suivent dans la chaîne de communication et de mise en œuvre de la décision initiale. Les informations émises sont donc plus pertinentes lorsque le récepteur est en interaction orale de face à face avec l'émetteur. Celui-ci est en effet en mesure de référencer le langage dans la situation de gestion propre au récepteur. Ainsi, il est fréquent de constater qu'une expression qui peut être très stimulante au niveau d'un comité direction, c'est-à-dire pour l'encadrement supérieur, peut être incompréhensible au niveau du personnel de base. Le même message délivré à l'encadrement et au personnel de base peut donner lieu à une interactivité positive avec les uns et négative avec les autres.

6.3.1.3 Une absence de gestion des boucles de rétroactions

Nous avons relevé que les pannes d'ascenseur peuvent provenir d'un **manque de prise en compte de la dimension systémique** de l'organisation et, partant, des effets non visés des processus de décision. Ceux-ci semblent être considérés de manière linéaire et séquentielle. Un décideur prend une décision et informe un subordonné, qui sera en charge de sa mise en œuvre. À son tour, celui-ci donne des instructions à d'autres acteurs, qui auront en charge une partie plus petite de la mise en œuvre. Cette division fait abstraction des boucles de rétroactions possibles et souhaitables. La systémique et la dynamique temporelle ne sont pas anticipées. Tout se passe comme si, le plus souvent, chaque décideur considérait la délégation de mise en œuvre à son subordonné comme la fin du travail qu'il a à faire pour une décision donnée. Par exemple, nous avons relevé que la gouvernance a pris en compte les effets négatifs que pouvait avoir la présentation du diagnostic socio-économique sur le personnel mais pas les effets négatifs du refus de présenter. Elle n'a pas cherché à connaître les conséquences de cette nouvelle décision. Dans le cas de la décision de confier la gestion des ressources humaines à un des entrepreneurs, elle n'a pas anticipé les effets de l'augmentation importante des remplacements par des vacataires sur le service de gestion des ressources humaines et sur la qualité de sa prestation. Les décideurs s'intéressent, souvent, aux effets escomptés de leurs décisions, mais n'anticipent pas et ne vont pas rechercher les effets indirects de leurs mises en place, c'est-à-dire les modifications sur l'état initial d'une partie de l'organisation.

L'absence de prise en considération des boucles de rétroaction peut expliquer la pertinence apparente de penser l'organisation en niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels. Nous avons montré que des décisions stratégiques ont des conséquences managériales et opérationnelles majeures, qui, à leur tour, ont un *feed-back* potentiellement extrêmement négatif sur les effets des décisions stratégiques, quand les boucles de rétroactions et leur gestion ne sont pas anticipées dès la mise en œuvre. Le manque de prise en compte des boucles de rétroaction peut avoir comme conséquence que la communication des décisions prises paraît inadaptée à certains acteurs, qui anticipent les effets de la mise en œuvre. La communication, en effet, n'anticipera pas les obstacles que les acteurs perçoivent à l'annonce des décisions et rencontrent lors de sa mise en œuvre. Lorsque la communication lors de la décision initiale ne permet pas d'adapter les décisions intermédiaires pour atteindre les objectifs initiaux, celles-ci peuvent déboucher sur des mises en œuvre peu cohérentes et, ainsi, générer des effets « pervers », qui, à leur tour, limitent les effets attendus des décisions prises. Ainsi, la décision de faire gérer les ressources humaines par le service d'un des entrepreneurs, donc, d'une certaine façon, d'externaliser la gestion des ressources humaines par rapport à l'établissement, a créé des dysfonctionnements en cascade. Ceux-ci ont été très peu anticipés. La Clinique Court Séjour a prévu de détacher 1,5 équivalent temps plein de gestion des ressources humaines pour la Clinique SSR. Il a été prévu, initialement, que la gestion des ressources humaines nécessitait

une présence sur site pendant quelques heures par semaine. Cependant, un très grand nombre de difficultés se sont présentées à la fois au service des ressources humaines et au personnel de la Clinique SSR, du fait de cet éloignement. Nous l'avons vu, le système d'informations ne permettait pas le partage de fichiers de gestion opérationnelle entre les deux établissements. L'absence de dispositifs de communication-coordination-concertation prévus entre l'encadrement du service de soins et la direction des ressources humaines n'a pas permis à plusieurs des cadres de santé, de prendre conscience de l'aspect crucial de la communication des informations sur les recrutements, les absences et les changements pluriquotidiens de plannings. Chaque mois, de nombreuses erreurs ont été faites dans le calcul des paies. Le délai d'émission des contrats de travail, dû à une absence d'informations, a conduit plusieurs dizaines de vacataires et intérimaires à éviter de travailler à nouveau avec cet établissement.

L'absence de gestion des boucles de rétroaction apparaît également dans **le manque de prise en compte des effets des comportements humains sur l'application des décisions**. Si, comme nous l'avons vu, les aspects négatifs, de type résistance au changement, sont pris en compte, les aspects positifs, tels que l'apprentissage collectif et la mobilisation du personnel pour mettre en œuvre des améliorations de pratiques, et donc de performance, ne sont pas vus. Le levier structurel est également utilisé dans le cadre des politiques publiques. La modification des structures du système de santé vise à provoquer la modification des structures internes des établissements. Tel est le cas de la tarification à l'activité ou des démarches de certification. Cependant, comme le relève Lamothe (2005), la limite du levier structurel est que, malgré les réorganisations internes, les fusions, les formations de réseaux et autres, les problèmes d'efficacité ne sont pas résolus. Au niveau micro, dans les établissements, le manque d'intégration d'informations, l'absence d'accord avec les objectifs de l'État, les phénomènes d'oubli et les stratégies personnelles conduisent à des prises de décisions qui sont incohérentes entre elles. Ainsi, l'augmentation du taux d'occupation, recherchée par la direction de la Clinique SSR est partiellement contrecarrée par l'arrêt d'utilisation de l'outil partagé de gestion des entrées et sorties, mais aussi par la restructuration de l'équipe administrative, qui a consisté à spécialiser une seule personne sur la facturation alors que cette personne était connue comme n'adhérant pas aux directives reçues et à la stratégie de l'établissement.

Au sein des processus de décision observés, des défaillances de circulation et d'intégration des informations se produisent à chaque étape, de l'identification du problème à résoudre à la fin de la mise en œuvre. La circulation verticale est déficiente, entre les différents niveaux hiérarchiques, à la fois dans le sens ascendant et descendant. Elle est également déficiente horizontalement, entre les acteurs d'un même service et entre les acteurs de services différents.

Les informations effectivement communiquées prennent insuffisamment en compte les besoins des acteurs-récepteurs, à la fois en termes de contenu utile à la mise en œuvre et de priorisation des besoins. Les déficits de communication sont à la fois la cause et la conséquence de l'absence

de gestion des boucles de rétroactions provoquées par toute décision. Nous observons donc que les dispositifs de communication-coordination-concertation sont insuffisants pour faire circuler les informations pertinentes et stimulantes pour les récepteurs, c'est-à-dire utiles et adaptées à leurs besoins. Ce manque de dispositifs formels n'est pas compensé par la communication informelle. L'ascenseur est un lieu de transit et de rencontres. C'est le véhicule de la communication informelle, rendu nécessaire par le fait que les informations ne circulent pas dans l'air, de leur propre initiative, mais qu'elles sont de meilleure qualité quand elles sont portées par des êtres humains qui adaptent leur écoute et leur expression aux situations de communication.

Le flux d'informations multidirectionnelles est véhiculé de manière formelle et informelle. Or, ici, le système d'informations hospitalier est insuffisant et inadapté aux besoins de prise de décisions. Il est peu opérationnel, peu fonctionnel et rarement humainement intégré. Il n'est donc pas stimulant. S'il l'était, le système d'informations hospitalier diminuerait la fréquence nécessaire du fonctionnement de l'ascenseur stratégique. Ici, il s'agit d'un système d'informations partiellement opérationnelles et partiellement fonctionnelles, c'est-à-dire un SIOF. Son inadaptation aux besoins des acteurs le rend inopérant pour déclencher des actions chez les récepteurs. Savall et Zardet (2014) font le constat que les établissements de soins sont rarement dotés de véritables outils de gestion, utiles au pilotage des personnes et des activités de manière proactive. Ils notent que le plus souvent, l'encadrement n'utilise pas d'outils de gestion de manière régulière. Les services supports tels que les services de ressources humaines ou les services financiers, créent et utilisent des outils de pilotage pour eux-mêmes. Ceux-ci permettent de suivre certaines décisions, mais pas d'anticiper les événements. Les insuffisances du système d'informations hospitalier rendent cruciale la prise d'ascenseur pour combler le déficit informationnel. L'encadré 19 synthétise la définition des pannes d'ascenseur et leur cause directe.

Encadré 19. Principaux résultats : définition et explication des pannes d'ascenseur

- Les pannes d'ascenseur sont des défaillances de la communication et de l'intégration des informations pertinentes pour les décisions des acteurs de l'organisation.
- Les pannes d'ascenseur sont dues au manque de rencontres et d'échanges entre les acteurs des différents étages et des différents services et métiers. Comme ils ne se rencontrent pas, les acteurs méconnaissent ou oublient que les autres acteurs ont des informations pertinentes pour leurs décisions à venir et qu'eux-mêmes ont des informations précieuses pour les autres.

6.3.2 La gestion des ressources

La gestion des ressources est indissociable des processus de décision d'une organisation. D'une part, les décisions ont trait à la production de biens ou de services à partir de ressources et,

d'autre part, les décisions ont des conséquences sur les ressources, qu'elles soient recherchées ou non.

6.3.2.1 Les ressources stratégiques, ordinaires et critiques

Le management des ressources nécessite leur perception, c'est-à-dire leur **reconnaissance** comme étant bien des ressources. Nous définissons une ressource comme tout moyen, matériel ou immatériel, qui est attaché de manière semi permanente à une organisation, comme nous l'avons vu, à la section 2.3.1. Weppe et *al.* (2013), comme nous l'avons vu dans la section 2.2.1, considèrent que les ressources sont caractérisées par quatre dimensions interdépendantes. Des caractéristiques propres d'une ressource dépend la perception qu'en ont les managers. De la perception des managers dépendent les actions entreprises et des actions entreprises dépend l'impact d'une ressource sur la performance de l'établissement. Ces auteurs soulignent que l'on se focalise le plus souvent sur les ressources stratégiques, c'est-à-dire les ressources qui présentent les caractéristiques de valeur, de rareté, d'absence de caractère imitable et substituable. Les ressources ordinaires ou négatives peuvent ne plus être perçues, alors que, comme le rappellent les auteurs, « la performance de l'entreprise est en réalité issue de la combinaison entre ces ressources stratégiques et les ressources ordinaires ou négatives qui assurent le déploiement des premières » (p. 34).

Le management des ressources a donc des **effets sur la performance**. Plus précisément, la performance dépend de la manière dont les ressources sont utilisées et combinées. S'il n'y a pas de conscience de certaines ressources, la performance de l'entreprise diminue. Comme le rappellent Arrègle (1995) et Prévot et *al.* (2010), **les compétences d'une organisation se définissent comme le mode de coordination de ses ressources**. C'est la manière dont l'organisation coordonne ses ressources qui conditionnent la performance. Dans le cas de la Clinique SSR, la compétence centrale est relativement stable dans le temps. L'activité de soins de suite et de réadaptation est déjà présente et pratiquée au moment de la reprise. Cependant, les patients pris en charge relèvent plutôt de l'orthopédie gériatrique et l'établissement évolue vers une prise en charge de patients présentant des pathologies polyvalentes et des pathologies cancéreuses, en plus des pathologies orthopédiques ou traumatiques. Prévot et *al.* (2010) rappellent que la concurrence véritable entre les entreprises se fait sur les compétences et non sur les produits. Sur notre terrain de recherche, les compétences doivent partiellement évoluer. L'établissement doit se procurer les ressources nécessaires aux prises en charge de type oncologique et apprendre à coordonner ces nouvelles ressources avec les ressources déjà présentes.

La coordination des ressources nécessite un système de **communication-coordination-concertation** pour mettre les ressources en synergie afin d'atteindre la performance visée par l'établissement. En effet, la connaissance d'une ressource nécessite d'**apprendre** et de

conserver la mémoire de la manière dont elle est combinée, ce qui permet ensuite d'apprendre à recombinaison les ressources. Or, dans le cas de la Clinique SSR, l'évolution de la compétence centrale implique la nécessité d'un apprentissage et d'une mémorisation. Or, lorsque le système d'informations hospitalier est déficient et que la communication-coordination-concertation est insuffisante, l'apprentissage est limité à quelques personnes et la mémorisation n'est pas centralisée dans un support technique. Dans un contexte de forte rotation et d'absence de mémorisation des apprentissages, les acteurs, soignants en particulier, changent souvent et communiquent peu. Ainsi, par exemple, un nouveau médicament anticancéreux est prescrit à un patient. Cette molécule se conserve à 4°C. Le traitement est fourni au service de soins par la pharmacienne, qui le range dans le réfrigérateur. L'infirmier en poste le lendemain ne trouve pas le médicament, ne trouve l'information nécessaire ni dans le système d'informations formel ni auprès des personnels présents. Le patient ne prend pas son traitement. Dans la journée, la cadre de santé, alertée, trouve l'information et la transmet à l'infirmier pour la prise du lendemain. Le lendemain, une nouvelle infirmière trouve le médicament après maintes recherches : l'information lui est transmise oralement par la cadre de santé, mais elle a perdu plus de 30 minutes. Le patient reçoit son traitement. Le troisième jour, l'infirmière en poste est nouvelle, la cadre de santé est absente : le patient ne reçoit pas son traitement. La distribution des médicaments est fondée sur **une routine organisationnelle** et **une routine professionnelle**, apprises en formation initiale. Les deux sont stables mais nécessitent des ajustements. Ces ajustements requièrent un système de communication-coordination-concertation adapté. Quand, comme dans cet exemple, la communication n'est pas efficace, le processus productif est dégradé, les ressources ne sont pas en synergie. Eisenhardt et Martin (2000), cités dans Prévot et *al.* (2010), constatent que les routines sont des processus stables, avec des résultats prévisibles dans les environnements sans changement rapide. Tel est le cas de la Clinique SSR. Pourtant, la très faible mémorisation des apprentissages et le fort taux de rotation conduisent à l'absence de mise en place de routines sur les nouveaux apprentissages, et à la dégradation des routines encore en place, du fait du grand nombre de vacataires et d'intérimaires qui ne connaissent pas l'établissement et ses habitudes de fonctionnement. **Le système de communication-coordination-concertation, qui inclut le système d'informations hospitalier, peut être considéré comme une ressource critique**, c'est-à-dire une ressource nécessaire au fonctionnement et dont l'absence ou la limitation diminue la capacité de production. Dans l'exemple, l'information utile a été délivrée, a circulé mais n'a pas été conservée de manière à être retrouvée. Nous revenons ici à la vision de Penrose, Prévôt et Weppe pour qui le service rendu par les ressources dépend de la manière dont elles sont insérées dans le processus productif, non seulement de la possession de ces ressources. Selon le point de vue adopté, le système de communication-coordination-concertation est une ressource critique et/ou un moyen essentiel pour coordonner l'utilisation des ressources et conserver les apprentissages de l'organisation.

Considérer le système de communication comme une ressource critique abonde dans le sens de Barney (1991), qui décrit les **ressources comme interdépendantes**. Nous le constatons également lorsque ce qui est mis en œuvre pour augmenter les ressources économiques par la Clinique SSR a des conséquences sur d'autres pans de l'organisation, comme les dispositifs de communication-coordination-conservation, les conditions de travail ou la qualité des soins. De même, le choix fait par la gouvernance de limiter les travaux aux mises aux normes de sécurité et non d'adapter des locaux aux besoins des patients transforme les locaux de ressources ordinaires en ressources négatives. Pour nous, une ressource négative est une ressource perçue comme ayant un impact négatif sur les performances, par exemple lorsqu'elle génère un coût supérieur à la valeur qu'elle crée pour l'organisation. Les locaux inadaptés, et définis comme tels dans le diagnostic socio-économique par de nombreux acteurs, ont pour conséquence une ergonomie et un confort pour les personnels très inférieurs à ceux des concurrents. Pour les patients, les nombreuses pannes d'ascenseurs, la faible taille des chambres doubles et l'insuffisance de climatisation procurent un confort et une ergonomie très inférieurs à leurs attentes, ainsi qu'à celle des proches et, par conséquent, des médecins qui les adressent à la Clinique SSR. Progressivement, l'établissement acquiert une mauvaise réputation, ce qui se traduit par une moindre satisfaction des patients, des profils de patients aux moyens financiers plus limités, mais également par une certification sous conditions par la Haute Autorité en Santé. De plus, ces locaux rendent les conditions de travail plus difficiles. En effet, lorsqu'il n'y a que deux douches communes pour 40 patients, l'organisation des soins d'hygiène est plus difficile et nécessite une moindre qualité, puisque les douches ne seront pas données tous les jours aux patients qui le désirent. D'autre part, les locaux représentent une ressource négative du point de vue des frais de structure et du point de vue des coûts cachés. Le faible nombre de douches génère du surtemps, une baisse de la qualité avec une seule douche par semaine pour certains patients, particulièrement dépendants, et une diminution de la qualité également par le fait que les nombreuses pannes d'ascenseur rendent impossible la descente des patients en salle de rééducation. Nous retrouvons les caractéristiques systémiques de l'organisation. Prioriser les ressources économiques au détriment des conditions d'accueil et de travail dégrade la réputation de l'établissement, son attractivité pour les patients et les personnels et diminue la capacité de production du potentiel humain. **L'interdépendance des ressources conduit donc à ce qu'une ressource ordinaire sous-investie se transforme en une ressource négative.**

Il existe donc **un continuum entre ressource stratégique, ressource critique, ressource ordinaire et ressource négative**. Le manque de cohérence dans les décisions, dû en partie au manque de prise en considération de certaines ressources et de leur interdépendance, limite la valeur créée par d'autres ressources et diminue donc, au moins de manière relative, la performance.

6.3.2.2 Le management des ressources humaines

L'exemple du management des ressources humaines dans la Clinique SSR permet de comprendre une partie de la faible performance de l'organisation. La ressource humaine est une ressource essentielle pour un établissement de santé. Le potentiel humain est la ressource qui a le plus fort retour sur investissement, lorsque ce potentiel est transformé en ressource (Savall et Zardet, 2007 ; Cappelletti, 2012 ; Savall et al., 2019). **Le manque de management du potentiel humain conduit à transformer cette ressource à haut potentiel en une ressource ordinaire, voire négative.** Les freins volontaires ou involontaires créés par les comportements des acteurs, l'absentéisme et la rotation diminuent la capacité de production de soins et met en danger la survie de cet établissement.

Le diagnostic socio-économique a montré que les acteurs se plaignaient de nombreux dysfonctionnements sur le management des ressources humaines. Ainsi, ont été relevés des non-respects des règles et des procédures, y compris dans la prise en charge des patients. Il s'agit là d'un des rôles d'accompagnement et de contrôle des managers de proximité. L'absence de prise en main des résultats du diagnostic suggère l'absence de prise de conscience de la nécessité d'engager des changements. L'absence de manager pour les rééducateurs a pour conséquence une absence de coordination de leur travail, une démotivation du fait du sentiment de manque de reconnaissance. Ainsi, la plus-value d'un établissement de soins de suite et de réadaptation est diminuée par rapport à celle d'un retour à domicile, solution choisie par certains patients, après moins d'une semaine de séjour dans l'établissement. Dans son ouvrage sur le redressement des entreprises, Daigne (1993) relève que « la non gestion stratégique des ressources humaines peut détériorer l'avantage concurrentiel d'une organisation. L'absence d'outils et de méthodes désagrègent la qualité des relations et de la formation » (p. 16). Nous constatons, en effet, dans le cas de la Clinique SSR dont la production de soins repose essentiellement sur le personnel, et non sur des machines comme dans l'industrie, que les soins de mauvaise qualité conduisent à la fois à une perte directe de patientèle et à une détérioration de l'image de marque. Ici, il s'agit moins d'une détérioration de l'avantage concurrentiel de l'organisation que la diminution de la valeur ajoutée d'une ressource essentielle et, par conséquent, de la performance de l'établissement.

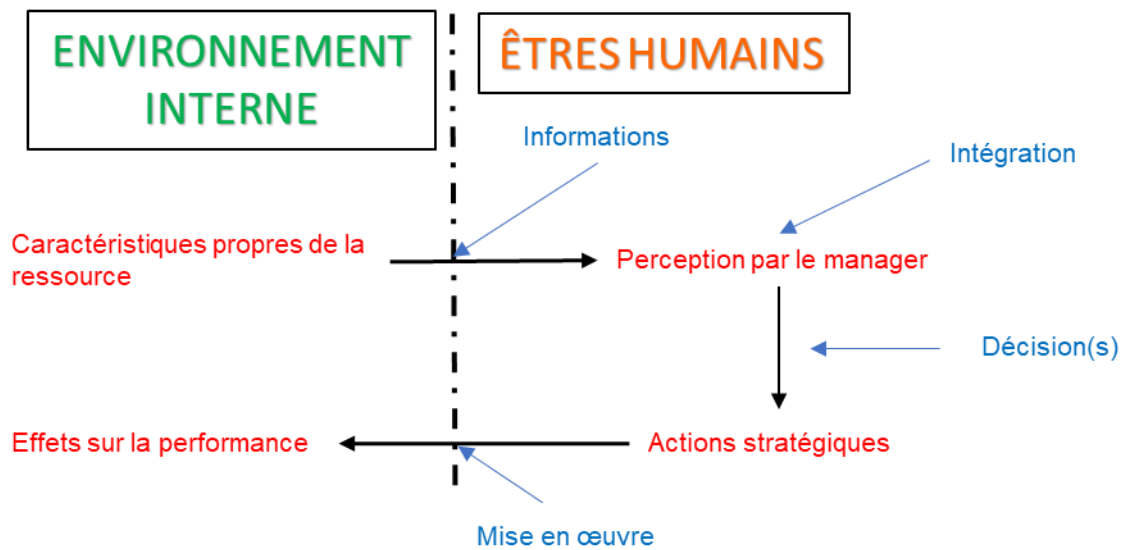
Le diagnostic socio-économique a montré également une plainte sur le manque de cohésion. Le manque de cohésion est la conséquence d'un management insuffisant des ressources humaines. Savall et Zardet (2014), dans leur comparaison de 35 entreprises appartenant à sept secteurs d'activité, ont montré que tous les acteurs, direction, encadrement et personnel de base, expriment une absence de cohésion entre eux. Les auteurs soulignent que "52 % des problèmes perçus dans ce domaine relèvent de trois thèmes : la communication-coordination-concertation, le mode de management et organisation du travail" (p. 21). Ils relèvent, enfin, qu'environ la moitié des dysfonctionnements sont causés par la non cohésion ou par la persistance du virus TFW. Il

existe donc **un continuum de perception et une évolution possible entre ressource ordinaire et ressource négative**. Ainsi, les médecins sont des ressources critiques dans la Clinique SSR, dans la mesure où, s'ils sont durablement en nombre insuffisant, des lits doivent être fermés, diminuant ainsi le volume de production. Cette ressource critique devient une ressource négative lorsque des médecins, mécontents de leurs conditions de travail et de la qualité des soins qu'ils peuvent fournir conseillent à des patients de rentrer chez eux ou de changer d'établissement. Lorsque ces médecins mécontents quittent l'établissement, ceux qui restent redeviennent une ressource critique, qu'il est essentiel de conserver. Lorsque le management des ressources humaines est déficient, le potentiel humain, à fort retour sur investissement, peut être transformé en une ressource négative.

6.3.2.3 *Les processus de décision : une ressource stratégique*

Il apparaît qu'il n'y a pas de prise de conscience et donc pas d'analyse des ressources négatives ou critiques par rapport à des ressources positives. Ceci est cohérent avec le caractère partiellement implicite des ressources pour les managers, tels que les décrit Barney (1991). *A fortiori*, les ressources, qui ne sont pas perçues comme telles, ne sont pas analysées et ne sont donc pas prises en considération comme des ressources à protéger dans les décisions. Ne pas prendre en compte dans les décisions les ressources de l'organisation conduit à transformer des ressources potentiellement positives en ressources négatives, en particulier dans le cas du potentiel humain. Cet exemple tend à montrer que **le processus de décision stratégiques est une ressource**. Lorsqu'il ne prend pas en considération les ressources critiques, le processus de décision stratégiques devient lui-même une ressource négative, qui diminue la performance de l'établissement, à court, moyen ou long termes. Comme nous l'avons vu, les caractéristiques des ressources décrites par Weppe et *al.* (2013) sont interdépendantes. Les effets d'une ressource sur la performance d'une organisation dépendent de la réalité des trois caractéristiques précédentes. La figure 20 montre pourquoi les processus de décision sont indispensables à l'utilisation d'une ressource, pour qu'elle soit une ressource positive.

Figure 20. Étapes du processus de décision indispensables à l'utilisation d'une ressource



D'après Weppe et al. (2013)

Le processus de décision fait partie des compétences des ressources humaines d'une organisation. Il nécessite la prise d'informations pertinentes en amont de la décision, l'intégration de ces informations par le décisionnaire, le choix parmi plusieurs alternatives d'agir et, enfin, la mise en œuvre des actions décidées. La perception par le manager des caractéristiques propres des ressources dépend de sa capacité à trouver, entendre et discerner les informations pertinentes. Il doit les intégrer pour percevoir la ressource comme telle. Pour que la ressource donne lieu à des actions stratégiques, le décisionnaire doit prendre la décision. Enfin, pour passer des actions stratégiques aux effets sur la performance d'une ressource, ces actions stratégiques doivent être mises en œuvre. **Les processus de décision et l'utilisation des ressources sont donc intimement imbriqués.** Ainsi, nous remarquons que la plupart des ressources négatives que nous avons identifiées dans la Clinique SSR, ne sont pénalisantes que du fait de l'utilisation qui en est faite. Les comportements des acteurs contre l'intérêt de l'organisation peuvent être modifiés. Les locaux peuvent être transformés en une ressource favorable, à condition de les rénover. **Peu de ressources sont négatives en elles-mêmes.** Une ressource devient négative lorsqu'elle n'est pas intégrée harmonieusement dans le système productif, de manière appropriée.

Ce constat est aussi valable pour les décisions qui ont porté leurs fruits, telles que la décision de diversifier la gamme de chambres particulières. Du point de vue opérationnel, le directeur a décidé de spécialiser un agent administratif sur la vente des chambres particulières aux patients. Après négociation, cette personne accepte le poste. La mise en œuvre au sein de l'équipe est accompagnée. La montée en compétences est accompagnée par le directeur. Il professionnalise à la fois la vente et le suivi de l'indicateur, créé par la personne elle-même. Une partie de son temps de travail était jusque-là sous-utilisée. En la faisant évoluer vers plus de responsabilités,

le directeur transforme une opposante muette en une actrice impliquée dans la performance. Son potentiel est transformé en une ressource positive, qui crée de la valeur ajoutée. De la même manière, la décision de louer une partie des locaux vides à un laboratoire d'analyses médicales a permis de diminuer les charges de cette partie du bâtiment. Ce contrat passé avec un nouveau partenaire permet de faire venir de nouveaux patients potentiels. Elle permet une amélioration de la visibilité et de l'image de la Clinique SSR.

Le management efficace des ressources nécessite qu'elles soient identifiées comme telles, que leurs utilisations soient coordonnées et que leur exploitation conserve et, si possible, augmente leur valeur. L'ascenseur stratégique participe du système de communication-coordination-concertation, ressource critique pour tirer le meilleur parti des ressources de l'organisation. Il améliore la performance des processus de décision, qui conditionne la bonne utilisation et valorisation des ressources.

6.3.3 Les ressources multidimensionnelles de la décision de gestion socio-économique

Dans cette section, nous tentons d'identifier quelles sont les ressources qui sont prises en compte dans les décisions observées. Pour cela, nous faisons un retour sur le cadre théorique pour approfondir la manière dont les théories envisagent le lien entre ressources et processus de décision.

6.3.3.1 *Les ressources comme variables de la décision*

Simon (1965/1989) segmente le processus de décision en quatre étapes. Il sépare la perception du besoin de décider, la formulation des voies d'action possibles, l'évaluation de leurs avantages respectifs et, enfin, le choix de la voie d'action à suivre (cf. chapitre 2, section 2.3.2.1). Cette vision du processus de décision est très macro, par rapport à une organisation. Elle n'est pas opérationnalisée. Elle présente les avantages de montrer la nécessité d'envisager les aspects positifs des conséquences recherchées mais ne développe pas les inconvénients des décisions et les changements opérés pour parvenir à les mettre en œuvre. Elle ne développe pas non plus la manière dont doivent être prises en considération les conséquences des changements produits. La théorie socio-économique propose un modèle décisionnel à l'échelle de l'organisation, décrit par Savall et Zardet en 1999. Les huit étapes du processus de décision rejoignent la description d'un système d'informations opérationnelles et fonctionnelles, humainement intégrées et stimulantes. Le processus de décision est considéré comme englobant l'action. L'approche est un enrichissement du processus de décision décrit jusque-là, notamment par Simon, à la fois sur la forme et sur le fond des informations à prendre en considération.

Savall et Zardet (1999) définissent la décision de gestion socio-économique comme "une décision de gestion où il y a arbitrage et prise en compte des différentes facettes de l'entreprise et de leurs

logiques d'action ", c'est-à-dire les relations industrielles, la gestion des ressources humaines, la gestion des stocks, etc. (p. 7). Pour ces auteurs, **les variables de la décision à prendre en considération sont les ressources de l'organisation**. Ils proposent une modélisation théorique définissant les ressources à prendre en compte dans la décision. En accord avec Boisvert (1985), ils soulignent qu'un nombre trop restreint de variables prises en considération dans une modélisation scientifique ne concourt pas à l'optimisation escomptée mais risque au contraire d'être contreproductive, dans la mesure où les variables négligées peuvent avoir une incidence véritable sur le résultat recherché. Ils posent la question du contenu à prendre en considération dans les décisions et déduisent que le contenu est multidimensionnel.

Savall et Zardet définissent **les ressources multidimensionnelles de la décision de gestion**. Ils les séparent en huit familles de ressources. Ces huit familles peuvent être regroupées en trois thèmes. Tout d'abord, trois types de ressources décrivent au moins partiellement le **potentiel humain**. Il s'agit de l'énergie humaine (individuelle) et sociale (collective), les compétences disponibles individuelles et collectives et les informations stratégiques actualisées sur les quatre segments de la chaîne d'action stratégique. Le deuxième thème de variables relève du **patrimoine**, c'est-à-dire de tout ce qui peut être valorisé. Il s'agit du portefeuille de produits actuels et nouveaux en gestation et des différents types de patrimoine, portefeuille de produits actuels et nouveaux produits, patrimoine de relations avec le marché, avec les institutions, portefeuille de clients et fournisseurs et patrimoine technologique maîtrisé par l'entreprise. Enfin, le troisième type de ressources regroupent les **ressources financières**. Elles sont détaillées dans l'encadré 20.

Encadré 20. Variables des décisions de gestion socio-économique

" Les ressources multidimensionnelles à prendre en compte dans la théorie socio-économique de la décision de gestion, tant au niveau de l'analyse des processus de décision que des outils d'aide, sont" regroupées en 8 familles :

- "(EHS) : **Énergie Humaine** (individuelle) et **Sociale** (collective), telles que leadership, implication de l'encadrement et du personnel de base, qui peut se mesurer par la valeur ajoutée par tête et par unité de temps, ou contribution horaire à la marge sur coûts variables dénommée aussi contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV) ;
- (CIC) : Compétences disponibles Individuelles et Collectives, mesurables par des outils tels que la grille de compétences (gestion des ressources humaines) ;
- (ISA) : Informations Stratégiques Actualisées sur les 4 segments de la « chaîne d'action stratégique » : marché – produits – technologie – potentiel humain ;
- (PP) : Portefeuille de Produits, actuels et nouveaux en gestation ;
- (PRMI) : Patrimoine de Relations avec le Marché, les Institutions, environnement géopolitique, portefeuille de clients/fournisseurs ;
- (PTM) : Patrimoine Technologique Maîtrisé par l'entreprise ;
- (RFI) : Ressources Financières Internes (capacité d'autofinancement) ;
- (RFE) : Ressources Financières Externes (endettement et crédit fournisseur)".

Savall et Zardet, 1999, p. 31

La description de ces variables concerne plus particulièrement les décisions macroscopiques, économiques de l'organisation. Il est donc probablement nécessaire de les adapter pour des

décisions à périmètre de conséquences moins large, telles que les décisions opérationnelles en identifiant le sous-ensemble de ressources pertinentes pour une décision donnée. Nous retenons, ce que nous avons constaté sur le terrain, que toute décision est multidimensionnelle, au sens où elle prend en compte différentes catégories de ressources.

6.3.3.2 Les variables décisionnelles observées

Nous étudions ici les variables décisionnelles utilisées dans quatre des processus de décision observés. Nous étudions deux décisions dans lesquelles des variables multidimensionnelles ont été prises en compte et deux décisions où peu de variables ont été considérées.

Le **changement de prestataire de restauration** et le changement des tarifs des chambres particulières, ont fait l'objet d'études préalables relativement approfondies. Le changement de prestataire de restauration a commencé par la mobilisation en groupe de travail du personnel concerné, à savoir les médecins, la diététicienne, la cadre de santé, les aides-soignants et les infirmiers. Ils ont été consultés pour cerner les besoins afin d'établir un cahier des charges le plus proche possible des besoins des patients effectivement hospitalisés. Cette consultation a été complétée par un état des locaux et du matériel. La consultation des personnels et leur mobilisation relèvent de la prise en compte de l'énergie humaine sociale (EHS) pour adapter le projet, mais aussi pour le porter lors de sa mise en œuvre. Le patrimoine technologique maîtrisé par l'entreprise a été pris en considération dans la mesure où les locaux et les matériels possédés et leur état de marche ont été considérés pour établir le cahier des charges. Ensuite, les réponses à l'appel d'offres ont été comparées. Ont été pris en considération les qualités nutritionnelles et gustatives, le prix des repas, l'adaptation au fonctionnement du service de soins, l'adaptation du logiciel de commande utilisé au système d'informations, et les compétences disponibles et nécessaires. L'étude des réponses a considéré les ressources financières internes (RFI), le portefeuille de produits actuels, à savoir les besoins des patients actuellement accueillis, et les compétences disponibles individuelles et collectives (CIC). Pour cette décision, les trois types de ressources ont été pris en considération.

Le **changement des tarifs des chambres particulières** visait tout particulièrement à améliorer la ressource financière interne. Les partenaires bancaires ont fait part de leurs réserves sur des prêts éventuels à venir et les repreneurs font régulièrement savoir en conseil d'administration, qu'ils ne pourront pas compenser le déficit de l'établissement au même niveau pendant plusieurs années. Le recours aux ressources financières externes (RFE) est donc exclu. Le changement des tarifs des chambres particulières s'appuie sur une étude préalable de la solvabilité des patients, c'est-à-dire sur le montant de leur couverture par les assurances complémentaires. D'autre part, le comité direction a été consulté pour établir s'il était possible de mieux gérer l'attribution des chambres particulières et leur facturation. L'étude de la solvabilité relève de la prise d'informations stratégiques sur le marché et sur les produits (ISA) qu'il est possible de

facturer. La consultation du comité de direction relève partiellement de la mobilisation de l'encadrement intermédiaire. Il synchronise les énergies humaines et collectives (EHS) pour que cette décision soit mise en application. La décision et la mise en œuvre ont été suivies et dirigées par le directeur, directement avec les personnels de base. À ce moment-là, les personnels administratifs n'ont pas de manager de proximité et le directeur veut s'assurer de la mise en œuvre réelle de cette décision. Pour cela, il réunit l'équipe administrative, après avoir négocié avec la technicienne information médicale pour qu'elle accepte le poste de secrétaire des admissions. Ce temps de secrétariat est dédié à la vente des chambres particulières. Il s'agit donc d'un appel à la ressource de l'énergie humaine et sociale (EHS). Il anticipe également la montée en compétences nécessaire, et la réorganisation du service administratif. Suite à cette décision, il assure un suivi informel des difficultés rencontrées par le personnel et adapte les modes opératoires à partir des difficultés et des remarques du personnel de base. Ce faisant, il fait appel aux compétences individuelles et collectives (CIC), qui ont été préalablement mesurées par la grille de compétences lors du projet issu du diagnostic socio-économique.

Nous synthétisons les variables prises en compte dans les quatre décisions observées dans le tableau 47. Les variables sont désignées par leurs sigles présentés dans l'encadré 20.

Tableau 44. Variables prises en compte dans les décisions observées

	Potentiel humain			Patrimoine			Ressources financières	
	EHS	CIC	ISA	PP	PRMI	PTM	RFI	RFE
Changement prestataire de restauration	X	X		X			X	X
Changement de la gamme de tarifs des chambres particulières	X	X	X	X	X		X	X
Pilotage de l'activité				X	X		X	X
Refus d'implantation d'un contrôle de gestion		X ?					X	

D'après Savall et Zardet, 1999

Les deux premières décisions étudiées considèrent les trois types de ressources, dont, en particulier, deux des trois aspects du potentiel humain. Ce n'est pas le cas dans les deux exemples de décisions ayant eu des résultats défavorables.

Nous avons choisi deux décisions à fort impact, dans lesquelles des variables multidimensionnelles ont été faiblement prises en compte : le pilotage de l'activité et le refus d'implantation d'un contrôle de gestion. Ce sont deux décisions différentes l'une de l'autre, dans la mesure où l'une a fait l'objet d'un suivi régulier sur la totalité de la période d'étude et l'autre est une décision d'abstention d'action. **Le pilotage de l'activité** sur la base de critères de volume

d'activité et du chiffre d'affaires lié aux soins fait appel au portefeuille des produits actuels (PP) de la Clinique SSR. Cette ressource est celle qu'il est décidé d'optimiser, au sens d'en tirer le parti maximum. D'autre part, le taux d'occupation insuffisant conduit à développer la stratégie d'accès aux patients, ce qui relève du développement du patrimoine de relations avec le marché et le portefeuille de clients fournisseurs (PRMI). Cependant, comme nous l'avons vu, le pilotage de l'activité, est essentiellement dirigé vers l'augmentation des produits. Les objectifs sont essentiellement financiers. Les ressources qui recouvrent le potentiel humain sont majoritairement négligées. Ainsi, l'énergie humaine et sociale, à savoir l'implication de l'encadrement et du personnel de base, est considérée comme allant de soi par le décisionnaire stratégique. Pourtant, cette ressource va s'imposer comme une variable significative, lorsque l'absentéisme contraint à diminuer le nombre de patients pris en charge. L'énergie humaine et sociale est laissée à mobiliser aux managers de proximité, c'est-à-dire par le médecin coordinateur et la cadre de santé. Pour atteindre le taux d'occupation cible, les managers font appel à leurs équipes, en leur demandant plus d'implication, notamment en leur demandant, de manière plus ou moins explicite, d'accepter de faire de nombreuses heures supplémentaires. Les deux managers sont également conduits à accepter de laisser les équipes en sous-effectif, donc de laisser augmenter la charge de travail des salariés restants, pour maintenir le niveau d'activité maximum possible. Cependant, cette forme d'appel à l'énergie humaine, relève d'une vision à très court terme, dans la mesure où le libre choix des personnels est contraint et où peu de contreparties sont attribuées. La conséquence est que cette ressource s'épuise. Le pilotage de l'activité, en ne prenant pas en compte les indicateurs sociaux, méconnaît l'épuisement de la ressource que constitue le potentiel humain. De la même façon, les compétences individuelles et collectives disponibles sont négligées. L'accueil des patients porteurs de pathologies cancéreuses débute et augmente en volume, alors que les compétences paramédicales manquent. En 2019, une formation externe est organisée mais elle touche seulement une partie du personnel. La forte rotation du personnel paramédical sur les trois années, provoque la perte d'une partie des compétences ainsi augmentées. De la même façon, les compétences médicales sont limitées. Pourtant, la prise en charge des patients cancéreux continue et monte en charge jusqu'à occuper un tiers des lits. Les informations stratégiques actualisées sur le marché, les produits, la technologie et le potentiel humain sont également partiellement pris en compte. En effet, le marché existe. La reprise de l'établissement est la conséquence du besoin de lits de soins de suite et de réadaptation pour les établissements repreneurs. Cependant, il apparaît très tôt que la prestation fournie par la Clinique SSR, pour les patients porteurs de pathologies cancéreuses, n'est pas adaptée en termes de qualité. Le produit fourni pour les patients porteurs de pathologies orthopédiques ou traumatologiques paraît être à un niveau acceptable. Cependant, du point de vue du potentiel humain, il apparaît que l'impossibilité de recruter des médecins ayant les compétences requises, en nombre suffisant, a partiellement été prise en compte, puisque la capacité en nombre de lits est augmentée alors même que les médecins, une

ressource critique, sont en nombre insuffisant. Du point de vue du patrimoine de relations avec les institutions, l'avis défavorable à la reprise de l'activité, donné par l'Agence Régionale de Santé dès le début du projet, puis réitéré de manière plus ou moins directe à plusieurs reprises, n'a pas été considéré comme définitive. La production de soins continue sur les mêmes bases de produits, bien que les coûts et la marge nette ne soient pas connus.

La dernière décision étudiée est **l'absence d'implantation d'un contrôle de gestion**. Cette décision repose à la fois sur le coût humain et technique et sur l'opinion que cette implantation serait inutile. Or, comme nous l'avons vu dans la décision de pilotage de l'activité, le chiffre d'affaires lié aux soins est un indicateur économique macroscopique pour l'établissement. Il ne prend en compte ni les charges ni la marge nette par type de patients et par pathologie. Le pilotage méconnaît les coûts cachés, pourtant mis en évidence et calculés lors du diagnostic socio-économique. Le potentiel humain n'est pas mesuré. Ses marges d'amélioration ne sont pas perçues, donc pas explorées. Les ressources de l'établissement sont partiellement considérées, alors qu'il existe des moyens de les mieux connaître. Il apparaît donc que, pour certaines décisions, **les variables prises en compte ne sont pas suffisamment multidimensionnelles, ce qui nuit au résultat obtenu**.

Nous rejoignons Lamothe (2005), qui cite Shortell (1985) et Packwood et *al.* (1992) pour qui l'hôpital n'est qu'incomplètement organisé car il ne se dote pas des moyens de combiner une approche stratégique intégrée « avec la gestion détaillée et opérationnelle requise sur le plan de la production de services individuels » (p. 141). Nous voyons bien ici que les ressources sont considérées comme moyens opérationnels, notamment l'énergie humaine et sociale et les compétences disponibles sur le plan individuel et collectif, et qu'elles ne sont pas prises en compte dans l'approche stratégique. Elles ne sont pas conçues comme des ressources stratégiques. Nous en arrivons donc à la conclusion que certaines ressources ne sont pas prises en considération comme telles, en particulier le potentiel humain, et que cette négligence nuit à la stratégie. Les variables décisionnelles observées dans les décisions prises sont incomplètes et parfois insuffisantes. Pour les deux décisions étudiées ici, cette incomplétude paraît trop importante, compte tenu du résultat obtenu. Toute décision est prise en situation d'information imparfaite. Regrouper l'ensemble des informations qui ont trait aux éléments d'une décision paraît difficile, *a fortiori* pour chaque décision. La prise de décision doit considérer le contenu des informations utiles, mais aussi le temps nécessaire pour se les procurer et les traiter, pour aboutir à une prise de décision et au passage à l'action. Il y a donc toujours **une tension entre l'amélioration du contenu des informations à prendre en compte dans les décisions et le temps et les moyens à mobiliser pour obtenir ces informations**. Ainsi, par exemple la décision de changement de prestataire de restauration est intervenue une seule fois. Un prestataire de restauration fournissait les repas. La durée du contrat en cours a laissé le temps d'organiser un appel d'offres avec un cahier des charges, construit sur une base d'informations

fournies par de multiples intervenants. De même, le changement de la gamme de tarifs des chambres particulières n'est réellement intervenu qu'une seule fois. Cette décision s'est appuyée sur des informations qui avait été recherchées précédemment pour d'autres analyses. Le temps passé, par le directeur en particulier, a été considéré comme un investissement nécessaire pour s'assurer de la mise en œuvre, qui lui paraissait vitale. L'implantation d'un contrôle de gestion professionnel aurait nécessité une prise d'informations conséquente, d'autant plus que le directeur ne maîtrise pas les aspects comptables et de contrôle de gestion. Enfin, le pilotage de l'activité se fait sur des indicateurs qui sont suivis plus ou moins au quotidien, pour le nombre de lits occupés. Le temps passé à cette activité ne peut se compter en heures quotidiennes. D'une certaine façon, un nombre d'indicateurs restreint est un moyen s'assurer qu'ils seront effectivement suivis régulièrement. Il s'agit donc d'une forme de gestion du temps.

6.3.4 Complémentarité entre théorie des ressources et théorie socio-économique

L'approche par les ressources fournit un point de vue original de l'organisation. La théorie socio-économique apporte une méthode de connaissance approfondie et d'activation des ressources. La combinaison des deux théories favorise une approche plus fine et plus puissante pour la valorisation des ressources de l'organisation.

6.3.4.1 *Les apports de la théorie des ressources*

La théorie des ressources fournit un point de vue décalé par rapport aux modèles classiques d'analyse des organisations, à la fois, en termes économiques, en termes de positionnement sur le marché et de vision de la structure interne de l'organisation. Elle focalise le point de vue sur les forces et les faiblesses de l'organisation et de ses concurrents. Elle éclaire les décisions sous un angle stratégique nouveau.

L'analyse au travers du prisme des ressources possédées permet d'identifier les richesses qui ne sont pas perçues comme telles. Elle complète le management de routine de l'organisation, en mettant en exergue les éléments qui devraient rester saillants dans la conscience des managers. L'élargissement de l'étude aux ressources ordinaires, critiques et négatives peut permettre l'identification des sous et surutilisations qui mettent en péril la durabilité et, partant, la performance et la survie de l'organisation.

6.3.4.2 *Les apports de la théorie socio-économique*

La théorie socio-économique fournit un modèle d'analyse fine des interactions entre les structures et les comportements. Il est ainsi possible d'envisager des solutions plus variées et plus pertinentes aux dysfonctionnements chroniques constatés dans une organisation et à la sous-performance des ressources. Les théories classiques, lorsqu'elles sont utilisées comme seuls

modèles de compréhension de la complexité des organisations, ne permettent pas de repérer et de comprendre certains phénomènes et ne proposent pas de solution à la résolution des difficultés de management de cet environnement complexe.

Le diagnostic socio-économique est une source de connaissance et de compréhension du fonctionnement réel de l'organisation, à une période donnée. La variété des points de vue exprimés permet une analyse à la fois plus approfondie et plus étendue des blocages et des inefficacités constatées mais jusque-là inexpliquées. Il donne également accès aux tensions, souvent sous-jacentes, entre personnes, entre services et entre niveaux.

La théorie socio-économique fournit également un moyen de mesure des variables de la performance sociale. Elle peut ainsi être qualifiée, quantifiée et valorisée par le biais des coûts et performances cachés de l'absentéisme, de la rotation du personnel, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est ainsi possible d'objectiver, au moins de manière partielle, les conséquences des comportements sociaux au sein de l'organisation.

La connaissance d'une partie des coûts et performances cachés permet d'explicitier et d'objectiver partiellement les contre-performances qui sont perçues intuitivement mais qui, jusque-là, étaient rarement quantifiées. Le calcul des conséquences de différentes solutions envisagées pour un même problème, en amont de la décision, grâce à une balance économique des gains et des investissements, permet de prendre des décisions sur des bases informationnelles beaucoup plus solides. De plus, les coûts et performances cachés sont des leviers de prise de conscience, par tous, de l'importance de tendre vers l'orthofonctionnement, pour la survie ou le développement de l'organisation. Il s'agit donc d'un levier puissant de conduite du changement.

6.3.4.3 *L'enrichissement réciproque des deux théories*

L'approche par les ressources et la théorie socio-économique sont complémentaires en ce que l'approche par les ressources est opérationnalisée par la théorie socio-économique. Ce que l'approche par les ressources décrit à savoir la capacité à mobiliser les ressources comme ressource stratégique, la théorie socio-économique fournit les concepts et, par le management socio-économique, les principes et les outils pour le réaliser. La vision affinée des ressources permet l'intégration de l'aspect multidimensionnel dans la prise de décisions. La connaissance fine de la nature des ressources possédées par l'organisation et du coût de leur sous-utilisation, par le biais du diagnostic socio-économique puis du projet d'innovation socio-économique, permet un enrichissement mutuel de la vision des ressources et du management socio-économique de l'organisation. Le management des ressources stratégiques, dans l'approche par les ressources, qui est une vision plutôt macro du management stratégique, est complété par le management de toutes les ressources. Toute utilisation ou rejet d'une ressource considérée comme ordinaire peut alors avoir, comme nous l'avons constaté, des conséquences stratégiques. Cette complémentarité permet d'envisager le calcul de l'aspect négatif d'une ressource par la

méthode des coûts et performances cachés, en particulier dans le cas du potentiel humain. Il peut s'agir d'une perspective de recherche.

L'approche par les ressources est une vision statique des ressources de l'entreprise. La théorie socio-économique permet d'apporter une perspective dynamique en évaluant l'efficacité des moyens utilisés pour les développer. La perception de l'énergie individuelle et collective comme une ressource est le principal levier dynamique de l'organisation. Si l'organisation n'est pas dynamique, le diagnostic socio-économique permet de montrer la nécessité de créer cette dynamique, afin de maintenir et de développer le potentiel humain, en particulier. Nous avons montré l'importance du management des ressources. Les deux théories soulignent l'importance du management des compétences. Notre étude nous permet de mettre en avant le caractère essentiel du management du potentiel humain, en tant que ressource critique dans les établissements sanitaires. Enfin, les dysfonctionnements fournissent une vision approfondie et dynamique en montrant l'impact de l'insuffisance du management des ressources dans l'organisation.

Les deux approches montrent que les ressources ne sont pas déterminées et qu'elles sont activables. L'approche par les ressources et les théories qu'elle a fait naître, montrent que les ressources peuvent être développées. Les ressources neutres ou négatives vont à l'encontre du déterminisme des ressources, suggérée par l'approche de Barney, avec les caractères valorisables, rares, imitables et non substituables comme déterminant de l'avantage concurrentiel. L'ascenseur stratégique est le moyen d'activer l'apprentissage organisationnel, d'entretenir la dynamique et l'investissement sur le potentiel humain. Nous en déduisons qu'il est impératif pour la survie-développement d'un établissement de santé de détecter, d'identifier et de mobiliser ses ressources internes, en particulier le potentiel humain.

6.4 Vers une meilleure performance des processus de décision

La décision vise essentiellement à permettre l'action. Les informations sont indispensables à la décision et à la transformation de la décision en action. Le processus de décision nécessite de prendre en compte le passage à l'action et le recueil des informations nécessaires pour cela. La qualité de la mise en œuvre est d'autant meilleure que la décision est prise au niveau le plus proche de celui de la mise en œuvre, dans la mesure où le décisionnaire prend en compte toutes les informations nécessaires à une action pertinente. Nous développons ici certains principes permettant d'améliorer la performance des processus de décision et, ainsi, la performance de l'organisation. Après les principes généraux, nous définissons des axes prioritaires d'amélioration, à partir des résultats de notre recherche. Nous cherchons les moyens d'activer les ressources pertinentes et de mettre en relation les acteurs pour parvenir à une action efficace

et efficiente. Enfin, nous proposons une manière d'intervenir sur l'organisation dans sa complexité, sans la réduire de manière excessive et préjudiciable à son efficacité.

6.4.1 Les principes généraux

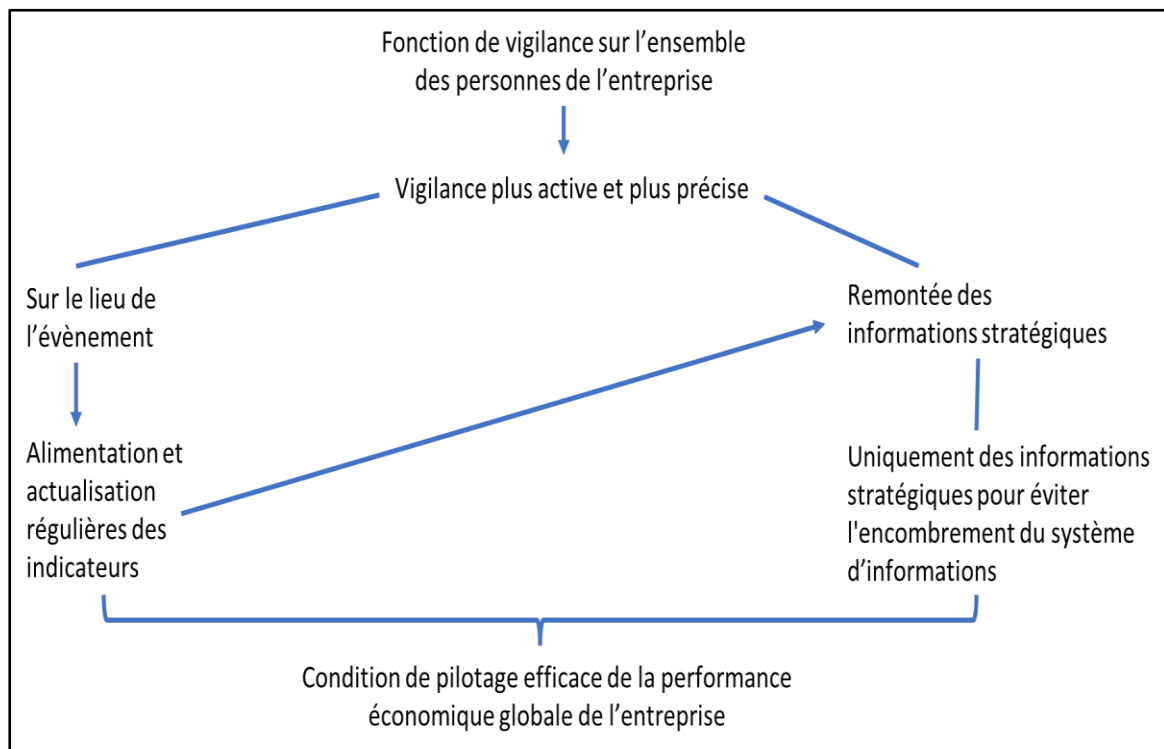
Les principes généraux que nous proposons pour l'amélioration de la performance des processus de décision sont de trois ordres. Tout d'abord, nous soulignons la nécessité **d'articuler les décisions, les informations et l'action** pour améliorer la performance. De plus, la cohérence dans les buts recherchés, les prises de décisions et le passage à l'action nous font tendre vers le choix d'une décentralisation synchronisée de la prise de décisions, telle qu'elle a été décrite par Savall et Zardet (1995). Enfin, pour atteindre cette articulation et cette cohérence, il est nécessaire de fonder et d'entretenir la cohésion et l'énergie autour de la stratégie. Nous décrivons la théorie du socle stratégique, qui nous paraît modéliser, de manière perspicace, les besoins de l'organisation en termes de cohésion et de cohérence.

Nous avons vu que certaines décisions, moins efficaces que souhaité, pèchent par manque de prise en compte des informations opérationnelles. La prise de décisions par des managers éloignés des lieux du problème diminue la pertinence des actions choisies. Il apparaît également que la résolution pragmatique du problème, c'est-à-dire adaptée aux situations et à leur évolution, nécessite un suivi des actions par le décisionnaire. Ce suivi doit se faire au plus près de la mise en œuvre donc au niveau le plus proche de l'action. De plus, les personnes qui connaissent le mieux les problèmes sont celles qui sont en possession des informations sur la mise en œuvre la plus pertinente. Ce seront donc celles qui passent le moins de temps à la recherche d'informations et qui sont en capacité de prendre les décisions qui ne majorent pas d'autres problèmes autour des actions mises en œuvre. La condition est que ces décisions soient prises avec une connaissance des objectifs stratégiques et des autres décisions pertinentes dans ce champ. Toute décision se prend en situation d'information imparfaite, quel que soit le temps qui y est passé. L'optimum n'étant pas atteignable, la prise de décisions doit chercher à obtenir des résultats satisfaisants, à partir d'un niveau d'information satisfaisant. Pour cela, les décisions doivent prendre en compte la portée des actions choisies. Le décisionnaire, pour éviter le plus possible des effets délétères, doit opérer une **analyse conséquentielle qualimétrique**, préalablement aux prises de décisions. Nous avons vu, en effet, que ce sont essentiellement les effets recherchés qui sont suivis, alors que les effets collatéraux non souhaités sont peu pris en considération et rarement mesurés. D'autre part, il est apparu que les décisions s'appuient presque exclusivement sur les éléments financiers issus de la comptabilité classique, avec des indicateurs macro-économiques. La négligence des données qualitatives et quantitatives pertinentes peut mettre les objectifs de ces décisions en péril. La circulation des informations est donc essentielle pour améliorer les processus de prise de décisions. Les informations doivent être adaptées par l'émetteur au récepteur qui en aura l'usage. Il nous paraît donc très important

que soit mise en place une circulation d'informations vivantes, c'est-à-dire portées par des êtres humains. L'ascenseur stratégique conceptualise la circulation d'informations vivantes et leur aspect essentiel pour l'amélioration du niveau d'information de l'ensemble des personnels, pour l'ensemble des décisions qui sont prises dans l'organisation.

Nous avons identifié des points d'incohérence entre des décisions prises par différents acteurs. Le manque de prise en considération d'informations stratégiques peut conduire à prendre des décisions opérationnelles contre-productives. De même, la prise de décisions stratégiques qui ne prend pas en considération les informations opérationnelles pertinentes, diminue l'efficacité des actions et peut même mettre en péril la survie et le développement de l'organisation. La cohérence entre les décisions des différents acteurs de l'organisation nécessite une synchronisation des prises de décisions. Dans la mesure où les décisions les meilleures pour résoudre un problème donné sont prises au plus près du problème, il est également nécessaire de décentraliser la prise d'informations. Le concept de décentralisation synchronisée de la prise de décisions a été créé par Savall et Zardet. Selon eux, **la décentralisation de la prise d'informations peut être pilotée par un système de pilotage à la fois décentralisé et synchronisé**. Leurs recherches retrouvent que la synchronisation des actions est très importante pour que les stratégies fonctionnelles soient « coordonnées étroitement, aussi bien dans leur contenu que dans leur planning de réalisation » (Savall et Zardet, 1995, p. 215). La figure 21 décrit les principes du système de pilotage décentralisé et synchronisé.

Figure 21. Système de pilotage décentralisé et synchronisé



Savall et Zardet, 1995

Pour ces auteurs, la vigilance de l'ensemble des personnes de l'entreprise permet l'alimentation et l'actualisation régulière des indicateurs et la remontée des informations stratégiques pertinentes. Pour juger de la pertinence des informations, comme nous l'avons vu, il est nécessaire que les acteurs, émetteurs et récepteurs des informations, se connaissent et échangent sur leurs informations respectives et leurs besoins d'informations respectifs. C'est la condition d'un pilotage efficace de la performance économique globale de l'entreprise, telle que la conçoivent Savall et Zardet. L'échange d'informations pertinentes nécessite le décroisement horizontal et vertical des canaux d'informations internes à l'organisation. C'est le concept « horivert » (Savall et Zardet, 1987/2020) utilisé dans le diagnostic socio-économique pour identifier les dysfonctionnements et aider à les réduire le plus tôt possible afin de réduire les coûts et performances cachés. Comme nous l'avons vu, le système d'informations formelles est souvent insuffisant, inadapté aux besoins précis des acteurs. Il permet rarement d'anticiper les prises de décisions. Souvent, il mémorise *ex post* les prises de décisions, certaines actions et de leurs effets. L'ascenseur stratégique a pour but d'élargir le champ de vision de toutes les personnes de l'organisation. Il vise à augmenter la conscience de chacun de ce que les autres font, vivent, rencontrent comme obstacles et ont comme objectifs. Chacun adapte ainsi à la fois les informations qu'il mobilise, les informations qu'il transmet et ses décisions. La circulation d'informations dans l'ensemble de l'organisation décroisée permet la décentralisation de chaque décision au niveau où elle sera prise de la manière la plus pertinente par rapport aux objectifs visés. Prendre l'ascenseur stratégique permet d'améliorer la performance de la décentralisation en aidant à sa synchronisation.

Le deuxième principe général, qui nous semble essentiel pour la performance de la prise de décisions et pour la performance globale de l'organisation, est de coaliser les énergies autour de la stratégie externe de l'entreprise. **La synchronisation dans les prises de décisions permet d'assurer la cohérence des actions vers des buts communs.** Pour cela, il est nécessaire que les informations circulent librement et de manière pertinente. Or, comme nous l'avons vu, certains comportements des acteurs tendent à faire passer au premier plan leurs objectifs propres. Ceci est de nature à dégrader la performance des décisions dans la mesure où les informations pertinentes peuvent, volontairement, ne pas être partagées. Il est donc essentiel d'assurer une cohésion, d'abord au sein du comité direction, puis au sein de l'encadrement et, enfin, dans l'ensemble de l'organisation. Nous rejoignons ici les constatations faites par l'équipe de recherche de Savall et Zardet. Ces auteurs définissent la cohésion comme « la capacité de synchronisation des comportements (productifs) des acteurs. » (Savall et Zardet, 2014, p. 10). À partir des recherches-interventions socio-économiques faites par l'équipe de l'ISEOR, ils ont formulé inductivement puis validé quatre hypothèses, qui sont reproduites dans l'encadré 21.

Encadré 21. Les hypothèses de la théorie du socle stratégique

- Le niveau d'infection du virus TFW (taylorisme-fayolisme-weberisme) dégrade le degré de cohésion des équipes et des organisations et tend à réduire le niveau *d'intensité du pilotage des activités*.
- "La cohésion des équipes et de l'organisation est un facteur-clé de l'intensité de pilotage et de la prise de décision."
- "Le niveau de l'intensité de pilotage des activités a une influence sur le degré de cohésion des équipes et de l'organisation et tend à réduire le niveau d'infection du virus."
- "Le niveau de cohésion des équipes et de l'organisation a un impact sur son niveau de performance socio-économique durable."

Savall et Zardet, 2014, p.8

Les résultats des diagnostics socio-économiques montrent que, plus une organisation est décloisonnée, moins les acteurs sont en cohérence, moins les activités sont pilotées. **La cohésion est donc un facteur d'efficience** car elle permet de prévenir une partie des coûts cachés. Elle améliore la compréhension des messages et stimule les comportements professionnels. La diminution des coûts cachés et leur prévention, augmentent l'efficience, et donc la performance externe de l'organisation.

La théorie du socle stratégique est créée par Savall et Zardet, sur la base de ces résultats de recherche. La force d'une organisation vient en particulier de sa capacité à s'adapter aux turbulences externes et à résister aux crises. Dans la théorie du socle stratégique, la résistance aux turbulences externes provient, en premier lieu, de la cohésion de l'équipe de direction. En effet, la capacité de résistance et d'adaptation d'une organisation dépend de la robustesse de son socle. La réussite de la stratégie externe est fonction du degré d'intensité de sa cohésion interne. Si le degré de cohésion interne augmente, l'un effet est multiplicateur sur le niveau de performance externe. La théorie du socle stratégique conceptualise le travail à faire sur la cohésion de l'équipe de direction, dans un premier temps, puis son élargissement au cercle de l'encadrement puis aux équipes du personnel. Elle est la suite logique de la prise en compte de la réalité des comportements humains. La cohésion est une force centripète du groupe, qui naît de la négociation. La négociation permet la coopération, c'est-à-dire le travail ensemble. La coopération permet la coordination et la concertation. Ce sont les bases nécessaires à la cohésion d'une équipe. Nous avons vu, en effet, que la directivité descendante suppose que les ordres donnés soient appliqués. Or, il apparaît souvent que les ordres sont soit non appliqués, soit mal appliqués parce que mal compris. Savall et Zardet relèvent que l'augmentation du niveau de cohésion a prouvé son efficacité pour développer des comportements de prévention des accidents du travail et accroître la capacité de rétention du personnel. Elle permet aussi l'amélioration du niveau de qualité technique et des délais, grâce à la formation intégrée, à l'autocontrôle et à l'intensification des pratiques de coopération dans les processus d'activité. Enfin, elle diminue les écarts de productivité grâce à la facilitation des pratiques de coopération et la polyvalence. Celle-ci permet en effet de réduire les sous-charges et surcharges d'activité et

de mieux lisser les flux de travail. L'ascenseur stratégique, en rendant réguliers les échanges entre les acteurs de différents niveaux et de différents services, banalise la coopération.

6.4.2 Les axes prioritaires d'amélioration

Les axes prioritaires ont pour but **d'améliorer l'articulation informations-décisions-actions et, pour cela, d'améliorer la cohérence interne de l'organisation et la cohésion**. Nous allons voir comment faire fonctionner l'ascenseur stratégique. Concrètement, l'ascenseur stratégique est constitué par les déplacements des individus (physiques) dans toutes les zones géographiques de l'organisation et vers tous les acteurs qu'ils ne fréquentent pas « naturellement » pendant leurs activités quotidiennes. Ceci est en particulier vrai des déplacements des personnels de direction et de l'encadrement vers les acteurs de la production et vice versa. L'objectif est qu'ils aient une meilleure connaissance des ressources matérielles et immatérielles de l'organisation, et que les personnels de base soient informés des objectifs stratégiques et de leurs déclinaisons tactiques et opérationnelles.

Dans notre expérience, nous avons observé que la communication entre les personnels de base et la direction générale est rare, voir absente. Les échanges ont lieu d'un niveau au niveau immédiatement supérieur ou immédiatement inférieur. Nous allons voir quels sont les axes prioritaires pour mettre en place l'ascenseur stratégique.

6.4.2.1 Activer les ressources pertinentes

La ressource qui permet d'obtenir le meilleur retour sur investissement et le développement continu de l'organisation est le potentiel humain. Pour cette raison, le premier axe à travailler nous paraît être **le développement du potentiel humain par le développement des compétences**. Les compétences individuelles en matière de décision incluent la conscience de la portée des décisions. Il est nécessaire de connaître d'autres postes de travail, d'autres métiers et d'autres services pour adapter à la fois ces décisions et les informations entrantes et sortantes. Pour cela, la formation intégrée est un dispositif précieux car il permet de développer une connaissance large de sa propre organisation. Il est également nécessaire de développer les compétences collectives. La cohérence dans l'organisation nécessite des processus décisionnels conscients et partagés, avec des outils communs, afin que tous utilisent le même langage et que la compréhension soit le moins possible empreinte de malentendus. Il est donc utile de formaliser des processus d'apprentissage. Il est indispensable de développer une culture de la communication, c'est-à-dire une volonté commune collective, régulièrement réaffirmée et démontrée, de favoriser les échanges entre les acteurs, quels que soient leur niveau hiérarchique et leur métier. Le management doit également porter sur les comportements dans l'organisation car ils sont instables, souvent non prévisibles et potentiellement antagonistes des objectifs de l'organisation. Si la négociation est plus efficace que la directivité, et conduit à la concertation,

c'est qu'elle permet de canaliser les énergies vers les buts communs mais elle ne peut suffire à prévenir les comportements contre-productifs. Le management des personnes passe donc également par la gestion des comportements antagonistes des objectifs de l'organisation.

Nous avons vu également que la recherche de l'efficacité économique, qui méconnaît le patrimoine de l'organisation, met en péril son développement à court ou moyen termes. Les activités de développement doivent donc prendre en considération les ressources possédées, le patrimoine, au sens large, les maintenir à niveau et, dans le meilleur des cas, les développer afin que ces ressources produisent une plus grande valeur ajoutée. Il nous paraît important, pour cela, d'imaginer et d'anticiper ce que pourrait être l'avenir, à partir des éléments du présent, c'est-à-dire des ressources internes, en évitant les comportements d'autruche vis-à-vis de ce qui est projetable du présent dans l'avenir. La théorie des ressources et l'approche socio-économique des ressources dans la décision nous conduisent à penser le patrimoine en termes d'interdépendance, et donc d'enrichissement réciproque, du patrimoine matériel, technologique et immatériel. Comme nous l'avons vu, il s'agit à la fois de développer les compétences spécifiques, mais aussi les combinaisons de compétences, qui sont un des facteurs de création de ressources à forte valeur ajoutée.

6.4.2.2 *Mettre les acteurs en relations*

Le deuxième axe d'amélioration des processus de décision consiste à mettre les acteurs en relations. Nous avons vu que la simple mise en circulation d'informations est insuffisante à l'amélioration ou à la pertinence des décisions. La proactivité se situe dans la pratique de mise en présence volontaire et active des individus, puisqu'un émetteur donné ne sait pas à l'avance quel autre acteur a besoin de quelles informations. La mise en présence est donc une réponse plus finement adaptée à la communication nécessaire au sein de l'organisation.

L'ascenseur stratégique symbolise le décroisement de la communication par l'échange verbal. Ils participent activement de la négociation de l'interdépendance entre les acteurs, inhérente aux processus de production. Dans les établissements de santé, constitués d'une multitude de métiers, et, souvent, de nombreux services très spécialisés, la coopération interprofessionnelle est insuffisante, bien qu'elle soit absolument nécessaire à la production des soins, comme le relèvent Zardet et al. (2011). Lamothe (2005) souligne la nécessaire relation de confiance entre les professionnels, pour que les ordres négociés soient stabilisés et que l'organisation parvienne à une efficacité opérationnelle. Selon elle, l'apprentissage et la confiance sont des médiateurs de changement, qui participent à la transformation de l'organisation de la production des services de soins. La négociation et les relations de confiance ne peuvent être obtenues que par les échanges interpersonnels. Il est donc particulièrement important de favoriser l'existence de l'ascenseur, stratégique comme opérationnel.

Plus la chaîne de décisions est longue, entre la prise de décision et la mise en œuvre concrète finale, plus les risques de malentendus, de perte d'informations, et, *in fine*, les risques de mise en œuvre partielle et dégradée des décisions sont importants. Il nous paraît donc important de **raccourcir la chaîne de décisions** jusqu'à la mise en œuvre concrète finale et de veiller à mettre en lien tous les acteurs de la chaîne pour une décision donnée. Pour cela, deux actions intimement liées nous paraissent importantes. D'une part, il nous paraît important de **décentraliser les prises de décisions** aux niveaux les plus proches de leur mise en œuvre. Il s'agit à la fois de rendre les décisions plus pertinentes, et de responsabiliser les décideurs qui ont, dans cette configuration, à s'assurer que la mise en œuvre est effective, efficace et efficiente. La décentralisation des prises de décisions est aussi un levier de management des humains au travail puisqu'elle responsabilise et donne ainsi plus d'intérêt au travail. C'est un facteur d'amélioration de la cohésion et des comportements. Dans les hôpitaux, Lamothe (2005) souligne l'importance d'un leadership clinique crédible et affirmé pour permettre la progression des projets de changement. Le leadership clinique est celui qui est exercé par des soignants, souvent des médecins, à qui sont confiées des décisions qui sont, traditionnellement, prises par des personnels administratifs éloignés de la mise en œuvre de ces décisions. Pour leur part, Savall et Zardet (1995) recommandent **la participation active des différents niveaux d'encadrement à la préparation des décisions stratégiques**, c'est-à-dire à l'analyse stratégique et à l'élaboration de scénarios alternatifs à proposer au décideur stratégique. Ils notent qu'il s'agit d'un moyen d'assurer que les futures décisions stratégiques seront en lien étroit avec la réalité de l'entreprise et de son environnement et que les actions à mettre en œuvre seront suivies par les personnes responsables qui en sont le plus près.

La décentralisation nécessite **une synchronisation des décisions pour coordonner les actions**. La décentralisation seule risque d'augmenter le manque de cohérence entre les décisions des différents responsables. La synchronisation des décisions est donc essentielle. Elle doit s'appuyer sur les dispositifs de communication-coordination-concertation robustes, qui sont régulièrement examinés pour qu'ils soient adaptés aux besoins des acteurs, au fur et à mesure que l'organisation évolue. La synchronisation s'appuie également sur le pilotage par un système d'informations opérationnelles et fonctionnelles, humainement intégrées et stimulantes et par un contrôle de gestion interactif. Simons (1990) souligne dans ses recherches, l'importance de la relation dynamique entre procédure formelle et stratégie. Il souligne que « le positionnement stratégique compétitif, le contrôle de gestion et la procédure de construction de la stratégie jouent l'un sur l'autre à mesure que l'organisation évolue et s'adapte dans le temps. » (p. 16).

Enfin, **la mise en relation durable et efficace des acteurs passe par son inscription dans la stratégie**. Il s'agit d'organiser, dans la stratégie et pour la stratégie, les relations entre les acteurs et les relations entre les acteurs sur la stratégie. Dans les établissements sanitaires de taille moyenne et grande, une part du plan stratégique, doit émaner du terrain pour assurer la mise en

œuvre et la pertinence des actions stratégiques choisies. Nobre et Haouet (2011) ont montré, lors d'une recherche-intervention socio-économique dans un établissement sanitaire de grande taille, qu'il est possible d'avoir une définition collective des objectifs, par le biais de groupes de travail mobilisant pas moins de 150 collaborateurs représentatifs des différentes catégories d'acteurs de l'hôpital. Les groupes de travail ont permis de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge des patients, rationaliser et planifier les recettes, les dépenses et les investissements et améliorer ainsi, le fonctionnement de l'hôpital. Les neuf groupes de travail ont été à l'origine d'une vingtaine de projets, coordonnés dans un plan stratégique et adoptés en comité directeur. Pour autant, la stratégie d'une organisation est précieuse et soumise aux aléas et manœuvres de l'environnement externe et interne. La communication de la stratégie doit donc être réfléchie et, selon les termes de Savall et Zardet (1995), réalisée avec sélectivité et pédagogie, une fois que les décisions et orientations stratégiques ont été prises. Enfin, les établissements de santé sont des systèmes, donc des milieux complexes et évolutifs. Leur horizon stratégique peut être plus court. Il est donc nécessaire d'adapter la planification stratégique. Cependant, l'absence de stratégie n'est pas une stratégie. Elle ne permet pas la proactivité de l'organisation dans son ensemble et l'oblige à suivre et à s'adapter *a posteriori* aux événements externes et, parfois, internes aussi. Le concept de stratégie tâtonnante, décrit par Avenier (1997), s'observe dans les milieux complexes. Il s'agit d'une intervention intentionnelle, non d'une absence de stratégie, c'est-à-dire d'une posture dans laquelle la stratégie est sans cesse reconsidérée à la lueur des situations qui émergent dans et autour de l'organisation. Il est possible qu'à certains moments, dans les situations d'incertitude liées notamment aux réformes et aux changements des règles de fonctionnement et de tarifs, la stratégie tâtonnante puisse être adaptée à certains établissements de santé.

6.4.2.3 *Intervenir sur l'organisation dans sa complexité*

La prise en compte de la complexité de l'organisation est nécessaire à la pertinence de la prise de décisions, dans la mesure où elle permet une forme **d'anticipation des adaptations à prévoir pour une mise en œuvre complète et efficace**. Pour cela, il est particulièrement important **d'organiser la communication des effets des boucles de rétroactions**. En effet, lorsque les effets de rétroaction ne sont pas pris en considération, on observe une détérioration des ressources de l'organisation. À l'inverse, lorsqu'elles sont prises en considération, elles améliorent le service fourni par une ressource donnée, par l'adaptation des actions mises en œuvre pour tirer effectivement parti de cette ressource. **L'existence des rétroactions possibles rend nécessaire le pilotage de la mise en œuvre**. Celui-ci doit être intégré dans la prise de décisions. Il est organisé au moyen de contrôles réguliers de la progression et des obstacles rencontrés. Il s'agit donc à la fois d'un pilotage, d'un contrôle, d'une évaluation et d'actions correctives adaptées à chaque situation. Il s'agit, par le biais du pilotage, de mettre en corrélation les décisions et le management, les décisions et les structures, pour limiter les

dysfonctionnements liés aux frottements évitables entre les structures et les comportements. De plus, l'organisation développe ses ressources internes, en coordonnant les conditions de l'apprentissage collectif pour rendre les boucles de rétroactions aussi constructives que possible. Il s'agit là évidemment d'un but vers lequel l'organisation doit tendre. Les boucles de rétroactions, à un moment donné, sont multiples, car chaque décision prise en génère. La prise en compte de toutes les boucles de rétroaction est probablement humainement impossible. En revanche, la culture de communication et d'amélioration continue de la qualité permet de tirer le meilleur parti possible, à la fois pour les individus et pour le collectif. Prendre l'ascenseur stratégique ancre les actions d'apprentissage par la recherche active d'informations nouvelles pertinentes.

Enfin, l'organisation, de par sa complexité et son insertion dans un système plus grand, lui-même en évolution continue, gagne à prendre en considération **la dynamique temporelle des décisions** prises. L'objectif doit être d'anticiper autant que possible les conséquences dans le temps des décisions avant qu'elles ne soient prises. Il s'agit d'imaginer l'évolution de la situation présente, dans les mois ou les années à venir. Tel est le cas, par exemple, des investissements à prévoir pour aller dans le sens des réformes, et éviter d'aller à rebours de l'évolution de l'environnement externe. La dynamique temporelle est aussi celle des acteurs et des équipes. La prise de décisions nécessite un temps minimum, différent en fonction de la portée et de la difficulté de la décision. Le temps est une ressource rare. L'ascenseur stratégique nécessite un investissement en temps, qui n'est possible que par la gestion du temps des individus. Savall (2022) souligne que l'ascenseur est temporel en ce qu'il organise l'espace des acteurs. Il organise leur espace temporel, par la gestion du temps, mais aussi l'espace temporel et géographique par l'amélioration de la pertinence des décisions prises par les acteurs qui échangent dans l'ascenseur.

Conclusion du chapitre 6

La méthode d'analyse multiniveaux appliquée à l'étude de 24 décisions dysfonctionnelles, dans les domaines de la stratégie d'accès aux patients, des grands équilibres économiques et de l'organisation interne de l'établissement, permet d'identifier les pannes d'ascenseur, c'est-à-dire les défaillances de communication et d'intégration des informations dans les processus de décision. La communication apparaît déficiente en amont de la prise de décision, entre la décision initiale et la mise en œuvre finale, puis sur l'évaluation en cours de processus et, enfin, sur l'évaluation *ex post*, à la fois des objectifs initialement visés et des effets secondaires non désirés.

D'une part, la défaillance de prise en compte des informations provient d'une part, de l'insuffisance de circulation à la fois verticalement, dans les deux sens, et horizontalement, entre personnes et entre services, entre les acteurs qui interviennent dans la chaîne de décisions et d'actions. D'autre part, les informations effectivement communiquées sont inadaptées aux besoins des récepteurs, à la fois par leur contenu, qui méconnaît les contraintes opérationnelles de la mise en œuvre, et dans leur priorisation, qui correspond à celle de l'émetteur plutôt qu'à celle du récepteur. Enfin, les informations sont incomplètes car les prises de décisions ignorent la gestion des boucles de rétroaction secondaires à la mise en œuvre de la décision initiale. Plus généralement, les processus de décision sont déficients pour l'articulation des aspects stratégiques et opérationnels de l'organisation. Les conséquences directes apparaissent sous la forme de résultats inférieurs aux objectifs visés lors de la prise de décision initiale et à des conséquences parfois dommageables pour la performance.

De manière globale, nous observons que l'une des causes identifiables est l'absence de prise en compte de la nature systémique de l'organisation. Les obstacles à la mise en œuvre opérationnelle ne sont pas connus lors de la décision initiale. Les besoins des managers intermédiaires ne sont pas anticipés, en particulier pour le management des comportements induits et des compétences à adapter. Les effets nuisibles secondaires ne sont pas recherchés et donc pas anticipés. La persistance du cloisonnement lié à l'hyperspécialisation et à la centralisation des prises de décisions rend indispensable des dispositifs réguliers de communication-coordination-concertation aux interfaces entre niveaux et entre services pour assurer les transferts d'informations. Du point de vue de la dynamique temporelle, les dispositifs de mémorisation, de la manière dont les décisions ont été prises et dont elles ont été mises en œuvre, sont quasiment inexistantes. Cette absence limite l'apprentissage organisationnel, tant en quantité d'informations mémorisées qu'en nombre de personnes pouvant en bénéficier.

Du point de vue de l'approche par les ressources, nous constatons, d'une part, un manque de gestion de certaines ressources, en particulier du potentiel humain. Une des conséquences est la diminution de valeur ajoutée créée par les ressources de l'établissement. Certaines ressources stratégiques, étant sous-utilisées, deviennent des ressources ordinaires, c'est-à-dire des ressources qui ne sont plus de nature à créer un avantage concurrentiel. Des ressources critiques

peuvent devenir des ressources négatives pour la performance de l'établissement ou contraindre à la baisse de production de soins. D'autre part, l'observation des processus de décision montre une méconnaissance de l'interdépendance des ressources. De plus, la possibilité d'activer les ressources, c'est-à-dire de les développer et de les combiner pour augmenter leurs valeurs ajoutées, n'est envisagée que pour les ressources matérielles et financières. L'investissement dans le développement qualitatif du potentiel humain est particulièrement sous-employé. Le processus de décision stratégique de l'établissement conditionne la qualité de l'utilisation des ressources de l'organisation. Le service rendu par celles-ci est subordonné à l'efficacité de la chaîne de décisions et d'actions mises en place tout au long du processus. Le processus de décision est donc une ressource stratégique de l'organisation.

Du point de vue de la théorie socio-économique, les ressources sont les variables à prendre en considération dans les décisions de gestion socio-économique. Le nombre de ressources à prendre en compte dépend du temps et des moyens à la disposition du décideur. Sa rationalité étant toujours limitée, il lui appartient de trouver le meilleur équilibre entre l'amélioration du contenu des informations intégrées dans les décisions et le temps et les moyens à mobiliser pour obtenir ces informations.

La complémentarité entre l'approche par les ressources et la théorie socio-économique se situe donc dans les concepts et la méthodologie par lesquels cette dernière permet à la fois de connaître les ressources réelles, mesurer leur sous-valorisation dans l'organisation et permettre de calculer une part du retour sur investissement qu'apporterait un investissement dans certaines ressources. De plus, le diagnostic socio-économique et la méthode des coûts et performances cachés sont des leviers pour initier et conduire le changement afin de mieux valoriser et mieux combiner les ressources internes et externes.

Nous déduisons de ces résultats des principes généraux pour améliorer la performance des processus de décision de l'organisation. Le premier principe consiste à articuler dans la décision initiale les décisions à venir et les actions qui vont suivre dans ce processus. L'amélioration de la cohérence des décisions et des actions est favorisée par la décentralisation des décisions vers le niveau de la mise en œuvre concrète et une synchronisation des décisions décentralisées. Enfin, la performance est améliorée par la cohésion des acteurs autour de la stratégie. La construction et l'entretien d'un socle stratégique solide favorise les capacités d'adaptation et de résistance aux crises. Tous ces principes visent à accroître la cohésion interne pour atteindre un haut niveau de cohérence des décisions et des actions de l'ensemble des acteurs de l'organisation.

Pour y parvenir, nous proposons trois axes d'actions prioritaires. Tout d'abord, les interventions sur l'organisation, et donc la grande majorité des décisions qui y sont prises, doivent prendre en compte sa nature systémique. Une modification d'un élément du système fait évoluer d'autres éléments. De plus, la performance est améliorée lorsque les ressources sont combinées pour

atteindre un objectif. Le processus de décision doit donc prendre en considération à la fois les effets non souhaités dus à l'interdépendance des ressources et le levier d'amélioration que constitue la prise en compte des dimensions humaines et patrimoniales dans les processus de décision. Enfin, le dernier axe prioritaire est la mise en relation plus large et plus fréquente des acteurs. Il est celui qui permet de mieux identifier et de mieux activer les ressources pertinentes et, en même temps, de mieux prendre en considération la complexité de l'organisation. L'ascenseur stratégique est le symbole de cette mise en relation. Il est le véhicule que les acteurs empruntent volontairement pour s'informer, informer d'autres personnes et, ainsi, faire progresser indirectement le collectif.

Après la présentation des résultats élaborés et des bases théoriques des implications managériales, nous abordons la concrétisation par des dispositifs opératoires dans le chapitre 7.

Chapitre 7 - Les implications managériales de la recherche

L'objectif de ce chapitre est de présenter des recommandations pour améliorer la qualité des processus de décision dans les établissements sanitaires. De manière imagée, il s'agit de décrire comment il est possible de **favoriser la mise en place et le fonctionnement de l'ascenseur stratégique**.

Nous proposons trois niveaux de préconisations. Au sein des organisations hospitalières, nous réfléchissons à la manière de manager toutes les ressources, d'améliorer le pilotage et le contrôle et de favoriser l'organisation de la communication-négociation-coordination-concertation. Nous proposons ensuite des préconisations pour l'amélioration du fonctionnement de la gouvernance. Le cas particulier d'une **coopétition** présente des enjeux spécifiques. Il permet de mettre en exergue l'importance du management de la direction par la gouvernance et **la manière dont la gouvernance peut être mieux activée par la direction**, afin **d'améliorer leur complémentarité**. Enfin, nous proposons des améliorations dans le champ de la responsabilité des pouvoirs publics.

Les résultats de notre recherche font apparaître des dysfonctionnements récurrents sur la communication et l'intégration des informations dans les processus de décision et ont permis d'identifier certaines des causes qui en sont responsables. Nos implications managériales sont construites à partir des solutions imaginées et expérimentées sur le terrain par nous, par d'autres chercheurs ou par des professionnels. Nos recommandations sont fondées sur l'hypothèse, validée par les résultats de recherche, selon laquelle les décisions, quel que soit le périmètre du problème qu'elles visent à résoudre, c'est-à-dire opérationnel, tactique ou stratégique au sens d'Ansoff (1965, 1989), ont des conséquences sur ces trois horizons. Nous en déduisons des principes généraux qui guident les implications managériales. Le premier est que les processus de décision doivent intégrer une analyse qualimétrique des conséquences des différents scénarios des décisions envisagées. Il s'agit d'une analyse qualitative, quantitative et financière des conséquences possibles pour les différentes ressources de l'organisation, des différents choix imaginés ou de la décision préférée, y compris les conséquences opérationnelles. Le second principe est que la prise de décision initiale doit prendre en compte la chaîne de décisions intermédiaires jusqu'à la mise en œuvre concrète finale, et anticiper leur organisation.

7.1 Les implications au sein de l'organisation hospitalière

Nous déclinons les implications au sein de l'organisation hospitalière en trois volets. Tout d'abord, la prise en considération des ressources s'accompagne obligatoirement de leur management. Il

s'agit d'entretenir et, si possible, de développer toutes les ressources favorables à l'organisation et, tout particulièrement, le potentiel humain. D'autre part, nous avons vu qu'il est nécessaire de piloter et de contrôler les actions qui découlent des décisions et leurs effets sur les différents éléments du système organisationnel. Enfin, nous voyons comment organiser des dispositifs de communication-coordination-concertation, formels et informels, afin de permettre à la fois le management des ressources et le pilotage de la mise en œuvre réelle des décisions.

7.1.1 Manager toutes les ressources

Les ressources de l'organisation lui permettent d'atteindre ses objectifs et, ainsi, de remplir les fonctions qu'elle s'est assignées. La stratégie définit ces objectifs et l'utilisation qu'elle va faire des ressources. La survie et le développement sont possibles lorsque les ressources sont utilisées à bon escient et que le potentiel humain met effectivement en œuvre cette stratégie.

7.1.1.1 La stratégie comme fondement

La stratégie a pour vocation de donner le cap et guider l'action de tous les acteurs d'une organisation. Elle est tout d'abord définie puis planifiée, pour que la mise en œuvre stratégique et la déclinaison de toutes les décisions stratégiques se déroulent sur la période de plusieurs années choisie. Plusieurs recherches-interventions (Nobre et Merdinger-Rumpler, 2009 ; Nobre et Haouet, 2011 ; Zardet et *al.*, 2011 ; Bueno, 2021) ont montré que les directions des établissements de soins ont **des marges de manœuvre**, malgré le contexte très régulé et normé du système de santé français.

La mise en œuvre de la stratégie nécessite de **prévoir les ressources** nécessaires et utiles à l'atteinte des objectifs définis, ainsi que la manière de les obtenir. Pour cela, il apparaît indispensable de bien connaître l'environnement et les ressources, à la fois internes et externes. Cet environnement, qui n'est pas librement compétitif au sens d'un marché ouvert, reste un environnement compliqué du fait de la régulation des tarifs et de leur diminution relative par rapport à l'inflation, et de la multiplication des technologies à acquérir et à mettre à jour. Il nous paraît par conséquent que les éléments-clés pour une stratégie adaptée à des établissements de santé sont, tout d'abord, **d'identifier les ressources, à la fois positives et négatives**. Le deuxième élément-clé est de **clarifier le positionnement des tutelles** par rapport aux évolutions stratégiques envisagées par l'établissement et d'identifier ainsi dans quelle mesure l'environnement externe sera favorable ou, *a minima*, ne fera pas surgir des éléments fortement défavorables à court, moyen ou long termes. Le contexte de raréfaction de certains métiers sur le marché du travail rend important de **s'assurer de la disponibilité** des ressources en général, et **du potentiel humain** en particulier, qui sont nécessaires aux objectifs stratégiques. Enfin, il paraît indispensable de rester vigilant sur l'évolution des marchés et de s'assurer du marché potentiel pour les évolutions de prestations et activités prévues dans la stratégie. Sur notre terrain,

le manque d'évaluation du besoin réel en locaux de consultations, par exemple, a conduit à surévaluer les recettes du plateau de consultation.

Comme nous l'avons vu dans le cas de la Clinique SSR, la réorganisation de l'offre de soins et l'évolution des priorités de santé publique, peuvent remettre en question l'activité d'un certain nombre d'établissements sanitaires. Si les centres hospitalo-universitaires paraissent encore intouchables, au moins dans leur existence si ce n'est dans leurs activités, **des établissements** plus petits et politiquement moins sensibles sont **économiquement vulnérables**. Leur survie n'est plus assurée par l'État, comme elle l'était encore il y a une trentaine d'années, malgré les services qu'ils rendent à la communauté. Le cas de la Clinique SSR montre l'importance de la prise de conscience de la **menace sur la survie et les capacités de développement** potentiel d'un établissement sanitaire.

Dans le secteur hospitalier, probablement comme dans la plupart des entreprises de service, certains changements sont imposés, à la fois par l'évolution de la société et celle des politiques publiques. Il apparaît donc particulièrement important de conduire le changement de manière proactive, plutôt que de le subir et de réagir avec un temps de retard. L'évolution constante et rapide de la société nécessite que les directions et les gouvernances impulsent et entretiennent une **dynamique d'évolution permanente de l'organisation**. Des outils de gestion utilisés quotidiennement pour le pilotage permettent que la dynamique de changement soit entretenue et devienne une donnée plutôt qu'un but redouté. Nous soulignons l'importance en particulier du suivi de tableaux de bord de pilotage, sur la base d'un contrôle de gestion interactif, adapté au pilotage par chacun des managers. Comme nous l'avons vu, la pauvreté des indicateurs de pilotage utilisés dans la Clinique SSR n'a pas permis à la direction et à la gouvernance d'envisager l'impact de certains événements et de l'évolution des éléments sociaux de l'organisation.

La pertinence de la stratégie repose sur la base informationnelle à partir de laquelle elle est construite. Pour anticiper les besoins de sa mise en œuvre, il est nécessaire d'**impliquer** au moins **une part des acteurs** de l'organisation dans sa définition et dans la déclinaison des actions décidées. Plusieurs obstacles sont apparus lors de notre recherche : **le caractère souvent secret des orientations et décisions stratégiques, l'hyperspécialisation, qui conduit à une centralisation très importante des décisions** et, enfin, **la difficulté d'établir un dialogue constructif** entre la direction et les acteurs de l'organisation, y compris avec les personnels de base. Nobre et Grandclaude (2021) montrent que **ces écueils peuvent être contournés, par la Stratégie Ouverte** notamment. Ils analysent les différents dilemmes de la stratégie ouverte, à partir du cadre théorique de Hautz et *al.*, 2017. Ils rendent compte de solutions qu'ils ont testées lors d'une recherche-intervention (Grandclaude et Nobre, 2020). Quoiqu'encore au début de son expérimentation, la stratégie ouverte est un concept qu'il est possible de mettre en application et qui permet de remettre en question certains principes de la stratégie traditionnelle, en particulier

sa confidentialité. La stratégie ouverte est définie par Hautz et *al.*, cités par Nobre et Grandclaude (2021), comme

« un ensemble dynamique de pratiques managériales, qui fournissent aux acteurs une plus grande inclusion et une plus grande transparence stratégique, cet élargissement de la réflexion devant permettre de mieux répondre aux évolutions, qu'elles se situent au sein, ou en dehors, des frontières de l'organisation ».

La stratégie ouverte se donne comme objectif la participation des parties prenantes au travers d'échanges d'informations, " de points de vue et de propositions qui sont destinés à faire évoluer, de façon continue, la stratégie d'une organisation " Whittington et *al.*, (2011), cités dans Nobre et Grandclaude, insistent sur la transparence stratégique, c'est-à-dire sur la visibilité et l'accessibilité des informations sur la stratégie, dans toutes les étapes de sa définition. Grandclaude et Nobre (2020) recensent un certain nombre de recherches qui montrent les bénéfices obtenus par la « mise en commun de connaissances et l'ouverture de la stratégie". Chesbrough et Appleyard, 2007 ; Mantere et Vara, 2008 ; Schmitt, 2010; Stieger et *al.*, 2012; Hautz et *al.*, 2017; Luedicke et *al.*, 2017, cités par Grandclaude et Nobre (2020), mettent en avant

« un meilleur accès à l'information et à la connaissance, le pouvoir de l'intelligence collective, une contribution créative, une participation à une implication réelle des acteurs, un sens du partage des responsabilités, une vision démocratique qui contribue à une adhésion rapide sur la stratégie élaborée ».

Les auteurs définissent trois phases dans l'application de la démarche de la stratégie ouverte : une phase diagnostic, une phase de génération d'idées, une phase de décision et de choix. La phase de diagnostic vise à décrire et sélectionner les valeurs et les grandes thématiques de l'entreprise. La phase de génération d'idées cherche à identifier les perspectives de développement qui permettraient de pallier les faiblesses majeures déjà identifiées. La dernière phase consiste à prendre les décisions finales, puis à les communiquer à l'ensemble des participants. Grandclaude et Nobre (2020) décrivent une démarche impliquant 40 participants de l'entreprise, membres du comité de direction, du comité de pilotage opérationnel et du management intermédiaire. Ils relèvent que peu d'entre eux avaient des connaissances en stratégie et en management, au début de la démarche, dans la mesure où la plupart d'entre eux ont gravi les échelons hiérarchiques au fur et à mesure de leur carrière. Les auteurs analysent la stratégie ouverte comme un ensemble de pratiques managériales dans lesquelles l'ingénierie de projet et l'instrumentation pour le mener à bien sont fondamentales. Ils montrent que **la stratégie ouverte est « une opportunité d'améliorer la performance de l'organisation par une approche pragmatique de la stratégie qui tient compte de la réalité des acteurs de terrain »** (p.31). Nous voyons donc qu'il existe des approches stratégiques qui permettent d'améliorer notablement la performance, en prenant en compte les connaissances et la vision des acteurs de terrain.

Nous recommandons de partir d'un **diagnostic socio-économique** comme base de conduite du changement. Il favorise, en effet, la pertinence des plans d'action et l'adhésion des acteurs. Ainsi que l'a montré la démarche de certification de notre terrain de recherche par la Haute autorité en santé, l'implication des acteurs a permis un travail collectif important et une forte implication, qui paraissaient difficiles à obtenir au début de la démarche. Le diagnostic socio-économique est également fondé sur une démarche participative, qui débouche sur l'effet miroir, délivré à tous de manière quasi-simultanée. La simultanéité pour les membres de la gouvernance et de la direction, permet une première prise de conscience sans crainte du jugement défavorable initial des personnels de terrain. Ensuite, la simultanéité pour tous les personnels, sur la base de la même présentation faite à la direction et à la gouvernance, permet d'obtenir un consensus sur les dysfonctionnements de l'organisation et de créer un choc salutaire, qui permet une prise de conscience collective et individuelle simultanée de la nécessité de changement. Ce que Nobre et Merdinger-Rumpler (2009) qualifient d'exercice d'introspection organisationnelle, apporte une quantification financière, élément important de la prise de conscience, une aide à la priorisation des actions et une première évaluation de l'efficacité de l'organisation, qui servira de référence pour l'évaluation des progrès.

Les établissements sanitaires se caractérisent par le faible nombre de projets stratégiques réellement implantés. Lorsque la stratégie est définie, elle est rarement mise en œuvre si elle n'est pas planifiée et si sa déclinaison tactique et opérationnelle n'est pas anticipée dans un plan d'actions prédéfini. Nobre et Merdinger-Rumpler (2009) ont observé que les informations contenues dans le diagnostic socio-économique de l'établissement qu'ils étudiaient ont alimenté les réflexions pour la définition et la mise en œuvre de projets stratégiques. D'autre part, Zardet et al. (2011) ont souligné l'importance d'utiliser des outils de gestion formalisés, tels que le plan d'action stratégique interne-externe et le plan d'actions prioritaires. Ils sont également des déclencheurs de concertation interprofessionnelle autour d'objectifs communs, intersectoriel ou intra sectoriel, ce qui permet d'aller jusqu'à la planification des actions concrètes. Les actions mises en œuvre dans les recherches relatées par Zardet et al. ont montré qu'il est possible d'améliorer la qualité des soins, en mettant en place des actions prioritaires avec des objectifs clairs. Enfin, notre recherche montre l'utilité d'accepter, de faire accepter, d'anticiper et d'organiser un *slack* organisationnel. Nous avons constaté une « peur du slack » de la part de l'encadrement. Cet excédent, par rapport aux ressources strictement nécessaires, n'est pas spontanément bien accepté par certains subordonnés, qui y voient une mauvaise gestion des plannings par les managers. Or, Zardet et al. (2011) constatent que le *slack* organisationnel, conçu par Cyert et March (1963), constitue une variable d'ajustement favorable à l'adaptation des ressources humaines face aux événements, externes notamment, suivant la définition de Charreaux et Pitol-Belin (1992) cités dans Zardet et al..

7.1.1.2 Le management du potentiel humain

Le potentiel humain est la force vitale de l'organisation. Cette ressource est indispensable pour exploiter les autres ressources afin de produire les services ou les biens. Contrairement aux autres ressources, le potentiel humain est également la seule force vive, c'est-à-dire la source unique de créativité et d'innovation. Pourtant, un manque de management est observé dans beaucoup d'organisations hospitalières. Kletz et Moisdon (2015) relatent la plainte des soignants, qui estiment que les cadres de proximité, c'est-à-dire essentiellement les managers des unités de soins, sont trop éloignés et pas assez présents pour guider et accompagner le travail quotidien. Detchessahar (2011) explique que cet éloignement se fait sentir par le manque d'explication sur les tâches à réaliser et le soutien insuffisant perçu par les personnels de terrain. Nous retrouvons ici les difficultés de mise en œuvre concrète des décisions, essentiellement de nature opérationnelle. Le manque de présence des managers de proximité, en augmentant l'incertitude et le stress, dégrade, *in fine*, la santé au travail des salariés.

Le management du potentiel humain, y compris au plus proches de la production de soins, est indispensable à la performance. L'insuffisance de management du potentiel humain augmente la vulnérabilité de l'organisation sur les compétences. Cappelletti (2012) montre que l'insuffisance de management et la vulnérabilité sur les compétences aboutissent invariablement à une augmentation des coûts cachés, qui est donc un symptôme de la dégradation du capital humain. Meyssonier (2012) explique que le potentiel humain est incontournable et essentiel dans la qualité des soins, du fait de la coréalisation de l'offre, c'est-à-dire de la simultanéité du service et de sa consommation. Le personnel de terrain, en particulier le personnel soignant, produit le soin en même temps qu'il le délivre directement en face du patient, qui est donc évaluateur direct de la performance ou de la non performance. Le manque de réponse aux questions directes des soignants a donc potentiellement un effet direct sur le client – patient.

Le management du potentiel humain doit également comporter la gestion des comportements. Il s'agit d'un tabou dans de nombreuses organisations hospitalières. Notre expérience professionnelle et notre observation de terrain nous conduisent à faire l'hypothèse que les comportements humains sont peu gérés, du fait d'un manque de compétences dans ce domaine. L'instabilité des comportements, mis en lumière par la théorie socio-économique, nécessite que l'organisation compense cette inconstance, s'y adapte pour anticiper les dysfonctionnements qu'elle peut créer.

Le développement du potentiel humain individuel et collectif passe, à l'intérieur de l'organisation, par la formation et l'apprentissage collectif. Il s'agit de favoriser l'apprentissage individuel puis son transfert de l'apprentissage individuel vers un apprentissage collectif et organisationnel. D'excellents résultats sont obtenus par la formation intégrée, c'est-à-dire par la formation à l'intérieur de l'entreprise, par des pairs dans les conditions de travail quotidiennes, sur les actes attendus des acteurs. Les compétences développées sont ainsi directement adaptées aux

besoins du salarié et de l'organisation. La formation par des pairs permet également de développer la réflexivité sur les pratiques quotidiennes par le partage de l'expérience et les échanges. L'encadrement et l'accompagnement font partie des fonctions réglementaires des personnels paramédicaux. Cependant, nous avons vu sur notre terrain de recherche que la rotation du personnel, quand elle n'est pas maîtrisée, conduit à faire assurer un encadrement par des personnes qui n'ont eux-mêmes pas été encadrés et qui ne possèdent pas les connaissances et les compétences nécessaires pour le faire correctement. L'organisation de la formation intégrée fait partie intégrante de la gestion du potentiel humain, relevant du rôle des managers de proximité, intermédiaire et supérieur.

Nous voyons ainsi que les compétences managériales ont un rôle crucial à la fois pour les conditions de travail et la performance de l'organisation. La gestion des compétences et le développement du potentiel humain nécessitent à la fois des ressources managériales quantitatives et les compétences managériales qualitatives. Les ressources managériales sont constituées par le temps de management effectivement dédié au développement du potentiel humain. Notre recherche de terrain a montré énormément de dysfonctionnements générés par des manques de compétences managériales, par exemple sur l'élaboration et sur la gestion des plannings des soignants. Il nous apparaît indispensable que les managers de proximité possèdent des compétences techniques et des compétences d'animation d'équipes, qui ne sont pas innées. Sur notre terrain de recherche, par exemple, le sentiment de manque d'écoute et de prise en compte de leurs problèmes a conduit à un désintérêt des personnels soignants, qui s'est traduit d'abord par de l'absentéisme puis par de la rotation. Dans le cas des ergothérapeutes, l'absence de manager de proximité a conduit les autres personnels à remettre en question la réalité de leur travail de rééducateurs et leur utilité pour la réhabilitation des patients. Les ergothérapeutes ont développé le sentiment que leur métier n'est pas reconnu, parce que leurs compétences ne sont pas utilisées à bon escient pour les patients, lorsqu'on les cantonne à des tâches routinières sur lesquelles ils n'apportent pas de plus-value. Nous insistons également sur l'importance de développer et des compétences de gestion du temps pour les managers, qui sont indispensables à la fois à leur efficacité et à conserver des conditions de travail acceptables. Ainsi, nous avons observé que plusieurs managers réalisent des tâches qui auraient facilement pu être déléguées à des subordonnés, sans qu'ils se rendent compte que cela nuit à la réalisation des tâches dont ils ont seuls la responsabilité. Enfin, le développement du potentiel humain comporte comme préalable l'évaluation des compétences effectives des individus et des équipes. En plus de la formation initiale théorique, l'utilisation d'outils comme les grilles de compétences permet d'approfondir l'évaluation individuelle dans le sens de ce qu'elle apporte à la mission collective du service. Elle est d'autant plus cruciale que les compétences possédées par les individus font partie des bases de construction de la stratégie et des orientations managériales qui en découlent. Le projet qui a fait suite au diagnostic socio-économique sur notre terrain de recherche a montré que la prise de conscience des vulnérabilités de l'équipe administrative, par

le biais des grilles de compétences, a permis de modifier la stratégie managériale de l'équipe et de développer une compétence sur la vente des chambres particulières.

Dans le milieu hospitalier, la formation professionnelle initiale des cadres de proximité s'est fortement développée depuis une quarantaine d'années. Notre recherche de terrain confirme le constat que nous avons fait durant notre expérience professionnelle. L'encadrement des managers reste insuffisamment investi. Nous avons constaté que **la divergence entre les objectifs du médecin coordinateur et ceux du directeur ont conduit à un arrêt de la communication ascendante du service de soins vers le directeur**. Celui-ci n'était pas informé de certains dysfonctionnements de terrain, le médecin coordinateur et le manager de proximité semblant rechercher un fonctionnement quasi autarcique du service de soins, **de manière à ce que leurs décisions ne soient pas remises en question par la direction**. Cette tendance s'observe fréquemment. Elle souligne le manque de cohésion au sein de l'encadrement et se traduit par une diminution de la cohérence des décisions opérationnelles avec les décisions stratégiques. Le dispositif d'assistance personnalisée que nous avons mis en place pendant le projet d'innovation socio-économique sur l'amélioration du fonctionnement de l'équipe administrative a montré des résultats intéressants. L'utilisation de la grille de compétences comme outil de construction d'une vision commune des compétences collectives a suscité un intérêt à la fois chez les personnels, le manager de proximité et le directeur. Il a permis l'accompagnement dans la montée en compétences managériales, l'amélioration de certaines pratiques des agents administratifs et l'amélioration de la communication interne au service.

Les recherches-interventions socio-économiques mettent en lumière des dysfonctionnements très fréquents dans le management des équipes de directions (Zardet, cours 16 février 2018). Dans le cas de notre terrain de recherche, l'insuffisance de management, par le directeur, du médecin coordinateur et du cadre de proximité, puis de la responsable administrative, a conduit à dégrader la cohésion du comité directeur. **Il nous paraît essentiel que le comité directeur soit managé de manière à assurer la cohésion**. Elle est alimentée par la confiance et la loyauté entre les membres de l'équipe de direction. Elle augmente la cohérence des décisions et des actions du comité de direction, selon les principes de la théorie du socle stratégique, que nous avons décrits au chapitre six. Il s'agit d'améliorer la cohésion pour améliorer la cohérence des décisions afin d'améliorer la performance globale de l'organisation. Pour cela, il nous paraît important de ne pas sous-estimer la formation intégrée des nouveaux managers et l'importance de construire et d'entretenir le collectif, au service de la stratégie commune. La transparence nous paraît être un principe important pour y parvenir. Concrètement, il est possible de réussir, si les comités direction sont préparés en amont, s'ils donnent lieu à un ordre du jour communiqué en amont et effectivement suivi lors de la réunion. Comme pour tous les processus de prise de décisions, la performance du comité direction sera d'autant meilleure que les décisions collectives et individuelles prises en comité sont suivies dans le temps et évaluées par le comité de direction

lui-même. Enfin, comme pour toutes les fonctions au sein de l'organisation il nous paraît essentiel de clarifier les responsabilités de chacun des membres du comité direction et les zones où les décisions doivent être prises en concertation. Le comité de direction est un des lieux de prise de décisions où la volonté d'efficacité peut faire perdre de vue l'importance de faire précéder les décisions d'analyses conséquentielles qualimétriques. Il s'agit là aussi de trouver un équilibre, pour chaque décision, entre la rapidité du passage à l'action et la qualité de la décision fondée sur la prise en considération des informations pertinentes. Le comité de direction est un lieu où l'interactivité cognitive peut être facilement activée et entretenue. **L'utilisation régulière de l'ascenseur stratégique par le coordinateur du comité direction permet de mieux connaître les interlocuteurs interpellés sur telle ou telle question et, ainsi, d'améliorer la pertinence des décisions collectives.** C'est aussi le lieu où il est possible d'améliorer les compétences de prise de décision, en incitant régulièrement à prendre en compte la mise en œuvre, notamment les échéances, les acteurs concernés, les moyens, les indicateurs d'évaluation *ex post* et les indicateurs de suivi en cours de mise en œuvre.

La fonction d'évaluation est régulièrement sous-estimée et parfois complètement absente de certaines zones. Sur notre terrain de recherche, l'équipe médicale, l'équipe de masseurs-kinésithérapeutes et les services supports ne bénéficient pas ou peu d'un accompagnement et d'un soutien sur l'évaluation de la qualité du travail réalisé, des moyens nécessaires à leur tâche, de leurs dysfonctionnements et de leurs conditions de travail. Pourtant, l'inconstance du comportement s'observe chez tous les êtres humains. Ainsi par exemple l'absence de contrôle organisé sur les processus de ressources humaines a conduit à ce que plusieurs salariés, tous les mois, ne soient pas payés parce que les informations nécessaires n'étaient pas transmises au service des ressources humaines lors de leur recrutement et lors de leur remplacement. L'absence d'évaluation du processus de gestion des ressources humaines a permis que ces dysfonctionnements nombreux et réguliers perdurent pendant plusieurs années. De la même façon, l'absence de contrôle du remplissage des dossiers médicaux lors de l'admission a eu pour conséquence que les informations nécessaires aux autres professionnels de santé ne leur soient jamais transmises. De la même façon, l'absence de contrôle de la dispensation des médicaments n'a pas permis de corriger les très nombreux dysfonctionnements constatés sur le circuit du médicament dès la reprise de l'activité, qui ont été lors de la visite de certification en décembre 2021.

Le développement du potentiel humain est favorisé par une structuration propice de l'organisation. Tout d'abord, nous avons montré **qu'il est nécessaire de lutter contre l'hyperspécialisation et le cloisonnement entre services et entre les directions.** L'objectif est de faciliter la production de soins et de ne pas mettre de frein à la performance. C'est également un moyen de renforcer l'intérêt, la motivation au travail et donc la performance socio-économique. Il s'agit de privilégier la responsabilisation consciente et clairement bornée des acteurs au travail. **Dans les services de prise en charge de patients porteurs de cancer, les**

réunions de synthèse et les réunions de concertation pluridisciplinaire ont montré le grand bénéfice apporté à la prise en charge des patients. Au contraire, l'exemple de la spécialisation de la facturation, confié à une seule personne sur notre terrain de recherche, a montré, d'une part, qu'en cas d'absence ou de départ l'organisation était très vulnérable et, d'autre part, qu'il devenait impossible d'exercer un contrôle rapproché du processus de facturation. Lorsque cette personne a décidé de ne pas facturer à la cadence requise, de sérieux problèmes de trésorerie sont apparus. De la même manière, lorsqu'un médecin a refusé de s'occuper d'une urgence chez un patient d'oncologie, nous avons constaté un retard de prise en charge du patient et une aggravation rapide de son état de santé. Les raisons invoquées étaient le manque de compétences en oncologie et la peur d'être délégué. Dans ce cas extrême, quoique réel, l'hyperspécialisation a mis en danger la vie du patient. En revanche, il nous paraît important de limiter la structuration de l'organisation. L'environnement hospitalier est d'ores et déjà soumis à d'innombrables normes. La structuration à outrance inhibe la prise d'initiative et efface la conscience de la responsabilité individuelle. *Reporting* et contrôle sont nécessaires à condition qu'ils soient utiles pour améliorer la performance globale de l'organisation. Enfin, il nous paraît important de mesurer la charge de travail et de l'objectiver de manière qualitative pour, d'une part, assurer que la qualité attendue est compatible avec les moyens alloués et, d'autre part, veiller à la juste répartition de la charge de travail.

7.1.2 Piloter et contrôler pour évaluer, adapter et apprendre

Notre recherche montre qu'une insuffisance de pilotage et de contrôle nuit à l'adaptation des décisions lors de la mise en œuvre. Elle fait obstacle à la capacité d'apprendre de l'organisation, tant sur ce qui a été décidé que sur la performance obtenue par les actions mises en œuvre et le processus de décision lui-même. La mise en place et l'utilisation d'outils et de dispositifs ont montré qu'ils permettent de fournir des informations pertinentes aux bonnes personnes, de mieux adapter les décisions opérationnelles et de créer la conscience de l'existence des boucles de rétroaction.

Le contrôle de gestion interactif et le pilotage du potentiel humain ont montré des résultats favorables.

7.1.2.1 Un contrôle de gestion interactif

Un contrôle de gestion adapté au pilotage opérationnel et stratégique est possible dans les établissements sanitaires. Meyssonier (2012) rappelle que le contrôle de gestion utile à tous les niveaux du management comporte deux aspects. Il permet d'abord " la mesure de la performance financière globale" (p.75), c'est-à-dire le contrôle des résultats, et l'amélioration de la qualité des gestions locales, s'il constitue une aide à la décision et au contrôle des comportements.

Nobre et Biron (2002) montrent que « les spécificités culturelles du milieu hospitalier ne se sont pas avérées un obstacle pour l'analyse à visée économique » (p.17), lorsqu'ils ont préparé l'implantation un contrôle de gestion d'activités basées sur les coûts. Ils relatent que la progressivité de la recherche leur a permis de dépasser les difficultés d'accès aux services de soins, en gagnant progressivement la confiance d'acteurs qui interviennent dans un environnement où les jeux de pouvoir sont importants. Dans le cas de notre terrain de recherche, la mise en place, dans un premier temps, d'un tableau de bord avec un nombre restreint d'indicateurs humainement stimulants, c'est-à-dire utiles et effectivement utilisés pour le pilotage opérationnel auraient à la fois amélioré les conditions de travail des managers et la performance du service de soins. Selon nous, ce tableau de bord de pilotage opérationnel aurait pu comporter le pourcentage de lits occupés, plutôt que le nombre, le pourcentage de lits ouverts, la durée de séjour actualisée des patients présents et le nombre de dossiers étudiés en réunion de synthèse par semaine. Dans un deuxième temps, lorsque les indicateurs auraient été intégrés dans la routine managériale, il aurait été possible de les compléter par des indicateurs recommandés par la Haute Autorité en Santé. Ceux-ci ont pour objectif d'évaluer en routine la qualité et la sécurité des soins. Sur notre terrain de recherche, par exemple, il aurait été utile de suivre le nombre réel de séances de kinésithérapie par patient par semaine, ce qui aurait permis, tout à la fois, de suivre la qualité des soins et d'identifier les patients dont la prescription de rééducation avait été omise ainsi que ceux qui ne bénéficiaient pas de certaines séances du fait de problèmes organisationnels.

La comptabilité destinée à décrire les états économiques des établissements est obligatoire. Sa normativité impose qu'elle soit confiée à des professionnels de la comptabilité. La fonction de contrôle de gestion n'est en revanche pas obligatoire. Dans notre expérience professionnelle, nous n'avons pas rencontré de contrôle de gestion mis au service des managers de proximité. En revanche, nous avons collaboré aux missions de *reporting* à des fins financières. Le *reporting* financier est obligatoire pour préparer le travail des commissaires aux comptes, pour rendre compte à l'Agence Régionale de Santé et aux banques. Les normes comptables sont imposées par la réglementation. Leurs objectifs ne sont pas de nature à aider au pilotage opérationnel. C'est pourquoi il nous paraît important de séparer des indicateurs de *reporting* financier des indicateurs de pilotage interne, pour que ces derniers soient adaptés aux besoins réels. Dans le cas de la Clinique SSR, la mise en place et le suivi d'indicateurs de pertinence des soins, tels que le nombre d'analyses biologiques, d'examens radiologiques ou de prises en charge psychologiques en cours, auraient apporté des indications sur des dysfonctionnements et sur des coûts cachés. Nobre et Biron (2002) ont montré que la méthode de comptabilité des coûts par activité, ou méthode ABC, permet l'analyse de la manière dont les activités liées au patient consomment les ressources. Un établissement comme la Clinique SSR aurait pu grandement bénéficier d'un contrôle de gestion de ce type. Il aurait permis de connaître la rentabilité réelle des prises en charge. La petite taille et l'activité restreinte à un seul service auraient rendu

possible d'obtenir des résultats plus fiables et plus rapides que dans un grand établissement. L'absence de connaissances dans ce domaine n'a pas permis de modifier la stratégie de choix des patients faits par les médecins, incités par les entrepreneurs.

Simons (1990) introduit le concept de contrôle de gestion interactif. Pour lui, le contrôle de gestion devient interactif « lorsque les directeurs généraux utilisent les procédures de planification et de contrôle pour suivre activement et intervenir sur les activités de décisions des subordonnés en cours » (p. 136). Il a observé que certains *top managers* **choisissent le contrôle de gestion interactif** pour recueillir des informations sur les incertitudes stratégiques. **Il permet à la fois de transmettre les orientations du top management à l'ensemble de l'organisation, de faire remonter les informations étonnantes ou non prévues et de ratifier les décisions** lorsque, comme le décrit Mintzberg (1973), cité dans Simons, « toute décision de politique stratégique implique l'organisation et ses ressources » (p. 136). Nous avons montré l'importance de connaître et de piloter les ressources pour un établissement de santé. L'utilisation du contrôle de gestion interactif nous paraît donc particulièrement intéressant dans ce contexte, dans la mesure où il constitue un moyen de circulation verticale des informations, ascendante et descendante. Il permet de lutter contre le cloisonnement. Des recherches antérieures ont décrit son utilisation effective dans d'autres contextes (Lehmann-Ortega et Naro, 2008 ; Renaud, 2013).

Plusieurs recherches ont montré, d'une part, qu'il est aussi possible **d'implanter la méthode du *balance score card***, y compris dans les établissements sanitaires, et, d'autre part, que les systèmes de gestion ont un rôle dans l'apprentissage des organisations. Nobre et Haouet (2011) soulignent l'aspect multidimensionnel de la mesure de la performance de cette méthode, qui combine à la fois une perspective temporelle et une perspective organisationnelle tant interne qu'externe. Nobre et Biron (2002) décrivent une expérimentation dans laquelle les clés de répartition des charges tiennent compte des activités réelles et, en particulier, de la réalité des pratiques de soins. Ils soulignent la possibilité d'intégrer les soins infirmiers dans les calculs de coûts, ce qui est rare dans les autres méthodes. Naro et Travaillé (2019) montrent que la mise en place du *balance score card* permet un apprentissage organisationnel, dont les effets positifs se font sentir longtemps après la mise en place, même lorsque le *balance score card* a été abandonné. Ils observent que le processus de mise en place de cette méthode de contrôle de gestion contribue **à renforcer le collectif autour de la stratégie et à « construire des représentations collectives autour d'un modèle partagé de performance »** (p.45). Ils relèvent que deux conditions doivent être présentes pour que le *balance score card* favorise l'apprentissage en double boucle. Il doit être pensé "comme un levier de contrôle interactif impliquant, autour du *top management*, un collectif élargi de collaborateurs " (p.45). Il participe ainsi à partager la stratégie et la sortir du secret. De plus, la carte stratégique doit être régulièrement retravaillée et mise à jour.

Une méthode statistique de calculs de coûts par patient existe. Elle peut permettre de rapprocher, partiellement, les coûts des tarifs consentis par l'agence régionale de santé. Elle est utilisée et améliorée pour l'étude nationale des coûts, conduite par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Des aides méthodologiques sont disponibles pour aider les établissements à l'utiliser mais elle requiert des compétences techniques approfondies. Dans la majorité des établissements, les données colligées par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont essentiellement utilisées comme évaluation *ex post* de l'activité et nécessitent d'être affinées pour obtenir des coûts réels afférents à « de vrais patients ». Les données qui ne sont que très rarement recherchées, sont le temps humain consacré à un patient, les progrès constatés dans l'état du patient et les bénéfices de la rééducation et de la réadaptation. Une telle étude permettrait un regard centré sur le patient, qui pourrait bénéficier à la fois à la prise en charge des patients et à l'amélioration de la performance globale de l'établissement. Concevoir et améliorer ce modèle en équipe pluriprofessionnelle permettrait de susciter un intérêt partagé entre les utilisateurs des données, d'améliorer la pertinence ainsi que l'adhésion de professionnels non-spécialistes de la gestion.

La littérature confirme, dans de nombreux articles tels que celui de Bollecker et Durat (2006), que les systèmes de contrôle de gestion participent à l'apprentissage des individus du management et de la décision. L'individu est incité à prévoir, à se projeter dans le futur, ce qui conduit à des apprentissages par expérimentation. Bollecker et Durat soulignent les apprentissages relationnels des managers qui, « grâce au système de contrôle, sont amenés à gérer la relation avec leurs collaborateurs, en développant un comportement adapté » (p.141). Ils confirment la relation étroite entre management, système de contrôle de gestion et décisions.

Une attention particulière au système d'informations améliorerait le quotidien de nombreux managers hospitaliers. Nous l'avons vu, les actions sont déclenchées lorsque les informations du système d'informations sont opérationnelles, fonctionnelles, humainement intégrées et stimulantes (Zardet, 1986, Savall et Zardet, 1995). Dans notre expérience professionnelle, le système d'informations hospitalier s'est souvent avéré être un frein, tout à la fois pour la mise en place d'un contrôle de gestion et, *a fortiori*, pour développer un contrôle de gestion interactif, utile au pilotage, y compris opérationnel. Nobre et Biron (2002) constatent également combien le système d'informations est une contrainte majeure. Actuellement, les systèmes d'informations hospitalier sont essentiellement conçus pour répondre aux injonctions de *reporting* des tutelles, de la caisse primaire d'assurance-maladie, des commissaires aux comptes et des établissements bancaires. Les acteurs de terrain ont besoin d'outils internes d'aide à la décision, au pilotage et à l'action. Les systèmes d'informations hospitaliers sont peu adaptés aux besoins des utilisateurs/acteurs de terrain des établissements. La complexité liée à la construction d'un système d'informations hospitalier conduit à ce que celui-ci soit essentiellement le fruit des décisions du directeur du système d'informations, avec une faible intégration des acteurs de terrain dans sa conception. L'objectif primordial que constitue la sécurité et la qualité des soins

n'est pas toujours complètement atteint par les logiciels du marché et les conditions de leur déploiement dans les établissements de santé.

L'obligation légale de *reporting* et son inadaptation aux besoins de pilotage du terrain nous conduisent à souligner l'importance de dissocier l'outil de *reporting* du système information de l'outil de pilotage interne. Cela nécessite une équipe dédiée, compétente, orientée vers le service au personnel, c'est-à-dire qui coopère avec les responsables opérationnels. Les nombreux dysfonctionnements qui persistent, et passent encore souvent inaperçus, rendent nécessaire l'organisation de réunions de retour d'expérience régulières, entre les services informatiques et les utilisateurs, au minimum tous les six mois pour les systèmes qui fonctionnent en routine et beaucoup plus fréquemment lors du déploiement de nouveaux logiciels. Enfin, l'amélioration de la performance globale requiert d'organiser la prise en compte, l'écriture des événements afin de permettre la mémorisation de l'effet du temps. Des retours d'expérience tracés et accessibles peuvent permettre ainsi l'apprentissage individuel et organisationnel.

7.1.2.2 *Le pilotage du potentiel humain*

Des évaluations plus approfondies permettent de mieux adapter les structures, en particulier organisationnelles, et les tableaux de bord individuels et collectifs. Le pilotage de l'organisation sur des bases uniquement économiques n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés sur notre terrain de recherche. L'évaluation socio-économique du potentiel humain nécessite d'adopter une alternative extra comptable. Selon Cappelletti (2012), cette évaluation ne prend en compte que les déficiences managériales et les vulnérabilités en compétences se traduisent par des dysfonctionnements qui engendrent des pertes de valeur ajoutée mal reflétées par le système comptable, d'où la dénomination de coûts cachés » (p. 79). L'auteur montre que le *balance score card* est intéressant car il montre le rôle essentiel du potentiel humain. En revanche, il conduit à juxtaposer des indicateurs sans clairement les mettre en interaction les uns avec les autres. Il présente un intérêt tout particulier dans un secteur à forte densité de main-d'œuvre tel que les établissements sanitaires, qui ont une activité de service et une technicité forte.

Pour assurer le pilotage de routine, les managers ont besoin d'indicateurs de routine. L'organisation gagne à adapter le contenu des tableaux de bord à chacun des utilisateurs et à les améliorer à une fréquence régulière, correspondant avec le rythme d'évolution de l'activité. Ainsi, pour la Clinique SSR, il aurait été utile de suivre des indicateurs qui permettent de réagir aux dysfonctionnements les plus coûteux ou les plus fréquents. Le diagnostic socio-économique a permis de mettre en lumière des dysfonctionnements majeurs et des coûts cachés élevés sur l'absentéisme et la rotation du personnel. Le suivi des indicateurs sociaux tels que l'absentéisme par catégorie socioprofessionnelle et par motif, le taux de rotation et le nombre de jours d'absence pour accidents de travail, aurait pu provoquer une prise de conscience partagée de la réalité et de l'ampleur des conséquences. Un suivi mensuel aurait pu être établi par le service des

ressources humaines et ses résultats partagés avec la direction, les managers et avec l'ensemble du personnel, pour les chiffres globaux. Un indicateur sur le nombre de défauts de qualité avec un risque important pour les patients, est également de nature à aider à la prise de conscience des conséquences de comportements et de décisions inadaptés. Les erreurs médicamenteuses identifiées pour l'année 2019 ont coûté au moins 16 400 €, sans prendre en compte les conséquences pour les patients, non chiffrées pendant l'étude. La mise en place d'un indicateur hebdomadaire du contrôle des piluliers, avec le nombre de piluliers non conformes, pourrait être mis en place par le pharmacien, responsable de l'indicateur, puis communiqué au personnel de la pharmacie, au manager du service de soins et aux médecins de l'établissement. Enfin, il est possible de **mettre en place des indicateurs de charge de travail**, différenciés par profession. Une évaluation hebdomadaire était faite par la cadre de santé avec les infirmiers et les aides-soignants, jusqu'en 2019. Des méthodes d'évaluation organisée à l'échelle des établissements existent. En France, certains établissements de court séjour ont déployé la méthode des soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS). Ils peuvent être intégrés à certains logiciels de dossiers des patients. Pour le moment, à notre connaissance, la charge de travail des autres professionnels (autres que infirmiers et aides-soignants) ne donnent pas lieu à une évaluation par une méthode éprouvée, testée dans plusieurs contextes de soins. Il s'agit d'une perspective de recherche dans le domaine du management et du contrôle de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux.

L'évaluation approfondie périodique des coûts et performances cachés a montré son efficacité pour améliorer durablement la performance globale des établissements sanitaires. Les recherches-interventions conduites et décrites par Zardet et *al.* (2011) ont ainsi permis la transformation de plus de 25% des coûts cachés en valeur ajoutée, par des économies de médicaments, par du temps de travail récupéré et réalloué, par un accroissement du chiffre d'affaires et l'amélioration du taux d'occupation. Dans les établissements étudiés, de statuts et d'activités variés, la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV) a été améliorée plusieurs années de suite, après le diagnostic et le projet d'innovation économique mis en place.

Les démarches de management centrées sur le développement du potentiel humain permettent des améliorations des résultats des établissements, y compris sur le plan économique. Ainsi que le soulignent Nobre et Haouet (2011),

« Le passage d'une vision de l'hôpital centré sur le personnel à une vision de l'hôpital centré sur le patient et la compréhension des mécanismes de la performance au sein d'une organisation complexe ne dépend pas seulement de l'excellence individuelle mais aussi de la coordination et du travail en équipe des différents acteurs » (p.107).

7.1.3 Organiser la communication-négociation-coordination-concertation

L'efficacité est en grande partie conditionnée par la qualité de la communication, de la coordination et de la concertation. L'obéissance aux procédures et aux ordres donnés n'est acquise pour aucun être humain au travail. Aussi pensons-nous nécessaire d'ajouter une composante de négociation dans les processus de communication et de collaboration, seule voie de limitation de la désobéissance inhérente à l'être humain en collectivité, qui peut favoriser également son implication (Savall et Zardet, 2021).

Nous proposons des principes généraux, puis des dispositifs et outils, afin d'améliorer l'organisation de la communication-négociation-coordination-concertation, concept créé par Savall et Zardet, pour désigner une suite de comportements et d'actions nécessaires à une coopération efficace et efficiente.

7.1.3.1 Les principes

Les connaissances et les compétences en communication sont très inégalement prévues dans les programmes des formations initiales professionnelles. Si on les rencontre plus souvent dans les formations en management, la négociation, la coordination et la concertation sont, de manière générale, rarement enseignées. Pourtant, elles nécessitent une forme d'autocontrôle du comportement, dont la maîtrise est tacitement attendue. Nous pensons qu'il est particulièrement important **d'afficher ces compétences douces comme des prérequis** lors des recrutements. Selon nous, **la bienveillance, le respect d'autrui et l'ouverture à l'autre** sont des bases essentielles pour le comportement de tous les acteurs dans les organisations.

Du point de vue du développement des ressources, la communication-négociation-coordination-concertation donne accès à l'apprentissage individuel et collectif par la mémorisation des différentes expériences vécues dans l'organisation, celles de l'individu et celles de ses interlocuteurs. Sur notre terrain de recherche, **nous avons observé la peur que peut susciter la discussion, tant du point de vue du personnel de base que du point de vue de la direction et de la gouvernance. Nous faisons l'hypothèse qu'une des raisons majeures de cette crainte a pour origine un manque de compétences dans la gestion de la communication et des conflits.** Detchessahar (2011) souligne l'importance d'organiser les discussions pour une approche managériale et organisationnelle de la santé au travail. Il propose une **ingénierie des espaces de discussions** et établit cinq caractéristiques nécessaires à la discussion. Pour être efficace, la discussion doit être **centrée sur l'activité** concrète des acteurs, **suffisamment fréquente** pour porter sur les difficultés quotidiennes, **animée par le manager** « de et dans l'activité » pour trouver des solutions communes, issues des compétences professionnelles partagées, **informée**, c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur des outils de gestion, et, enfin, **mémorisée** car les solutions trouvées participent de l'identité du groupe et guident effectivement le travail

(p.102). Nous rejoignons complètement sa vision selon laquelle la conception et l'animation de ces espaces de discussion sont au fondement de l'activité managériale d'organisation de l'action. Les caractéristiques mises en lumière par Detchessahar peuvent donc, selon nous, être transposées à nombre de dispositifs de communication, de la réunion de service à l'entretien annuel d'évaluation.

Dans l'organisation, nous suggérons des **axes stables** pour guider le contenu de la communication-négociation-concertation-coordination. Dans le cas de la Clinique SSR, nous proposons deux axes : la **qualité de la prestation aux patients** dans les activités concrètes et la **démarche d'amélioration continue** de la qualité. Plus précisément, les projets de soins individualisés et les projets de vie sont des leviers pour recentrer les perspectives des soignants autour du bénéficiaire de la production de soins. La démarche d'amélioration continue de la qualité fournit des outils et rappelle régulièrement le niveau de qualité attendue et les risques liés au non-respect de certains protocoles.

Ces principes et ces axes ne peuvent être mis en application qu'à certaines conditions. La prise de conscience des dysfonctionnements réels et fréquents est indispensable pour rendre possible et effective la mise en place quotidienne et pérenne de réflexe de communication-négociation-coordination-concertation. Dans le cas de la Clinique SSR, former les managers et prévoir un accompagnement personnalisé sur la gestion du temps et sur la délégation des tâches aurait été utile à la performance. Nous pensons également que le diagnostic initial, qui comportait, en creux, les attentes en management et les moyens nécessaires pour répondre aux attentes, aurait pu éclairer les décisions managériales et stratégiques.

7.1.3.2 *Les dispositifs et outils*

Nous avons vu que les nombreux dispositifs de communication dont dispose la Clinique SSR ne sont pas suffisants pour assurer une circulation d'informations satisfaisante. Des outils, et les compétences pour les utiliser, permettent de définir le contenu et les conditions pour assurer l'efficacité des réunions et le suivi des décisions prises.

Parmi les dispositifs formels, le système d'informations hospitalier tient une place centrale sur laquelle nous ne reviendrons pas ici. Les réunions d'équipes ou de services, lorsqu'elles sont programmées et guidées par un ordre du jour préalable précis, facilitent les échanges sur la progression des objectifs et sur les problèmes rencontrés. Elles sont un lieu d'échange d'idées, de représentations différentes et d'expression des conflits éventuels, dont la verbalisation favorise le dépassement et la définition d'un éventuel consensus. Dans notre expérience professionnelle antérieure, dans un grand centre de soins de suite et de réadaptation de plusieurs centaines de lits, nous avons constaté la tenue de réunions pluridisciplinaires chaque semaine, pour chaque secteur de soins d'un même service. Les échanges portaient sur les progrès réalisés par les patients vers les objectifs de leur projet de soins et de leur projet de vie. Ces réunions étaient

entrées dans la routine organisationnelle des soignants, de sorte qu'ils les organisaient, y compris en l'absence de médecin ou de cadre de santé. Les résultats obtenus pour la rééducation des patients en ont fait une référence nationale, reconnue pour la qualité des soins et une individualisation des parcours de soins, dans lesquels les patients étaient fortement encouragés vers le retour à leur niveau d'autonomie maximale. Cet exemple montre que **des réunions pluridisciplinaires régulières et constructives peuvent être inscrites dans une routine organisationnelle.**

Le management des individus est plus efficace lorsqu'il tient compte de leurs postes de travail, de leurs compétences actuelles et de leurs objectifs personnels. Il s'agit, d'une part, de permettre aux individus de trouver de l'intérêt pour eux-mêmes et de s'impliquer dans les tâches qu'ils ont à accomplir de manière satisfaisante, pour aboutir aux objectifs de l'organisation. La concertation et la négociation qui ont lieu régulièrement dans les rapports au travail sont d'autant plus fructueuses que le manager connaît les conditions de travail et le poste de travail de la personne qu'il encadre. **Les entretiens individuels de formation et d'évaluation sont des moments privilégiés de négociation mais aussi de concertation sur les objectifs individuels et collectifs.** C'est pourquoi les entretiens individuels, au moins semestriels, sont à préserver et à organiser, éventuellement autour d'outils tels que des grilles d'évaluation ou des rapports d'étonnement. Ces outils visent à favoriser des échanges constructifs, à la fois pour l'individu et pour le collectif.

Des outils d'organisation communs partagés permettent d'améliorer le niveau d'information de tous les acteurs concernés et, par conséquent, la qualité des décisions qu'ils prennent. Dans le cas de la Clinique SSR, il aurait pu être mis en place une planification stratégique, un agenda commun comportant les repères temporels des temps forts de l'organisation, tels que les dates de la démarche de certification, la date prévisionnelle de clôture des comptes, les dates prévisionnelles et l'ordre du jour des comités économiques et sociaux ou les dates des commissions des usagers, par exemple.

Les dispositifs informels de communication entre les acteurs sont souvent perçus comme des pertes de temps. Ces échanges sont parfois considérés comme des moyens pour les acteurs de travailler moins. La conceptualisation des échanges informels sous la forme de **l'ascenseur stratégique met en exergue l'importance de ces échanges pour l'organisation.** L'ascenseur stratégique **permet d'assurer une veille stratégique interne** et, en même temps, **la cohérence et la pertinence des autres dispositifs de communication.** Il s'agit d'un **moyen de sanctuariser symboliquement les échanges vivants et l'écoute de l'autre.** Il s'agit également de la **négation tacite de la représentation** selon laquelle les décisions prises à partir de ce que sait le décideur le plus haut placé, sont les plus pertinentes. L'ascenseur s'organise grâce à des déplacements fréquents, programmés dans l'agenda des managers en particulier, pour aller à la rencontre des personnels du périmètre de responsabilité et des services en

interaction avec eux. La meilleure connaissance progressive des interlocuteurs permet d'adapter la fréquence des rencontres et de choisir des moments inopinés, en évitant, au moins au début, les moments d'activité intense tels que les « coups de feu ». Les observations et les échanges permettent de collecter des informations précieuses pour garder le contrôle de la décentralisation des décisions et de la subsidiarité organisationnelle. L'ouverture d'esprit et la démarche d'observation et d'écoute méthodique et volontaire peuvent susciter des échanges qui permettent d'apprendre de l'autre mais aussi d'expliquer les objectifs ou les motifs de certaines décisions. Le but premier de l'ascenseur est de connaître et de comprendre ce qu'il se passe au quotidien, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des décisions et les adaptations spontanées à développer ou à partager. L'ensemble des informations obtenues gagnent à être traité pour l'apprentissage de l'acteur et de l'organisation. **L'ascenseur stratégique, comme l'ascenseur opérationnel qui est son pendant pour les managers de proximité ou les managers intermédiaires, sont des moyens de veille interne** sur les dysfonctionnements rencontrés, sur les éventuels comportements qui nuisent à l'organisation et sur les adaptations, améliorations et corrections à mettre en place.

7.2 Les implications au niveau de la gouvernance hospitalière

Nous analysons, dans cette section, les implications de notre recherche pour le management de la gouvernance. En effet, nos résultats montrent que la qualité de la communication-coordination-concertation et des compétences sont aussi cruciales pour la gouvernance que pour les autres acteurs des établissements. Comme tout individu et comme tout groupe d'acteurs, les directeurs et les administrateurs peuvent être influencés par des représentations, être rétifs à s'impliquer ou à exercer leurs responsabilités. Nous en déduisons que les administrateurs et les directeurs, comme tout autre acteur, devraient être consciemment managés. Pour cela, la question des valeurs est cruciale car les valeurs effectivement mises en application dans le cadre du conseil d'administration et dans l'équipe de direction guident, consciemment ou non, toutes les décisions qu'ils prennent.

La Clinique SSR a la particularité d'être gérée par une gouvernance bicéphale, constituée de deux établissements sanitaires de court séjour, propriétaires et administrateurs à parts égales des locaux et de l'association, et en situation de coopération sur les prises en charges de patients atteints de cancers. La reprise de l'établissement a lieu dans un contexte de cessation de paiement et s'accompagne d'une évolution de l'activité de soins de l'établissement. La littérature montre que, pour parvenir à redresser une entreprise, une connaissance approfondie et objectivée de l'ensemble des ressources, y compris des actifs et des passifs comptables et extras comptables de l'entreprise, est essentielle (Boyle et Desai, 1991 ; Daigne, 1993).

Dans le cas de la Clinique SSR, nous ne nous savons pas comment a été établi le diagnostic préalable au rachat. Nous avons cependant constaté que la méconnaissance de l'état réel des

locaux a eu des conséquences sur le budget et, par conséquent, sur d'autres investissements envisagés. D'autres aspects de l'organisation nous ont semblé être découverts par la gouvernance au fur et à mesure de l'apparition de dysfonctionnements majeurs. Notre recherche montre que le diagnostic initial très partiel et/ou le biais d'optimisme qui aurait conduit à refuser de voir certaines ressources négatives, ont lourdement pesé dans les difficultés de redressement de l'établissement. La prise de l'ascenseur stratégique au moment du rachat puis au moment de l'installation de l'équipe de direction aurait pu diminuer ces difficultés.

Nous proposons des recommandations selon trois axes : le management de la gouvernance dans une coopération, le management de la direction par la gouvernance et le management de la gouvernance par la direction.

7.2.1 Le management de la gouvernance de la coopération

Nous avons observé qu'un certain nombre de conditions sont nécessaires pour une coopération efficace. Nous avons vu que la confiance entre les directions des deux coopétiteurs est nécessaire pour mener à bien les projets d'une coentreprise. Elle est indispensable pour permettre de trouver un accord sur des objectifs exprimés, et sur la mise en œuvre des actions nécessaires pour les atteindre. C'est une condition nécessaire mais non suffisante. La confiance est forcément relative. Dans les premiers temps, elle se construit probablement en luttant contre les comportements qui peuvent générer de la méfiance. La première condition nous paraît être **l'équilibre des contributions et des bénéfices**, le cas échéant au prorata des investissements ou du nombre de parts de capital investi par chaque coopétiteur. Il est important que **les objectifs stratégiques de chacun des investisseurs soient exprimés**, en évitant les non-dits sur les intérêts attendus. Avant que la confiance ne soit installée, chacun craint que l'autre ne tire plus de bénéfices en investissant moins. L'objectif est de combattre la méfiance en diminuant le nombre de freins invisibles. De même, **la prise de risque et les responsabilités gagnent à être partagées**, en toute conscience et de manière effective. Il paraît donc important, dès la structuration de la gouvernance, que soit établi **un moyen de contrôle réciproque et/ou impartial**. Un équilibre non bloquant des pouvoirs permet d'envisager des discussions ouvertes, orientées vers la performance de l'établissement conjoint. Pour cela, les dispositifs de communication-coordination-concertation sont essentiels. Ils peuvent permettre d'inverser la proportion des approches individuelles et des visions collectives, si un lieu d'expression des dysfonctionnements de la coopération est organisé, de manière à éviter les risques pour la coentreprise. Plus précisément, Lévy et *al.* (2003), cités dans Bouncken (2015), suggèrent que **soit mis en place un management actif « qui doit définir quoi partager, avec qui, quand, et sous quelles conditions**, afin de limiter les tensions au niveau inter et intra organisationnels qui peuvent apparaître » (p. 587).

Les résultats de notre recherche montrent que ce « management actif » est également favorable à l'amélioration de la performance de la coentreprise. La définition des responsabilités, partagées ou non, et des zones de coopération relèvent d'une structuration explicite de la gouvernance. Trois conditions nous paraissent fondamentales à mettre en place : des dispositifs de communication-coordination-concertation robustes, un diagnostic initial approfondi et professionnel de la situation de la coentreprise et l'évaluation initiale puis l'investissement dans le développement du potentiel humain de la coentreprise.

Nous proposons que **la coopération soit construite sur la base d'un projet formalisé**, qui constitue une feuille de route partagée, *a minima* entre les coopérateurs, voire avec la direction de la coentreprise. Ce projet pourrait comporter les buts et objectifs de la coentreprise, les dispositifs de communication-coordination-concertation formels et informels entre les partenaires et les zones de responsabilité. Il nous paraît important **qu'un dispositif restreint, entre les deux directeurs généraux ou présidents du conseil d'administration des deux coopérateurs**, soit organisé de manière périodique. Nous ne savons pas si un tel dispositif était prévu dans le cas de la Clinique SSR mais de telles rencontres ont eu lieu dans certaines situations critiques. Elles ont débouché sur des décisions conjointes rapides. Nous avons constaté également la faible connaissance des dossiers, puis un affaiblissement de l'implication dans le fonctionnement du conseil d'administration, de la part de certains membres du Centre Anticancer. Comme dans tout groupe, l'impression d'être peu écoutés a conduit certains d'entre eux à se désintéresser de l'évolution de la coentreprise. Il nous paraît donc important que les dispositifs de communication soient conçus comme des lieux d'échanges, plutôt que comme des chambres d'enregistrement de décisions déjà prises. Enfin, ce projet gagnerait à **définir les attentes en termes de reporting**, de manière à ce que soient définis conjointement les critères de qualité du fonctionnement interne de la coentreprise. Dans la conception classique des processus de décision, la gouvernance est consultée et prend des décisions sur les questions stratégiques. Comme le confirme notre recherche, l'interdépendance des niveaux opérationnels, tactiques et stratégiques rend nécessaires la prise en compte de la complexité et l'évaluation des résultats finaux ainsi que l'évaluation au cours de la mise en œuvre des décisions. Pour cela, des indicateurs qualitatifs et quantitatifs doivent être ajoutés aux classiques indicateurs économiques. Ce pourrait être par exemple le nombre d'événements indésirables graves liés aux soins, les incidents de fonctionnement du service de soins, autres que les dysfonctionnements techniques. Le cas de la Clinique SSR montre les dysfonctionnements d'un conseil d'administration, en tant que groupe formé de représentants/administrateurs de deux repreneurs à parts égales. Nous faisons l'hypothèse qu'ils sont essentiellement la conséquence d'une coopération partiellement structurée, qui a insuffisamment lutté contre la méfiance réciproque. Nous recommandons que soit tranchée clairement la question de l'instance en charge de la prise des décisions stratégiques macro-économiques pour la coentreprise, lorsque ces décisions ont des conséquences sur l'environnement externe, en particulier les conséquences politiques vis-à-vis des tutelles et des

concurrents majeurs. Cet aspect a, en effet, des conséquences stratégiques pour chacun des établissements individuellement et peut mettre en péril l'existence de l'alliance.

La synchronisation plus régulière des actions de coopération, à la fois entre eux les deux coopétiteurs et entre les coopétiteurs et la coentreprise, améliorerait le fonctionnement global de cette dernière. De multiples dysfonctionnements ont été créés par une synchronisation insuffisante. Des actions redondantes et des manques d'information conduisant à des actions inutiles peuvent être évités en organisant la synchronisation des zones de coopération entre les trois entités. Nos fonctions pendant la recherche doctorale nous ont permis d'expérimenter la facilitation de la circulation des informations entre la Clinique SSR, d'une part, et la direction de la qualité et la direction des affaires financières au Centre Anticancer d'autre part, et, enfin, la direction des ressources humaines de la Clinique Court Séjour. Dans des structures de même activité, une même personne peut aider à la coordination et à la synchronisation des trois entreprises. Dans des joint-ventures ou des coopétitions où les métiers sont différents, un interlocuteur dédié par structure serait probablement plus adapté. Ces interlocuteurs privilégiés permettent de faire circuler les informations, de faciliter les échanges et de traduire les demandes, en participant à la connaissance réciproque des différents interlocuteurs et des processus internes spécifiques.

Enfin, les dispositifs de communication-coordination-concertation ne seront robustes qu'à condition que les directions des coopétiteurs s'impliquent effectivement dans le projet de coentreprise. Nous avons constaté **que le renoncement à assurer la présidence (tournante) du conseil d'administration de la Clinique SSR a conduit à un déséquilibre d'implication entre les deux présidents**, et, à un certain moment, à un déséquilibre de pouvoir sur la prise de décisions stratégiques.

L'évaluation de la situation initiale de la coentreprise joue un rôle fondamental pour l'amélioration de sa performance. En effet, nous l'avons vu, les processus de décision doivent reposer sur une base informationnelle fiable pour améliorer la pertinence des décisions, à la fois du point de vue des objectifs que des moyens à mobiliser pour y parvenir. La connaissance des ressources de l'entreprise nécessite donc un diagnostic approfondi et complet. Dans le cas de la Clinique SSR, peu de documents ont été transmis lors de la reprise, en particulier pour la comptabilité et la gestion des ressources humaines. Ces manques ont eu des conséquences à la fois budgétaires et organisationnelles pendant toute la période de notre recherche. Les recommandations de la littérature s'accordent sur les domaines que doit couvrir le diagnostic initial d'une entreprise lors d'un redressement. Daigne (1993) propose six phases successives pour obtenir une vision globale : une présentation générale de l'organisation, le diagnostic économique, le diagnostic social, le diagnostic de la production, le diagnostic financier puis une synthèse des résultats du diagnostic sous forme de points forts et de points faibles. De manière générale, ce diagnostic pourrait être traduit en termes de ressources, de manière à considérer l'état des lieux sous un

angle dynamique, c'est-à-dire en considérant non seulement les points forts et points faibles présents mais également le potentiel des ressources multidimensionnelles de l'organisation. **La réalisation du diagnostic par des membres des directions des coopérateurs présente l'avantage d'installer un premier ascenseur stratégique entre les trois partenaires.** Cependant, la difficulté de redresser une entreprise nous paraît rendre nécessaire un accompagnement par des professionnels expérimentés.

L'évaluation des compétences initiales est recommandée par Daigne (1993). Dans la phase de diagnostic social, il recommande de vérifier également l'organisation structurelle et la compétence des équipes. Il intègre le système de communication et « la bonne circulation » (p.50) de l'information descendante et montante dans le diagnostic social, après une appréciation du climat social et du niveau d'implication des personnels. Nos résultats montrent que le système d'informations hospitalier est une ressource à part entière, dont l'évaluation est essentielle pour le fonctionnement de l'organisation. Elle requiert des compétences techniques professionnelles pluridisciplinaires, c'est-à-dire à la fois d'expert des systèmes d'informations et des utilisateurs des différents sous-systèmes. Nos résultats montrent que la bonne ambiance apparente et la circulation de l'information ne sont pas suffisantes pour assurer le maintien de la performance. Le développement du potentiel humain et, plus précisément, l'investissement incorporel qualitatif dans le développement du potentiel humain requièrent tout d'abord une évaluation des compétences individuelles et collectives. Sur cette base, peut être mis en place ensuite un management qui permettra d'assainir l'ambiance de travail et de développer l'implication des acteurs. Il s'agit donc bien d'adopter une vision dynamique, qui considère le personnel sous l'angle de son potentiel à créer de la valeur ajoutée.

7.2.2 Le management de la direction par la gouvernance

La gouvernance nomme le directeur et, suivant les cas, les directeurs fonctionnels et opérationnels. Il lui incombe donc de s'assurer que toutes les fonctions de direction sont bien remplies et que la direction de l'établissement assure toutes les fonctions complémentaires à celles de la gouvernance.

L'organisation des fonctions de direction est décidée dès le rachat d'une entreprise. L'enjeu est de construire le principal maillon de la chaîne entre décisions stratégiques et mises en œuvre. Notre recherche montre trois éléments essentiels à l'efficacité : nommer un directeur et organiser les fonctions de direction, évaluer les compétences nécessaires et répartir expressément les rôles entre conseil d'administration et directions d'établissements.

L'expérience de la Clinique SSR nous conduit à recommander la nomination d'un directeur d'établissement dès les premiers mois de fonctionnement, de manière à assurer une présence à temps plein et à accélérer la connaissance du fonctionnement et des dysfonctionnements de l'établissement afin d'améliorer la qualité et la rapidité des décisions. La gouvernance a pris la

décision de faire assurer une direction fonctionnelle et opérationnelle collégiale pendant les premiers mois de la reprise, de manière à faire rapidement repartir l'activité et à comprendre le fonctionnement de l'établissement. Malgré la coordination faite par la secrétaire générale du conseil d'administration, la connaissance du fonctionnement réel de l'établissement a pris du temps et de nombreux dysfonctionnements n'ont pu être résolus ou connus qu'après plusieurs mois. Le manque de présence sur le terrain des directeurs fonctionnels et opérationnels a retardé leur accès aux informations de terrain et la mise en œuvre des décisions prises en comité de pilotage et comité de coordination. Les coûts cachés ont alors été particulièrement importants, du fait de la sous-activité du service de soins. Après son arrivée, le directeur de site a amélioré la coordination entre les services supports et les établissements. En quelque sorte, **pendant les premiers mois, le directeur a été le liftier de l'ascenseur stratégique, en faisant circuler les informations entre les établissements et les différents services.**

L'organisation de l'équipe de direction nécessite également l'évaluation des compétences disponibles et des compétences nécessaires, dans la situation réelle, et non de manière uniquement théorique. La gouvernance a la responsabilité de décider d'apporter ou non des compétences complémentaires à celles du directeur choisi. Sur notre terrain de recherche, la gouvernance a fait le choix de faire assurer les directions fonctionnelles par les directeurs de leurs propres établissements. L'absence de présence sur le terrain des directeurs fonctionnels a limité leurs informations à ce que les personnels de leur direction pouvaient percevoir, et à ce que le directeur de l'établissement communique. Notre étude des dispositifs de communication-coordination-concertation fait apparaître que le comité de coordination, prévu pour coordonner et synchroniser les décisions, s'est avéré être un canal de communication d'informations essentiellement du directeur de site vers les directeurs fonctionnels, avec peu de concertation et de décisions collectives. Un flou a persisté pendant plusieurs mois sur certaines fonctions, telles que le suivi de la trésorerie, la construction des budgets prévisionnels, le contrôle de gestion et les fonctions d'achat. Tout s'est passé comme si la gouvernance confiait au directeur le management de l'équipe de direction. Or, les décisions ont été concentrées entre les mains du directeur d'établissement, sans recherche d'une cohésion de l'équipe de direction. Le comité de direction a été constitué uniquement du directeur de l'établissement, du médecin coordinateur et du manager du service de soins, puis, plus tard, de la responsable de l'équipe administrative. Nous faisons l'hypothèse que la performance de l'établissement aurait été améliorée si le comité de coordination avait été utilisé comme un lieu de concertation entre direction opérationnelle et directions fonctionnelles.

La répartition clairement établie des rôles respectifs du conseil d'administration d'une part, et de la direction d'établissement d'autre part, est un moyen d'améliorer la communication et la qualité des processus de décision stratégique. Établir ce qui est délégué au directeur, avec ou sans *reporting* préalable et *ex post* permet de définir clairement les zones d'autonomie, et les sujets

sur lesquels la concertation est attendue. Zardet et *al.* (2011) ont constaté, sur leurs quatre terrains d'observation scientifique, que les actions d'amélioration sur la clarification des rôles respectifs et la structuration organisationnelle ont permis d'améliorer la qualité des soins et d'augmenter l'efficacité. Les praticiens du management socio-économique ont développé un outil de gestion de la délégation appelé « éventail de délégation concertée » (Savall et Zardet, 1995, p. 328). Les auteurs définissent la délégation concertée comme « l'acte de confier à quelqu'un la réalisation d'une opération, en prenant la précaution de s'assurer des moyens dont dispose le délégataire pour la réaliser » (p. 496). Cet outil pourrait permettre à la gouvernance de superviser l'autonomie de la direction, ce qui relève d'une forme de management à distance, et de définir clairement ce qu'elle attend, y compris pour elle-même. Pendant plusieurs semestres, les membres du conseil d'administration ont nommé différemment la fonction du directeur de l'établissement. La direction de la Clinique Court séjour s'adressait au « directeur de site » quand la direction du Centre Anticancer considérait qu'avait été nommé un " directeur opérationnel". Cette confusion sémantique s'est confirmée pendant certains conseils d'administration où seuls certains membres de la direction du Centre Anticancer tentaient d'évaluer et de peser sur les décisions à venir du directeur d'établissement.

L'observation de notre terrain de recherche nous conduit à observer qu'il existe, de fait, une complémentarité entre la gouvernance et la direction de l'établissement. La gouvernance prend des décisions sur la base des informations colligées et communiquées par le directeur et le directeur prend des décisions pour mettre en œuvre les décisions stratégiques, et parfois tactiques, du conseil d'administration. Nous recommandons que cette complémentarité soit organisée de manière à ce que la gouvernance ait un rôle plus actif. La rationalité limitée d'un individu est efficacement contrebalancée par l'intelligence collective. Dans le cas particulier de notre terrain de recherche, les membres du conseil d'administration possèdent des expériences et des expertises dans des domaines variés, tels que les fusions-acquisitions, la présidence de commission médicale d'établissement et le commissariat aux comptes. Ces compétences auraient pu être plus utiles, à condition que les informations communiquées et l'organisation de la discussion l'aient rendu possible. Lorsque la gouvernance reste sur des préoccupations de gouvernance et ne prend pas s'intéresse pas aux problèmes organisationnels persistants, elle se constitue en silo horizontal et prend le risque de ne pas avoir accès aux informations nécessaires aux décisions qu'elle prend. **La gouvernance gagnerait en efficacité en prenant l'ascenseur pour descendre vers les niveaux opérationnels.** Notre recherche de terrain nous montre que le secret sur la stratégie vis-à-vis du personnel se double du secret sur les événements opérationnels vis-à-vis des membres du conseil d'administration. Sur notre terrain de recherche, ce double secret s'est traduit par la perte de performance sur les décisions et sur la performance globale de l'établissement.

Une gouvernance qui reste vigilante, qui questionne et va chercher les informations, diminue fortement les conséquences de la rationalité limitée du directeur et de l'équipe de direction. Dans

notre cas, une plus grande lucidité et une meilleure connaissance des personnels et de l'état du bien racheté aurait pu permettre de prendre des décisions plus rapides et mieux adaptées et, ainsi, améliorer l'activité et construire des bilans prévisionnels plus proches de la réalité.

Les décisions prises par la gouvernance gagnent à être évaluées et contrôlées pendant leur mise en œuvre. Le suivi par les seuls indicateurs économiques repousse la prise de connaissance des inefficacités et retarde d'autant les décisions d'adaptation ou de modification. Le contrôle et l'évaluation requièrent la volonté d'une introspection, qui accepte la remise en question des décisions prises précédemment, à la fois de la part de la gouvernance et de la direction. L'évaluation nécessite une observation et un suivi d'indicateurs par le directeur, préalablement à une communication honnête. Cette coopération bien comprise a pour objet de s'assurer que les ressources sont utilisées à bon escient, préservées et, si possible, développées. Il s'agit d'une forme de **veille stratégique interne**. Dans le cas de notre terrain de recherche, **l'insuffisance de contrôle du management du potentiel humain et de l'évaluation des compétences a fortement diminué la réactivité**.

La complémentarité entre gouvernance et direction se construit en évaluant les compétences du nouveau directeur en situation. Nommé dans un établissement qu'il ne connaissait pas, il a pris des fonctions qu'il n'avait jamais assumées. La conception même de complémentarité favorise la lucidité, plutôt que la confiance sans contrôle. Elle permet de concevoir l'accompagnement nécessaire à la montée en compétences du directeur et des directions fonctionnelles, sur les zones de performances insuffisantes, telles que les compétences managériales ou communicationnelles. L'accompagnement du directeur aurait pu permettre d'utiliser toutes les possibilités fournies par le diagnostic socio-économique, plutôt que de lui conseiller de le cacher, parce qu'il n'avait pas, seul, les compétences pour en tirer profit.

La complémentarité, et la lucidité qui en découle, permettent d'analyser clairement les moyens à consentir pour permettre au directeur et à la direction de mener à bien leurs tâches. Dans le cas de notre terrain de recherche, le président du conseil d'administration a consacré bénévolement du temps à l'établissement. Il a accompagné le directeur dans ses décisions, mais il est probable qu'il leur manquait des compétences sur le redressement d'entreprise et le management. Une aide professionnelle sur ces domaines aurait été très profitable. Les directeurs généraux des repreneurs ne pouvaient consacrer suffisamment de temps à l'établissement. C'est pourquoi nous faisons l'hypothèse que l'aide de professionnels externes aurait pu améliorer la performance des décisions prises. Enfin, l'organisation de dispositifs de communication adaptés à l'établissement font partie des moyens essentiels à consentir. L'exercice actif de la gouvernance rend légitime la demande de communication d'indicateurs choisis spécifiquement pour améliorer les dysfonctionnements réels. **La réunion hebdomadaire entre le directeur et le président du conseil d'administration a été un dispositif de soutien important**. Il aurait pu être complété par un **ordre du jour** et l'établissement d'un **reporting régulier** de la part du directeur de site et

des directeurs fonctionnels, sur des indicateurs qualitatifs et quantitatifs tels que le taux d'absentéisme, les mouvements des personnels, le nombre d'événements indésirables, le taux d'occupation des lits, le type de pathologie, le suivi de la trésorerie, l'évolution mensuelle des produits et charges et les événements intercurrents notables. La fixation et la réévaluation régulière d'objectifs et d'actions auraient pu permettre d'améliorer le fonctionnement et la situation de l'établissement.

7.2.3 Le management de la gouvernance par la direction

La complémentarité entre gouvernance et direction se construit au fur et à mesure des relations. Cette démarche est également active de la part de la direction. Quoi qu'il en soit, qu'elle soit réfléchie ou non, la relation entre gouvernance et direction a une influence importante sur la performance de l'établissement. La dynamique de gestion de cette relation relève du management. La direction et, dans le cas de notre terrain de recherche le directeur, peuvent influencer positivement sur l'efficacité de cette relation. La direction peut améliorer l'efficacité des décisions en organisant, activement, la communication-coordination-concertation entre gouvernance et direction.

La fiabilisation des processus de décision est obtenue en étudiant les conséquences de différentes alternatives proposées à la gouvernance pour les décisions stratégiques. La direction peut décider de compléter les informations attendues sur les charges visibles et le résultat économique par des informations qualitatives, quantitatives et financières et des balances économiques sur les décisions à venir. La communication-coordination-concertation honnête, transparente et loyale passe par la communication au conseil d'administration d'informations aussi complètes que nécessaire afin qu'il puisse juger de la situation et que direction et conseil d'administration partagent lucidité et courage dans la prise de décisions. **La clarification explicite des compétences attendues du directeur par la gouvernance**, de ses compétences réelles et des compétences nécessaires, requièrent certes une introspection régulière mais permet ainsi de **basculer d'un optimisme irréaliste vers un pragmatisme nécessaire à la pertinence des décisions prises**. Ainsi, par exemple, l'absentéisme et la forte rotation des personnels médicaux et paramédicaux ont été constatés par le directeur, puis, plus tard, communiqués au conseil d'administration. Le pari que le *turnover* permettait de se défaire de personnes récalcitrantes et, *in fine*, d'améliorer la performance du service de soins, n'a que très tardivement été questionné par le conseil d'administration. Une prise de conscience plus précoce des manques de compétences en management dans l'établissement aurait été de nature à limiter la hausse des taux d'absentéisme et de rotation et les dysfonctionnements nombreux et coûteux qui y sont liés.

La direction peut aussi faire exprimer clairement les attentes réciproques, les zones de responsabilité, c'est-à-dire les champs de décisions et d'informations respectives entre président du conseil d'administration, conseil d'administration et direction (au sens de

directeur et directeurs fonctionnels). Ainsi, sur notre terrain de recherche, la décision d'externaliser les fonctions support a eu de lourdes conséquences. Une étude approfondie et conjointe des conséquences de cette décision pour les trois établissements aurait permis d'identifier les coûts réels, au moins partiels, c'est-à-dire les coûts cachés identifiables pour les trois entités. Lors du diagnostic socio-économique, il est apparu que les directions générales des repreneurs faisaient pression pour que leurs directions fonctionnelles ne dégradent pas leur prestation interne. En conséquence, les personnels des fonctions support renâclaient à reconnaître le temps réel passé pour la coentreprise et à faire part des dysfonctionnements que le manque de moyens générés dans leur domaine. Au final, le non-dit a prévalu sur le temps passé, une partie de la sous-qualité des prestations fournies et le manque de coordination ressentie.

La direction peut aussi insister auprès du conseil d'administration pour que soient tranchées les questions épineuses qui freinent la performance de l'établissement. La définition formelle des fonctions peut permettre de dépasser la crainte liée à la relation de subordination entre le conseil d'administration et la direction. Il s'agit de donner à chacune des deux instances la liberté d'aborder les sujets nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.

La formulation d'un projet d'établissement partagé entre le conseil d'administration, la direction et le personnel participe au bon fonctionnement de l'ascenseur stratégique entre gouvernance et direction. Outre la cohérence apportée aux décisions stratégiques, l'accord sur le projet d'établissement facilite la cohésion des différents niveaux de l'organisation autour des sujets déjà balisés, qui peuvent alors devenir des sujets de discussion et de décision donnant lieu à une évaluation périodique.

La direction de l'établissement peut également agir sur la gouvernance en améliorant l'organisation de la communication-coordination-concertation entre gouvernance et direction. Dans le cas de la Clinique SSR, la situation de coopération entre les deux repreneurs a exigé de veiller à l'équilibre des avantages tirés par les deux propriétaires et, donc, à l'équilibre des influences exercées. Ce cas particulier montre la nécessaire diplomatie pour entretenir l'implication des partenaires et l'intérêt à agir pour la coentreprise. La vigilance sur la communication est indirectement un facteur de survie et de développement pour la coentreprise. Le contenu informationnel des échanges entre direction et gouvernance doit permettre la compréhension des enjeux des décisions à prendre. Pour cela, les aspects dysfonctionnels de l'organisation ne doivent pas être omis, quoi que leur communication nécessite du courage, à la fois du point de vue de la direction et du point de vue de la gouvernance. C'est à cette condition que chacun pourra assumer ses responsabilités. Ainsi, par exemple, reconnaître la faible connaissance du fonctionnement réel de l'établissement aurait permis de prendre conscience du besoin d'analyser de manière approfondie les charges de l'établissement et d'éviter les deux années de délai pour mesurer la rentabilité réelle de l'établissement.

Dans l'établissement étudié, la coopération active entre direction de l'établissement et directions des fonctions support relève de la relation entre gouvernance et direction. À de multiples reprises, le besoin de plus de temps de présence et de travail des fonctions support a été exprimé par des membres du comité direction de la Clinique SSR. Or, ces moyens supplémentaires ne peuvent être alloués que par les directions générales des repreneurs. Il s'agit donc d'un investissement supplémentaire. La volonté d'un investissement égal des deux repreneurs implique donc la discussion de ces questions en conseil d'administration. Pour s'assurer de la qualité et de la pérennité de la communication entre direction des établissements et direction des fonctions support, la direction pourrait décider d'établir, conjointement avec les directions fonctionnelles, des indicateurs utiles au pilotage, sous forme d'un tableau de bord de pilotage synoptique. **Une réunion**, de fréquence **mensuelle a minima**, ayant pour **but l'étude des indicateurs et des dysfonctionnements**, pourrait permettre les prises de décisions nécessaires pour améliorer la performance. Sur notre terrain de recherche, les directeurs des affaires financières et des ressources humaines ont été peu sollicités par rapport à des établissements où ces fonctions sont assurées en interne. L'absence de suivi de la trésorerie, des encours fournisseurs et de la facturation par le directeur de l'établissement a été compensée, au moins partiellement, par la direction des affaires financières, sans réelle coordination. L'éloignement et l'absence de coordination régulière entre direction d'établissement et direction des ressources humaines ont empêché d'identifier les conséquences du grave déficit de communication-coordination-concertation entre le manager de l'équipe de soins et les gestionnaires des ressources humaines. Nous recommandons donc que les directions veillent à organiser des **réunions régulières**, par exemple trimestrielles, **avec les équipes des différentes fonctions support, et l'encadrement**. Dans le cas de la Clinique SSR, ce dispositif aurait permis de partager les informations sur l'actualité de l'établissement et des services supports, de construire un retour d'expérience commun sur les problèmes identifiés et les actions menées ou envisagées. Le but est de coordonner les décisions et les actions des personnels fonctionnels et des personnels opérationnels et, ainsi, d'apprendre et mémoriser pour réellement développer le potentiel humain et améliorer la performance globale de l'établissement.

7.3 Les implications au niveau des pouvoirs publics en charge de la santé

Pour un établissement sanitaire, les pouvoirs publics en charge de la santé sont directement représentés par l'agence régionale de santé. Nous n'émettons pas de recommandation managériale car il ne nous a pas été possible de recueillir les données nécessaires. Nos multiples demandes de rendez-vous, par courriel et par téléphone, n'ont jamais été honorées, malgré l'objectif de recherche clairement explicité.

Nous identifions deux axes d'amélioration de nature à améliorer la circulation des informations et la pertinence des décisions dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. L'organisation

de la coopération interprofessionnelle n'est pas spontanée et montre de nombreuses insuffisances. Elle est d'autant plus difficile à améliorer que la formation en management dans le domaine de la santé peut être utilement complétée.

7.3.1 Organiser la coopération interprofessionnelle

La prise en soins des patients et l'organisation de leurs parcours de soins rendent indispensable la coopération interprofessionnelle entre personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs. Les compétences techniques approfondies, nécessaires dans de nombreux métiers de l'hôpital, conduisent à faire travailler ensemble des acteurs très spécialisés, qui ont des cultures professionnelles différentes. Comme nous l'avons vu, les processus de décision pertinents, stratégiques comme opérationnels, requièrent une coopération pour émettre et traiter les informations utiles. Le développement des structures pluri organisationnelles, tels que les réseaux de soins, les groupements de coopération et les parcours en continuité entre ville et hôpital, rend encore plus évident la nécessité d'organiser, et donc d'apprendre, la coopération interprofessionnelle. Zardet et *al.* (2011) ont mis en lumière lors de recherches-interventions le déficit de coopération interprofessionnelle et les nombreux dysfonctionnements qu'ils causent dans l'organisation du travail, la communication-coordination-concertation et le pilotage. Les auteurs montrent que la formalisation de plans d'actions communs, c'est-à-dire concertés entre professionnels, permet d'améliorer la qualité des soins, les conditions de travail et la performance des organisations, lorsqu'ils sont construits autour d'objectifs communs inter ou intra sectoriels.

Organiser la coopération interprofessionnelle à l'échelle d'un établissement revient à apprendre à prendre l'ascenseur stratégique. Pour le *top management*, il s'agit à la fois de coopérer en son sein et de faire en sorte que les autres membres de l'organisation coopèrent de manière efficace. Pour cela, des compétences managériales générales sont nécessaires, ainsi que des compétences plus spécifiques pour dépasser les freins propres aux établissements hospitaliers et, plus largement, aux structures sanitaires. Nous proposons deux axes d'amélioration : la coopération entre le directeur administratif et le directeur médical de chaque établissement et une modification profonde de la structure décisionnelle au sein des établissements.

La direction « réelle » d'un établissement sanitaire est au minimum bicéphale, soit officiellement comme dans les centres de luttés contre le cancer, soit *de facto*, comme dans les hôpitaux publics. Le directeur administratif obtient des résultats satisfaisants pour ses décisions si le président de la commission médicale d'établissement ne s'oppose pas à leur mise en place. Le ministre de la santé a déclaré, le 13 janvier 2023 à l'École des Hautes Études en Santé Publique, qu'il souhaitait renforcer « le vrai tandem administratif – médical » pour « renforcer la coopération concrète entre les sites scientifiques et les décideurs publics" (Hospimedia, 2023). Ce sujet a fait l'objet de plusieurs réformes, sans réelle résolution des dysfonctionnements observés ou imaginés. Nous faisons l'hypothèse que la cause du problème est ailleurs, au moins partiellement.

La bipolarisation des pouvoirs renforce les pouvoirs de deux catégories de personnel, et renforce la distance entre les décisions stratégiques et les autres catégories. Dans les unités de production de soins, les médecins dominent la hiérarchie interprofessionnelle. Lamothe (2005) constate que cet état de fait permet d'expliquer « la relative immunité du système de production » (p. 149). La bipolarisation conduit, le plus souvent, à une relation qui passe par la négociation plutôt que par la coopération, pour aboutir à des accords minimaux et une efficacité qui pourrait être améliorée.

Actuellement, dans beaucoup d'établissements sanitaires, **les décisions, y compris opérationnelles, sont prises à des niveaux hiérarchiques élevés par rapport aux actions à mettre en œuvre**. La délégation de responsabilité reste rare. Les contrats de pôles donnent à leurs responsables une autonomie, notamment financière, encore très restreinte. Compte tenu des nombreux dysfonctionnements que crée cet éloignement entre décisions et mise en œuvre, nous pensons que la délégation synchronisée est un outil de nature à améliorer notablement le fonctionnement hospitalier. La prise de décision au plus près des problèmes rencontrés est plus efficace car elle induit une coopération interprofessionnelle entre les personnes les plus compétentes, sur le processus dans lequel elles sont impliquées, dans un temps compatible avec l'action. De manière générale, insister sur le développement de la délégation synchronisée permettra de lever les freins à la transversalité de la réflexion. Zardet et *al.* (2011) soulignent que le manque de coopération interprofessionnelle apparaît sous la forme de dysfonctionnements dans les différents processus de communication-coordination-concertation. Ils notent de nombreux clivages entre les personnels soignants, les personnels administratifs et les personnels techniques à l'échelle de l'établissement, d'une part, et un clivage interprofessionnel entre les services de soins, où la prise en charge clinique des patients est opposée aux nécessités organisationnelles. Ils relèvent également des clivages à l'intérieur même des services entre le corps médical, le corps infirmier et les aides-soignants. Un changement dans la structure décisionnelle constituerait un changement dans les cultures professionnelles, ce qui nécessitera une réflexion sur le rôle à faire tenir aux formations initiales et continues.

Nous recommandons que l'amélioration des compétences de coopération soit un axe de la formation initiale de tous les professionnels, du soin notamment. Le développement de compétences en communication, en gestion de conflits et d'agressivité nous paraît incontournable. Le travail en équipe requiert également le développement de compétences individuelles. La prise de conscience de l'interdépendance des acteurs et des conséquences des décisions individuelles et collectives sur d'autres acteurs et d'autres prises en charge n'aura lieu qu'en formant les étudiants à la théorie et à la pratique de la communication, de la concertation et de la coopération dès la formation initiale. Ces compétences seront durables et seront développées grâce aux capacités des managers à mettre en place les conditions nécessaires à la coopération interprofessionnelle.

7.3.2 Former au management réel

Nos résultats ont permis d'identifier des manques de compétences dans le domaine managérial. Améliorer l'enseignement et le développement des compétences en management améliorera la qualité des décisions de gestion et, ainsi, la performance des organisations. Nos résultats montrent que la création de valeur issue des ressources d'un établissement requiert des compétences managériales variées, sur lesquelles la même vigilance s'impose, que pour les compétences métier.

Le premier axe important nous paraît être d'améliorer progressivement les connaissances des réalités quotidiennes des organisations pour toute la population. L'enseignement de l'économie est général et abstrait. Il gagnerait à être complété par les fondements des sciences de gestion et de droit du travail. En effet, la décision est une réalité pluri quotidienne, pour tout être humain au travail. L'adaptation des décisions des individus et des groupes à la stratégie de l'organisation nécessite la conscience de ce que sont les fondements de toute organisation productive, au sens large, c'est-à-dire d'une association sportive comme d'une entreprise multinationale.

Les managers des établissements sanitaires sont issus de filières de formation et de carrières différentes. Leurs compétences en management sont très hétérogènes. Nous avons vu l'importance du management du potentiel humain, facteur de performance à fort retour sur investissement, en particulier pour les établissements sanitaires. Il nous apparaît indispensable d'éradiquer la croyance selon laquelle le management relève du simple bon sens et ne s'apprend pas. Les concours de sélection et le bon sens doivent obligatoirement être complétés par des compétences professionnelles acquises. Les aspects techniques relevant de la gestion des ressources humaines, de la gestion économique et financière ou des aspects juridiques gagneraient à être complétés par une formation au management des collectifs de travail et à la prise en compte des données fonctionnelles. L'accompagnement de la mise en œuvre des décisions est rarement enseigné. Les enseignements portent le plus souvent sur la théorie. **Le développement de l'enseignement du management fondé sur la preuve** permettrait d'apporter du réalisme, du pragmatisme professionnel et une meilleure efficacité des managers en milieu professionnel. Par exemple, dans les hôpitaux publics, les personnels de la filière administrative sont des fonctionnaires. Ils travaillent « au service de l'État ». Les directeurs d'hôpitaux sont des haut-fonctionnaires (Lefébure, 2023), dont la formation de 24 mois est orientée vers le droit public, les politiques de santé publique et le management, sous l'angle essentiellement stratégique et tactique. Le management appliqué des collectifs de travail relève de la volonté individuelle des élèves-directeurs. Dans le cas des médecins, les pouvoirs publics ont fait un effort louable pour rendre obligatoire la formation des chefs de pôle sur la gestion économique, dans les hôpitaux publics. Cette formation doit comporter au minimum 60 heures sur la gestion budgétaire, le pilotage médico-économique et la performance hospitalière, les systèmes d'informations hospitalier, le management des ressources humaines, la qualité, la

sécurité la gestion des risques liés aux activités de soins, le management des équipes et la conduite du changement (Arrêté du 11 juin 2010). Ce volume paraît particulièrement faible pour développer les compétences et prendre la mesure du changement de rôle attendu entre les fonctions de praticiens hospitaliers ou chefs de service hospitalier et celles de chef de pôle, responsable de l'organisation et de la performance d'un ensemble de plusieurs services et de plusieurs dizaines ou centaines de personnes.

Dans les hôpitaux publics, il est attendu des chefs de pôle, comme des présidents de commission médicale d'établissement, un leadership permettant d'améliorer le fonctionnement de l'ensemble de l'organisation. Ses fonctions s'exercent avec des dispositifs de contrôle et d'évaluation particulièrement limités. En effet, l'exercice médical est régi par le code de déontologie, inscrit dans le code de la santé publique. Il stipule que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » (code de la santé publique, article R 4127 – 5). Cette indépendance est également affirmée dans le serment d'Hippocrate. Elle fait référence, selon notre lecture, aux soins prodigués aux patients mais elle est revendiquée et appliquée dans le comportement de nombreux médecins vis-à-vis des processus organisationnels, quel que soit le statut de l'établissement. Nombre de médecins considèrent qu'ils ne peuvent être managés que par des médecins, alors même que la plupart d'entre eux considèrent qu'ils ne sont pas fondés à manager leurs pairs, qui doivent rester souverains dans leurs diagnostics et les traitements qu'ils prescrivent, et libres dans leur choix d'exercice. L'autonomie des médecins reste une zone où l'évaluation et le contrôle réel sont rares. Il s'agit là souvent d'une difficulté dans la coopération interprofessionnelle et dans les processus de décision organisationnelles. Les initiatives de formation conjointe à la chefferie de pôle du médecin-chef de pôle et du cadre de santé de pôle ont montré des résultats prometteurs sur le travail en binôme, en apportant des bases communes aux deux acteurs. Ils se heurtent cependant régulièrement à des collaborateurs qui ne partagent pas ces bases et sont méfiants vis-à-vis des dispositifs de gestion.

Conclusion du Chapitre 7

Nos résultats de recherche nous conduisent à envisager l'amélioration des processus de décision dans les établissements sanitaires grâce à des modifications au sein des organisations, dans les rapports au sein des gouvernances et entre les gouvernances et les directions et, enfin, dans l'application des prérogatives des pouvoirs publics en charge de la santé.

Les établissements amélioreraient la valeur ajoutée tirée de leurs ressources en s'appuyant sur la mise en œuvre effective d'une stratégie, définie et planifiée avec les acteurs, afin qu'elle soit adaptée à l'environnement externe et aux capacités et ambitions des services internes. La prise en considération du potentiel des êtres humains qui constituent l'organisation fonde les perspectives de survie et de développement des établissements. Les personnels sont les producteurs des soins, au contact des patients, qui évaluent la prestation quand elle est délivrée.

Le management du potentiel humain, dans ses aspects individuels et collectifs, est un facteur essentiel de l'adaptation des prestations aux besoins des patients et, ainsi, de la performance de l'organisation hospitalière. Le pilotage et le contrôle sont des fonctions qui permettent l'évaluation régulière, l'adaptation des décisions et des actions et l'apprentissage des individus, des équipes et de l'établissement dans son ensemble. L'organisation de la communication, de la négociation, de la coordination et de la concertation est essentielle au fonctionnement collectif efficace.

Une attention portée sur le fonctionnement de la gouvernance peut prévenir des dysfonctionnements sur les processus de décision et s'avérer être un facteur d'amélioration de la performance de l'établissement. Des dispositifs de management particuliers aux situations de coopérations peuvent être mis en place pour tenir le cap stratégique de l'organisation et assurer un management efficient des fonctions de direction. La manière dont la direction de l'établissement interagit avec sa gouvernance peut également permettre d'améliorer l'efficacité de la gouvernance et la complémentarité, qui existe de fait, mais gagnerait à être réfléchie et investie.

La forte normalisation du système de santé permet aux pouvoirs publics de garder la maîtrise de nombreux leviers de changement. Ils ont ainsi à la fois la responsabilité et de nombreuses possibilités d'aider à améliorer le fonctionnement des établissements. La coopération interprofessionnelle est indispensable pour la prise en charge des patients ainsi que pour les fonctionnements intra et inter organisationnels. Elle nécessite un changement de culture pour nombre de professions dont l'autonomie, voire l'indépendance, sont garanties par la loi. Les formations au management réel, des êtres humains dans leurs fonctionnements individuels et collectifs, et des organisations en tant que systèmes, deviennent incontournables pour adapter le fonctionnement des établissements à l'évolution de la société.

Conclusion de la Partie 3

Cette troisième partie avait pour objectif d'approfondir l'analyse des processus de décision observés sur notre terrain.

Dans le chapitre 6, nous avons mis en exergue des défaillances de communication-coordination-concertation à l'ensemble des interfaces du processus de décision. L'interprétation des résultats et leur confrontation aux cadres théoriques nous ont permis d'identifier certaines des causes-racines du manque de performance des décisions dans le milieu hospitalier. La mise en œuvre d'un ascenseur stratégique permet d'améliorer substantiellement la qualité de la circulation des informations. Ce dispositif informel enrichit la base informationnelle à partir de laquelle sont gérées les ressources de l'organisation. Son couplage avec une analyse conséquentielle qualimétrique de la décision permet d'augmenter de manière importante la performance des processus de décision et, ainsi, la performance globale des établissements de santé.

Dans le chapitre 7, nous avons décrit la manière dont ces résultats peuvent être utiles et appliqués au sein de l'organisation hospitalière. Les implications managériales vis-à-vis de la gouvernance exposent des principes propres à la gestion d'une coopération. Elle s'intéresse également à la manière dont la gouvernance peut améliorer l'efficacité de la direction et, réciproquement, comment une direction peut manager sa gouvernance de manière à tirer le meilleur parti de leurs complémentarités. Il relève de la responsabilité des pouvoirs publics en charge de la santé de mettre en place, notamment lors des formations initiales, les fondements de la coopération interprofessionnelle indispensable et les conditions nécessaires à l'amélioration du management des tutelles et des établissements sanitaires à tous les niveaux de responsabilité.

Chapitre 8 - Conclusion générale

8.1 Synthèse de la recherche

8.1.1 Problématique, objet de recherche, hypothèses de recherche

Notre recherche a débuté avec le constat d'un manque de communication et de mise en œuvre de la stratégie dans les établissements hospitaliers. Parallèlement, la performance économique apparaît souvent en dessous des objectifs escomptés. Au niveau opérationnel, de nombreux dysfonctionnements retardent ou empêchent la mise en œuvre de nombreuses décisions. La circulation des informations est insuffisante à la fois en amont et en aval de la prise de décision. Elle est particulièrement déficiente entre les niveaux et entre les services. Il manque un ascenseur stratégique, dispositif informel de circulation physique des êtres humains, émetteurs, récepteurs et messagers d'informations pertinentes pour les interlocuteurs rencontrés.

Nous avons cherché à comprendre comment il est possible de mettre en place un ascenseur stratégique dans le but d'améliorer les dispositifs d'information et de communication-coordination-concertation utilisés dans les prises de décisions. Nous cherchons ainsi à améliorer la mise en œuvre des décisions, quel que soit le niveau hiérarchique où elles sont prises, de manière à améliorer la performance des processus de décision et ainsi la performance et la survie-développement des établissements de santé. Progressivement, nous avons défini notre objet de recherche pour nous intéresser à **l'intégration des informations dans les processus de décision**, et plus particulièrement la manière dont sont intégrées des informations considérées comme opérationnelles dans des décisions considérées comme stratégiques. Notre recherche a été guidée par l'hypothèse centrale selon laquelle :

Une amélioration de la performance socio-économique est obtenue par la mise en place d'un ascenseur stratégique, qui favorise l'intégration par les acteurs des informations tactiques et opérationnelles dans les décisions stratégiques, et réciproquement l'intégration des informations stratégiques dans les décisions tactiques et opérationnelles, ce qui améliore la mise en œuvre effective des décisions et l'évolution des pratiques.

L'évolution de la recherche de terrain nous a conduit à rédiger une hypothèse centrale minimale selon laquelle l'absence d'ascenseur stratégique conduit à de nombreux dysfonctionnements dans les prises de décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles et dans leur mise en œuvre, et que cette absence freine la transformation des pratiques, ce qui dégrade la performance socio-économique.

8.1.2 Positionnement épistémologique et méthodologique

Notre recherche avait pour but de comprendre comment fonctionnent et dysfonctionnent les processus de décision dans les établissements sanitaires. Notre volonté de partir de l'observation et de l'expérimentation sur le terrain pour construire des connaissances d'intention scientifique avec les acteurs, nous a conduit à adopter un positionnement constructiviste générique (Savall et Zardet, 1995, 2004 ; Cappelletti et Voyant, 2018). Notre démarche comporte un partage récurrent de notre représentation de la réalité observée avec les acteurs de terrain. La présentation des résultats intermédiaires et finaux, ainsi que les échanges réguliers avec les acteurs de terrain permettent d'assurer une validité interne des résultats de recherche. La comparaison de nos résultats avec ceux d'autres chercheurs, utilisant la même méthodologie dans d'autres organisations, permet d'obtenir progressivement des résultats génériques, qui assurent une validité externe aux résultats de la recherche.

Les premières observations de terrain et les premiers apports théoriques nous ont permis de décomposer notre hypothèse centrale maximale, en un ensemble de sous-hypothèses, appelé « corps d'hypothèses » (Savall et Zardet, 2004, p., 252) qui constitue un moteur de la démarche de recherche grâce à l'approfondissement par thématiques d'éléments de portée plus limitée que l'hypothèse centrale. Cette méthode, validée par de multiples recherches avant la nôtre permet d'obtenir des résultats « substantiels » selon ces auteurs. Nous avons ainsi constitué une arborescence par thèmes, déclinant l'hypothèse centrale en sous-hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives, que nous avons cherché à valider par des matériaux de terrain ou des matériaux bibliographiques. À l'issue de la recherche, l'évaluation du niveau de validation des sous-hypothèses constitue une part des résultats que nous présentons dans la suite de cette conclusion.

Nous avons adopté la méthodologie de la recherche-intervention qualimétrique, telle qu'elle a été créée, expérimentée et décrite par Savall et Zardet (1987/2020,1996). Le diagnostic socio-économique est une des méthodes fondamentales de cette méthodologie. Il repose sur la réalisation d'entretiens avec les acteurs de tous les niveaux hiérarchiques du périmètre étudié, sur la consultation de documents pertinents internes et externes et sur l'observation en situation du fonctionnement de l'organisation. Le diagnostic porte sur le repérage aussi exhaustif que possible des dysfonctionnements vécus ou observés par les acteurs. L'analyse des dysfonctionnements des infrastructures permet d'identifier les défauts d'adaptation entre les structures de l'organisation et les comportements des êtres humains au travail. Le diagnostic dysfonctionnel est à la fois une source de connaissance pour les intervenants-chercheurs et un moyen de prise de conscience pour les acteurs de la nécessité d'améliorations. Il débouche sur un projet en trois phases : une phase de réflexion en groupe de pilotage et groupes de travail, une phase de décision des actions à entreprendre par la direction puis une phase de mise en

œuvre déclinée à tous les niveaux de l'organisation. À distance, une évaluation est réalisée selon la méthode déjà suivie pour le diagnostic dysfonctionnel initial.

Notre immersion sur le terrain de recherche pendant plus de trois ans nous a donné l'occasion d'exercer des fonctions opérationnelles et d'accompagnement, qui ont été des points privilégiés d'observation, d'échanges puis, à certains moments, des lieux d'expérimentation de certaines de nos hypothèses prescriptives.

Nous avons choisi une méthode d'analyse de nos données en deux étapes. La première a consisté en la description de **six situations de gestion** variées, par leur périmètre et par leur thème central. Trois d'entre elles s'intéressent à l'établissement dans son ensemble. Les trois suivantes concernent des champs un peu plus restreints et permettent une analyse plus approfondie. Les six monographies qui résument ces situations de gestion décrivent des processus de décision et le contexte dans lequel elles apparaissent et se déploient. La deuxième étape a consisté en la sélection de **processus décisionnels** peu efficaces dans les six situations de gestion. L'analyse multiniveaux approfondie, prenant en compte les éléments du contexte, a permis d'identifier et de décrire les défaillances qui surviennent à chaque étape du processus de décision. Elle permet de définir une typologie des défaillances de communication-coordination-concertation à l'intérieur du processus de décision et d'identifier certains facteurs explicatifs de ces pannes d'ascenseur.

8.1.3 Les cadres théoriques et leur complémentarité

Nous avons choisi notre cadre théorique de manière à analyser des phénomènes de nature opérationnelle aussi bien que stratégique.

La théorie socio-économique permet d'étudier cette articulation entre opérationnel et stratégique grâce à l'étude de la relation entre structures et comportements, considérés comme étant en interactions permanentes. Le recensement exhaustif des dysfonctionnements permet de faire apparaître le manque d'harmonie entre structures et comportements. Le calcul des coûts et performances cachés permet d'identifier les conséquences du manque d'adaptation des structures aux comportements et inversement. La décision, qui est considérée comme un comportement dans la théorie socio-économique est ainsi étudiée en creux, c'est-à-dire en observant son manque d'efficacité, qui apparaît sous la forme de dysfonctionnements. Cette théorie est intégrative. Elle a notamment incorporé les travaux de Simon puis de ses successeurs en intégrant la théorie de la rationalité limitée du décisionnaire. Elle prend également en compte les aspects comportementaux et sociaux. Elle stipule que, du fait de la rationalité limitée du décisionnaire, la mise en œuvre des décisions, et notamment le passage à l'action, nécessitent des dispositifs formels et informels de communication-coordination-concertation, ainsi que des phases de négociation. Dans la théorie socio-économique, tout acteur est considéré comme un être "intelligent, stratège, comédien, désobéissant et amnésique" (Savall, 1979). La mise en

œuvre des décisions nécessite donc à la fois des incitations à agir selon les modalités négociées avec les acteurs et la circulation des informations nécessaires et pertinentes pour chaque acteur de la mise en œuvre.

La communication et les informations ont une place prépondérante dans la théorie socio-économique, qui établit que le manque de circulation des informations est un des problèmes les plus fréquents dans les organisations. Les recherches-interventions socio-économiques montrent le lien étroit entre les processus de décision et les systèmes de communication. Le système d'informations devrait être un dispositif essentiel pour faire circuler les informations pertinentes, permettant d'envisager différentes décisions possibles pour un même problème et permettant de déclencher les décisions d'agir. Or, ces mêmes recherches ont montré que les systèmes d'informations formels sont insuffisants pour atteindre ces objectifs. Ils doivent être complétés par des dispositifs formels reposants sur les êtres humains et des dispositifs informels, dont fait partie l'ascenseur stratégique.

La théorie socio-économique souligne l'importance de la prise en compte des ressources multidimensionnelles dans la décision de gestion (Savall et Zardet, 1999) pour en assurer un certain niveau de performance. L'insuffisance du nombre de variables prises en compte dans la décision dégrade sa performance et met en péril l'atteinte des objectifs initiaux. La connaissance des différentes variables pertinentes nécessite souvent un effort de recherche d'informations et des modalités de fonctionnement opérationnelles. C'est pourquoi la décentralisation des décisions permet une amélioration des processus de décision grâce au pilotage au plus près des actions. La synchronisation des décisions décentralisées est nécessaire pour coordonner les actions (Savall et Zardet, 1995). La décentralisation synchronisée favorise l'implication de l'ensemble des acteurs intervenant dans la chaîne informations-décision-action en les responsabilisant sur les décisions pour lesquelles ils ont des compétences et les leviers de déclenchement de l'action. La cohérence des décisions et des actions avec la stratégie de l'organisation requiert la cohésion de tous les acteurs et, en particulier, des membres du comité de direction. La théorie du socle stratégique (Savall et Zardet, 2014) modélise les besoins de l'organisation en termes de cohésion nécessaire à l'amélioration de la cohérence des décisions et des actions avec la stratégie. Elle souligne les effets bénéfiques de la cohésion face aux changements défavorables qui interviennent dans l'environnement externe de l'organisation.

L'apport premier est le rôle essentiel du potentiel humain dans la création de valeur ajoutée (Savall, 1974/1979). Indispensable à la production dans toute organisation, le potentiel humain est la ressource principale de l'organisation. Sa créativité fournit un potentiel illimité d'innovation. Les recherches-interventions socio-économiques montrent que l'investissement incorporel dans le développement qualitatif du potentiel humain est un investissement beaucoup plus rentable que tout autre.

L'approche par les ressources est un ensemble de théories complémentaires de la théorie socio-économique pour l'analyse de notre objet de recherche. Elle adopte un angle de vue

relevant du management stratégique en étudiant la manière dont les ressources possédées, utilisées et développées par l'organisation lui permettent d'obtenir un avantage sur ses concurrents. Le capital matériel, le capital humain, qui ne recouvre que partiellement le potentiel humain, et le capital organisationnel sont des ressources complexes et interdépendantes. Cette approche établit que les caractéristiques propres des ressources, même de grande valeur, rares et inimitables, sont insuffisantes pour dégager un avantage concurrentiel. Il est nécessaire que soient combinées ces ressources de manière à en tirer le meilleur parti. Même la combinaison de ressources ordinaires peut dégager un avantage concurrentiel, si cette combinaison est innovante et particulièrement adaptée au marché. Les compétences nécessaires pour repérer et déployer les ressources avec pertinence sont des ressources stratégiques, qui nécessitent un management stratégique particulier. Il est par conséquent très important que l'organisation apprenne comment combiner ses ressources et se constitue une mémoire organisationnelle. Sa capacité d'absorption des connaissances participe au management stratégique des ressources. Elle permet la réorganisation et le transfert des compétences pour s'adapter au changement d'environnement, ce qui constitue ses capacités dynamiques, selon Teece et al. (1997).

La définition des ressources négatives (Weppe et al., 2013) met en lumière les conséquences stratégiques d'une mauvaise sélection des ressources et/ou certaines conséquences des dysfonctionnements dans leur utilisation opérationnelle. Lorsque l'introduction harmonieuse des ressources dans le système de production (Penrose, 1959) est défailante, les ressources ne permettent pas de créer une valeur ajoutée.

La théorie socio-économique apporte les concepts nécessaires à la compréhension des phénomènes qui sous-tendent la création de valeur par les ressources possédées. Le management socio-économique fournit les outils nécessaires à l'analyse fine des liens entre structures et comportements, infrastructures et performance de l'organisation. Il fournit également des dispositifs permettant la conduite du changement nécessaire à la connaissance de la dynamique organisationnelle et à l'amélioration de la performance. Outre leur complémentarité, l'approche par les ressources et la théorie socio-économique ont en commun la constatation du rôle essentiel des ressources et en premier lieu celui du potentiel humain, ressource indispensable pour développer et combiner les autres ressources et obtenir ainsi un avantage concurrentiel et une performance socio-économique durable de l'organisation.

8.1.4 Les principaux résultats

Le niveau de validation des sous-hypothèses de recherche montre des résultats précis dans les différentes thématiques. Le tableau 45 présente le niveau de validation de chaque sous-hypothèse. Nous considérons qu'**une sous-hypothèse descriptive est validée** lorsque plusieurs données de terrain la confirment. Dans la plupart des cas, ces hypothèses ont été aussi validées par la littérature. Les **hypothèses explicatives sont considérées comme validées** lorsqu'elles sont confirmées par la littérature et que les données de terrain ne les infirment pas.

Lorsque la littérature et le terrain sont en désaccord, ou bien lorsque les données de terrain sont contradictoires, nous avons considéré ces hypothèses comme partiellement validées. Nous avons considéré comme non validées les hypothèses que nous n'avons pas pu tester sur le terrain ou pour lesquelles nous n'avons pas pu confirmer le résultat. Aucune de nos sous-hypothèses n'a été totalement invalidée à la fois par le terrain et la littérature.

Légende du tableau 48 à 51 :

- Sous-hypothèse validée
- ▲ Sous-hypothèse partiellement validée et/ou partiellement invalidée par les résultats de terrain
- Sous-hypothèse non expérimentée sur notre terrain

Tableau 45. Niveau de validation des sous-hypothèses pour le thème "Alliances et coopération"

Thème 1 : ALLIANCES et COOPÉTITION				
Hypothèses DESCRIPTIVES		Hypothèses EXPLICATIVES		Hypothèses PRESCRIPTIVES
HD1.1 Les décisions stratégiques dans le cadre d'une alliance, en particulier dans celui d'un cadre coopératif, sont prises en accord avec les repreneurs.	■	HE1.1.1 Les décisions stratégiques d'une entreprise commune sont prises de manière à permettre une synergie entre les différents partenaires impliqués.	▲	
		HE1.1.2 Le fonctionnement visé de l'entreprise commune apporte un avantage concurrentiel aux trois partenaires en leur permettant d'augmenter leur activité et leur valeur ajoutée.	▲	
HD1.2 La coopération fait l'objet d'un processus d'apprentissage pour organiser les zones de collaborations, lesquels génèrent des coûts et des essais et erreurs.	■	HE1.2.1 Le besoin de coordination entre partenaires et entre leurs services dépend de l'organisation du partenariat (gouvernance et services fonctionnels et opérationnels).	■	HP1.2.1 La mise en place de dispositifs de coordination formalisés entre les partenaires réduit les coûts cachés en accélérant l'apprentissage des partenaires. ▲
HD1.3 Les moyens consentis par les services support directement impliqués dans l'alliance sont inconstamment adaptés aux besoins des deux établissements.	■	HE1.3.1 La collaboration active des services supports externes génère des difficultés pour le personnel des deux repreneurs.	■	HP1.3 Lorsque la communication sur les décisions stratégiques prises irrigue l'ensemble des collaborateurs des trois entités et est suffisamment transparente, elle réduit les conflits de loyauté. ■
		HE1.3.2 Lorsque la mise en œuvre de la décision stratégique implique des personnels des repreneurs, leur acceptation et leur implication dépendent de leur confiance dans le fait que cette décision ne nuit pas aux intérêts de leur propre organisation (repreneurs).	▲	
HD1.4 La communication opérationnelle entre les acteurs des entreprises impliquées est incomplète et empreinte de rétention d'informations, source de coûts cachés.	■	HE1.4.1 La crainte de la concurrence dans la coopération limite la créativité des coopérateurs dans la structuration de l'organisation.	■	HP1.4.1. La négociation de règles de fonctionnement claires entre les partenaires facilite les relations opérationnelles en sécurisant les informations sensibles ou non. —
HD1.5. Seule l'atteinte de l'objectif qui a motivé l'alliance donne lieu à un pilotage quantitatif car il correspond aux préoccupations immédiates des établissements repreneurs.	■	HE1.5.1 Les indicateurs de pilotage sont gérés par l'entreprise commune.	▲	HP1.5 La définition et le partage d'indicateurs de performance globale sur l'entreprise reprise entre les trois partenaires améliorent la performance et la qualité de la communication entre eux. —

Nos résultats montrent que le contexte particulier d'une coopération augmente les défaillances de communication et les dysfonctionnements, en particulier dans les relations inter organisationnelles. Il requiert par conséquent une attention particulière sur la coordination des entreprises de l'alliance et le partage des décisions stratégiques. Notre recherche transformative n'a pas permis d'expérimenter les dispositifs de partage d'indicateurs, de coordination et la négociation de règles de fonctionnement.

Tableau 46. Niveau de validation des sous-hypothèses concernant la formation des décisions stratégiques et le choix stratégique

Thème 2 : FORMATION DES DECISIONS STRATEGIQUES (2)				
HD2.1 La conception que les acteurs ont spontanément de la stratégie est différente de l'un à l'autre. Leurs conceptions ne se recouvrent pas totalement ce qui engendre un décalage entre l'activité réelle et celle qui est visée par les décisions stratégiques.	■	HE2.1.1 La conception que les acteurs ont spontanément de la stratégie est différente du concept académique.	—	
HD2.2 La formation de la décision stratégique naît de la perception de la nécessité de faire évoluer l'entreprise, rarement observée dans les organisations hospitalières.	■	HE2.2.1 Les organisations hospitalières se sentent faiblement menacées dans leur existence.	■	
HD2.3 Les informations nécessaires à la formation de la décision stratégique sont partiellement connues de tous les acteurs concernés par sa mise en œuvre.	■	HE2.3.1 Les salariés possèdent des éléments d'information pertinents sur l'environnement externe et sur le fonctionnement interne qui ne sont pas connues de la direction.	▲	HP2.3.1 Lorsque les décisions prennent en compte toutes les données disponibles par des moyens raisonnables, elles sont adaptées à la réalité et aux objectifs qui les motivent.
		HE2.3.2 Le temps restreint consenti pour la prise de décision diminue la quantité et la qualité des informations recueillies pour sa formation.	■	
		HE2.3.3 La décision stratégique prend appui sur des informations existantes, disponibles immédiatement, et sur des informations qui réclament un effort de mobilisation ou de construction.	▲	HP2.3.3 La coordination organisée des informations montantes et descendantes et le management global sont des facteurs clés de la réussite de la restructuration d'un établissement de santé déficitaire.
HD2.4 La formation de la décision stratégique est d'autant moins bien informée qu'elle se fait dans un temps restreint.	■	HE2.4.1 Les décisionnaires n'ont pas conscience que l'information sur laquelle ils se fondent est incomplète.	■	HP2.4.1 Lorsque la formation des dirigeants est adaptée aux enjeux auxquels ils ont à faire face, la stratégie est adaptée à la situation réelle.
		HE2.4.2 Les motifs qui sont à l'origine de la formation de la décision stratégique dictent la chronologie de la prise de décision et de sa mise en œuvre.	▲	
		HE2.4.3 La formation de la décision stratégique repose sur ce que l'équipe dirigeante perçoit comme allant de soi ou comme du bon sens compte tenu de ses connaissances.	■	
HD2.5 La formation de la décision stratégique s'appuie sur des informations partielles à la fois internes et externes.	■	HE2.5.2 L'information de la décision stratégique s'appuie sur un processus peu formalisé, qui part d'une intuition ou d'une injonction, et qui dépend beaucoup des compétences des dirigeants.	■	
HD2.6 Des décisions sont prises sur la base d'informations incomplètes en provenance du terrain, informations qui existent mais ne sont pas recueillies ou ne parviennent pas jusqu'aux décisionnaires.	■	HE2.6.1 Les décisions sont prises avec une recherche restreinte des informations en provenance des niveaux hiérarchiques inférieurs.	▲	
		HE2.6.2 Les décisionnaires n'ont pas confiance dans la fiabilité des informations communiquées par des subordonnés car ils les considèrent comme une opinion (subjective).	■	HP2.6.2 L'optimisation du processus de décision et de mise en œuvre de celle-ci nécessite des flux d'informations multidirectionnels au sein de l'entreprise, organisés par des dispositifs de communication entretenus.
		HE2.6.3 La qualité de la décision stratégique dépend du temps passé à la collecte et à l'intégration des informations.	■	HP2.6.3 Lorsque le processus de formation de la décision implique plusieurs personnes de compétences complémentaires, la décision est de meilleure qualité, dans un temps chronologique équivalent.
HD2.7 Les décisions stratégiques ont des conséquences opérationnelles non souhaitées et adverses.	■	HE2.7.1 La définition et les déclinaisons tactiques et opérationnelles de la stratégie sont décidées par la direction en mode essentiellement descendant.	■	HP2.7 La décision stratégique fondée sur la connaissance fine des ressources internes de l'entreprise permet d'anticiper et de réduire partiellement les difficultés de mise en œuvre.
HD2.8 Les tutelles jouent un rôle important dans la formation des décisions stratégiques de tout établissement sanitaire. Les repreneurs sont également parties prenantes dans ces décisions.	■	HE2.8.1 Les tutelles limitent l'autonomie stratégique des établissements sanitaires par le biais des régimes d'autorisation d'exercice et de la fixation des tarifs des remboursements de l'Assurance Maladie.	■	HP2.8.1 Lorsque la formation des décisions stratégiques s'appuie sur la connaissance du cadre réglementaire et sur l'avis des tutelles, leur mise en œuvre intervient plus rapidement et plus efficacement.
Thème 3 : CHOIX STRATÉGIQUE				
HD3.1 Les choix stratégiques d'un établissement sanitaire sont fortement contraints par sa situation économique. Ses marges de manœuvre sont perçues comme très restreintes.	■	HE3.1.1 La situation économique contraint drastiquement la créativité des dirigeants dès la formation de la décision stratégique.	■	HP3.1 Lorsque les choix stratégiques liés à la restructuration sont opérés par une équipe dirigeante consciente de l'environnement réel et des conséquences à court et moyens termes des décisions prises ou non prises, le redressement est opéré plus rapidement, plus efficacement et de manière plus efficiente.
HD3.2 Les difficultés pour modifier les structures internes et la perception des risques liés à ce changement conduisent à l'inertie.	■	HE3.2.1 Les choix de restructuration (au sens de changement opéré dans les structures de l'entreprise) sont fortement influencés par la peur de mouvements sociaux ou d'actions en justice individuelles des salariés.	■	
HD3.3 Parmi les choix stratégiques disponibles, le facteur "coûts" visibles est dominant.	■	HE3.1.1 Les dispositifs de contrôle de gestion et de calculs de coûts cachés sont très inégalement mis en œuvre dans les établissements de santé.	■	
HD3.4.1 La limitation de variété des profils de patients est guidée par une logique de diminution des coûts annexes non pris en charge ni par la caisse primaire d'assurance maladie ni par les patients.	■			

Les sous-hypothèses d'étude de la formation des décisions stratégiques sont évaluées dans le tableau 46. Elles permettent de vérifier que la direction n'a que partiellement conscience que les salariés peuvent posséder des informations sur l'environnement externe qui lui sont inconnues. Parfois, la direction recherche des informations sur les demandes quotidiennes faites par les patients au personnel. Elle peut les utiliser pour améliorer l'expérience patients, lorsque de telles décisions peuvent permettre d'améliorer la satisfaction des patients et les recettes de l'établissement. Nous avons constaté, en revanche, que les efforts consentis pour rechercher des informations précises pour prendre des décisions y compris stratégiques sont faibles et rares.

Nos intuitions concernant la priorité donnée à la situation économique pour les choix stratégiques sont complètement confirmées. Les choix sont également dictés, dans une certaine mesure, par la peur des mouvements sociaux. Notre analyse des pratiques de mise en œuvre montre que le personnel de base et l'encadrement peuvent s'avérer plus mobilisés que la direction pour mettre en œuvre des changements qu'ils ressentent comme nécessaires. La sensibilisation du personnel d'un établissement en situation économique difficile peut améliorer à la fois les coûts visibles et cachés des changements mis en œuvre et la rapidité du changement. De même, dans des situations particulières comme celle de la certification, les groupes de travail pluriprofessionnels regroupant les personnels de base et la direction, améliorent l'intégration des contraintes opérationnelles dans la prise de décision stratégique et la compréhension d'une part de la stratégie par les personnels.

Dans le tableau 47, l'état de validation des sous-hypothèses montre que la mise en œuvre des décisions stratégiques peut être partiellement déléguée à des personnels qui n'appartiennent pas à la direction, dans le cas par exemple de compétences techniques exclusives, telles que celles détenues par les personnels médicaux, médecins et pharmaciens. Les positions et postures adoptées par les médecins et le médecin coordinateur sont variables d'un individu à l'autre. Individuellement, certains médecins et certains directeurs peuvent avoir des visions convergentes sur la restructuration à mener. La perception du besoin de changement de pratiques et d'organisation pousse certains médecins à rechercher des compromis mais la dynamique du groupe médical tend vers le *statu quo* à court ou moyen terme. L'expérimentation de la négociation d'objectifs communs n'a pu être menée à son terme, du fait du fort *turn over* médical sur notre terrain de recherche.

Tableau 47. Niveau de validation des sous-hypothèses du thème "Conduite du changement stratégique, tactique et opérationnel"

Thème 4 : CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
Sous-thème : COMMUNICATION DES BUTS				
HD4.1 La stratégie réelle des dirigeants d'un établissement sanitaire n'est pas connue des acteurs de terrain, ce qui conduit à des décisions opérationnelles qui ne sont pas synergiques avec les décisions stratégiques.	■	HE4.1.1 La stratégie proactive est écrite dans le projet médico-stratégique alors que les objectifs énoncés régulièrement oralement sont réactifs.	■	
		HE4.1.2 Le contenu du projet médico-stratégique est écrit à destination des parties prenantes externes et ne sert pas de feuille de route interne. Il vise à rassurer des parties prenantes davantage qu'à être implanté.	■	
		HE4.1.3 La direction conserve le secret sur sa stratégie externe par peur d'actions offensives des établissements concurrents sur le territoire local.	■	
		HE4.1.5 Ne pas formaliser précisément la stratégie permet de la modifier plus aisément en fonction de l'évolution de l'environnement interne et externe.	■	
		HE4.1.6 Le système de tarification est tellement complexe et instable que la stratégie des établissements de santé est une navigation à vue, un "chemin faisant" interne.	■	
Sous-thème : PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE				
HD4.2 Le personnel de base et parfois l'encadrement s'avèrent peu mobilisés pour mettre en oeuvre les changements.	▲	HE4.2.1 La connaissance et la compréhension des buts poursuivis par l'hôpital sont nécessaires à la mise en œuvre des changements découlant de la stratégie.	■	HP4.2.1 La mise en œuvre stratégique nécessite l'explicitation d'un plan d'actions stratégiques internes et externes et sa communication adaptée, à chaque étape, à chaque niveau et à chaque échéance. —
		HE4.2.2 Certaines décisions stratégiques sont incomprises par les acteurs de terrain par manque de cohérence de la déclinaison opérationnelle avec les objectifs annoncés.	■	
		HE4.3.2 La déclinaison opérationnelle de la décision stratégique n'est ni communiquée ni anticipée lors de la décision, par peur des résistances au changement ou de conflits sociaux, ou tout simplement pas prise en compte.	■	
HD4.4 Les pratiques stratégiques réelles sont jugées peu efficaces par les parties prenantes.	■	HE4.4.1 Les employés perçoivent des menaces de l'environnement auxquelles la direction n'apporte pas de réponse.	■	HP4.4.1 Même restreinte à une seule filière (département), la communication sur la stratégie n'est efficace que si elle est exprimée et portée durablement par la direction générale. ■
HD4.5 Les nombreux changements initiés ne sont pas rigoureusement déployés.	■	HE4.5.1 L'absence d'accompagnement opérationnel des changements génère des résistances majeures à leur mise en œuvre.	■	
		HE4.5.2 La déclinaison opérationnelle de la décision stratégique n'est ni communiquée ni anticipée lors de la décision, par peur des résistances au changement ou de conflits sociaux.	■	
		HE4.5.3 Les décisions stratégiques prises par réaction à l'environnement externe, sans considération fine des ressources internes nécessaires et présentes, rencontrent des difficultés de mise en œuvre non anticipées, qui les rendent peu ou pas opérantes.	■	HP4.5.3 Lorsque l'analyse des ressources et des modalités internes présentes et/ou nécessaires est fine et adaptée aux décisions stratégiques, leur niveau de mise en œuvre est plus proche de l'objectif défini. ■
HD4.6 Le niveau des coûts cachés créés lors de la mise en œuvre des changements est important.	▲	HE4.6.1 La pression budgétaire crée des comportements contre-productifs en ce qu'ils font naître des coûts cachés importants comparés aux bénéfices attendus par la décision qui les crée.	■	
		HE4.6.2 Les coûts cachés liés aux décisions sont augmentés par le manque de rigueur et de suivi de leur mise en œuvre.	▲	
HD4.7 Les décisions stratégiques excluent les transformations de structures internes, ce qui nuit à leur efficacité et donc à la performance.	■	HE4.7.1 Les dirigeants espèrent que les décisions stratégiques suffiront à générer les modifications de structures nécessaires à leur mise en œuvre, par « ruissellement naturel » des impératifs de cette mise en œuvre.	■	HP4.7.1 Les décisions stratégiques qui prennent en compte les modifications de structure de l'organisation nécessaires pour leur mise en œuvre sont plus efficaces parce que menées plus rapidement et plus facilement à leur terme. —
HD4.8 La courbe d'apprentissage et les temps d'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre des changements ne sont pas pris compte au moment de la décision stratégique.	■	HE4.8.1 Les besoins d'évolution dans les compétences rendus nécessaires par les décisions stratégiques sont mal connus et non évalués au moment de la décision.	■	HP4.8.1 Le temps est un élément majeur à prendre en compte dans la mise en œuvre des décisions. ■
HD4.9 Les contraintes matérielles et les processus à adapter pour mettre en œuvre les décisions stratégiques ne sont pas pris en considération dans ces décisions.	▲	HE4.9.1 Les informations sur les conséquences concrètes dans les tâches quotidiennes ne sont pas recherchées avant les prises de décisions stratégiques.	■	HP4.9.1 La mise en œuvre des décisions stratégiques nécessite une ingénierie. ■

Tableau 47. Niveau de validation des sous-hypothèses du thème "Conduite du changement stratégique tactique et opérationnel (suite)

Sous-thème : ACTEURS EN CHARGE DE LA MISE EN OEUVRE				
HD4.10 L'adhésion des médecins est recherchée prioritairement par rapport à celle des autres catégories d'acteurs de terrain.	■	HE4.10.1 Les oppositions aux changements mises en place par les médecins ont des conséquences visibles plus importantes pour la performance des établissements sanitaires.	■	
HD4.11 La décision et la mise en œuvre sont confiées à des acteurs différents, sans dispositif de pilotage coordonné de la décision et de sa mise en œuvre.	■	HE4.11.1 La mise en œuvre est confiée à des responsables de niveaux de responsabilités inadéquats aux décisions à faire appliquer.	▲	HP4.11.1 Lorsque la mise en œuvre stratégique est pilotée au même niveau que le niveau de décision, l'application et l'évaluation sont effectives et conformes.
HD4.12 Les décisions de changement d'organisation et de pratiques prises par les médecins en position de responsabilité opérationnelle et hiérarchique, sont peu appliquées par les autres médecins.	▲	HE4.12.1 Les comportements et les décisions des médecins chargés de responsabilités opérationnelles en faveur de l'organisation collective sont perçus comme menaçant les objectifs inavoués d'autres médecins.	■	
HD4.13 Les médecins en position de responsabilité opérationnelle ou hiérarchique sont perçus par les autres comme proches de la direction et suspectés de ne pas être solidaires, c'est-à-dire de ne pas servir les intérêts des médecins.	■	HE4.13.1 Les médecins ont des objectifs divergents entre eux. La divergence est passée sous silence est travestie en défense d'intérêts supérieurs (de corps, de patients...).	■	
HD4.14 La stratégie des établissements sanitaires est polarisée autour de deux pôles : les médecins d'une part et les directeurs d'autre part. Chaque partie exprime seulement une part de ses objectifs. Certains restent tuts, ce qui concourt à des pratiques allant à l'encontre des intérêts de l'autre partie.	■	HE4.14.1 Les médecins et la Direction ont des objectifs non exprimés non convergents.	■	
HD4.15 Les positions, postures et jeux de pouvoirs entre directeur des affaires médicales, directeurs de département (pôles) et président de commission médicale d'établissement s'ajustent pour tendre vers le <i>statu quo</i> , ce qui permet à chacun de garder sa marge de manœuvre.	▲	HE4.15.1 Le pouvoir hiérarchique d'un chef de service ou d'un médecin coordonnateur est refusé et contrecarré parce qu'il prive les autres médecins du contrôle d'une partie de leur marge de manœuvre.	—	HP4.15.1 La négociation d'objectifs communs est de nature à améliorer l'implication des médecins dans la performance.
HD4.22 Certains comportements et décisions, y compris médicales, de certains médecins vont à l'encontre des intérêts de l'établissement sans être pour autant en faveur des patients.	■	HE4.22.1 La vision des médecins de la restructuration est éloignée de celle de la direction.	▲	
Sous-thème : MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES				
HD4.17 Plus l'encadrement est éloigné des acteurs de terrain, plus il méconnaît les individus, les tâches confiées et la manière dont elles sont réellement exécutées.	■			
HD4.18 Le manque de présence managériale auprès d'une équipe de travail fait émerger des leaders spontanés, qui tendent à s'opposer au management de l'organisation hospitalière.	■			
HD4.19 Les compétences techniques priment toutes les autres pour la nomination des personnels médicaux et paramédicaux à des postes d'encadrement.	▲			
HD4.20 Certains responsables, y compris de niveaux hiérarchiques élevés, et de nombreux médecins considèrent que le management relève du bon sens et ne s'apprend pas.	■			HP4.20 Le management des ressources humaines est une activité à part entière qui nécessite des compétences spécifiques.
HD4.21 La gestion des ressources humaines à l'hôpital repose sur de nombreux paramètres quantitatifs (ETP, masse salariale...)	■	HE4.21.1 Le potentiel de développement des individus est négligé.	■	
		HE4.21.2 Les établissements sanitaires sont des bureaucraties qui refusent l'adhocratie.	—	
HD4.23 Les ressources humaines internes sont considérées comme des obstacles plutôt que comme des sources de performance.	▲	HE4.23.1 L'investissement nécessaire dans le management des ressources humaines est sous-estimé.	■	HP4.23.1 Le management du potentiel humain est une source de création de performance durable.
HD4.24 La charge de travail est un enjeu non exprimé dans les négociations avec les personnels de terrain.	▲	HE4.24.1 La charge de travail réelle n'est pas mesurée.	■	
HD4.25 La mobilisation des ressources humaines est faite sans lien avec les objectifs stratégiques.	■			
HD4.26 Les directeurs ne gèrent pas les conflits tant qu'ils ne génèrent pas une violence visible par eux.	■	HE.4.26.1 La structure démographique des établissements sanitaires a des caractéristiques communes avec une adhocratie mais la structure organisationnelle n'est pas cohérente avec la structure démographique.	■	
HD4.27 Le refus d'un directeur général de gérer les conflits, y compris au sein du comité de direction, entretient des comportements défavorables à la performance globale de l'établissement sanitaire.	■	HE4.27.1 La gestion défensive des êtres humains au travail génère le statu quo par l'intensification de leur ancrage dans la zone de confort de chaque individu et des collectifs de travail.	■	HP4.27.1 La qualité de la communication-coordination-concertation au sein d'une équipe de direction affecte la performance globale d'un établissement sanitaire.
HD4.28 La fonctionnement en silo des membres d'une équipe de direction nécessite, par essence, la coordination de la direction générale sur les problèmes et projets transversaux ou globaux.	■			HP4.28.1 La discipline managériale est un facteur de succès ou d'échec très largement sous-estimé et donc peu investi par les dirigeants lors d'un redressement.

Les sous-hypothèses qui ont trait au management des ressources humaines (tableau 47) nous ont conduit à nuancer et envisager d'autres sous-hypothèses explicatives pour compléter notre étude. En effet nous avons observé que les compétences techniques ne sont pas prioritaires pour la nomination des personnels médicaux et paramédicaux à des postes d'encadrement lorsque les ressources humaines manquent. Cette hypothèse n'est validée que dans certains contextes. D'autre part, la charge de travail est un thème de dysfonctionnements exprimé par les personnels de terrain, médicaux et paramédicaux, dans les échanges et les négociations avec l'encadrement et la direction. Les réponses et les solutions se heurtent à l'absence de quantification de la charge de travail réelle et à la tendance de l'encadrement à la sous-évaluer. Nous n'avons pas exploré le thème de l'adhocratie. Enfin, nous n'avons pas pu démontrer la validité de nos sous-hypothèses prescriptives dans ce domaine.

Les sous-hypothèses concernant le thème de l'élargissement de la vision de la performance à la performance socio-économique et des coûts visibles aux coûts et performances cachés sont très majoritairement validées. Elles sont présentées dans le tableau 48. Nous avons constaté que le contrôle de gestion hospitalier est parfois inexistant, malgré la pression exercée par le financement à l'activité. Nous avons constaté en revanche que certains soignants considèrent que la performance économique de l'établissement peut être compatible avec la qualité des soins, et indispensable à la survie de l'établissement. De même, nous avons observé que certains managers prennent en compte les indicateurs économiques de l'établissement dans leur pilotage opérationnel. Ce n'est en revanche pas un cas général.

De manière plus globale, les résultats de la recherche montrent que l'intégration des informations dans les processus de décision est régulièrement défailante. La communication peut être insuffisante à toutes les étapes du processus de décision, c'est-à-dire en amont, entre la prise de décision initiale et la mise en œuvre finale et sur les phases d'évaluation, à la fois en cours de mise en œuvre et *ex post*. L'insuffisance de circulation s'observe à la fois verticalement, entre les niveaux hiérarchiques, et horizontalement, entre personnes, entre services et entre les acteurs qui interviennent dans la chaîne de décisions et d'actions.

Les informations qui circulent effectivement sont régulièrement inadaptées aux besoins des récepteurs. Elles sont incomplètes en ce qui concerne les contraintes opérationnelles de la mise en œuvre et peu priorisées, au regard des besoins des récepteurs. Elles sont également incomplètes car elles ne prennent pas en compte les effets non recherchés ou indirects des actions mises en œuvre. Il apparaît souvent des incohérences entre les informations disponibles et les informations recherchées d'une part, et entre les informations possédées et les informations réellement utilisées dans les décisions d'autre part.

Tableau 48. Niveau de validation des sous-hypothèses du thème "Élargissement à la performance socio-économique"

Thème 5 : ÉLARGISSEMENT à la PERFORMANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE / COÛTS PERFORMANCES VISIBLES et CACHÉS				
HD5.1 Les indicateurs opérationnels de production prévisionnels et réels des établissements sanitaires n'existent pas ou sont inutilisés pour organiser les activités.	■	HE5.1.1 L'informatisation du système d'information à l'hôpital se fait en réponse aux injonctions de remontée d'informations aux tutelles, sans analyse précise des besoins internes pour le pilotage.	■	
		HE5.1.2 Le contrôle de gestion hospitalier est structuré selon la T2A (tarification à l'activité) et non, en fonction des besoins du management et du pilotage économique propres à chaque établissement.	▲	
HD5.2 La performance globale des établissements sanitaires n'est pas connue (identifiée, repérée, mesurée ?).	■	HE5.2.1 Seule la performance économique court terme est prise en considération.	■	
HD5.3 Le pilotage des établissements de santé est fondé sur les taux d'occupations des lits et les recettes.	■	HE5.3.1 La conception et le suivi d'un contrôle de gestion nécessitent des moyens humains et une organisation spécifique du système d'informations.	■	HP5.3.1 La conception et le suivi d'indicateurs de pilotage des coûts et des recettes permet d'améliorer la qualité du pilotage. ■
		HE5.3.2 Les dispositifs de contrôle de gestion et calculs de coûts et performances cachés sont très inégalement mis en œuvre dans les établissements de santé.	■	
HD5.4 L'absence de pilotage des coûts menace la performance globale de l'établissement sanitaire.	■			
HD5.5 Les coûts visibles sont connus et analysés <i>a posteriori</i> , sans décisions d'actions.	■			
HD5.6 Le niveau des coûts cachés est élevé dans les établissements sanitaires.	■	HE5.6.1 Les coûts et performances cachés ne sont pas connus, pas recherchés et pas pris en compte dans les décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles.	■	
		HE5.6.2 Le contrôle de gestion est peu développé dans les établissements sanitaires sans but lucratif, au-delà du contrôle budgétaire.	■	HP5.6.2 Grâce au contrôle de gestion et au suivi des coûts et performances cachés, le pilotage de l'organisation est adapté aux besoins d'améliorations réels. —
HD5.7 De nombreux dysfonctionnements affectent la performance sociale des établissements sanitaires.	■	HE5.7.1 La performance sociale n'est pas mesurée.	■	
HD5.8 La performance sociale n'est pas prise en considération dans les décisions stratégiques et tactiques.	■	HE5.8.1 La performance sociale est perçue comme allant à l'encontre de la performance économique.	■	HP5.8.1 Le pilotage de la performance sociale, concomitamment à la performance économique, améliore la performance globale de l'entreprise. —
HD5.9 L'absence de prise en considération des variables de performances sociales dégrade la performance économique des établissements sanitaires.	■			
HD5.10 Le concept de "performance" est connoté très différemment selon les fonctions exercées dans un établissement sanitaire.	■	HE5.10.1 La définition de la performance n'est pas coconstruite ni clairement définie et partagée.	■	
HD5.11 Les soignants considèrent la performance économique comme incompatible avec la qualité des soins.	▲			
HD5.12 L'absence de pilotage des coûts menace la performance globale de l'établissement sanitaire.	■			
HD5.13 Le pilotage opérationnel est détaché des indicateurs de performance et des indicateurs économiques de l'établissement sanitaire plus généralement.	▲	HE5.13.1 Les indicateurs économiques ne sont pas mis à disposition des acteurs de terrain, ni adaptés à leurs besoins de pilotage opérationnel.	■	
HD5.14 La direction et la managers opérationnels utilisent des indicateurs de pilotage différents, qui ne sont pas interconnectés et ne sont pas communiqués aux autres strates hiérarchiques.	■			

La plupart des décisions observées reposent sur un nombre restreint d'indicateurs. Le système d'informations hospitalier est inadapté à la circulation d'informations entre la prise de décision et la mise en œuvre. Il est essentiellement construit pour l'enregistrement de données *a posteriori*. Il n'est cependant pas compatible avec une mémorisation des combinaisons de ressources, en vue d'un apprentissage organisationnel.

Les décisions observées sont souvent centralisées. La direction prend rarement en compte les contraintes opérationnelles et mobilise peu les compétences des personnels de terrain. Les décisions stratégiques intègrent peu de données opérationnelles et les décisions opérationnelles méconnaissent régulièrement leurs impacts stratégiques possibles.

8.1.5 Discussion des résultats

Nous synthétisons ici la discussion des résultats, c'est-à-dire la confrontation des résultats de terrain avec les cadres théoriques, que nous avons développée dans le chapitre 6. L'analyse des processus de décision observés sur le terrain selon les étapes décrites par les auteurs de la théorie de la décision et la rationalité limitée, montre des déficiences dans l'articulation des décisions stratégiques et des actions opérationnelles au niveau macroscopique de l'organisation hospitalière. Au niveau méso, des déficits très fréquents de communication sont observés entre les niveaux horizontaux, entre les différents services d'un même niveau de l'organisation et entre les acteurs d'un même service. Nous faisons le constat que le processus de décision présente régulièrement des défaillances à toutes les interfaces du processus. Ce sont des pannes de l'ascenseur stratégique. La nature systémique de l'organisation n'est pas prise en compte dans les décisions, y compris stratégiques. Les adaptations et les moyens nécessaires pour la mise en œuvre des décisions stratégiques ne sont pas anticipés. Les effets néfastes directs ou induits ne sont pas recherchés et ne sont pas anticipés.

Certaines ressources, en particulier le potentiel humain, ne sont pas gérées. Les ressources ne sont pas considérées comme telles. La possibilité d'activer les ressources, en les développant et en les combinant pour augmenter leurs valeurs ajoutées n'est envisagée que rarement et pour les seules ressources matérielles et financières. Or, le service rendu par les ressources est subordonné à l'efficacité de la chaîne de décisions et d'actions mise en place tout au long du processus de décision. Celui-ci est donc bien une ressource stratégique pour l'organisation. Le potentiel humain n'est pas considéré comme une ressource réelle, à l'exception de certaines compétences médicales spécialisées. Au contraire, les compétences des personnels sont considérées comme acquises et constantes. Les acteurs ne sont pas considérés comme possédant un potentiel mais souvent comme des obstacles probables au changement et à la performance de l'organisation. L'investissement dans le développement qualitatif du potentiel humain est en effet particulièrement sous-employé. La perception d'une menace potentielle de la perte du personnel de base aggrave le déficit de communication-coordination-concertation, ce qui augmente les dysfonctionnements et les coûts cachés pour les compenser. *In fine*, le manque de management du potentiel humain peut transformer cette ressource à fort retour sur investissement possible en ressource négative.

Nous identifions six causes – racines probables pour expliquer le manque de performance du processus de décision dans un établissement de santé. Tout d'abord, la conception classique du management est toujours prégnante. L'hyperspécialisation est considérée comme l'assurance d'optimisation de la performance sur une tâche donnée. La dépersonnalisation de l'organigramme est également considérée comme une source de stabilité dans le niveau de performance. La persistance du virus du Taylorisme-Fayolisme-Weberisme est probablement confortée par la très faible culture de l'évaluation des décisions dans les établissements hospitaliers. On observe en effet une très faible utilisation du contrôle de gestion à des fins de pilotage et, de manière plus

générale, une sous-estimation de l'impact du pilotage sur la performance. La performance économique paraît difficile à concilier avec les logiques professionnelles de la grande majorité des acteurs des établissements de santé. Dans les faits, il apparaît que les établissements privés à but lucratif font ouvertement le choix de la performance économique quand les établissements de santé à but non lucratif affichent des choix moraux différents. Pour nombre d'entre eux, la performance économique reste un non-dit, qui contraint néanmoins nombre de décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles. Enfin, les compétences managériales ne sont pas considérées comme des compétences critiques. Nous constatons que la faible considération du potentiel humain s'accompagne d'un manque de compétences managériales, à la plupart des niveaux de décision. Le socle stratégique n'est pas identifié comme facteur d'amélioration majeure de la performance. Les divergences de vues coexistent et se traduisent par des actions divergentes, parfois contradictoires par manque de coordination et de synchronisation.

8.2 Principales contributions de la recherche

Nous présentons dans cette section les contributions théoriques et managériales de notre recherche.

8.2.1 Contributions théoriques

Notre recherche montre une **complémentarité entre la théorie socio-économique et l'approche par les ressources**. La théorie socio-économique et les outils du management socio-économique permettent d'opérationnaliser le management stratégique des ressources. L'approche par les ressources permet, de son côté, d'adopter une vision centrée sur les seules ressources de l'organisation et d'étudier ainsi la performance, les possibilités et les conséquences de la gestion des ressources présentes.

Du point de vue économique, qui est celui encore majoritairement adopté par les décideurs, la balance socio-économique permet d'améliorer les décisions préalables à l'acquisition de nouvelles ressources, d'investissements ou de recombinaisons de ressources, grâce à un calcul de l'investissement et des produits attendus sur la base d'éléments financiers, mais aussi quantitatifs et qualitatifs. Pour l'organisation en place, le diagnostic socio-économique met en lumière les pertes de création de valeur liées au manque d'harmonie dans l'insertion des ressources dans l'appareil productif, selon la vision de Penrose (1959). Il permet également de faire apparaître les pertes de performance générées par une combinaison de ressources non synergique. La conception des êtres humains au travail comme des ressources stratégiques, critiques et potentiellement négatives fournit une raison argumentée de les considérer sous l'angle du potentiel de création ou de destruction de valeur qu'ils représentent. Cette vision économique est un moyen de convaincre de ne plus considérer les salariés comme de simples

moyens de production. La conception du potentiel humain développée dans la théorie socio-économique apporte la confirmation de l'importance sociale et économique de l'investissement immatériel dans le développement qualitatif du potentiel humain (IIDQPH) et procure des moyens de le développer sur la base d'informations rationnelles.

Nous pensons que ce double cadre théorique donne un point de vue nouveau sur l'organisation hospitalière, dont la richesse repose sur les compétences des êtres humains. La dimension sociale, à laquelle les personnels de base et l'encadrement de proximité et intermédiaire sont plus sensibles, est objectivable par les outils du management socio-économique, et valorisable qualitativement et symboliquement par l'approche par les ressources.

La deuxième contribution concerne **la pertinence du concept d'ascenseur stratégique** pour rendre visible la nécessité des interactions humaines informelles, en complément des dispositifs de communication-coordination-concertation traditionnellement présentés dans les théories de management. Il paraît particulièrement prometteur pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux où la coordination pluridisciplinaire est particulièrement cruciale. Il est en effet de nature à permettre de dépasser les logiques métiers, pour tendre vers le positionnement effectif du patient au centre des processus de l'organisation hospitalière.

Enfin, la troisième contribution théorique qui est esquissée dans ce travail est la définition de la notion **d'analyse conséquentielle qualimétrique**, préalable utile à la prise de décision. Les perspectives de recherche sur cette notion sont présentées plus loin.

8.2.2 Contributions managériales

Nos contributions managériales se déclinent selon deux axes : des principes généraux et des moyens à mettre en œuvre pour progresser.

Notre recherche nous permet de confirmer l'extrême nécessité de **décloisonner l'organisation hospitalière** pour améliorer sa performance globale, et, en particulier, la qualité des soins aux patients. L'hyperspécialisation doit être compensée par des dispositifs de communication-coordination-concertation spécifiquement adaptés et régulièrement questionnés et ajustés.

Le deuxième principe est **d'inclure dans le processus de décision l'anticipation des adaptations nécessaires** à la mise en œuvre effective, ainsi que **l'anticipation des conséquences adverses possibles**. L'adoption d'une démarche d'analyse conséquentielle qualimétrique dans le processus de décision peut en effet améliorer l'atteinte de l'objectif visé, diminuer les coûts visibles et cachés liés à la mise en œuvre de la décision et participer à l'amélioration progressive de la connaissance de l'organisation par le décisionnaire.

Le travail sur le **socle stratégique** nous paraît particulièrement important pour améliorer la cohérence des décisions et des actions et, ainsi, augmenter la part de stratégie effectivement mise en œuvre.

Enfin, la **décentralisation synchronisée** de la prise de décision dans l'organisation est un facteur d'amélioration à la fois de la pertinence de la décision et de la qualité de sa mise en œuvre.

Nos résultats de recherche nous montrent l'importance d'accorder des moyens au développement du potentiel humain, grâce au développement des compétences individuelles et collectives notamment. L'investissement dans les dispositifs de communication-coordination-concertation et la formation intégrée sont indispensables pour permettre l'apprentissage et la mémorisation de la combinaison des ressources de manière à améliorer la performance globale. Agir dans l'organisation en tenant compte de sa complexité, notamment en pensant aux boucles de rétroaction et à la dynamique temporelle du système, nous paraît essentiel pour augmenter significativement la pertinence des décisions.

8.3 Limites et perspectives de la recherche

Nous décrivons dans cette section les limites et certaines perspectives de notre recherche.

8.3.1 Limites

Notre terrain de recherche peut être considéré comme un cas très spécifique. Sa petite taille, sa situation économique difficile, sans soutien de la tutelle et son positionnement au sein d'une alliance coopérative, sont des spécificités qui, à notre connaissance, n'ont jamais été décrites concomitamment dans la littérature. Elles constituent des limites importantes pour la généralisation des résultats. Cependant, la petite taille de cet établissement et sa situation économique ont conduit à permettre l'étude approfondie d'un établissement dans son ensemble et l'acceptation d'une recherche académique originale et potentiellement dérangeante. Ce terrain de recherche constitue un sous-système, doté d'une certaine autonomie de fonctionnement, qui permet l'observation des interactions entre des éléments qui sont ainsi plus faciles à cerner à l'intérieur du sous-système.

D'autre part, nous n'avons pas pu tester, ou pas pu évaluer, les hypothèses prescriptives que nous avons posées. En ce sens, nos recommandations managériales sont faiblement validées. La recherche-intervention a une visée transformative, que nous n'avons que partiellement exploitée. Les temporalités divergentes du terrain et de la recherche et la multiplicité des parties prenantes nous ont conduit à devoir adapter notre méthode de recherche pour rester au plus près des ambitions initiales, sans mettre en péril l'accès aux données. Néanmoins, nous avons expérimenté personnellement les ascenseurs stratégique et opérationnel dans nos fonctions à la Clinique SSR. Nous sommes parvenue à faire travailler ensemble des acteurs qui n'en avaient pas l'habitude et à faire circuler les informations entre les niveaux. Nous avons constaté que certains acteurs intégraient des informations et modifiaient certaines pratiques. Nous avons tenté

de montrer par l'exemple la manière de faire fonctionner l'ascenseur et les bénéfices de ce comportement. Nous n'avons pas prévu de méthode d'évaluation spécifique, mais avons tracé nos observations dans le journal de recherche. Nous n'avons pas considéré ces résultats comme permettant de valider nos hypothèses. Nous avons appliqué une forme de triangulation pour la validation de nos recommandations managériales, triangulation entre ce qui a pu être testé et évalué sur le terrain principal, ce qui a été validé sur d'autres terrains et les résultats d'autres chercheurs.

L'absence d'informations et, partant, l'impossible analyse de la stratégie de l'Agence Régionale de Santé sont également une limite de cette recherche. Nos multiples demandes de rendez-vous n'ont jamais été honorées. Nous n'avons pu obtenir d'informations de première main et avons choisi de ne pas utiliser des données secondaires que nous ne pouvions confronter à des données primaires. Des travaux sur le positionnement des Agences Régionales de Santé et des conséquences pour les établissements de santé et les parties prenantes pourront être plus développées, en sciences de gestion et en étude des politiques publiques.

A la lumière de notre expérience professionnelle antérieure, nous questionnons le bien-fondé de l'hypothèse centrale que nous avons posée. Nous savons, et la littérature le confirme largement, que les organisations hospitalières restent extrêmement cloisonnées. À cet égard, notre recherche apporte une confirmation peu utile à l'avancée des connaissances. Cependant, nos résultats permettent de comprendre à quel point l'importance des informations est peu considérée et les informations sont sous-exploitées dans les établissements hospitaliers. Notre recherche montre l'ampleur des conséquences sur la performance globale. Nous faisons des propositions, notamment avec l'ascenseur stratégique, pour diminuer l'hyperspécialisation, sortir de l'enfermement des informations dans des ghettos et aller vers des prises de décisions plus collectives et des actions mieux anticipées et mieux coordonnées.

Nous n'avons pas traité les conséquences de la réforme de la transformation des services de soins et de réadaptation et de leurs conséquences sur la stratégie des établissements de santé. La situation particulière de notre terrain de recherche et la position inconnue des tutelles ne nous ont pas permis d'accéder aux données nécessaires pour traiter ce sujet. Des recherches à venir pourront se nourrir des premières mises en œuvre de cette réforme.

Enfin, nous n'avons pas expérimenté ni l'application du modèle d'analyse conséquentielle qualimétrique ni le déploiement volontaire d'un ascenseur stratégique à l'échelle d'un établissement.

Certains résultats validés uniquement sur notre terrain devront être reproduits pour gagner une validité externe. Des recherches sur le même sujet dans des établissements sanitaires de court séjour et des établissements médico-sociaux pourront permettre d'étudier l'influence du temps et des normes exogènes sur la qualité des processus de décision. L'étude dans des établissements médico-sociaux, où le temps est plus long pour la majorité des décisions, et dans des entreprises

de service qui sont soumises à moins de normes et dont le temps de décision est plus court, permettrait de mettre en perspective certains de nos résultats.

8.3.2 Perspectives

De nombreuses perspectives s'ouvrent pour prolonger la recherche présentée dans cette thèse. Nous pensons qu'il serait particulièrement intéressant d'étudier l'effet de la mise en place de l'ascenseur stratégique sur les indicateurs de performance sociale, tels que le taux de rotation des professionnels et l'absentéisme. Au niveau macro-économique, la mise en place d'un ascenseur stratégique entre les prestataires de soins et les tutelles pourraient également permettre d'étudier la part du manque de communication-coordination-concertation dans le manque de performance du système de santé. Au niveau des établissements, la mise en place de l'ascenseur stratégique pourrait donner lieu à l'évaluation de l'amélioration du management du potentiel humain.

Il serait ainsi possible de tester notre hypothèse centrale maximum. Une recherche-intervention complète avec un projet plus étendu que celui que nous avons mis œuvre et un suivi sur plusieurs années permettrait d'expérimenter l'amélioration de la performance.

Une perspective de recherche qui nous paraît très féconde pour l'amélioration du management des établissements sanitaires et médico-sociaux est l'évaluation de la charge de travail, comprenant la charge en soins et les tâches afférentes aux soins pour les professionnels de santé autres que les infirmiers et les aides-soignants. La recherche sur des dispositifs durables d'évaluation et d'adaptation de la charge de travail serait de nature à améliorer les conditions de travail et la qualité des soins prodigués aux patients.

Enfin, il nous paraît particulièrement intéressant d'envisager une recherche sur le calcul du retour sur investissement immatériel dans des établissements de soins. D'une part, l'expérimentation d'une telle méthode pourrait permettre d'apporter des éléments nouveaux pour la valorisation des ressources stratégiques, critiques, ordinaires et négatives, grâce aux calculs des coûts et performances cachés et à la balance socio-économique. Ces connaissances nous auraient peut-être permis de répondre à la question de la pérennité de l'activité de la Clinique SSR, c'est-à-dire de savoir s'il aurait été possible que l'établissement atteigne l'équilibre budgétaire, et d'éviter la liquidation judiciaire qui vient d'être prononcée en 2023. D'autre part, le développement du calcul du retour sur investissement dans le développement qualitatif du potentiel humain pourrait permettre de différencier un déficit considéré comme structurel sur la base de la comptabilité traditionnelle, d'un déficit lié à des structures essentiellement inadaptées où le potentiel humain n'est pas considéré et pas développé.

Liste des abréviations

3C : Communication-Coordination-Concertation
AG : Assemblée Générale
ANRT : Association Nationale de la Recherche et de la Technologie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASD : Aide-Soignant Diplômé
ASH : Agent des Services Hospitaliers
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CA : Conseil d'Administration
CAC : Commissaire Aux Comptes
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CDS : Cadre De Santé
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CHVACV : Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables
CIFRE : Convention Industrielle de Formation par la Recherche
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS : Carte Professionnel de Santé
CSP : Catégorie de Socio-Professionnelle
CV : Curriculum Vitae
DAF : Direction des Affaires Financières
DAM : Directeur des Affaires Médicales
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
DG : Directeur Général
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRH : Direction des Ressources Humaines
EDF-GDF : Électricité de France et Gaz de France
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Équivalent Temps Plein
HAS : Haute Autorité en Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MCO : Médecine Chirurgie et Obstétrique

MS-DOS : *MicroSoft Disk Operating System*

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RBV : *Resource-Based View*, approche par les ressources

RH : Ressources Humaines

SAE : Statistique Annuelle des Établissements

SI : Système d'Informations

SIH : Système d'Informations Hospitalier

SIOF : Système d'Informations Opérationnelles et Fonctionnelles

SIOFHI : Système d'Informations Opérationnelles et Fonctionnelles Humainement Intégrées

SIOFHIS : Système d'Informations Opérationnelles et Fonctionnelles Humainement Intégrées et Stimulantes

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

SNCF : Société Nationale de Chemin de Fer

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

TFW : Taylorisme-Fayolisme-Weberisme

TIM : Technicien d'Informations Médicales

VA : Valeur Ajoutée

BIBLIOGRAPHIE

- Aggeri, F. (2017). Situation de gestion et agencement organisationnel. Retour sur deux concepts-clés de l'œuvre de Jacques Girin. *Le libellio d'AEGIS*, 13(3), 21-27.
- Aldrin, J. (2012). *Étude des processus de décision dans une organisation complexe : le cas d'une CCI*. Université de Lorraine.
- Almeida, S., Frino, B. et Milosavljevic, M. (2020). Employee voice in a semi-rural hospital: Impact of resourcing, decision-making and culture. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 58(4), 578-606. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12257>
- Ansoff, H. I. (1965). *Corporate strategy: An analytic approach to business policy for growth and expansion*. McGraw-Hill Companies.
- Ansoff, H. I., McDonnell, E. J., Hou, B. et Waquet, M. (1989). *Stratégie du développement de l'entreprise : Une approche méthodologique du management stratégique dans le dernier quart du XXe siècle* (Ed. remise à jour). les Editions d'organisation.
- Anthony, R. N. (1965). *Planning and control systems: A framework for analysis*. Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony, R. N., et Ardoin, J.-L. (1993). *La fonction contrôle de gestion*. Publi-Union.
- Arena, L. (2013). *Edith Penrose et la croissance des entreprises*. ENS Edition.
- Arend, R. J. (2004). The Definition of Strategic Liabilities, and their Impact on Firm Performance. *Journal of Management Studies*, 41(6), 1003-1027. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00464.x>
- Arrègle, J.-L. (1995). Le savoir et l'approche Resource Based : Une ressource et une compétence. *Revue Française de Gestion*, (105), 84-94.
- Arrêté du 25 février 2019 modifiant l'arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris par application de l'article L. 162-22-1 du même code (NOR : SSAH1911453A)
- Avenier, M.-J. (1989). Méthodes de terrain » et recherche en management stratégique. *Économie et Société*, 23(12), 199-218.
- Avenier, M.-J. (1996). *La stratégie tâtonnante : Des interactions récursives entre vision et action stratégique*. 29.

- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : Post-modernisme ou pragmatisme ? *Management & Avenir*, 43(3), 372-391. <https://doi.org/10.3917/mav.043.0372>
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99.
- Barney, J. B. (1986). Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage? *Academy of Management Review*, 11(3), 656-665. <https://doi.org/10.5465/AMR.1986.4306261>
- Baumard, P. (2009). An asymmetric perspective on cooperative strategies. *International Journal of Entrepreneurship and Small Business*, 8(1), 6-22.
- Beau, G. (2012). *Du mépris des faisabilités opérationnelles et de ses effets sur le désalignement stratégique : Le cas des projets-opérations à dimension système d'information*. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM. <https://theses.hal.science/tel-03777646>
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. La Découverte ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-hopital-sous-pression--9782707164285.htm>
- Bérard, C. (2009). *Le processus de décision dans les systèmes complexes : Une analyse d'une intervention systémique*. Université de Québec à Montréal et Université de Paris-Dauphine.
- Berry, M. (1995). Research and the Practice of Management: A French View. *Organization Science*, 6(1), 104-116.
- Bertzène, S. (2000). L'identification et l'analyse des défauts de qualité dans les établissements hospitaliers. *IXième Conférence Internationale de Management Stratégique*, 21.
- Bollecker, M. et Durat, L. (2006). L'apprentissage organisationnel et individuel dans le processus de décision. *Revue des Sciences de Gestion*, 220-221, 139-148.
- Bonnet, X. et Ponchon, F. (2018). *L'usager et le monde hospitalier* (7e édition). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Bouncken, R. B., Gast, J., Kraus, S. et Bogers, M. (2015). Coopetition: A systematic review, synthesis, and future research directions. *Review of Managerial Science*, 9(3), 577-601. <https://doi.org/10.1007/s11846-015-0168-6>
- Bourdillon, F., Brücker, G. et Tabuteau, D. (2016). *Traité de santé publique*. Lavoisier. <https://go.exlibris.link/FSFZ28gh>
- Bousquet, C. (2018). *L'articulation des compétences individuelles et collectives à la stratégie de l'entreprise*. <http://www.theses.fr/s175265>
- Boyle, R. D. et Desai, H. B. (1991). Turnaround Strategies for Small Firms. *Journal of Small Business Management*, 29(3), 33-42.
- Buono, A. F. (2021). SEAM's Role in Merger and Acquisition Integration. In *Traité du Management Socio-Economique*. EMS Editions.

- Capgras, J.-B., Guilhot, N., Pascal, C. et Claveranne, J.-P. (2011). La recherche-intervention entre diachronie et synchronie : Heuristique pour une approche alternative. *Projectics / Proyética / Projectique*, 8(2), 157. <https://doi.org/10.3917/proj.008.0157>
- Cappelletti, L. (2012). *Le contrôle de gestion de l'immatériel : Une nouvelle approche du capital humain*. Dunod.
- Cappelletti, L., Voyant, O. et Savall, H. (2018). *Quarante ans après son invention : La méthode des coûts cachés*. 22.
- Chan, Y. E., Krishnamurthy, R., Mann, J. et Sabherwal, R. (2023). Knowledge sharing, knowledge seeking, and emotions: A longitudinal study of hospital restructuring decision making. *Knowledge and Process Management*, 30(2), 148-162. <https://doi.org/10.1002/kpm.1734>
- Charreaux, G. et Pitol-Belin, J. P. (1992). Le conseil d'administration, lieu de confrontation entre dirigeants et actionnaires. *Revue française de Gestion*, 87(3), 84-92.
- Chesbrough, H. W. et Appleyard, M. M. (2007). Open Innovation and Strategy. *California Management Review*, 50(1), 57-76. <https://doi.org/10.2307/41166416>
- Circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé
- Claveranne, J.-P., Pascal, C. et Piovesan, D. (2003). Les restructurations des cliniques privées : Radioscopie d'un secteur en mutation. *Revue française des affaires sociales*, 3, 55-78.
- Consales, G., Fesseau, M. et Passeron, V. (2009). *La consommation des ménages depuis cinquante ans* (p. 19). Institut National de Statistique et des études économiques.
- Conseil économique, social et environnemental. (2022). *Métiers en tension* (N° CESL1100001X). https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2022/2022-01_metiers_tension.pdf
- Cyert, R. M. et March, J. G. (1970). *Processus de décision dans l'entreprise* (Dunod).
- Daigne, J.-F. (1993). *Le redressement d'entreprise*. Presses universitaires de France.
- David, A. (2012a). La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ? In A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (Éds.), *Les Nouvelles Fondations des sciences de gestion* (3ème, p. 241-264). Presses des Mines – ParisTech (Ouvrage original publié en 2000)
- David, A. (2012b). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : Trois hypothèses revisitées. In *Les nouvelles fondation des sciences de gestion* (Presses des Mines).
- Décret n°2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des Parcours de soins
- Décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux de réadaptation
- Décret n°2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation

- Desreumaux, A. et Romelaer, P. (2001), Investissement et organisation, In Charreaux, Gérard, *Images de l'investissement : au-delà de l'évaluation financière, une lecture organisationnelle et stratégique*, Vuibert : Paris, p. 61-114
- Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution. *Revue française de gestion*, 37(214), 89-105. <https://doi.org/10.3166/rfg.214.89-105>
- Detchessahar, M. et Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... Malade de « gestionnite ». *Annales des Mines - Gerer et comprendre*, 98(4), 27-37. <https://doi.org/10.3917/geco.098.0027>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021). *Les établissements de santé. Édition 2021*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2022a). *Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de santé—Édition 2022* (p. 284).
- Fonction publique Chiffres clés 2021. (2021). Direction générale de l'administration et de la fonction publique. https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/chiffres_cles/pdf/CC-2021-web.pdf
- 12ème Baromètre de l'Absentéisme et de l'Engagement. (2020). Ayming. <https://www.ayming.fr/wp-content/uploads/sites/11/2020/09/Barometre-absenteisme-2020-Ayming.pdf>
- Dupuy, Y. et Naro, G. (2015). La tétranormalisation et l'hôpital public : Pour une interprétation organisationnelle. In *Dynamique normative. Arbitrer et négocier la place de la norme dans l'organisation* (p. 262). EMS Editions.
- Dyer, J. H. et Singh, H. (1998). The Relational View: Cooperative Strategy and Sources of Interorganizational Competitive Advantage. *Academy of Management Review*, 23(4), 660-679. <https://doi.org/10.5465/AMR.1998.1255632>
- Eisenhardt, K. M. et Martin, J., A. (2000). Dynamic capabilities: What are they? *Strategic Management Journal*, 21(10/11), 1105-1121.
- Engel, F., Kletz, F. et Moisson, J.-C. (2000). *La démarche gestionnaire à l'hôpital : Le PMSI*. Seli Arslan.
- Enquête FHF Faire face à la seconde vague de Covid-19 (p. 3). (2020). Fédération hospitalière de France. https://www.fhf-hdf.fr/wp-content/uploads/2020/11/20201110_Synth%C3%A8se-enquete-RH-FHF_Faire-face-%C3%A0-la-seconde-vague-de-Covid.pdf
- Fiche d'impact générale. Décret en Conseil d'Etat relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, Pub. L. No. ssah2112313d, 61 (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/Files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/fiches-d-impact/fiches-d-impact-decrets/2022/ssah2112313d.pdf>

- Foss, N. J. et Ishikawa, I. (2007). Towards a Dynamic Resource-based View: Insights from Austrian Capital and Entrepreneurship Theory. *Organization Studies*, 28(5), 749-772.
<https://doi.org/10.1177/0170840607072546>
- France 3 Auvergne-Rhône-Alpes (2018, 24 septembre). [Ville] : les salariés de la clinique [SSR] inquiets pour leur avenir. [https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/lyon/lyon-salaries-clinique-\[SSR\]-inquiets-leur-avenir-1546984.html](https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/lyon/lyon-salaries-clinique-[SSR]-inquiets-leur-avenir-1546984.html)
- Gephart Jr., R. P. (2004). Qualitative Research and the Academy of Management Journal. *Academy of Management Journal*, 47(4), 454-462. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2004.14438580>
- Girin, J. (1986). L'objectivation des données subjectives. Éléments pour un dispositif dans la recherche interactive. *Qualité des informations scientifiques en gestion*. Colloque ISEOR-FNEGE Novembre 1986.
- Girin, J., Chanlat, J.-F., Dumez, H. et Breton, M. (2016). *Langage, organisations, situations et agencements*. Presses de l'Université Laval Hermann éditeurs.
- Grandclaude, D. et Thierry, N. (2020). Apports d'une Recherche Intervention (RI) pour l'analyse d'une démarche de Stratégie Ouverte (SO) par le prisme de l'Innovation Managériale (IM) : Didier Grandclaude et Nobre Thierry. *Finance Contrôle Stratégie*, 23(2), 1-36.
<https://doi.org/10.4000/fcs.5216>
- Grant, R. M. (1991). The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. *California Management Review*, 33(3), 114-135.
- Grenier, C. et Guitton-Philippe, S. (2011). La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : L'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? *Management & Avenir*, 47(7), 99-113. <https://doi.org/10.3917/mav.047.0098>
- Gueguen, G. (2005). *Pragmatisme méthodologique et analyse de l'environnement en stratégie*. AIMS. <http://www.gaelgueguen.fr/wp-content/uploads/gueguenaims05pragma.pdf>
- Guisset, A.-L., Sicotte, C., Leclercq, P. et D'Hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière : Une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences sociales et santé*, 20(2), 65-104. <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1553>
- Haute Autorité en Santé (2020). Manuel : Certification des établissements de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins#toc_1_4_4
- Hautz, J., Seidl, D. et Whittington, R. (2017). Open Strategy: Dimensions, Dilemmas, Dynamics. *Long Range Planning*, 50(3), 298-309.
- Hénart, L., Berland, Y., Cadet, D., Verrier, B. et Féry-Lemonnier, É. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. *Hegel*, N° 1(1), 2a. <https://doi.org/10.3917/heg.011.0002a>

- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Husserl, E., (1980). *Méditations cartésiennes : Introduction à la phénoménologie*. J. Vrin (G. Peiffer et E. Levinas, trad. (Ouvrage original publié en 1931.)
- Joffre, P. et Koenig, G. (1992). *Gestion stratégique : L'entreprise, ses partenaires-adversaires et leur univers*. Litec.
- Kast, R. (1993). *La théorie de la décision*. Editions de la Découverte.
- Kervasdoué, J. de. (2008). Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : Un système stable. *Santé, Société et Solidarité*, 7(2), 17-30. <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1283>
- Kletz, F. et Moisdon, J.-C. (2015). Métabolisation d'un incitatif économique : Effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier. *Recherches en Sciences de Gestion*, 106(1), 185-205. <https://doi.org/10.3917/resg.106.0185>
- Krief, N. (2012). Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : Analyse croisée et dynamique de construction collective. *@GRH*, 3(2), 43-67. <https://doi.org/10.3917/grh.122.0043>
- Krief, N. et Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (Sage).
- La grande démission en France : Près d'un demi-million de Français quittent leur poste en CDI au 1er trimestre 2022. (2022, août 25). *La Tribune*. <https://www.latribune.fr/partenaires/le-portage-salarial/la-grande-demission-en-france-pres-d-un-demi-million-de-francais-quittent-leur-poste-en-cdi-au-1er-trimestre-2022-928583.html>
- Lalande, A. (1926). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Presses Universitaires de France (18^{ème} édition, 1996)
- Lallé, B. (2004). Production de la connaissance et de l'action en sciences de gestion. *Revue française de gestion*, no 158(1), 45-65.
- Lamothe, L. (2018). 7. La dynamique interprofessionnelle : La clé de voûte de la transformation de l'organisation des services de santé. In D. Contandriopoulos, J.-L. Denis, A. Valette, et A.-P. Contandriopoulos (Éds.), *L'hôpital en restructuration : Regards croisés sur la France et le Québec* (p. 141-157). Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.4000/books.pum.15443>
- Lee, T. (1998). *Using qualitative method in organizational-research* (Sage).
- Lefébure, A. (2020). La formation des directeurs d'hôpital public, une singularité française. *The Conversation*. <https://hal.ehesp.fr/hal-02509641>
- Lehmann-Ortega, L. et Naro, G. (2008). *Contrôle de gestion, capacités dynamiques et stratégies émergentes dans les organisations entrepreneuriales : la conception d'un Balanced-Scorecard*

comme "levier de contrôle interactif". La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité.

- Le Lédan, S. (2019). Les difficultés d'adaptation des structures et des comportements à l'augmentation continue de l'activité opératoire : Cas d'un établissement de soins en situation de déficit budgétaire. *Tempus, actas de saude colet*, 13(2), 37-52.
- Le Progrès (2018, 25 septembre). La Clinique [SSR] est sauvée. [https://www.leprogres.fr/rhone-69-edition-lyon-metropole/2018/09/25/la-clinique-\[SSR\]-est-sauvee-et-son-projet-medical-avec](https://www.leprogres.fr/rhone-69-edition-lyon-metropole/2018/09/25/la-clinique-[SSR]-est-sauvee-et-son-projet-medical-avec)
- Levy, M., Loebbecke, C. et Powell, P. (2003) SMEs, co-opetition and knowledge sharing: the role of information systems, *European Journal of Information Systems*, 12:1, 3-17, DOI: [10.1057/palgrave.ejis.3000439](https://doi.org/10.1057/palgrave.ejis.3000439)
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics* (p. xviii, 230). Harper.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (Edited by Dorwin Cartwright.) (p. xx, 346). Harpers.
- Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts and field theory in social science* (p. v, 422). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10269-000>
- Lorino, P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance : Le pilotage par les processus et les compétences* (3e édition 1ère édition 1997). Ed. d'Organisation.
- Luedicke, M. K., Husemann, K. C., Furnari, S. et Ladstaetter, F. (2017). Radically Open Strategizing: How the Premium Cola Collective Takes Open Strategy to the Extreme. *Long Range Planning*, 50(3), 371-384. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2016.07.001>
- Mantere, S. et Vaara, E. (2008). On the Problem of Participation en Strategy : A Critical Discursive Perspective. *Organisation Science*, 19(2), 341-358. <https://doi.org/10.4337/9781849807630.00024>
- Marcon, E., Guinet, A. et Tahon, C. (2008). *Gestion et performance des systèmes hospitaliers*. Hermes Science Lavoisier.
- Martinet, A. C. (1984). *Management Stratégique : Organisation et politique*. Mc Graw Hill.
- Martinet, A. C. et Silem, A. (2008). *Lexique de gestion et de management* (8e édition). Dunod.
- Mathews, J. A. (2010). Lachmannian Insights into Strategic Entrepreneurship: Resources, Activities and Routines in a Disequilibrium World. *Organization Studies*, 31(2), 219-244. <https://doi.org/10.1177/0170840609347044>

- Meyssonier, F. (2012). Le contrôle de gestion des services : Réflexion sur les fondements et l'instrumentation. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 18(2), 73.
<https://doi.org/10.3917/cca.182.0073>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018—2022*.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. Harper & Row.
- Mintzberg, H. (1981). *Structure et dynamique des organisations* [The Structuring of Organizations] Prentice Hall.
- Minvielle, E. (2018). *Le patient et le système*. Arslan
- Moisdon, J.-C. (1984). Recherche en gestion et intervention. *Revue française de gestion*, N° 253(8), 21-39. <https://doi-org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.3166/RFG.253.21-39>
- Moisdon, J.-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Seli Arslan.
- Moisdon, J.-C. (2015). La prise en compte des ressources humaines dans l'Étude Nationale de Coûts. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(2), 97-100.
<https://doi.org/10.3917/jgem.152.0097>
- Montgomery, C. A. (1995). *Of Diamonds and Rust: A New Look at Resources*. 251-268.
<https://www.proquest.com/docview/56813052?parentSessionId=YORR0ISu%2B2Bph4qPdCMvAryDELgzXO%2FVIEaMzL2Gabs%3D&pq-origsite=summon>
- Morin, E. (2005). *Complexité restreinte, complexité générale*. "Intelligence de la complexité : épistémologie et pragmatique", Cerisy-La-Salle.
<https://archive.mcxapc.org/docs/conseilscient/1003morin.pdf.pdf>
- Morin, E. (2013). Complexité restreinte, complexité générale. In *Intelligence de la complexité* (p. 28-64). Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.lemo.2013.01.0028>
- Moscarola, J. (1980). Les processus de décision dans les organisations. *Enseignement et Gestion*, Automne (15).
- Naro, G. et Travaillé, D. (2019). De la conception collective d'un Balanced Scorecard à son abandon : L'apprentissage organisationnel en question(s). *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 25(1), 13-54.
<https://doi.org/10.3917/cca.251.0013>
- Nobre, T. (2006). Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche action : Le cas du changement à l'hôpital. *Finance Contrôle Stratégie*, 9(4), 143-168.
- Nobre, T. et Biron, N. (2002). L'ABC à l'hôpital : Le cas de la chirurgie infantile. *Finance, Contrôle, Stratégie*. 5(2), 85.
- Nobre, T. et Grandclaude, D. (2021). Identifier et résoudre les dilemmes de la stratégie ouverte : Les apports d'une recherche intervention. *Revue Française de Gestion*, 47(294), 15-39.
<https://doi.org/10.3166/rfg.2021.00508>

- Nobre, T. et Haouet, I. (2011). Le cas d'un *balanced scorecard* en contexte hospitalier. Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle. *Revue française de gestion*, 211/2, 16. <https://doi.org/10.3166/rfg.211.103-118>
- Nobre, T. et Merdinger-Rumpler, C. (2009). Impact et rôle du calcul du coût des dysfonctionnements dans le processus de conduite du changement organisationnel à l'hôpital : Le cas d'un service d'imagerie médicale d'un CLCC. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27(5), 268. <https://doi.org/10.3917/jgem.095.0268>
- Nonaka, I. (1991). The Knowledge-Creating Company. *Harvard Business Review*, 69(6), 96-104.
- Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14-37. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.14>
- Nonaka, I., Toyama, R. et Nagata, A. (2000). A firm as a knowledge-creating entity: A new perspective on the theory of the firm. *Industrial & Corporate Change*, 9(1), 1. <https://doi.org/10.1093/icc/9.1.1>
- Nonaka, I. et von Krogh, G. (2009). Perspective—Tacit Knowledge and Knowledge Conversion: Controversy and Advancement in Organizational Knowledge Creation Theory. *Organization Science*, 20(3), 635-652. <https://doi.org/10.1287/orsc.1080.0412>
- Ouchi, W. G. (1980). Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), 129-141. <https://doi.org/10.2307/2392231>
- Packwood, T., Keen, J. et Buxton, M. (1992). Process and Structure : Resource Management and the Development of Sub-Unit Organisational Structure. *Health Services Management Research*, 5(1), 66-76. <https://doi-org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.1177/095148489200500107>
- Palier, B. (2010). *La réforme des systèmes de santé* (5e édition mise à jour). Presses universitaires de France.
- Penrose, E. et Pitelis, C. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford University Press, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/jmlyon-ebooks/detail.action?docID=472157>
- Peteraf, M. A. (1993). The cornerstones of competitive advantage: A resource-based view. *Strategic Management Journal*, 14(3), 179-191. <https://doi.org/10.1002/smj.4250140303>
- Petrevska Nechkoska, R., Poels, G. et Manceski, G. (2015). Bridging Operational, Strategic and Project Management Information Systems for Tactical Management Information Provision. *Electronic Journal of Information Systems Evaluation*, 18(2), 146-158.
- Piaget, J. (1970). *L'épistémologie génétique*. Presses universitaires de France.
- Plane, J.-M. et Perez, R. (2000). *Méthodes de recherche-intervention en management*. L'Harmattan.
- Prahalad, C. K. et Hamel, G. (1990). The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*, 68(3), 79-91.

- Prévot, F., Brulhart, F., Guieu, G. et Maltese, L. (2010). Perspectives fondées sur les ressources. Proposition de synthèse. *Revue française de gestion*, 36(204), 87-103.
<https://doi.org/10.3166/rfg.204.87-103>
- Quéguiner, T. (2023, janvier 16). *Formation—François Braun promet avant l'été « une autre dimension » au tandem directeur-médecin*. Hospimédia.
- Regards croisés Doctorants, employeurs Et directeurs de thèse sur 1 000 Cifre. (2018). Association Nationale Recherche Technologie.
https://www.anrt.asso.fr/sites/default/files/enquete_1000_fin_de_cifre_2016_vf2.pdf
- Reix, R. (1995). Savoir tacite et savoir formalisé dans l'entreprise. *Revue Française de Gestion*, Septembre-octobre.
- Renaud, A. (2013). L'articulation des usages diagnostique et interactif d'un seul et même système de contrôle de gestion : Le cas d'un système d'indicateurs environnementaux dans une entreprise française de vins et spiritueux. *Finance Contrôle Stratégie*, 16(3), 2-21.
- Rivière, A., Commeiras, N. et Loubès, A. (2019). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 112(2), 3-20. <https://doi.org/10.3917/grhu.112.0003>
- Rojot, J. (2005). *Théorie des organisations* (2e édition). MA Éditions-Eska.
- Safon, M.-O., et Suhard, V. (2020). *Les professions paramédicales. Sociologie et délégations de soins*. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-professions-paramedicales-sociologie-et-delegations-de-soins.pdf>
- Sanchez, M. (2018). *L'implication de la direction dans l'intégration d'une norme : Analyse comparative de deux cas d'entreprises de taille intermédiaire*. 21.
- Savall, A. (2014). *Les facteurs endogènes de performance durable de l'internationalisation de l'entreprise familiale : Cas longitudinal de recherche-intervention*. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM.
- Savall, H. (1974). *Enrichir le travail humain : L'évaluation économique*. Préface de J. Delors. (3e édition, 1989). Economica.
- Savall, H. (1978). A la recherche des coûts et performances cachés de l'entreprise pour un diagnostic socio-économique de l'entreprise. *Revue Française de Gestion*, 18, 96-108.
- Savall, H. (1979). *Reconstruire l'entreprise. Analyse socio-économique des conditions de travail*. (p. 275). Dunod. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00783096>
- Savall, H., Voyant, O., Zardet, V. et Ennajem, C. (2017). *Mesure et analyse spectrale des réserves de productivité socio-économique : les coûts cachés*. 101 cas. 35.

- Savall, H. et Zardet, V. (1987). *Maîtriser les coûts et les performances cachés* (7e édition, 2020). Economica.
- Savall, H. et Zardet, V. (1992). *Le nouveau contrôle de gestion : Méthode des coûts-performances cachés*. Éd. comptables Malesherbes Eyrolles.
- Savall, H. et Zardet, V. (1999). La décision managériale multidimensionnelle comme fondement des sciences de gestion. In *La décisions managériale, ouvrage collectif en l'honneur de Jacques Lebraty* (IAE Nice).
- Savall, H. et Zardet, V. (2004). *Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique. Observer l'objet complexe*. Economica.
- Savall, H. et Zardet, V. (2014). *La théorie du socle stratégique et l'effet de levier de la cohésion*. 25.
- Savall, H. et Zardet, V. (2007). *L'importance stratégique de l'investissement incorporel : résultats qualimétriques de cas d'entreprises*. Xème Congrès de l'Institut International des Coûts, Lyon.
- Savall, H. et Zardet, V. (2021). Chapitre 1. Synthèse actuelle de la théorie et du management socio-économiques. In *Traité du management socio-économique* (p. 33-96). EMS.
<https://doi.org/10.3917/ems.saval.2021.01.0033>
- Savall, H., Zardet, V. et Bonnet, M. (2009). *Management socio-économique : Une approche innovante [actes du 21ème Colloque de l'Institut de socio-économie des entreprises et des organisations, Lyon, 23 au 25 octobre 2008]*. Economica.
- Savall, H., Zardet, V., Bonnet, M. et Cappelletti, L. (2019). Valoriser la recherche par l'expérimentation en entreprise : Cas du modèle de management socio-économique. *Revue Française de Gestion*, 45(284), 147-167. <https://doi.org/10.3166/rfg.2019.00373>
- Savall, H. et Zardet, V. (1995). *Ingénierie stratégique du roseau* (2e édition, 2005). Préface de S. Pasquier. Economica.
- Shortell, S. M. (1985). The Medical Staff of the Future: Replanting the Garden. *Frontier of Health Services Management*, 1(3), 3-48. <http://dx.doi.org.ezscd.univ-lyon3.fr/10.1097/01974520-198502000-00002>
- Simon, H. A. (1947). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organization* (4e édition). the Free press Macmillan.
- Simon, H. A. (1960). *The new science of management decisions*. Harper and Row.
- Simons, R. (1990). The role of management control systems in creating competitive advantage: new perspectives. 17.
- Sirmon, D. G., Hitt, M. A. et Ireland, R. D. (2007). Managing Firm Resources in Dynamic Environments to Create Value: Looking Inside the Black Box. *Academy of Management Review*, 32(1), 273-292. <https://doi.org/10.5465/AMR.2007.23466005>

- Sirmon, D. G., Hitt, M. A., Arregle, J.-L. et Campbell, J. T. (2010). The dynamic interplay of capability strengths and weaknesses: Investigating the bases of temporary competitive advantage. *Strategic Management Journal*, 31(13), 1386-1409. <https://doi.org/10.1002/smj.893>
- Soual, H. (2017). *Les dépenses de santé depuis 1950*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>
- Stieger, D., Matzler, K., Chatterjee, S. et Ladstaetter-Fussenegger, F. (2012). Democratizing Strategy: how crowdsourcing can be used for strategy dialogues. *California Management Review*, 54(4), 44-68. <https://doi.org/10.1525/cmr.2012.54.4.44>
- Suddaby, R. (2006). From the Editors: What Grounded Theory Is Not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633-642. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2006.22083020>
- Tabuteau, D. (2016). 29. Politique de santé. In *Traité de santé publique* (p. 273-278). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0298>
- Teece, D. J., Pisano, G. et Shuen, A. (1997). Dynamic Capabilities and Strategic Management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509-533.
- Toutlemonde, F. (2022). *Les établissements de santé—Edition 2022* (p. 231). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
- Tuffreau, F., Bercelli, P., Lamour, P., Ricot, J. et Schweyer, F.-X. (2013). *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale* (2e édition). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Valette, A. et Denis, J.-L. (2018). Introduction. In D. Contandriopoulos et A.-P. Contandriopoulos (Éds.), *L'hôpital en restructuration : Regards croisés sur la France et le Québec* (p. 6-15). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.15419>
- Valette, A. et Denis, J.-L. (2018). Conclusion. In D. Contandriopoulos et A.-P. Contandriopoulos (Éds.), *L'hôpital en restructuration : Regards croisés sur la France et le Québec* (p. 261-278). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.15458>
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Intersystems Publication.
- Weppe, X., Warnier, V. et Lecocq, X. (2013). Ressources stratégiques, ressources ordinaires et ressources négatives. Pour une reconnaissance de l'ensemble du spectre des ressources. *Revue française de gestion*, 39(234), 43-81. <https://doi.org/10.3166/rfg.234.43-81>
- Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171-180. <https://doi.org/10.1002/smj.4250050207>

Whittington, R., Cailluet, L., et Yakis-Douglas, B. (2011). Opening Strategy: Evolution of a Precarious Profession: Opening Strategy. *British Journal of Management*, 22(3), 531-544.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2011.00762.x>

Zardet, V. (1985). Des systèmes d'information vivants : Étude des conditions d'efficacité à partir d'expérimentations. *Sciences de Gestion (Economie et Sociétés), Série SG*, (6), 229-270.

Zardet, V. (1986). *Contribution des systèmes d'informations stimulants à l'efficacité de l'entreprise. Cas d'expérimentations*. Université Lumière Lyon 2.

Zardet, V., Fièrè, D., Savall, H. et Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 29(6), 277.
<https://doi.org/10.3917/jgem.116.0277>

Table des encadrés

Encadré 1. Résumé de nos expériences professionnelles et de nos formations ayant un impact sur notre vision du sujet	12
Encadré 2. Hypothèse centrale minimale	20
Encadré 3. Hypothèse centrale maximale	20
Encadré 4. Missions des établissements sanitaires	48
Encadré 5. Critiques du concept de capital humain	75
Encadré 6. Points-clés des mises à niveaux lors de la reprise de la Clinique SSR	127
Encadré 7. Points-clés des événements marquants dans la période de reprise de la Clinique SSR	131
Encadré 8. Points-clés des principales décisions de gestion financières de 2018 à 2021	157
Encadré 9. Inadaptation des locaux à l'accueil des patients	159
Encadré 10. Inadaptation du système informatique	159
Encadré 11. Manque de reconnaissance	159
Encadré 12. Manque de respect des procédures	160
Encadré 13. Perte de motivation du personnel	160
Encadré 14. Tâches mal assumées	160
Encadré 15. Manque de communication-coordination-concertation	160
Encadré 16. Manque de communication-coordination-concertation entre personnel et direction	161
Encadré 17. Adaptation de l'organisation administrative pour l'ouverture du plateau de consultation.....	193
Encadré 18. Étapes du processus d'admission des patients	205
Encadré 19. Principaux résultats : définition et explication des pannes d'ascenseur	256
Encadré 20. Variables des décisions de gestion socio-économique	264
Encadré 21. Les hypothèses de la théorie du socle stratégique	275

Table des figures

Figure 1. Thèmes d'étude du terrain de recherche Clinique SSR	21
Figure 2. Synthèse des parties et chapitres de la thèse.....	26
Figure 3. Représentation schématique de l'hypothèse fondamentale de la théorie socio-économique	63
Figure 4. Étapes de traitement des informations et typologie des systèmes d'informations opérationnelles et fonctionnelles	66
Figure 5. Spectre des critères de la décision	80
Figure 6. Étapes de notre présence sur le terrain de recherche, des événements marquants endogènes et exogènes de la Clinique SSR	95
Figure 7. Évolution du taux mensuel d'occupation des lits entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible.....	145
Figure 8. Évolution mensuelle du chiffre d'affaires lié aux soins entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible pour 2021.....	146
Figure 9. Évolution mensuelle du prix moyen journalier réalisé entre 2019 et 2021 par rapport à l'objectif cible pour 2021.....	147
Figure 10. Évolution annuelle du résultat, du chiffre d'affaires et du taux de rentabilité net pour les exercices 2019 à 2021	148
Figure 11. Écarts entre les résultats prévisionnels et les résultats réels pour les exercices 2019 à 2021.....	149
Figure 12. Évolution des produits, charges, résultats d'exploitation et déficits de 2019 à 2021	154
Figure 13. Évolution des indicateurs sociaux du diagnostic socio-économique de 2019 à 2021	163
Figure 14. Périmètre organisationnel couvert par les principaux dispositifs de Communication-Coordination-Concertation	182
Figure 15. Chronologie du projet de plateau de consultation de 2018 à 2021.....	189
Figure 16. Acteurs des décisions du projet du plateau de consultation.....	195
Figure 17. Évolution mensuelle du taux d'occupation et des produits en 2019	204
Figure 18. Processus d'admission en 2019 et processus dépendant du processus d'admission	206
Figure 19. Mouvements de médecins et de cadre de santé entre janvier 2019 et décembre 2021	213
Figure 20. Étapes du processus de décision indispensables à l'utilisation d'une ressource	262
Figure 21. Système de pilotage décentralisé et synchronisé	273

Table des tableaux

Tableau 1. Partage du temps de recherche entre laboratoire et terrain par année ou semestre	15
Tableau 2. Extrait du corps d'hypothèses	21
Tableau 3. Les principales réformes du système de santé français depuis 1990 et leurs impacts stratégiques pour les établissements sanitaires	32
Tableau 4. Les différentes catégories de prestations d'hospitalisation avec hébergement	41
Tableau 5. Nombre de journées d'hospitalisation complète ou partielle en France en 2019 par type d'établissement sanitaire	49
Tableau 6. Nombre de journées d'hospitalisation complète ou partielle en Auvergne-Rhône-Alpes en 2021 par type d'établissement sanitaire	50
Tableau 7. Nombre d'établissements sanitaires en France, capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation à temps partiel et répartition par statut en France, au 31 décembre 2019	51
Tableau 8. Nombres d'Équivalents Temps Plein annuels rémunérés par catégorie de personnel et Pourcentages par rapport au nombre total d'ETP salariés d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), du Centre Anticancer et de la Clinique SSR, en 2021	58
Tableau 9. Grille de convergences et spécificités entre la théorie socio-économique et l'approche par les ressources	76
Tableau 10. Grille de convergences et spécificités entre les théories de la décision et la théorie socio-économique.....	79
Tableau 11. Partage des fonctions support de la Clinique SSR entre les repreneurs	97
Tableau 12. Budget prévisionnel initial de la Clinique SSR et actualisations de juin et août 2019	97
Tableau 13. Liste des administrateurs de la Clinique SSR et leurs métiers par établissement repreneur	98
Tableau 14. Capacité, activité et ressources humaines de la Clinique Court Séjour.....	100
Tableau 15. Capacité, activité et ressources humaines du Centre Anticancer	101
Tableau 16. Nos missions et fonctions dans les deux établissements terrains de recherche entre octobre 2017 et juin 2022.....	102
Tableau 17. Recherches-interventions menées dans les deux établissements	109
Tableau 18 Calendrier des recherches-interventions et des vagues de COVID-19.....	110
Tableau 19. Nombre et répartition des entretiens qualitatifs par sous-ensembles et par métier pour la recherche-intervention de la Clinique SSR.....	111
Tableau 20. Nombre de participations et rôle du chercheur dans les dispositifs de communication-coordination-concertation de la Clinique SSR entre février 2019 et juin 2022	114

Tableau 21. Tableau récapitulatif des types de matériaux par terrain de recherche	115
Tableau 22. Principales décisions d'augmentation de produits et de diminution de charges visibles	124
Tableau 23. Effectif médical mensuel moyen en nombre de personnes (code couleur) et en équivalents temps plein, de janvier 2020 à novembre 2021, de la Clinique SSR	130
Tableau 24. Évolution du prix moyen de journée de la Clinique SSR entre 2018 et 2021 et comparaison avec le taux d'inflation national	132
Tableau 25. Montants du résultat et des grands postes de produits et de charges du compte de résultat pour les exercices de 2019 à 2021	153
Tableau 26. Montants des produits et charges d'exploitation ramenés au nombre de journées d'hospitalisation facturées entre 2019 et 2021	154
Tableau 27. Évolution de la Contribution Horaire à la Valeur Ajoutée sur Coûts Variables (CHVACV) et de ses composants de 2019 à 2021	155
Tableau 28. Synthèse des coûts cachés par indicateur et par composant calculés sur la base de l'exercice 2019.....	164
Tableau 29. Évolution des dysfonctionnements majeurs identifiés par le diagnostic socio- économique entre octobre 2020 et décembre 2021	173
Tableau 30. Logiciels déployés dans le système informatique de la Clinique SSR.....	177
Tableau 31. Ensemble des dispositifs de communication-coordination-concertation de la Clinique SSR entre 2019 et 2022	180
Tableau 32. Ressources nécessaires à la création du plateau de consultation	190
Tableau 33. Bilan économique de l'activité du plateau de consultation entre novembre 2019 et décembre 2021	197
Tableau 34. Cibles et résultats réels du taux d'occupation et des recettes du plateau de consultation de 2019 à 2021.....	198
Tableau 35. Comparaison des ressources nécessaires et des ressources mobilisées.....	201
Tableau 36. Améliorations successives du processus d'admission	212
Tableau 37. Niveaux de certification possibles pour un établissement de santé et suite de la démarche de certification en fonction du niveau	219
Tableau 38. Réunions des groupes de travail préparatoires à la certification par thème	221
Tableau 39. Dispositifs d'audits d'évaluation du parcours patients	222
Tableau 40. Objectifs et actions décidés par les groupes de travail thématiques pour la certification	223
Tableau 41. Efforts de création et de mise à jour des documents internes.....	223
Tableau 42. Types de décisions repérés par grand domaine thématique.....	235
Tableau 43. Analyse détaillée des processus de décision observés par grands domaines thématiques.....	237
Tableau 47. Variables prises en compte dans les décisions observées	266

Tableau 45. Niveau de validation des sous-hypothèses pour le thème "Alliances et coopération"	326
Tableau 46. Niveau de validation des sous-hypothèses concernant la formation des décisions stratégiques et le choix stratégique	327
Tableau 47. Niveau de validation des sous-hypothèses du thème "Conduite du changement stratégique, tactique et opérationnel"	329
Tableau 48. Niveau de validation des sous-hypothèses du thème "Élargissement à la performance socio-économique"	332

Table des matières

Introduction générale	9
0.1 L'émergence du sujet de recherche	9
0.1.1 Quelques paradoxes actuels du système de santé	9
0.1.2 Notre parcours professionnel	11
0.1.3 Un questionnaire récurrent	13
0.1.4 Notre parcours doctoral	14
0.2 Définition de l'objet, du champ et de la problématique de la recherche	16
0.2.1 Problématique	16
0.2.2 Objet et champ de la recherche	19
0.2.3 Hypothèse centrale et corps d'hypothèses	20
0.3 Positionnement théorique, épistémologique et méthodologique	22
0.3.1 Cadre théorique	22
0.3.2 Positionnement épistémologique	23
0.3.3 Méthodologie générale	24
0.4 Fil conducteur et annonce du plan général	25
PARTIE 1. Cadre théorique et méthodologique	27
Chapitre 1 - Le système de santé français	29
1.1 La politique de santé et l'organisation du système de santé français	30
1.1.1 La politique et le système de santé	31
1.1.2 Les évolutions récentes : les réformes successives	32
1.1.3 Le système de régulation de l'activité hospitalière	36
1.1.3.1 Les régimes d'autorisation et de déclaration	37
1.1.3.2 Le financement des activités hospitalières	38
1.1.3.2.1 Un financement composite	38
1.1.3.2.1.1 Le dispositif de financement lié à l'activité	38
1.1.3.2.1.2 La rétribution des missions et les aides aux investissements	39
1.1.3.2.2. Le financement des Soins de Suite et Réadaptation (SSR)	40
1.2 Les parties prenantes majeures	43
1.2.1 Les acteurs institutionnels	43
1.2.1.1 L'État	43
1.2.1.2 Les organismes de financement	44
1.2.2 Les usagers	46
1.2.3 Les établissements sanitaires	48

1.2.3.1	Les missions et champs des établissements sanitaires _____	48
1.2.3.2	Statuts et stratégie _____	50
1.2.4	Les personnels hospitaliers _____	53
1.2.4.1	Les professionnels de santé _____	54
1.2.4.2	Le personnel non médical non soignant _____	56
Chapitre 2 -	<i>Deux cadres théoriques complémentaires : la Théorie socio-économique et l'Approche par les ressources</i> _____	61
2.1	La Théorie socio-économique _____	62
2.1.1	Une conception de l'organisation comme ensemble de comportements et structures _____	62
2.1.2	La place de l'information et de la communication dans la théorie socio-économique _____	65
2.1.3	Les informations stratégiques, tactiques et opérationnelles _____	69
2.2	L'approche par les ressources et les compétences _____	70
2.2.1	L'approche par les ressources _____	70
2.2.1.1	Le management des ressources, compétences et connaissances _____	72
2.3	Synthèse : Complémentarité, convergences et divergences des théories _____	74
2.3.1	Le rôle-clé des ressources, une convergence entre théorie socio-économique et approche par les ressources _____	74
2.3.2	Différentes approches de la décision _____	76
2.3.2.1	Les fondements des théories de la décision _____	77
2.3.2.2	Les décisions dans la théorie socio-économique _____	78
Chapitre 3 -	<i>Positionnement épistémologique et méthodologie de la recherche</i> _____	83
3.1	Positionnement épistémologique _____	83
3.1.1	Évolution personnelle de positionnement _____	83
3.1.2	Rapport au terrain de recherche : la convention CIFRE _____	85
3.1.2.1	Convention CIFRE : définition et caractéristiques générales _____	85
3.1.2.2	Atouts et écueils du dispositif CIFRE _____	87
3.1.3	Méthodologie de recherche-intervention _____	88
3.1.3.1	La complexité de l'objet de recherche _____	88
3.1.3.2	L'approche transformative _____	89
3.1.3.3	La recherche-intervention qualimétrique _____	90
3.1.3.3.1	Le lien qualitatif-quantitatif-financier _____	90
3.1.3.3.2	Trois piliers épistémologiques de la recherche-intervention qualimétrique _____	91
3.2	Présentation générale des terrains de recherche et de leur complémentarité _____	92
3.2.1	La Clinique SSR _____	93
3.2.1.1	Bref historique jusqu'au rachat _____	93

3.2.1.2	Les débuts du redressement : la première année de reprise (décembre 2018 – décembre 2019)	96
3.2.1.3	La stabilisation de l'organisation administrative	99
3.2.2	Les établissements repreneurs	100
3.2.2.1	La Clinique Court Séjour	100
3.2.2.2	Le Centre Anticancer	100
3.2.3	Nos missions et fonctions propres au sein des établissements	101
3.3	Méthodologie de la recherche doctorale	103
3.3.1	Méthodologie générale	103
3.3.1.1	Collecte des données	103
3.3.1.2	Les étapes de la recherche-intervention socio-économique	104
3.3.1.2.1	Le diagnostic socio-économique	105
3.3.1.2.2	Le projet d'amélioration socio-économique	107
3.3.2	Méthodologie opératoire	109
3.3.2.1	Recherches-interventions menées dans les deux établissements	109
3.3.2.2	Activités au long cours et dispositifs de distanciation	113
3.3.2.3	Sélection des données pour l'analyse	116
Partie 2. Une complémentarité insuffisante entre informations, décisions et mises en œuvre observées		121
Chapitre 4 - Une analyse organisationnelle du cas Clinique SSR		123
4.1	Les principales décisions de gestion financière entre 2018 et 2021	123
4.1.1	La reprise de l'activité	124
4.1.1.1	Les mises à niveau nécessaires	125
4.1.1.2	Les évènements marquants	127
4.1.2	Les actions visant à augmenter les ressources	131
4.1.2.1	Le cadre réglementaire à impact économique	131
4.1.2.2	Les axes des décisions prises pour développer les produits	135
4.1.2.3	L'utilisation des informations dans la prise de décisions d'augmentation des produits	137
4.1.3	Les actions de diminution des charges	140
4.1.3.1	Les axes des décisions prises	140
4.1.3.2	Les processus de prise de décision	143
4.1.4	Le pilotage économique de l'établissement	144
4.1.4.1	Les indicateurs de pilotage de la performance économique observés	145
4.1.4.2	Les modalités du pilotage observé	149
4.1.5	Une analyse panoramique de la situation économique et financière en termes de coûts et performances visibles	153
4.1.5.1	Le compte de résultat	153
4.1.5.1.1	L'évolution sur trois exercices	153

4.1.5.1.2	Les causes directes identifiables _____	155
4.1.5.2	Les bilans _____	156
4.1.5.3	L'influence réciproque de la situation économique sur la stratégie _____	156
4.2	Les principaux apports du diagnostic socio-économique réalisé en 2019 – 2020 _____	158
4.2.1.1	Les informations nouvelles pour les administrateurs _____	158
4.2.1.2	Les informations nouvelles pour le directeur _____	162
4.2.1.3	Les informations nouvelles relatives à l'ampleur des dysfonctionnements _____	162
4.2.1.3.1	Les informations qualitatives et quantitatives _____	162
4.2.1.3.2	Les coûts et performances cachés _____	164
4.2.2	Les apports du diagnostic socio-économique à la dynamique organisationnelle _____	166
4.2.3	Les limites _____	171
4.2.3.1	Les attentes non satisfaites par la présentation du diagnostic _____	171
4.2.3.2	Un point d'avancement un an après le diagnostic _____	172
4.3	L'analyse du système général de Communication-Coordination-Concertation _____	175
4.3.1	Le système informatique _____	176
4.3.2	Les dispositifs de Communication-Coordination-Concertation _____	179
4.3.3	Les périmètres et fonctions des dispositifs de Communication-Coordination-Concertation _____	181
4.3.3.1	Les personnels concernés par les dispositifs de Communication-Coordination-Concertation _____	181
4.3.3.2	Les personnels non impliqués dans les dispositifs _____	183
4.3.3.3	Les fonctions des dispositifs de Communication-Coordination-Concertation observés _____	184
Chapitre 5 - Analyse approfondie de quelques décisions et situations de gestion au sein de l'établissement 187		
5.1	La création d'un plateau de consultation _____	187
5.1.1	Les enjeux socio-économiques du plateau de consultation _____	187
5.1.2	Une phase initiale de collecte d'informations _____	189
5.1.2.1	Le recensement des ressources _____	189
5.1.2.2	La négociation avec des partenaires internes et externes _____	191
5.1.3	Les décisions-clés _____	192
5.1.3.1	Une logique économique ciblée sur les recettes visibles _____	192
5.1.3.2	Les acteurs des décisions _____	194
5.1.4	Une mise en œuvre avec des écarts importants _____	196
5.1.4.1	Un résultat économique en deçà des attentes _____	196
5.1.4.2	La modification du positionnement stratégique et l'adaptation opérationnelle _____	199
5.1.4.3	Les points d'amélioration après la mise en œuvre _____	200
5.1.5	Conclusion _____	202
5.2	L'amélioration de l'outil de planification des entrées/sorties _____	203
5.2.1	Les problèmes initiaux et les enjeux (décembre 2018 – 2019) _____	203

5.2.2	L'admission : un processus complexe	205
5.2.2.1	Les acteurs du processus d'admission	205
5.2.2.2	Un processus majeur	207
5.2.3	Les adaptations successives du processus d'admission	209
5.2.3.1	La mise en place d'indicateurs	210
5.2.3.2	Les changements consécutifs au contrôle des admissions	211
5.2.4	Une dégradation de l'utilisation de l'outil de planification	213
5.2.4.1	La rotation des acteurs critiques	213
5.2.4.2	Un outil de gestion non SIOFHIS rendant l'organisation vulnérable	214
5.3	La certification de l'établissement par la Haute Autorité en Santé	217
5.3.1	Le contexte réglementaire et les enjeux de la certification	217
5.3.2	La démarche de certification	218
5.3.2.1	Les modalités de certification par la Haute Autorité en Santé	218
5.3.2.2	Les dispositifs de préparation mis en place par l'établissement	219
5.3.3	Une réelle dynamique d'amélioration	220
5.3.3.1	Une mobilisation réelle	220
5.3.3.2	Des réalisations conséquentes	222
5.3.4	Un résultat en demi-teinte	224
5.3.4.1	Certification sous conditions	224
5.3.4.2	Les difficultés rencontrées	225
5.3.4.3	Un dispositif d'urgence sans lendemain ?	226
PARTIE 3. L'ascenseur stratégique : concept et applications		231
Chapitre 6 - Proposition d'interprétation des processus et contenus des décisions		233
6.1	Résultats : les types de décisions repérés	234
6.2	Les "pannes d'ascenseur" et leurs facteurs explicatifs	236
6.2.1	Les manques d'information-communication-intégration en amont des décisions	241
6.2.1.1	La nature des informations utilisées ou non dans les décisions observées	241
6.2.1.2	Les acteurs impliqués dans les prises de décisions observées	242
6.2.2	Les manques d'information-communication-intégration entre les décisionnaires et les acteurs de la mise en œuvre	244
6.2.3	Les manques d'information-communication-intégration sur l'évaluation <i>ex post</i>	245
6.2.4	La systémique et la dynamique temporelle dans l'articulation informations-décisions-actions	247
6.2.4.1	La systémique	247
6.2.4.2	Le manque de prise en compte de la dynamique temporelle dans les décisions	249
6.3	Interprétation et confrontation théorique des résultats	251
6.3.1	Les pannes d'ascenseur	251
6.3.1.1	Une circulation d'informations déficiente	251

6.3.1.2	Une émission et une réception d'informations inadaptées _____	253
6.3.1.3	Une absence de gestion des boucles de rétroactions _____	254
6.3.2	La gestion des ressources _____	256
6.3.2.1	Les ressources stratégiques, ordinaires et critiques _____	257
6.3.2.2	Le management des ressources humaines _____	260
6.3.2.3	Les processus de décision : une ressource stratégique _____	261
6.3.3	Les ressources multidimensionnelles de la décision de gestion socio-économique _____	263
6.3.3.1	Les ressources comme variables de la décision _____	263
6.3.3.2	Les variables décisionnelles observées _____	265
6.3.4	Complémentarité entre théorie des ressources et théorie socio-économique _____	269
6.3.4.1	Les apports de la théorie des ressources _____	269
6.3.4.2	Les apports de la théorie socio-économique _____	269
6.3.4.3	L'enrichissement réciproque des deux théories _____	270
6.4	Vers une meilleure performance des processus de décision _____	271
6.4.1	Les principes généraux _____	272
6.4.2	Les axes prioritaires d'amélioration _____	276
6.4.2.1	Activer les ressources pertinentes _____	276
6.4.2.2	Mettre les acteurs en relations _____	277
6.4.2.3	Intervenir sur l'organisation dans sa complexité _____	279
Chapitre 7 -	<i>Les implications managériales de la recherche</i> _____	285
7.1	Les implications au sein de l'organisation hospitalière _____	285
7.1.1	Manager toutes les ressources _____	286
7.1.1.1	La stratégie comme fondement _____	286
7.1.1.2	Le management du potentiel humain _____	290
7.1.2	Piloter et contrôler pour évaluer, adapter et apprendre _____	294
7.1.2.1	Un contrôle de gestion interactif _____	294
7.1.2.2	Le pilotage du potentiel humain _____	298
7.1.3	Organiser la communication-négociation-coordination-concertation _____	300
7.1.3.1	Les principes _____	300
7.1.3.2	Les dispositifs et outils _____	301
7.2	Les implications au niveau de la gouvernance hospitalière _____	303
7.2.1	Le management de la gouvernance de la coopération _____	304
7.2.2	Le management de la direction par la gouvernance _____	307
7.2.3	Le management de la gouvernance par la direction _____	311
7.3	Les implications au niveau des pouvoirs publics en charge de la santé _____	313
7.3.1	Organiser la coopération interprofessionnelle _____	314
7.3.2	Former au management réel _____	316

Chapitre 8 - Conclusion générale	321
8.1 Synthèse de la recherche	321
8.1.1 Problématique, objet de recherche, hypothèses de recherche	321
8.1.2 Positionnement épistémologique et méthodologique	322
8.1.3 Les cadres théoriques et leur complémentarité	323
8.1.4 Les principaux résultats	325
8.1.5 Discussion des résultats	333
8.2 Principales contributions de la recherche	334
8.2.1 Contributions théoriques	334
8.2.2 Contributions managériales	335
8.3 Limites et perspectives de la recherche	336
8.3.1 Limites	336
8.3.2 Perspectives	338
Liste des abréviations	339
BIBLIOGRAPHIE	341
Table des encadrés	355
Table des figures	357
Table des tableaux	359
Table des matières	363
ANNEXES	371
Table des annexes	373
Annexe A. Corps d'hypothèses	375
Annexe B. Guide d'entretien semi-directif – Diagnostic socio-économique Clinique SSR	387
Annexe C. Guide d'entretien semi-directif – Diagnostic Direction de l'exploitation Centre Anticancer	388
Annexe D. Liste de l'ensemble des matériaux de terrain : Clinique SSR et Centre Anticancer	389
Annexe E. Liste des matériaux de terrain étudiés pour chaque situation de gestion sélectionnée (Chapitre 4 et 5)	392
Annexe F. Tarifs des prestations, attribués au titre d'avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens – Clinique SSR 2018 – 2021	394

Annexe G. Tableau des gains sur charges escomptés pour les exercices 2020 à 2022 présenté au Conseil d'Administration de la Clinique SSR de décembre 2020	395
Annexe H. Diagnostic socio-économique intégral de la Clinique SSR conduit en 2020	396
Annexe I. Synthèse du diagnostic socio-économique - Présentation au Conseil d'Administration Clinique SSR	516
Annexe K. Outil de gestion des entrées-sorties de patients (extrait)	543
Annexe L. Projet d'innovation socio-économique. Suivi du diagnostic	545

ANNEXES

Table des annexes

- Annexe A. Corps d'hypothèses
- Annexe B. Guide d'entretien semi-directif diagnostic Clinique SSR
- Annexe C. Guide d'entretien semi-directif diagnostic Direction Exploitation Centre Anticancer
- Annexe D. Liste de l'ensemble des matériaux de terrain : Clinique SSR et Centre Anticancer
- Annexe E. Liste des matériaux de terrain étudiés pour chaque situation de gestion sélectionnée (Chapitre 4 et 5)
- Annexe F. Tarifs des prestations attribués au titre d'avenant au Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens de la Clinique SSR de 2018 à 2021
- Annexe G. Tableau des gains sur charges escomptés pour les exercices 2020 à 2022 présenté au Conseil d'Administration de la Clinique SSR de décembre 2020
- Annexe H. Diagnostic socio-économique intégral de la Clinique SSR conduit en 2020
- Annexe I. Synthèse du diagnostic socio-économique - Présentation au Conseil d'Administration Clinique SSR
- Annexe J. Avis d'expert initial (2020)
- Annexe K. Outil de gestion des entrées-sorties de patients (extrait)
- Annexe L. Projet d'innovation socio-économique - Suivi du diagnostic

Annexe A. Corps d'hypothèses

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
ALLIANCES et COOPÉTITION (.1)				
ALLIANCES et COOPÉTITION		HD1.1 Les décisions stratégiques dans le cadre d'une alliance, en particulier dans celui d'un cadre coopétitif, sont prises en accord avec les repreneurs.	HE1.1.1 Les décisions stratégiques d'une entreprise commune sont prises de manière à permettre une synergie entre les différents partenaires impliqués.	
			HE1.1.2 Le fonctionnement visé de l'entreprise commune apporte un avantage concurrentiel aux trois partenaires en leur permettant d'augmenter leur activité et leur valeur ajoutée.	
		HD1.2 La coopétition fait l'objet d'un processus d'apprentissage pour organiser les zones de collaborations, lesquels génèrent des coûts et des essais et erreurs.	HE1.2.1 Le besoin de coordination entre partenaires et entre leurs services dépend de l'organisation du partenariat (gouvernance et services fonctionnels et opérationnels).	HP1.2.1 La mise en place de dispositifs de coordination formalisés entre les partenaires réduit les coûts cachés en accélérant l'apprentissage des partenaires.
		HD1.3 Les moyens consentis par les services support directement impliqués dans l'alliance sont inconstamment adaptés aux besoins des deux établissements.	HE1.3.1 La collaboration active des services supports externes génère des difficultés pour le personnel des deux repreneurs.	HP1.3 Lorsque la communication sur les décisions stratégiques prises irrigue l'ensemble des collaborateurs des trois entités et est suffisamment transparente, elle réduit les conflits de loyauté.
			HE1.3.2 Lorsque la mise en œuvre de la décision stratégique implique des personnels des repreneurs, leur acceptation et leur implication dépendent de leur confiance dans le fait que cette décision ne nuit pas aux intérêts de leur propre organisation (repreneurs).	
		HD1.4 La communication opérationnelle entre les acteurs des entreprises impliquées est incomplète et empreinte de rétention d'informations, source de coûts cachés.	HE1.4.1 La crainte de la concurrence dans la coopétition limite la créativité des coopétiteurs dans la structuration de l'organisation.	HP1.4.1. La négociation de règles de fonctionnement claires entre les partenaires facilite les relations opérationnelles en sécurisant les informations sensibles ou non.
		HD1.5. Seule l'atteinte de l'objectif qui a motivé l'alliance donne lieu à un pilotage quantitatif car il correspond aux préoccupations immédiates des établissements repreneurs.	HE1.5.1 Les indicateurs de pilotage sont gérés par l'entreprise commune.	HP1.5 La définition et le partage d'indicateurs de performance globale sur l'entreprise reprise entre les trois partenaires améliorent la performance et la qualité de la communication entre eux.

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
FORMATION DES DECISIONS STRATEGIQUES (2)				
FORMATION DE LA DÉCISION STRATEGIQUE		HD2.1 La conception que les acteurs ont spontanément de la stratégie est différente de l'un à l'autre. Leurs conceptions ne se recouvrent pas totalement ce qui engendre un décalage entre l'activité réelle et celle qui est visée par les décisions stratégiques.	HE2.1.1 La conception que les acteurs ont spontanément de la stratégie est différente du concept académique.	
		HD2.2 La formation de la décision stratégique naît de la perception de la nécessité de faire évoluer l'entreprise, rarement observée dans les organisations hospitalières.	HE2.2.1 Les organisations hospitalières se sentent faiblement menacées dans leur existence.	
		HD2.3 Les informations nécessaires à la formation de la décision stratégique sont partiellement connues de tous les acteurs concernés par sa mise en œuvre.	HE2.3.1 Les salariés possèdent des éléments d'information pertinents sur l'environnement externe et sur le fonctionnement interne qui ne sont pas connus de la direction.	HP2.3.1 Lorsque les décisions prennent en compte toutes les données disponibles par des moyens raisonnables, elles sont adaptées à la réalité et aux objectifs qui les motivent.
			HE2.3.2 Le temps restreint consenti pour la prise de décision diminue la quantité et la qualité des informations recueillies pour sa formation.	
			HE2.3.3 La décision stratégique prend appui sur des informations existantes, disponibles immédiatement, et sur des informations qui réclament un effort de mobilisation ou de construction.	HP2.3.3 La coordination organisée des informations montantes et descendantes et le management global sont des facteurs clés de la réussite de la restructuration d'un établissement de santé déficitaire.
		HD2.4 La formation de la décision stratégique est d'autant moins bien informée qu'elle se fait dans un temps restreint.	HE2.4.1 Les décisionnaires n'ont pas conscience que l'information sur laquelle ils se fondent est incomplète.	HP2.4.1 Lorsque la formation des dirigeants est adaptée aux enjeux auxquels ils ont à faire face, la stratégie est adaptée à la situation réelle.
			HE2.4.2 Les motifs qui sont à l'origine de la formation de la décision stratégique dictent la chronologie de la prise de décision et de sa mise en œuvre.	
			HE2.4.3 La formation de la décision stratégique repose sur ce que l'équipe dirigeante perçoit comme allant de soi ou comme du bon sens compte tenu de ses connaissances.	

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
FORMATION DES DECISIONS STRATEGIQUES (2)				
FORMATION DE LA DÉCISION STRATEGIQUE		HD2.5 La formation de la décision stratégique s'appuie sur des informations partielles à la fois internes et externes.	HE2.5.2 L'information de la décision stratégique s'appuie sur un processus peu formalisé, qui part d'une intuition ou d'une injonction, et qui dépend beaucoup des compétences des dirigeants.	
		HD2.6 Des décisions sont prises sur la base d'informations incomplètes en provenance du terrain, informations qui existent mais ne sont pas recueillies ou ne parviennent pas jusqu'aux décisionnaires.	HE2.6.1 Les décisions sont prises avec une recherche restreinte des informations en provenance des niveaux hiérarchiques inférieurs.	
			HE2.6.2 Les décisionnaires n'ont pas confiance dans la fiabilité des informations communiquées par des subordonnés car ils les considèrent comme une opinion (subjective).	HP2.6.2 L'optimisation du processus de décision et de mise en œuvre de celle-ci nécessite des flux d'informations multidirectionnels au sein de l'entreprise, organisés par des dispositifs de communication entretenus.
			HE2.6.3 La qualité de la décision stratégique dépend du temps passé à la collecte et à l'intégration des informations.	HP2.6.3 Lorsque le processus de formation de la décision implique plusieurs personnes de compétences complémentaires, la décision est de meilleure qualité dans un temps chronologique équivalent.
		HD2.7 Les décisions stratégiques ont des conséquences opérationnelles non souhaitées et adverses.	HE2.7.1 La définition et les déclinaisons tactiques et opérationnelles de la stratégie sont décidées par la direction en mode essentiellement descendant.	HP2.7 La décision stratégique fondée sur la connaissance fine des ressources internes de l'entreprise permet d'anticiper et de réduire partiellement les difficultés de mise en œuvre.
		HD2.8 Les tutelles jouent un rôle important dans la formation des décisions stratégiques de tout établissement sanitaire. Les repreneurs sont également parties prenantes dans ces décisions.	HE2.8.1 Les tutelles limitent l'autonomie stratégique des établissements sanitaires par le biais des régimes d'autorisation d'exercice et de la fixation des tarifs des remboursements de l'Assurance Maladie.	HP2.8.1 Lorsque la formation des décisions stratégiques s'appuie sur la connaissance du cadre réglementaire et sur l'avis des tutelles, leur mise en œuvre intervient plus rapidement et plus efficacement.

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CHOIX STRATÉGIQUE (.3)				
		HD3.1 Les choix stratégiques d'un établissement sanitaire sont fortement contraints par sa situation économique. Ses marges de manœuvre sont perçues comme très restreintes.	HE3.1.1 La situation économique contraint drastiquement la créativité des dirigeants dès la formation de la décision stratégique.	HP3.1 Lorsque les choix stratégiques liés à la restructuration sont opérés par une équipe dirigeante consciente de l'environnement réel et des conséquences à court et moyens termes des décisions prise ou non prises, le redressement est opéré plus rapidement, plus efficacement et de manière plus efficiente.
		HD3.2 Les difficultés pour modifier les structures internes et la perception des risques liés à ce changement conduisent à l'inertie.	HE3.2.1 Les choix de restructuration (au sens de changement opéré dans les structures de l'entreprise) sont fortement influencés par la peur de mouvements sociaux ou d'actions en justice individuelles des salariés.	
		HD3.3 Parmi les choix stratégiques disponibles, le facteur "coûts" visibles est dominant.	HE3.1.1 Les dispositifs de contrôle de gestion et de calculs de coûts cachés sont très inégalement mis en œuvre dans les établissements de santé.	
		HD3.4.1 La limitation de variété des profils de patients est guidée par une logique de diminution des coûts annexes non pris en charge ni par la caisse primaire d'assurance maladie ni par les patients.		

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
		COMMUNICATION DES BUTS		
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	COMMUNICATION DES BUTS	HD4.1 La stratégie réelle des dirigeants d'un établissement sanitaire n'est pas connue des acteurs de terrain, ce qui conduit à des décisions opérationnelles qui ne sont pas synergiques avec les décisions stratégiques.	HE4.1.1 La stratégie proactive est écrite dans le projet médico-stratégique alors que les objectifs énoncés régulièrement oralement sont réactifs.	
			HE4.1.2 Le contenu du projet médico-stratégique est écrit à destination des parties prenantes externes et ne sert pas de feuille de route interne. Il vise à rassurer des parties prenantes davantage qu'à être implanté.	
			HE4.1.3 La direction conserve le secret sur sa stratégie externe par peur d'actions offensives des établissements concurrents sur le territoire local.	
			HE4.1.5 Ne pas formaliser précisément la stratégie permet de la modifier plus aisément en fonction de l'évolution de l'environnement interne et externe.	
			HE4.1.6 Le système de tarification est tellement complexe et instable que la stratégie des établissements de santé est une navigation à vue, un "chemin faisant" interne.	

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE				
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE	HD4.2 Le personnel de base et parfois l'encadrement s'avèrent peu mobilisés pour mettre en oeuvre les changements.	HE4.2.1 La connaissance et la compréhension des buts poursuivis par l'hôpital sont nécessaires à la mise en œuvre des changements découlant de la stratégie.	HP4.2.1 La mise en œuvre stratégique nécessite l'explicitation d'un plan d'actions stratégiques internes et externes et sa communication adaptée, à chaque étape, à chaque niveau et à chaque échéance.
			HE4.2.2 Certaines décisions stratégiques sont incomprises par les acteurs de terrain par manque de cohérence de la déclinaison opérationnelle avec les objectifs annoncés.	
			HE4.3.2 La déclinaison opérationnelle de la décision stratégique n'est ni communiquée ni anticipée lors de la décision, par peur des résistances au changement ou de conflits sociaux, ou tout simplement pas prise en compte.	
		HD4.4 Les pratiques stratégiques réelles sont jugées peu efficaces par les parties prenantes.	HE4.4.1 Les employés perçoivent des menaces de l'environnement auxquelles la direction n'apporte pas de réponse.	HP4.4.1 Même restreinte à une seule filière (département), la communication sur la stratégie n'est efficace que si elle est exprimée et portée durablement par la direction générale.
		HD4.5 Les nombreux changements initiés ne sont pas rigoureusement déployés.	HE4.5.1 L'absence d'accompagnement opérationnel des changements génère des résistances majeures à leur mise en œuvre.	
			HE4.5.2 La déclinaison opérationnelle de la décision stratégique n'est ni communiquée ni anticipée lors de la décision, par peur des résistances au changement ou de conflits sociaux.	

		THÈME SOUS-THÈME	Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
		CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)			
		PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE			
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE		HE4.5.3 Les décisions stratégiques prises par réaction à l'environnement externe, sans considération fine des ressources internes nécessaires et présentes, rencontrent des difficultés de mise en œuvre non anticipées, qui les rendent peu ou pas opérantes.	HP4.5.3 Lorsque l'analyse des ressources et des modalités internes présentes et/ou nécessaires est fine et adaptée aux décisions stratégiques, leur niveau de mise en œuvre est plus proche de l'objectif défini.	
		HD4.6 Le niveau des coûts cachés créés lors de la mise en œuvre des changements est important.	HE4.6.1 La pression budgétaire crée des comportements contre-productifs en ce qu'ils font naître des coûts cachés importants comparés aux bénéfices attendus par la décision qui les crée.		
			HE4.6.2 Les coûts cachés liés aux décisions sont augmentés par le manque de rigueur et de suivi de leur mise en œuvre.		
		HD4.7 Les décisions stratégiques excluent les transformations de structures internes, ce qui nuit à leur efficacité et donc à la performance.	HE4.7.1 Les dirigeants espèrent que les décisions stratégiques suffiront à générer les modifications de structures nécessaires à leur mise en œuvre, par « ruissellement naturel » des impératifs de cette mise en œuvre.	HP4.7.1 Les décisions stratégiques qui prennent en compte les modifications de structure de l'organisation nécessaires pour leur mise en œuvre sont plus efficaces parce que menées plus rapidement et plus facilement à leur terme.	
		HD4.8 La courbe d'apprentissage et les temps d'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre des changements ne sont pas pris compte au moment de la décision stratégique.	HE4.8.1 Les besoins d'évolution dans les compétences rendues nécessaires par les décisions stratégiques sont mal connues et non évaluées au moment de la décision.	HP4.8.1 Le temps est un élément majeur à prendre en compte dans la mise en œuvre des décisions.	
		HD4.9 Les contraintes matérielles et les processus à adapter pour mettre en œuvre les décisions stratégiques ne sont pas pris en considération dans ces décisions.	HE4.9.1 Les informations sur les conséquences concrètes dans les tâches quotidiennes ne sont pas recherchées avant les prises de décisions stratégiques.	HP4.9.1 La mise en œuvre des décisions stratégiques nécessite une ingénierie.	

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	ACTEURS EN CHARGE DE LA MISE EN OEUVRE			
	ACTEURS EN CHARGE DE LA MISE EN OEUVRE	HD4.10 L'adhésion des médecins est recherchée prioritairement par rapport à celle des autres catégories d'acteurs de terrain.	HE4.10.1 Les oppositions aux changements mises en place par les médecins ont des conséquences visibles plus importantes pour la performance des établissements sanitaires.	
		HD4.11 La décision et la mise en œuvre sont confiées à des acteurs différents, sans dispositif de pilotage coordonné de la décision et de sa mise en œuvre.	HE4.11.1 La mise en œuvre est confiée à des responsables de niveaux de responsabilités inadaptés aux décisions à faire appliquer.	HP4.11.1 Lorsque la mise en œuvre stratégique est pilotée au même niveau que le niveau de décision, l'application et l'évaluation sont effectives et conformes.
		HD4.12 Les décisions de changement d'organisation et de pratiques prises par les médecins en position de responsabilité opérationnelle et hiérarchique, sont peu appliquées par les autres médecins.	HE4.12.1 Les comportements et les décisions des médecins chargés de responsabilités opérationnelles en faveur de l'organisation collective sont perçus comme menaçant les objectifs inavoués d'autres médecins.	
		HD4.13 Les médecins en position de responsabilité opérationnelle ou hiérarchique sont perçus par les autres comme proches de la direction et suspectés de ne pas être solidaires, c'est-à-dire de ne pas servir les intérêts des médecins.	HE4.13.1 Les médecins ont des objectifs divergents entre eux. La divergence est passée sous silence est travestie en défense d'intérêts supérieurs (de corps, de patients...).	
		HD4.14 La stratégie des établissements sanitaires est polarisée autour de deux pôles : les médecins d'une part et les directeurs d'autre part. Chaque partie exprime seulement une part de ses objectifs. Certains restent tuts, ce qui concourt à des pratiques allant à l'encontre des intérêts de l'autre partie.	HE4.14.1 Les médecins et la Direction ont des objectifs non exprimés non convergents.	
		HD4.15 Les positions, postures et jeux de pouvoirs entre directeur des affaires médicales, directeurs de département (pôles) et président de commission médicale d'établissement s'ajustent pour tendre vers le <i>statu quo</i> , ce qui	HE4.15.1 Le pouvoir hiérarchique d'un chef de service ou d'un médecin coordinateur est refusé et contrecarré parce qu'il prive les autres médecins du contrôle d'une partie de leur marge de manœuvre.	HP4.15.1 La négociation d'objectifs communs est de nature à améliorer l'implication des médecins dans la performance.
		HD4.22 Certains comportements et décisions, y compris médicales, de certains médecins vont à l'encontre des intérêts de l'établissement sans être pour autant en faveur des patients.	HE4.22.1 La vision des médecins de la restructuration est éloignée de celle de la direction.	

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES			
	MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	HD4.17 Plus l'encadrement est éloigné des acteurs de terrain, plus il méconnaît les individus, les tâches confiées et la manière dont elles sont réellement exécutées .		
		HD4.18 Le manque de présence managériale auprès d'une équipe de travail fait émerger des leaders spontanés, qui tendent à s'opposer au management de l'organisation hospitalière.		
		HD4.19 Les compétences techniques priment toutes les autres pour la nomination des personnels médicaux et paramédicaux à des postes d'encadrement.		
		HD4.20 Certains responsables, y compris de niveaux hiérarchiques élevés, et de nombreux médecins considèrent que le management relève du bon sens et ne s'apprend pas.		HP4.20 Le management des ressources humaines est une activité à part entière qui nécessite des compétences spécifiques.
		HD4.21 La gestion des ressources humaines à l'hôpital repose sur de nombreux paramètres quantitatifs (ETP, masse salariale...)	HE4.21.1 Le potentiel de développement des individus est négligé.	
			HE4.21.2 Les établissements sanitaires sont des bureaucraties qui refusent l'adhocratie.	

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES				
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	HD4.23 Les ressources humaines internes sont considérées comme des obstacles plutôt que comme des sources de performance.	HE4.23.1 L'investissement nécessaire dans le management des ressources humaines est sous-estimé.	HP4.23.1 Le management du potentiel humain est une source de création de performance durable.
		HD4.24 La charge de travail est un enjeu non exprimé dans les négociations avec les personnels de terrain.	HE4.24.1 La charge de travail réelle n'est pas mesurée.	
		HD4.25 La mobilisation des ressources humaines est faite sans lien avec les objectifs stratégiques.		
		HD4.26 Les directeurs ne gèrent pas les conflits tant qu'ils ne génèrent pas une violence visible par eux.	HE.4.26.1 La structure démographique des établissements sanitaires a des caractéristiques communes avec une adhocratie mais la structure organisationnelle n'est pas cohérente avec la structure démographique.	
		HD4.27 Le refus d'un directeur général de gérer les conflits, y compris au sein du comité de direction, entretient des comportements défavorables à la performance globale de l'établissement sanitaire.	HE4.27.1 La gestion défensive des êtres humains au travail génère le statu quo par l'intensification de leur ancrage dans la zone de confort de chaque individu et des collectifs de travail.	HP4.27.1 La qualité de la communication-coordination-concertation au sein d'une équipe de direction affecte la performance globale d'un établissement sanitaire.
		HD4.28 La fonctionnement en silo des membres d'une équipe de direction nécessite, par essence, la coordination de la direction générale sur les problèmes et projets transversaux ou globaux.		HP4.28.1 La discipline managériale est un facteur de succès ou d'échec très largement sous-estimé et donc peu investi par les dirigeants lors d'un redressement.

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
ÉLARGISSEMENT à la PERFORMANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE / COÛTS PERFORMANCES VISIBLES et CACHÉS (.5)				
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	ÉLARGISSEMENT à la PERFORMANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE / COÛTS PERFORMANCES VISIBLES et CACHÉS (.5)	HD5.1 Les indicateurs opérationnels de production prévisionnels et réels des établissements sanitaires n'existent pas ou sont inutilisés pour organiser les activités.	HE5.1.1 L'informatisation du système d'information à l'hôpital se fait en réponse aux injonctions de remontée d'informations aux tutelles, sans analyse précise des besoins internes pour le pilotage.	
			HE5.1.2 Le contrôle de gestion hospitalier est structuré selon la T2A (tarification à l'activité) et non, en fonction des besoins du management et du pilotage économique propres à chaque établissement.	
		HD5.2 La performance globale des établissements sanitaires n'est pas connue (identifiée, repérée, mesurée ?).	HE5.2.1 Seule la performance économique court terme est prise en considération.	
		HD5.3 Le pilotage des établissements de santé est fondé sur les taux d'occupations des lits et les recettes.	HE5.3.1 La conception et le suivi d'un contrôle de gestion nécessitent des moyens humains et une organisation spécifique du système d'informations.	HP5.3.1 La conception et le suivi d'indicateurs de pilotage des coûts et des recettes permet d'améliorer la qualité du pilotage.
			HE5.3.2 Les dispositifs de contrôle de gestion et calculs de coûts et performances cachés sont très inégalement mis en œuvre dans les établissements de santé.	
		HD5.4 L'absence de pilotage des coûts menace la performance globale de l'établissement sanitaire.		
		HD5.5 Les coûts visibles sont connus et analysés <i>a posteriori</i> , sans décisions d'actions.		
		HD5.6 Le niveau des coûts cachés est élevé dans les établissements sanitaires.	HE5.6.1 Les coûts et performances cachés ne sont pas connus, pas recherchés et pas pris en compte dans les décisions stratégiques, tactiques et opérationnelles.	
			HE5.6.2 Le contrôle de gestion est peu développé dans les établissements sanitaires sans but lucratif, au-delà du contrôle budgétaire.	HP5.6.2 Grâce au contrôle de gestion et au suivi des coûts et performances cachés, le pilotage de l'organisation est adapté aux besoins d'améliorations réel.

THÈME SOUS-THÈME		Hypothèses DESCRIPTIVES	Hypothèses EXPLICATIVES	Hypothèses PRESCRIPTIVES
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL (.4)				
ÉLARGISSEMENT à la PERFORMANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE / COÛTS PERFORMANCES VISIBLES et CACHÉS (.5)				
CONDUITE DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE, TACTIQUE et OPÉRATIONNEL	ÉLARGISSEMENT à la PERFORMANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE / COÛTS PERFORMANCES VISIBLES et CACHÉS (.5)	HD5.7 De nombreux dysfonctionnements affectent la performance sociale des établissements sanitaires.	HE5.7.1 La performance sociale n'est pas mesurée.	
		HD5.8 La performance sociale n'est pas prise en considération dans les décisions stratégiques et tactiques.	HE5.8.1 La performance sociale est perçue comme allant à l'encontre de la performance économique.	HP5.8.1 Le pilotage de la performance sociale, concomitamment à la performance économique, améliore la performance globale de l'entreprise.
		HD5.9 L'absence de prise en considération des variables de performances sociales dégrade la performance économique des établissements sanitaires.		
		HD5.10 Le concept de "performance" est connoté très différemment selon les fonctions exercées dans un établissement sanitaire.	HE5.10.1 La définition de la performance n'est pas coconstruite ni clairement définie et partagée.	
		HD5.11 Les soignants considèrent la performance économique comme incompatible avec la qualité des soins.		
		HD5.12 L'absence de pilotage des coûts menace la performance globale de l'établissement sanitaire.		
		HD5.13 Le pilotage opérationnel est détaché des indicateurs de performance et des indicateurs économiques de l'établissement sanitaire plus généralement.	HE5.13.1 Les indicateurs économiques ne sont pas mis à disposition des acteurs de terrain, ni adaptés à leurs besoins de pilotage opérationnel.	
		HD5.14 La direction et la managers opérationnels utilisent des indicateurs de pilotage différents, qui ne sont pas interconnectés et ne sont pas communiqués aux autres strates hiérarchiques.		

Annexe C. Guide d'entretien semi-directif – Diagnostic Direction de l'exploitation Centre Anticancer

Pointage, observations	Thèmes à aborder	Exemples de questions	Objectifs des thèmes
<p>✓ 10 min : introduction</p> <p>✓ 40 min : écoute, relances éventuelles</p> <p>✓ 10 minutes de conclusion</p>	<p><u>Introduction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Description du déroulement de l'entretien : 1h. Prise de notes exhaustives. Anonymisation de toutes les données. ✓ Entretien orienté vers les dysfonctionnements rencontrés par la personne, dans son quotidien de travail, concernant les approvisionnements, achats et services techniques. ✓ 6 grands thèmes de dysfonctionnements que nous souhaitons aborder : les CONDITIONS DE TRAVAIL, l'ORGANISATION DU TRAVAIL, la GESTION DU TEMPS, la COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION, la FORMATION INTEGRÉE et la MISE EN ŒUVRE STRATÉGIQUE. Je vous écoute sur tous ces sujets. <p>Remerciements pour la participation, la richesse des éléments apportés. Traitement des données après fin des entretiens. Présentation des résultats à toutes les personnes interviewées.</p>	<p>Comment se passent les approvisionnements dans votre secteur ?</p> <p>Comment se passent les prestations d'achat, de maintenance dans votre secteur ?</p> <p>Quelles difficultés rencontrez-vous avec ces prestations ou ces prestataires ?</p> <p>Quels impacts ces problèmes ont sur votre travail ?</p>	<p>Recueillir un maximum de dysfonctionnements qualitatifs. Veiller à balayer les 6 thèmes, qui couvrent l'ensemble des dysfonctionnements d'une organisation.</p> <p>Rassurer sur l'anonymat.</p> <p>Eviter absolument la recherche de coupable.</p>

Annexe D. Liste de l'ensemble des matériaux de terrain : Clinique SSR et Centre Anticancer

	CENTRE ANTICANCER				CLINIQUE SSR	
	BLOC OPÉRATOIRE	Code thèse	EXPLOITATION	Code thèse		Code thèse
Sources PRIMAIRE	Journal de terrain		Journal de terrain		Journal de terrain	
			Mails		Mails	
	NR missions SLL, point d'étapes	BOSLL			NR missions SLL, point d'étapes	ADSL
	POMP	BODIAG	Diag socio-éco	EXDIAG	Diag socio-éco	ADDIAG
	Diag socio-éco	BODIAG	Paniers projet	EXPROJ	Proposition projet ISE	ADPROJ1
	Paniers projet	BOPROJ			Documents pour projet de consultations 19 (budget prévisionnel, NR, documents travail et présentation)	ADCONS
	Notes d'entretiens qualitatifs		Notes d'entretiens qualitatifs		Notes d'entretiens qualitatifs	ADEQ
NR=notes de réunion	Notes réunions diag	BONRDG	Notes réunions diag	EXNRDG	Amélioration Outil de suivi des entrées/sorties de patients	ADOPE1
RMM = Revue de morbi-mortalité					Notes réunions diag	ADNRDIA
	NR Projet	BONRPR	NR Projet	EXNRPR	NR Projet	ADNRPR
	NR COPIL et réunions préparation certification HAS (Juin 2018)	BOHAS1	Entretiens stratégies CLCC	AKSTRAT1	NR COPIL Hebdo 19	ADCOPIL
	NR Conseils de bloc et endoscopie	BOCDB			NR Comité de coord 19 - 21	ADCOCOR
	NR Réunions service qualité	BOQUA				
	NR vœux direction 19	AKGOUV			NR Comité opérationnel 19	ADCOMOP1
	NR audit SSPI 19 + observation + synthèse	BODIAG			NR rencontre de médiation plaintes 19	ADNRCDU
	NR Dir bloc 20	BOGOUV			NR points travaux 19	ADNRTR
					NR CA 19-21 + AG	ADNRCA
	NR Démarche RPS	BORPS			Documents de gestion opérationnelle été 19	ADOPE2
					NR CSE 19-20	ADCSE1
	Organigramme bloc/AK 18	BOORG			NR RMM 19	ADQUA1
					NR Projet PASC...	ADNRPASC
	Qq actions MEP qui ont amélioré l'AS (Diag 2021)	BOAMAS			NR visite de conformité ARS	ADNRTUT
					NR CDU	ADCDU
	NR démarche RPS	AKRPS1			NR Réunions crise COVID 20	ADCODIR
	NR CDU C Anticancer	AKCDU			NR Réunions fonctionnement équipe et direction	ADCOM
					NR Entretiens de recrutement	ADRH1
					NR réunions sur stratégies augm recettes et baisses de charges	ADRSTRAT
					NR réunions prépa certif SIH, droit des patients	ADNRHAS
					NR Visite de certification HAS décembre 21	ADVIHAS
					NR Plateau consultation	ADCONS2

Le "code thèse" est une référence courte attribuée à chaque type de document en fonction de sa source.

	CENTRE ANTICANCER				CLINIQUE SSR	
	BLOC OPÉRATOIRE	Code thèse	EXPLOITATION	Code thèse		Code thèse
Sources SECONDAIRES						
Doct Stratégiques						
	Budget 2016			AKFIN	Statuts	ADGOUV
	Projet médico-scientifique 2016-2021			AKPMS	Conventions partenariat autres ETS	ADCONV
	Organigrammes AK 2018, soins 15,16			AKORG	Autorisation ARS	ADTUT1
	Bilans sociaux AK			AKSOC	Projet d'établissement	ADPMS1
	Convention collective			AKRH	CPOM 19-21	ADTUT2
	Case-mix 2015-2016			AKACT	CR visite autorisation ARS	ADTUT3
	PV CME 11-15?			AKCME	CR CME	ADCME
	PV CE, CSE 13-21			AKCSE	Indicateurs activité et PMSI 19-21	ADACT
	Rapport de certif HAS 2016			AKHAS	Budgets prév 19-23, données charges et produits 20, Compte résultats 19-20, Locations,	ADFIN1
	Accords sociaux			AKRH	Données et documents RH 19-20-21	ADRH2
	PV CA 11-20			AKCA	PV CA + PPT 19-21	ADCA
	Articles et communiqués de presse CLB			AKPRES	CAQES 20	ADTUT4
	Données activité			AKACT	CR CSE	ADCSE2
	Documents préparation Certif HAS 19			AKHAS	Organigramme Clinique Bonsoins 21-22	CBORG
	Projet stockage pharmacie/bloc			AKLOCO	Projet médical 20	ADPMS2
	Fiche complète SAE 13-17			AKSAE	Organigrammes gouvernance 19, 20, 21	ADGOUV2
	Rapport d'activité 17-20			AKACT	Diagnostic stratégique 2010	
	Journal interne 17-21			AKJOU	Analyse PMSI 2018/2017	
	Tracts syndicaux			AKSYN	CR CODIR	ADCODIR2
					CR Comités Opérationnels	ADCOMOP2
			Mémoire MBA AA sur projet d'utilisation des surfaces au service de la stratégie 21	AKSTRAT		

	CENTRE ANTICANCER				CLINIQUE SSR	
	BLOC OPÉRATOIRE	Code thèse	EXPLOITATION	Code thèse		Code thèse
Autres documents	CR Conseil bloc 15, 18, 20-21	BOCDB	Organigramme logistique 2018	EXORGA	Tableaux de suivi COPIL HEBDO 19	ADCOPIL2
	Données activité BLOC 2014 2017 et suivantes	BOACT4	Organigramme logistique 2021	EXORGA	Journal interne 19	ADJOU
	Mémoire Master Christine L. sur augm activité chirurgie	BOSTRAT	Recensement RPS	EXRPS	CR Comité coordination 19-21	ADCOCOR2
	Données RH Bloc 2017	BORH1			Suivi cas de COVID 19 patients et salariés	ADQUA2
	Résultats indicateurs qualité	BOIND			Commissions Des Usagers ODJ, CR. Copie des plaintes (19-21)	ADCDU2
	CR Réunions qualité (CREX, ...)	BOQUA2			Questionnaire pour élaboration rapports annuels CDU 18-20	ADCDU3
	CR Réunions irritants	BOIRR1			Documents fonctionnements CDU, RI	ADOPE3
	Lettres de mission bloc	BORH2			Données Statistiques Annuelles des Etablissements renseignées 18-20	ADSAE
	Charte de bloc	BOORG2			Documents produits pour projet équipe administrative	ADPROJ2
	Dépenses bloc	BOFIN			Plannings AS, IDE et ASH, éq rééducateurs et éq administrative	ADRHOP
	Bilan groupe santé au travail	BORH3			PPT RMM 19	ADQUA3
	Groupes de travail irritants 17	BOIRR2			Notes de service	ADORGA
	Notes de service 08-20	AKORG1			Ensemble des CR clud, clan, clin, covirisq, crex, csth, copil qualité, comedims et gp travail	ADQUA4
	Activité par praticien 15-17	BOACT2			Tableau F Evènements Indésirables 21	ADQUA5
	Listes différents supports de commandes 18	BOLOG			Documents sur les différentes politiques (droits patients, MQGR, risque infectieux, RH et QVT, Dossier patient, PEC douleur, parcours patient, PECM) et règlements intérieurs	ADSTRAT
	Recensement RPS	BORPS2			Fiches de mission des vigilants	ADQUA6
					Documents Appel d'offre restauration	ADFIN2
					Donnés démographiques Projet Consultations	ADPROJ3

Annexe E. Liste des matériaux de terrain étudiés pour chaque situation de gestion sélectionnée (Chapitre 4 et 5)

(Les types de documents sont référencés par les "codes thèse" attribués dans le document reproduit en Annexe D)

Situations de GESTION Clinique SSR	Sources PRIMAIRES	Sources SECONDAIRES
Diagnostic socio-économique et CC	ADDIAG	ADRH2
	ADSL	ADCA
	ADEQ	ADTUT4
	ADNRDIA	ADCOCOR2
	ADCOCOR	ADCOPI2
	ADNRCA	ADCODIR
	ADCOM	ADCOMOP
	ADCOPI1	
Projet d'expert	ADPROJ1	ADCA
	ADNRPR	ADPROJ2
	ADCOCOR	ADCODIR
	ADNRCA	
	ADCOM	
Décisions de gestion financière	ADCOCOR	ADGOUV
	ADNRCA	ADCSE
	NR	ADCONV
	ADRH	ADTUT1
	ADRSTRAT	ADPMS
	ADEQ	ADTUT2
		ADTUT3
		ADRH1
		ADFIN1
		ADACT
		ADCA
		ADGOUV2
		ADORGA
		ADSAE
		ADCOPI2
		ADTUT3
		ADTUT2
		ADCODIR
		ADRH2

Situations de GESTION Clinique SSR	Sources PRIMAIRES	Sources SECONDAIRES
Certification HAS	ADCOCOR	ADCA
		ADCA
		ADTUT4
		ADOPE1
		ADCONV
		ADNRHAS
		ADPMS
		ADVIHAS
		ADCME
		ADCSE
		ADCOCOR2
		ADCDU2
		ADRHOP
	ADORGA	
	ADQUA4	
	ADQUA5	
	ADSTRAT	
	ADCODIR	
Système de 3C	ADCOCOR	ADCME
	ADCOPIL	ADACT
	ADCOMOP	ADCSE
	ADNRTR	ADCA
	ADNRCA	ADTUT4
	ADCSE	ADGOUV2
	ADQUA	ADQUA4
	ADCOM	ADQUA3
	ADEQ	ADORGA
		ADQUA5
		ADCOPIL2
		ADPROJ2
		ADCOCOR2
		ADJOU
		ADCDU2
		ADSTRAT
		ADGOUV
		ADPMS1
		ADCME
		ADPMS2
		ADCODIR
	ADRH2	
Plateau de consultations	ADCOMOP	ADCA
	ADCOCOR	ADGOUV2
	ADNRCA	ADPROJ3
	ADCODIR	ADPMS2
	ADCOPIL	ADCOPIL2
	ADCONS	ADCOCOR2
	ADCONS2	ADACT
		ADCODIR
Amélioration outil planification Entrées Sorties patients	ADCOPIL	ADACT
	ADOPE1	ADCODIR
		ADRH2
		ADSL
		ADCOPIL2

Annexe F. Tarifs des prestations, attribués au titre d'avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens – Clinique SSR 2018 – 2021

	ENT	PHJ	PJ	PMS	SHO	SSM	Prix Moyen Journalier (FJ mutuelle inclus)
2018	62,14 €	2,38 €	135,95 €	6,20 €	11,03 €	7,25 €	155,34 €
2019	61,91 €	2,37 €	135,61 €	6,18 €	10,99 €	7,23 €	154,94 €
2020	61,95 €	2,37 €	135,68 €	6,18 €	11,00 €	7,23 €	155,01 €
2021	62,25 €	2,38 €	136,25 €	6,21 €	11,05 €	7,27 €	155,68 €

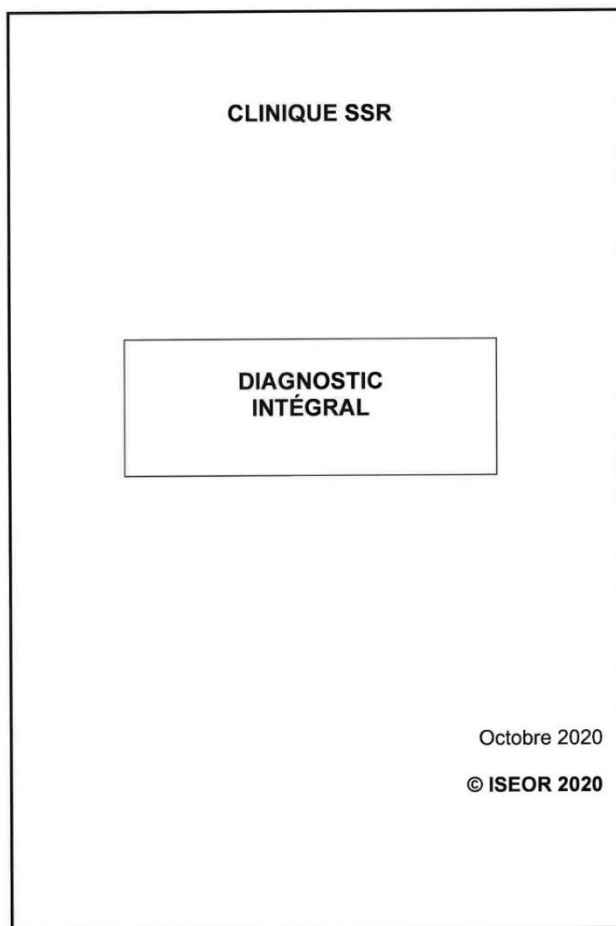
D'après arrêtés annuels (2018 à 2021) du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (rappel du chapitre 1)

**Annexe G. Tableau des gains sur charges escomptés pour les
exercices 2020 à 2022 présenté au Conseil d'Administration de la
Clinique SSR de décembre 2020**

VARIATIONS CHARGES FIXES	2020	2021	2022	TOTAL
ASSURANCES		-5 000 €	-5 000 €	-10 000 €
ÉLECTRICITÉ	-5 883 €	-14 101 €	-14 383 €	-34 367 €
ENTRETIEN BATIMENTS	0 €	3 600 €	3 673 €	7 273 €
ENTRETIEN MATERIEL NON MÉDICAL	0 €	2 040 €	5 640 €	7 680 €
ENTRETIEN PARC	1 670 €	1 700 €	1 733 €	5 103 €
GAZ	0 €	-7 000 €	-7 862 €	-14 862 €
LOCATION MOBILIER MÉD ÉQUIPEMENT	-67 133 €	-70 532 €	-68 533 €	-206 198 €
LOCATION MOBILIER NON MÉDICAL ÉQUIPEMENT	-3 564 €	-7 128 €	-7 128 €	-17 820 €
MAINTENANCE INFORMATIQUE	-4 050 €	-5 400 €	-5 400 €	-14 850 €
MAINTENANCE MATÉRIEL DE BUREAU	-626 €	-1 454 €	-1 483 €	-3 563 €
PETIT MATÉRIEL MÉDICAL	-4 000 €	-4 000 €	-4 000 €	-12 000 €
PRODUITS ENTRETIEN	-2 736 €	-5 390 €	-5 390 €	-13 516 €
TOTAL	-86 322 €	-112 665 €	-108 133 €	-307 120 €
VARIATIONS CHARGES VARIABLES	2020	2021	2022	TOTAL
AUTRES FOURNITURES HÔTELIÈRES	-2 063 €	-3 108 €	-3 252 €	-8 423 €
BLANCHISSERIE	8 000 €	0 €	3 361 €	11 361 €
GAZ BOUTEILLES ET CITERNES	-6 850 €	-5 000 €	-4 000 €	-15 850 €
PRODUITS SANGUINS	-9 374 €	-11 670 €	-12 054 €	-33 098 €
RESTAURATION	-10 000 €	6 000 €	23 000 €	19 000 €
TRANSPORTS DE PATIENTS	8 000 €	0 €	0 €	8 000 €
TOTAL	-12 287 €	-13 778 €	7 055 €	-19 010 €
GAINS SUR CHARGES	-98 609 €	-126 443 €	-101 078 €	-326 130 €
Charges annuelles	5 437 146 €	5 990 659 €		
% des gains sur charges réelles totales	1,81%	2,11%		
Chiffre d'Affaires	4 004 931 €	5 213 070 €		
% des gains sur charge/ CA	2,46%	2,43%		
Résultat	-1 432 215 €	-777 589 €		
% des gains sur charge /Résultat	6,89%	16,26%		

D'après Procès-verbaux de Conseils d'Administration

Annexe H. Diagnostic socio-économique intégral de la Clinique SSR conduit en 2020



Avertissement

Ce diagnostic socio-économique ne rend compte que des points faibles d'une organisation afin de focaliser l'attention et les efforts des acteurs sur les actions d'amélioration à envisager.

1) Ce document **n'est pas** un audit à usage externe.

2) Il s'agit d'un document de travail à **usage interne** et à **vocation constructive** pour définir une plate-forme d'amélioration.

Qualité du dialogue
professionnel

SI UN DYSFONCTIONNEMENT
PARAÎT UN FAUX PROBLÈME



Il faut en parler
OUVERTEMENT
pour le signaler



QUALITÉ DU DIALOGUE
PROFESSIONNEL

Module source : I. 8
© ISEOR 1990

Sélection de
phrases-témoins

DES PERSONNES EXPRIMENT
DES IDÉES SUR LES THÈMES
(conditions de travail, etc.)



SIGNIFICATIVES

L'INTERVENANT
SELECTIONNE LES IDÉES



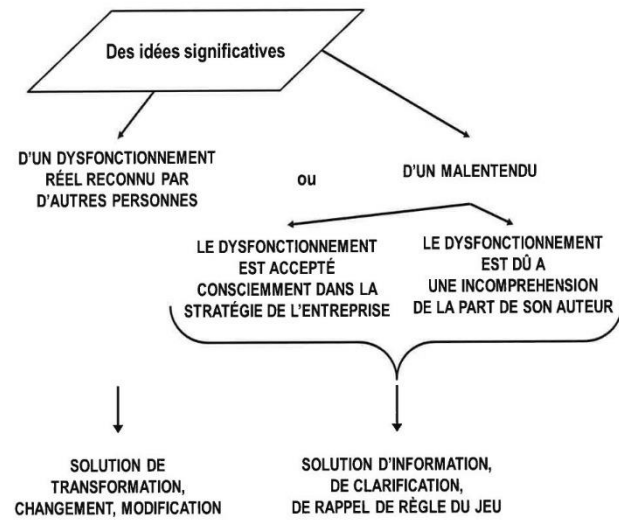
CONCERNANT LES
DYSFONCTIONNEMENTS



=

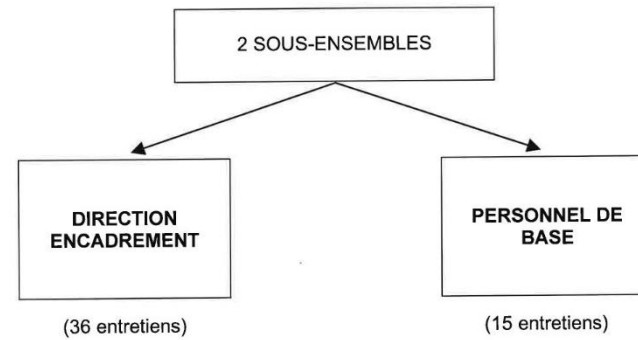
PHRASES-TÉMOINS

Module source : I.4
© ISEOR 1990



Module source: I. 9
© ISEOR 1990

SEGMENTATION DE LA POPULATION INTERVIEWÉE



© ISEOR 2020

**COMPOSITION DE LA SOUS-POPULATION
ENCADREMENT**

- 9 membres du Comité d'Administration
- 8 personnels de direction et encadrement
- 11 personnels des services supports
- 5 médecins salariés
- 4 médecins libéraux
- 2 pharmaciens

TOTAL = 36 ENTRETIENS

TOTAL DES PERSONNES VUES EN
ENTRETIEN = 39 PERSONNES

**COMPOSITION DE LA SOUS-POPULATION
PERSONNEL DE BASE**

- 3 secrétaires d'accueil/facturation
- 1 secrétaire médicale
- 1 technicienne d'information médicale
- 1 agent de maintenance
- 1 assistante sociale
- 1 diététicienne
- 2 masseurs-kinésithérapeutes
- 1 ergothérapeute
- 1 psychologue
- 1 préparatrice en pharmacie
- 1 brancardier
- 1 aide-soignante
- 4 agents des services hospitaliers
- 4 infirmiers

TOTAL = 15 ENTRETIENS

TOTAL DES PERSONNES VUES EN
ENTRETIEN = 23 PERSONNES

**RÉCAPITULATIF
DU NOMBRE D'ENTRETIENS**

DIAGNOSTIC QUALITATIF		
SOUS-POPULATION	NOMBRE D'ENTRETIENS	NOMBRE DE PERSONNES
ENCADREMENT	36	39
PERSONNEL DE BASE	15	23
TOTAL	51	62

DIAGNOSTIC COÛTS CACHÉS		
SOUS-POPULATION	NOMBRE D'ENTRETIENS	NOMBRE DE PERSONNES
ENCADREMENT et collaborateurs	19	22

TOTAL GÉNÉRAL	70	64
----------------------	-----------	-----------

**ÉTAPES DE RÉALISATION DU
DIAGNOSTIC (1/2)**

PARTIE QUALITATIVE

1 - RÉALISATION DE 51 ENTRETIENS POUR RECENSER DES DYSFONCTIONNEMENTS

36 ENTRETIENS INDIVIDUELS DE 1 H AUPRÈS DE 39 PERSONNES DE L'ENCADREMENT

15 ENTRETIENS COLLECTIFS DE 1,5 H AUPRÈS DE 23 PERSONNES DU PERSONNEL DE BASE

2 - SÉLECTION DE 10 A 15 PHRASES-TÉMOINS PAR ENTRETIEN, SOIT ENVIRON 600 PHRASES

3 - CLASSEMENT DES PHRASES-TÉMOINS EN THÈMES, SOUS-THÈMES ET IDÉES-CLÉS ET CALCUL DES FRÉQUENCES

(TRAITEMENT RÉALISÉ À L'AIDE DU LOGICIEL SYSTÈME EXPERT DE GESTION SOCIO-ÉCONOMIQUE "SEGESE", CRÉÉ PAR L'ISEOR)

4 - SÉLECTION DE 4 PHRASES-TEMOINS AU MAXIMUM PAR IDÉE-CLÉ POUR LA PRÉSENTATION

**ÉTAPES DE RÉALISATION DU
DIAGNOSTIC (2/2)**

PARTIE COÛTS CACHÉS

- 1 - SÉLECTION DES DYSFONCTIONNEMENTS
ÉLÉMENTAIRES DANS LES ENTRETIENS INDIVIDUELS
RÉALISÉS DANS LA PARTIE QUALITATIVE**
- 2 - RÉALISATION DE 19 ENTRETIENS DE COÛTS CACHÉS
(1 à 2 FOIS 1 HEURE AUPRÈS DES 22 PERSONNES DE
L'ENCADREMENT OU DE COLLABORATEURS IDENTIFIÉS
PAR LUI)**
- 3 - REPRISE DE LA DESCRIPTION DES ACTES DE
RÉGULATION ET CALCUL DES COÛTS CACHÉS**

PARTIE ADÉQUATION FORMATION EMPLOI

- 1 - RÉALISATION DES GRILLES DE COMPÉTENCES
service administratif**

**DIAGNOSTIC
QUALITATIF**

**CORRESPONDANCE DES FRÉQUENCES POUR LE
DIAGNOSTIC ENCADREMENT**

PARFOIS	6 à 10 ENTRETIENS
ASSEZ SOUVENT	11 à 18 ENTRETIENS
SOUVENT	19 à 22 ENTRETIENS
TRÈS SOUVENT	23 à 32 ENTRETIENS
TOUJOURS	33 à 36 ENTRETIENS

**CORRESPONDANCE DES FRÉQUENCES POUR LE
DIAGNOSTIC PERSONNEL DE BASE**

PARFOIS	3 à 4 ENTRETIENS
ASSEZ SOUVENT	5 à 7 ENTRETIENS
SOUVENT	8 à 9 ENTRETIENS
TRÈS SOUVENT	10 à 13 ENTRETIENS
TOUJOURS	14 à 15 ENTRETIENS

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

LOCAUX EXIGUS OU MANQUE DE PLACE

"Nous manquons d'espace de stockage. Nous sommes obligés de mettre les formes injectables au sous-sol, ce qui oblige à beaucoup de manutentions et de pertes de temps."

"Le bureau médical est trop petit et intenable à trois car il y fait très chaud."

"Les locaux de la pharmacie sont trop petits mais on pourrait aussi en améliorer le rangement."

MANQUE DE BUREAUX

"Nous n'avons qu'un bureau pour trois médecins. Nous nous gênons pour dicter, téléphoner et pour travailler au calme."

MANQUE DE PLACES DE PARKING

"C'est vraiment la galère pour se garer. Souvent il n'y a aucune place libre sur le parking en début d'après-midi."

"Ce qui m'interpelle, c'est la faible capacité du parking. C'est un problème dans ce quartier."

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

L'AMENAGEMENT DES LOCAUX N'EST PAS FONCTIONNEL OU EST INADAPTE AUX ACTIVITES

(Assez souvent)

"Nos chambres sont inadaptées pour de la rééducation : les chambres et salles de bains sont trop petites, sans douche individuelle, les patients ne peuvent pas s'y déplacer seuls."

"Le site n'a pas été correctement réhabilité. Certains investissements pour le confort du patient n'ont pas été faits : fenêtres à double vitrage, toilettes sur tout-à-l'égout."

"Les conditions d'hébergement des patients ne sont pas bonnes. Il fait encore trop chaud dans certaines chambres."

"Une partie du réseau électrique date des années 60. Il n'est plus aux normes depuis longtemps !"

"La salle de kinésithérapie est inadaptée, inconfortable, à refaire entièrement."

"Un des problèmes aussi est que nous n'avons nulle part pour entreposer notre matériel personnel."

"Les salles de soins doivent être repensées complètement. Il y a une perte de place parce qu'elles sont mal organisées et mal rangées."

"Les patients ne veulent souvent pas rester à cause de l'état des locaux et de l'absence de salle de bains."

"Les chambres sans douches sont inacceptables pour les patients aujourd'hui."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

"Le stockage de la pharmacie est un peu ancien. Ce n'est pas pratique d'avoir les injectables à la cave."

TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET DE RÉNOVATION NON FINALISÉS

"En interne, la signalétique pour diriger les patients vers la consultation est inadaptée. Certains patients qui sont venus n'ont pas trouvé le bureau et sont repartis."

LOCALISATION DU LIEU D'ACTIVITÉ NON PERTINENTE

"Ce qui pêche dans le quartier c'est le manque de transports en commun pour les patients."

"Il y a un gros problème d'accessibilité, pour nous comme pour les patients. Il est difficile de circuler dans le quartier et il est mal desservi."

"Le plateau de consultations n'a pas très bien commencé. C'est vrai que c'est plus facile pour les médecins d'aller ailleurs..."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

PANNES DE MATÉRIEL

"Les boîtiers d'alarme pour le niveau d'oxygène sonnent parfois à tort."

MATÉRIEL VÉTUSTE

"Certains ordinateurs sont très anciens. Si celui de la pharmacie tombe en panne, nous ne pourrions pas le réparer."

MANQUE DE MATERIEL

"Un des problèmes est que nous ne pouvons pas enlever et refaire des plâtres. Il faut faire déplacer les patients dans un autre établissement."

"Il nous manque du matériel sur place. Nous sommes obligés d'apporter un grand sac à chaque consultation."

"En astreinte, nous sommes obligés d'utiliser nos téléphones personnels."

"Le personnel n'a pas assez de matériel (lève-malades, chaises-pots). Alors ils font autrement."

"Pour la gestion des ressources humaines, il manque des choses basiques, opérationnelles : des cartons de pointage."

© ISEOR 2023

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

MATÉRIEL INADAPTÉ OU MANQUANT DE PERFORMANCE

"Le système d'appels malades est très vieux. Il comporte trois sous systèmes différents qui ne communiquent pas. Il faudrait tout changer."

"Les armoires à pharmacie des secteurs ne sont pas ergonomiques ; il y a de tout partout. On ne trouve jamais ce qu'on cherche."

"Dans notre bureau nous devons avoir un ordinateur fixe adapté. Ce n'est toujours pas le cas ; je dois faire certaines choses dans l'autre établissement."

MANQUE DE FOURNITURES ADAPTÉES

"Il manque des antibiotiques en stock dans le service. Il faudrait que le médecin d'astreinte ait accès à un stock en cas de besoin."

TENUE DE TRAVAIL INADAPTÉES

"Il est inadmissible que des personnels doivent travailler en tenue jetable dans ces métiers et par cette chaleur."

ABSENCE DE TENUE DE TRAVAIL

"Depuis un mois et demi que je travaille ici, je n'ai toujours ni tenue de travail ni casier fermant à clé."

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

MANQUE DE MATERIEL INFORMATIQUE

"Ce serait plus facile de ne pas avoir à apporter mon propre lecteur de carte CPS et de carte vitale."

"L'ordinateur fonctionne bien mais nous aimerions avoir un petit scanner pour être autonomes pendant nos consultations."

"Il n'y a que deux ordinateurs fonctionnels pour trois médecins, dont un seul est branché à une imprimante. Nous perdons beaucoup de temps et d'énergie."

"La technicienne doit travailler avec deux ordinateurs et deux souris parce que les deux écrans n'ont toujours pas été livrés."

APPLICATIONS INFORMATIQUES INADAPTEES

"Les codes bible et certains protocoles dans Expert Santé© n'ont pas été revus."

LE LOGICIEL INFORMATIQUE N'EST PAS PERFORMANT

"Le logiciel de pharmacie est complètement isolé. On ne peut pas mettre d'interfaces pour faire gagner du temps."

"Avec la structure informatique actuelle, nous ne pouvons pas gérer les stocks des formes orales."

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

**INCOMPATIBILITE DU MATERIEL ET DES LOGICIELS
INFORMATIQUES**

"Ce qui est très gênant c'est de ne pas pouvoir utiliser le logiciel de notre cabinet. Nous ne pouvons pas gérer nos dossiers depuis le site de consultations."

LOGICIEL INFORMATIQUE INADAPTÉ

"SIGEMS© ne prend pas en charge les immobilisations alors que les commissaires aux comptes demandent que ce soit automatisé. Les exportations ne sont pas aux normes non plus."

"Expert pose beaucoup de problèmes. On ne peut pas changer la posologie d'un médicament sans annuler et represcrire."

"Expert pose problème car les informations du plan de soins ne concordent pas toujours avec celle de l'onglet piluliers."

"HD report (logiciel de comptabilité de la Clinique SSR) n'est pas un bon outil. Il est ancien, peu adapté donc chronophage."

LOGICIEL SOUS UTILISÉ

"Il y a beaucoup de problèmes de prescription et de protocoles type inadaptés parce que les médecins n'ont pas été formés au logiciel."

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

SYSTÈME D'INFORMATION MAL ORGANISÉ

"Je n'ai toujours pas de codes pour utiliser Via Trajectoire©."

"Lors de la reprise, nous avons dû neutraliser le logiciel de paie et planning pour le remplacer par celui de notre établissement. Il y a une dépendance de fait de la clinique vis-à-vis de notre service RH."

LOGICIEL OBSOLÈTE

"Le logiciel de gestion de stocks de pharmacie est encore sous MS-DOS. Il ne peut pas fournir les données demandées par l'ARS."

"Le logiciel de gestion pharmaceutique n'est pas compatible avec les systèmes d'exploitation récents. Nous courons un gros risque de perte d'information en cas de panne."

MANQUE D'AUTOMATISATION DE CERTAINS PROCESS

"Les facturations diverses (loyers, redevances) ne sont pas prises en charge par le logiciel. Elles doivent être faites à la main, ce qui nous fait perdre du temps."

"Il manque de nombreuses fonctionnalités comme la gestion des stocks ou les exports de données dans le logiciel de pharmacie. Certaines tâches ne peuvent pas être automatisées."

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

MANQUE D'HARMONISATION DES LOGICIELS ET DES VERSIONS

"Les logiciels de paie et de comptabilité ne communiquent pas. Cela a eu de lourdes conséquences pour nous."

"Les logiciels de paie et de comptabilité ne se parlent pas."

"Je perds beaucoup de temps à cause de l'absence d'accès au logiciel contrat/ paie."

"Il y a de nombreuses doubles saisies dans le logiciel de commande des repas parce qu'il manque une interface avec Expertiz@."

"Le logiciel de prescription est différent du logiciel de gestion de stock et il n'existe pas d'interface possible entre les deux. Il faut entrer les données à la main."

SYSTÈME TÉLÉPHONIQUE INADAPTÉ

"Les médecins n'ont pas de téléphone portable. On ne peut pas les joindre quand ils sont en dehors de leur bureau."

"Il est difficile de joindre les médecins dans la journée parce que nous n'avons pas de téléphone portable individuel."

"Les infirmiers sont difficiles à joindre. On doit donc se déplacer physiquement."

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

RUPTURES DE STOCKS CHEZ LES FOURNISSEURS

"Les nombreuses ruptures de stocks chez les fournisseurs ont un gros impact sur le temps que nous passons aux commandes."

NUISANCES

MAUVAISE ISOLATION DES LOCAUX

"Le système d'isolation des fenêtres est très mauvais. On a froid l'hiver, chaud l'été et beaucoup de poussière sur les boîtes de médicaments."

"Les bureaux administratifs doivent être isolés phoniquement parce que tout s'entend."

TEMPÉRATURE ÉLEVÉE DANS LES LOCAUX

"Il fait très chaud dans les couloirs du service. Ce n'est pas motivant de travailler dans ces conditions."

"Le bureau médical est un four. Il faut une climatisation !"

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

NUISANCES

LOCAUX VETUSTES OU MAL ENTRETENUS

"Aujourd'hui, nous devons gérer un site qui n'a pas été entretenu pendant deux ou trois ans. Certaines remises aux normes obligatoires n'ont pas été faites."

CHARGE PHYSIQUE DE TRAVAIL

MANUTENTIONS PENIBLES OU FREQUENTES

"Les portes sont très lourdes et inadaptées pour le passage des chariots de médicaments et de transport."

HORAIRES DE TRAVAIL

TEMPS DE PAUSE TROP LONG

"Certains font beaucoup de pauses. Cela désorganise et rallonge d'autant le temps passé aux soins du matin."

HORAIRES DE TRAVAIL PROBLÉMATIQUES

"Le travail des soignants en 12 heures est très fatigant. Cette organisation pose des problèmes de gestion et de temps de travail pour tous les salariés qui font des vacations dans d'autres établissements."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

HORAIRES DE TRAVAIL

LES HORAIRES DE TRAVAIL PEUVENT EMPIÉTER SUR LA VIE PRIVÉE

"Je préférerais faire d'autres horaires. Théoriquement je devrais commencer plus tard. Je n'ai pas le choix donc je ne dis rien et je travaille plus."

AMBIANCE DE TRAVAIL

IL Y A DES CLANS AU SEIN DES DIVERSES CATEGORIES DE PERSONNEL

"Il y a deux clans : ceux qui partent parce que mécontents et ceux qui sont arrivés après et qui ne voient pas que ce n'est pas comme ça qu'ils vont y arriver."

"L'ambiance médicale est très particulière, entre le souhait de ne pas prendre de responsabilité et le jeu des alliances avec les infirmiers et le pharmacien."

"Il y a un clivage entre deux bandes qui s'opposent au sein de l'ensemble de l'établissement."

"À tous les niveaux"

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMBIANCE DE TRAVAIL

SENTIMENT DE MANQUE DE RESPECT

"Le travail, l'autonomie et la responsabilité des médecins ne sont pas respectés."

INQUIETUDE DIFFUSE FACE A L'AVENIR

"Il faudra du temps pour stabiliser les choses. Les soignants se sentent encore en danger."

L'AMBIANCE DE TRAVAIL EST JUGEE MAUVAISE

"Là-bas (à la Clinique SSR), on sent que l'ambiance n'est pas sereine."

"J'ai la boule au ventre ; je n'ai plus envie de venir au travail. L'harmonie au travail est de façade. C'est trop dur. Je ne sais pas si je pourrai rester."

"Nous ne supportons de travailler ici que parce que nous ne sommes présents que ponctuellement. L'ambiance est très lourde."

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

LOCAUX EXIGUS OU MANQUE DE PLACE

(Parfois)

"La petitesse de la pharmacie oblige à un rangement des médicaments qui augmente les risques d'erreur."

"La pharmacie manque de place de stockage pour les médicaments et les chariots. C'est pire encore avec l'augmentation du nombre de patients."

"La salle de rééducation est trop petite."

MANQUE DE BUREAUX

"Je n'ai pas de lieu identifié et adapté où je peux travailler. Je dois chercher un endroit chaque jour."

MANQUE D'UNE SALLE DE REPOS

"Il nous manque une salle de pause où nous pourrions nous reposer quelques minutes."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

L'AMENAGEMENT DES LOCAUX N'EST PAS FONCTIONNEL OU EST INADAPTE AUX ACTIVITES

(Souvent)

"Les placards des salles de soins sont vétustes. Les portes ne ferment plus. On ne peut plus les utiliser."

"Les sonnettes sont un problème : on ne sait pas où ça sonne exactement parce qu'il y a trois types de sonnettes."

"L'accueil est trop éloigné de l'entrée. Certains patients n'y passent pas. Le processus d'entrée administrative n'est pas fluide."

"Les chasses d'eau des chambres du secteur de "la colline" sont trop dures. Les patients nous appellent pour tirer la chasse ou utilisent une baignoire."

"Je n'ai aucun rangement dans mon bureau. Il est trop petit, il y fait froid l'hiver et très chaud l'été."

"Il manque une salle d'attente pour les patients devant la salle de kiné."

"La position de l'accueil ne permet pas de voir l'entrée donc d'entrer en contact et de filtrer les personnes."

"Le sol de l'accueil part en morceaux. Il faut le recoller régulièrement."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

PERTE DE CONFIDENTIALITE LIEE A L'AGENCEMENT DES BUREAUX

"Mon bureau est trop petit, pas du tout isolé et partagé. La confidentialité ne peut pas être respectée."

MANQUE DE CONVIVIALITÉ DES LOCAUX

"Il manque un salon pour les familles et une petite collation pour la famille lors des décès."

TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET DE RÉNOVATION NON FINALISÉS

"La signalétique n'est pas efficace. Il y a beaucoup de personnes qui prennent l'accueil de la Clinique pour celui de la radio et attendent au mauvais endroit."

© ISEOR 2023

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

LOCAUX INADAPTÉS A L'ACCUEIL DES PATIENTS

(Assez souvent)

"Il n'y a aucune intimité possible pour les patients en chambre double car la salle de bain est trop petite pour qu'on puisse fermer la porte."

"Dans les chambres même simples, il n'y a pas assez de place pour passer avec le fauteuil roulant."

"Les chambres sont trop petites. On doit se tordre pour faire les pansements ou les toilettes au lit."

"Le faux plafond inondé non remplacé donne une mauvaise image aux patients."

"La salle n'est pas du tout accueillante pour les patients. On évite d'y faire des séances de rééducation."

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATÉRIEL ET FOURNITURES

MATÉRIEL INADAPTÉ

"Les produits d'entretien des toilettes ne sont pas efficaces. Elles restent très sales même après le nettoyage."

"Les vessies de glace fuient et les pains réutilisables sont volés. La pharmacie nous les donne au compte-goutte."

PANNES DE MATÉRIEL

(Parfois)

"Il y a souvent des personnes qui entrent sur le parking quand la barrière est ouverte. Ça ne marche pas très bien."

"L'ascenseur est souvent en panne. C'est un problème pour les patients quand il faut prendre la pente pour aller à l'autre ascenseur."

"Dans les chambres, il y a des prises électriques qui ne fonctionnent pas."

"Comme les sonnettes tombent souvent en panne, on doit changer les patients de chambre."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

MATÉRIEL VÉTUSTE

(Parfois)

"Les personnels des cuisines et du service s'embêtent beaucoup avec les chariots repas. Ils sont vieux, ils roulent mal."

"Les pièces pour les néons dans les chambres et pour remplacer les interrupteurs cassés ne se font plus."

"Les volets roulants ne sont pas réparables le plus souvent. Une entreprise extérieure intervient pour les changer régulièrement."

"Les tablettes des patients sont vétustes. Elles ne tiennent plus à la bonne hauteur."

MANQUE DE MATERIEL

(Assez souvent)

"Il manque des télécommandes pour les télévisions. Nous avons très peu de marge."

"Je n'ai pas d'accès à un ordinateur pour consulter les dossiers et entrer mes observations."

"Comme on n'a pas assez de lingettes, on utilise des gants à usage unique. Ça coûte plus cher."

"Nous manquons parfois de draps et de sacs à linge sale."

"Il nous manque des téléphones pour les patients, des cantines pour les diurèses, des fauteuils de confort et des verres canard."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

MATÉRIEL INADAPTÉ OU MANQUANT DE PERFORMANCE

"Mon poste informatique ne me permet pas d'accéder aux documents dont j'ai besoin."

"Il ne m'est pas possible d'imprimer ce qui est dans Expert@ depuis mon poste. Je dois demander à quelqu'un d'autre."

TENUE DE TRAVAIL INADAPTÉES

"Nous recevons des tenues de travail d'autres établissements et les nôtres ne reviennent pas toujours. On utilise alors de l'usage unique."

LE MATERIEL INFORMATIQUE N'EST PAS PERFORMANT OU EST INADAPTE

"Comme il n'y a pas de logiciel de gestion de stock, tout doit être fait à la main."

MANQUE DE MATERIEL INFORMATIQUE

"Il manque une imprimante à l'accueil. L'utilisation de celle de la facturation nous oblige à nous déplacer deux ou trois fois pour chaque impression."

"L'imprimante de l'accueil a été enlevée. On ne peut plus y imprimer les étiquettes."

© ISEOR 2023

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

LE LOGICIEL INFORMATIQUE N'EST PAS PERFORMANT

(Parfois)

"Gestifor© ne gère pas les stocks de médicaments livrés par le répartiteur mais gère les commandes directes. Il y a deux gestions parallèles. C'est une source d'erreur."

"Expert© ne permet pas de crypter certaines données qui doivent rester confidentielles. Je ne les saisis pas dans le logiciel."

"Dans le logiciel de soins, nous perdons beaucoup de temps car les items sont trop nombreux et inadaptés."

SYSTÈME TÉLÉPHONIQUE INADAPTÉ

"Je n'ai ni téléphone portable ni répondeur. Je suis très difficile à joindre pour les familles et les fournisseurs. J'ai dû donner mon numéro personnel."

"Je n'ai ni ligne directe, ni téléphone portable, ni répondeur. Je manque des appels extérieurs."

CONDITIONS DE TRAVAIL

CONDITIONS PHYSIQUES DE TRAVAIL

L'ADAPTATION ERGONOMIQUE DES POSTES DE TRAVAIL N'EST PAS SATISFAISANTE

"Il nous manque des transats pour nous reposer la nuit. La réalité, c'est que les gens vont se coucher dans les lits pour les patients. C'est trop fatiguant sinon."

"L'aménagement de la pharmacie n'est pas pratique du tout. Il faut descendre des escaliers, porter des charges,..."

MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL

"On ne peut pas réchauffer nos repas parce qu'il ne faut pas quitter notre poste."

STRESS IMPORTANT AU TRAVAIL

"On s'attache aux patients en soins palliatifs. C'est vraiment difficile de les voir partir."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

HORAIRES DE TRAVAIL

HORAIRES DE PAUSE INADAPTÉS

"La pause-café et cigarettes après la relève retarde la distribution des petits déjeuners, ce qui retarde des patients pour leur séance de kiné."

AMBIANCE DE TRAVAIL

IL Y A DES CLANS AU SEIN DES DIVERSES CATEGORIES DE PERSONNEL

"L'ambiance de travail est spéciale. Certains disent ouvertement ne pas vouloir travailler avec d'autres."

"Il y a deux clans qui ne se parlent plus dans le service de rééducation."

SENTIMENT DE MANQUE DE CONSIDÉRATION

"Le fait qu'on ne remplace pas les absences donne l'impression qu'on est délaissés."

"On a été inondés. Le plafond est tombé il y a neuf mois et rien n'a été fait. Je pense qu'on se moque de la rééducation."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMBIANCE DE TRAVAIL

L'AMBIANCE DE TRAVAIL EST JUGÉE MAUVAISE

(Parfois)

"On n'est en train de se manger entre nous et on fait des dégâts énormes."

"On sent que l'ambiance est très lourde en haut. Il y a beaucoup d'histoires. Je vois des collègues à la limite des pleurs."

"L'ambiance est tendue. Les personnels ne paraissent pas motivés, pas investis. Il y a beaucoup de commérages et de copinage."

"L'ambiance, c'est zéro ! On est inquiètes quand on vient travailler."

AMBIANCE PAS ASSEZ PORTEE SUR LE TRAVAIL

"Les personnes mélangent la vie privée et la vie professionnelle. Ça crée des clans par affinités et des personnes qui ne veulent pas s'entraider."

© ISEOR 2023

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : CONDITIONS DE TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX	<p>LOCAUX EXIGUS OU MANQUE DE PLACE</p> <p>L'AMENAGEMENT DES LOCAUX N'EST PAS FONCTIONNEL OU EST INADAPTE AUX ACTIVITES</p> <p>MANQUE DE BUREAUX</p> <p>TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET DE RÉNOVATION NON FINALISÉS</p>	<p>LOCALISATION DU LIEU D'ACTIVITÉ NON PERTINENTE</p> <p>MANQUE DE PLACES DE PARKING</p>	<p>PERTE DE CONFIDENTIALITE LIEE A L'AGENCEMENT DES BUREAUX</p> <p>MANQUE DE CONVIVIALITÉ DES LOCAUX</p> <p>MANQUE D'UNE SALLE DE REPOS</p> <p>LOCAUX INADAPTÉS A L'ACCUEIL DES PATIENTS</p>

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : **CONDITIONS DE TRAVAIL**

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
MATERIEL ET FOURNITURES	MANQUE DE MATERIEL MANQUE DE MATERIEL INFORMATIQUE LE LOGICIEL INFORMATIQUE N'EST PAS PERFORMANT SYSTÈME TÉLÉPHONIQUE INADAPTÉ MATÉRIEL INADAPTÉ OU MANQUANT DE PERFORMANCE PANNES DE MATÉRIEL MATÉRIEL VÉTUSTE TENUE DE TRAVAIL INADAPTÉES	APPLICATIONS INFORMATIQUES INADAPTEES INCOMPATIBILITE DU MATERIEL ET DES LOGICIELS INFORMATIQUES LOGICIEL INFORMATIQUE INADAPTÉ LOGICIEL SOUS UTILISÉ MANQUE DE FOURNITURES ADAPTÉES SYSTÈME D'INFORMATION MAL ORGANISÉ LOGICIEL OBSOLÈTE MANQUE D'AUTOMATISATION DE	LE MATERIEL INFORMATIQUE N'EST PAS PERFORMANT OU EST INADAPTE MATÉRIEL INADAPTÉ

© ISEOR 2023

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : CONDITIONS DE TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		CERTAINS PROCESS MANQUE D'HARMONISATION DES LOGICIELS ET DES VERSIONS ABSENCE DE TENUE DE TRAVAIL RUPTURES DE STOCKS CHEZ LES FOURNISSEURS	
NUISANCES		MAUVAISE ISOLATION DES LOCAUX LOCAUX VETUSTES OU MAL ENTRETENUS TEMPÉRATURE ÉLEVÉE DANS LES LOCAUX	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : **CONDITIONS DE TRAVAIL**

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
CONDITIONS PHYSIQUES DE TRAVAIL			L'ADAPTATION ERGONOMIQUE DES POSTES DE TRAVAIL N'EST PAS SATISFAISANTE MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL STRESS IMPORTANT AU TRAVAIL
CHARGE PHYSIQUE DE TRAVAIL		MANUTENTIONS PENIBLES OU FREQUENTES	

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : CONDITIONS DE TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
HORAIRES DE TRAVAIL		<p>TEMPS DE PAUSE TROP LONG</p> <p>LES HORAIRES DE TRAVAIL PEUVENT EMPIÉTER SUR LA VIE PRIVÉE</p> <p>HORAIRES DE TRAVAIL PROBLÉMATIQUES</p>	<p>HORAIRES DE PAUSE INADAPTÉS</p>
AMBIANCE DE TRAVAIL	<p>IL Y A DES CLANS AU SEIN DES DIVERSES CATEGORIES DE PERSONNEL</p> <p>L'AMBIANCE DE TRAVAIL EST JUGÉE MAUVAISE</p>	<p>CONFLITS DE PERSONNES EXPRIMÉS OU LARVES</p> <p>INQUIETUDE DIFFUSE FACE À L'AVENIR</p> <p>SENTIMENT DE MANQUE DE RESPECT</p>	<p>AMBIANCE PAS ASSEZ PORTEE SUR LE TRAVAIL</p> <p>SENTIMENT DE MANQUE DE CONSIDÉRATION</p>

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS

ABSENCE DE RÉPARTITION CLAIRE DES POUVOIRS ET DES RESPONSABILITÉS

"Il est difficile de savoir ce qui est attendu du service des achats car les demandes d'achats ne nous arrivent plus."

"Stratégiquement, je ne sais pas qui a la main, qui prend les décisions de dépenses."

"La répartition des responsabilités entre les deux services support informatique n'est pas claire ou pas respectée."

"Il manque une ligne directrice sur ce qui relève clairement de notre périmètre."

"La répartition des responsabilités sur les questions juridiques entre les deux repreneurs est un peu floue."

GLISSEMENTS DE FONCTION

"Il y a un glissement de tâches impressionnant vers les médecins. Je fais presque tout pour les patients."

CERTAINES TÂCHES NE REPOSENT QUE SUR UNE PERSONNE

"Le logiciel de gestion de stock de pharmacie est ancien. Le service après-vente est assuré par son concepteur, qui est à la retraite. Personne d'autre ne peut le faire à sa place."

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS

DIFFICULTÉS LIÉES À LA RÉPARTITION DES RÔLES

"Je perds du temps sur mon travail et je ne tiens pas les échéances de relance parce que je dois faire une partie du travail pour la comptabilité fournisseurs, qui n'est pas sur site."

"Je pense que la sectorisation par spécialité est un frein au bon fonctionnement."

"Il y a une guerre entre les infirmières du jour et de nuit sur ce que chacun doit faire. Les fiches de poste ne sont plus du tout adaptées."

CERTAINES TÂCHES SONT EFFECTUÉES HORS DES RÔLES ASSIGNÉS

"Il y a beaucoup de lacunes dans la prise en charge du service technique qui sont comblées par le directeur opérationnel."

"Lors des synthèses pluridisciplinaires, certains paramédicaux sortent de leur champ professionnel."

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS

MANQUE D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

"Pour upgrader le niveau d'activité, il nous faut améliorer l'organisation, qui n'est pas optimale actuellement."

"Nous [les médecins] passons du temps à saisir des choses qui pourraient être confiées aux secrétaires. C'est du temps que nous ne passons pas avec les patients."

"La fonction RH reste une thématique à creuser. Actuellement, je ne suis pas persuadé que cette organisation soit la bonne."

RÉGULATION DE L'ABSENTÉISME

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN CAS D'ABSENCES

"Lorsque la comptable est absente, le courrier n'est pas pris en charge correctement par les agents d'accueil. Des courriers urgents n'ont pas été remis au directeur."

ORGANISATION DU TRAVAIL

INTÉRÊT DU TRAVAIL

MANQUE D'INTERET DE CERTAINES TACHES, JUGEES INGRATES

"Les toilettes posent problème parce que les infirmières ne sont pas fans des toilettes, même si ça fait partie de leur job."

PERTE DE MOTIVATION DU PERSONNEL

"Il faudrait pouvoir dire aux soignants ce que l'on veut faire pour leur redonner de la motivation."

"Je sens un établissement qui souffre, globalement. Certains sont très dévoués et très impliqués puis lâchent l'affaire, tout d'un coup."

"Il manque encore une équipe médicale stable qui serait intéressée par le projet."

"Je n'ai pas très bien compris quelles étaient les motivations des médecins à ne pas rester. Je pense qu'ils ne sont pas très motivés en fait."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL

MANQUE D'IMPLICATION DU PERSONNEL

"J'ai été très étonné du peu d'implication des médecins salariés dans la survie de leur outil de travail. Ils essaient de préserver leurs conditions de travail."

AUTONOMIE INSUFFISANTE POUR ASSURER CERTAINES MISSIONS

"Par moment, il faudrait laisser plus d'autonomie à la cadre pour lui laisser sa place dans le management des équipes soignantes."

AUTONOMIE TROP IMPORTANTE

"Il y a un problème de prise en main du personnel administratif. Si on n'est pas derrière pour s'assurer qu'ils travaillent, ils ne travaillent pas."

"L'équipe administrative a repris le monopole. Elles font ce qu'elles veulent ; elles ne sont pas encadrées. Elles ne font pas leur travail correctement et complètement."

"C'est difficile pour nous de savoir ce qu'il faut faire ; les besoins ne sont pas exprimés ; les priorisations ne sont pas communiquées."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL

MANQUE DE PROACTIVITÉ

"Nous sommes bien équipés mais nous ne prenons pas les opportunités d'évolution. À cause des réfractaires, on se croirait encore au temps des Romains."

CHARGE DE TRAVAIL

© ISEOR 2023

ORGANISATION DU TRAVAIL

CHARGE DE TRAVAIL

INADEQUATION ENTRE LES EFFECTIFS ET LA CHARGE DE TRAVAIL

(Parfois)

"Je fais des heures supplémentaires à cause de la Clinique SSR. J'ai été autorisée à les mettre sur un compte épargne temps."

"Les rééducateurs du service n'emploient pas tout leur temps à travailler."

"Je pense que c'est une perte de temps et d'argent que plusieurs personnes se relaient sur l'accueil."

"C'est une perte de temps d'avoir quelqu'un toute la journée aux consultations."

"Le temps de travail prévu en pharmacie est parfois insuffisant."

"Je ne passe plus de temps pour cet établissement car je ne reçois aucune demande."

"Tous les patients qui ont besoin d'aide pour manger ne sont pas aidés ; ils ne mangent pas assez ou ne sont pas stimulés par manque de personnel."

"Nous avons constaté beaucoup de dérives dont la principale est la sous-activité."

"Pour nous, l'accueil mis à disposition n'est pas utile. Je dois moi-même m'occuper de tout ce que ma secrétaire fait dans mes autres cabinets. Il faut une bonne connaissance de notre activité."

ORGANISATION DU TRAVAIL

CHARGE DE TRAVAIL

FORTE CHARGE DE TRAVAIL

"Le problème actuel c'est la charge de travail mais la direction ne veut pas renforcer l'effectif."

"La mission sur la Clinique SSR m'a été imposée. Le temps de travail dédié d'une journée par semaine a très vite été insuffisant."

"Il y a trop d'astreintes. C'est fatigant parce que nous sommes très sollicités."

MAUVAISE ESTIMATION OU ANTICIPATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL

"On a demandé au début de faire une comptabilité. En réalité, maintenant, il y en a cinq à suivre."

DIFFICULTÉS À GÉRER LA CHARGE DE TRAVAIL

"De notre côté, il y a un vrai problème de disponibilité des ressources nécessaires. Notre propre établissement est prioritaire."

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÈGLES ET PROCÉDURES

RÈGLES ET PROCÉDURES NON FORMALISÉES

"Les procédures de gestion administrative ne sont pas formalisées. C'est un problème quand il faut faire à la place de quelqu'un d'absent. Il faut plus de temps pour apprendre ou alors ce n'est pas fait."

"Il n'y a pas de règle claire dans la gestion du personnel. Il n'y a presque rien d'écrit, de formalisé."

"Les processus de validation des factures d'achat sont à clarifier. On ne devrait pas avoir à se poser la question à chaque facture."

MANQUE DE RESPECT DES PROCÉDURES

"Le binôme infirmier-aide-soignant permet une meilleure prise en charge mais certains soignants le refusent."

"Il est difficile de faire avancer les choses sur l'organisation infirmière parce que les protocoles ne sont pas appliqués. Chacun y va de son idée..."

MANQUE DE RESPECT DE CERTAINES RÈGLES

"Certains salariés ne font pas leurs horaires, grugent sur leur temps de travail. Et quand ils sont là, ils en font le moins possible."

"Je pense que le personnel a besoin de cadrages sur les bases mêmes du travail dans l'établissement. Ils ne les connaissent plus."

© ISEOR 2023

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÈGLES ET PROCÉDURES

LES PROCÉDURES NE SONT PAS MISES A JOUR

"Je ne peux pas revoir seules les procédures qualité. Or les soignants ne le font pas."

"Les procédures ne sont plus valables avec les médecins présents."

INADAPTATION DES RÈGLES ET PROCÉDURES

"Lorsqu'il y a une rupture de séjour, on imprime par habitude beaucoup de documents, qui seront détruits si le patient ne revient pas. C'est une perte de temps et d'argent."

"Il faut reprendre l'accord sur le temps de travail. Il n'est plus adapté. Ce sera difficile car peu de choses mises en place avant la reprise ont été formalisées."

INADAPTATION DES MÉTHODES DE TRAVAIL

"Les infirmiers vérifient deux ou trois fois les médicaments pour rien. C'est une perte de temps."

NON RESPECT DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES

"On voit des infirmiers de nuit qui administrent les traitements de huit heures à six heures par copinage."

© ISEOR 2023

ORGANISATION DU TRAVAIL

ORGANIGRAMME

LA RÉPARTITION AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE DES FONCTIONS ET DES MISSIONS EST MECONNUE OU PEU ASSIMILEE

"Il n'y a pas d'organigramme clair. Les services support sont invisibles."

"C'est mieux maintenant mais il reste encore un flou pour le personnel sur la gouvernance parce qu'il y avait beaucoup d'interlocuteurs différents au départ."

"La répartition des rôles entre les deux services support n'est pas bien claire pour les personnels du site."

IL MANQUE DES FONCTIONS IMPORTANTES DANS L'ORGANIGRAMME (RESPONSABLE, EQUIPE)

"Il n'y a personne pour contrôler le travail et encadrer les réadaptateurs."

ORGANISATION DU TRAVAIL

ORGANIGRAMME

MANQUE DE CERTAINES FONCTIONS

"Il manque un accompagnement psychologique et un débriefing après les décès."

"Pour le moment, je n'ai aucun vigilant, même ceux qui sont obligatoires comme celui de l'hémovigilance."

"Nous voulons bien coder pour les soignants mais il nous manque un interlocuteur pour faire la synthèse et nous dire ce qui est juste."

"Pour moi il manque un référent informatique sur site, qui connaîtrait les logiciels et l'architecture en détail."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS

MANQUE DE PRECISION DANS LA DEFINITION DES TACHES OU DES FONCTIONS

(Parfois)

"Je voudrais savoir ce qu'ils attendent de nous pour les patients d'oncologie, ce que nous devrions leur apporter."

"Je comprends qu'il faut remplir les lits mais ça pose des problèmes de charge de travail. Je voudrais savoir ce que dois prioriser."

"On ne sait pas qui est censé faire signer les devis aux patients."

CERTAINES TÂCHES NE SONT PAS ATTRIBUÉES

"Le ménage de la pharmacie n'est jamais fait ; il n'est pas prévu."

CERTAINES TÂCHES NE REPOSENT QUE SUR UNE PERSONNE

"Je suis seule sur mon poste. Personne ne sait faire ce que je fais. Si je suis absente, comment vont-ils faire ?"

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS

REMISE EN CAUSE DE LA RÉPARTITION DES TÂCHES

(Parfois)

"Le suivi du matériel prend beaucoup de temps. Il diminue le temps disponible pour la rééducation."

"On a l'impression que beaucoup de choses sont reportées sur la nuit."

"Les personnes ne comprennent pas pourquoi c'est le directeur qui donne les tickets de parking et pas nous."

"On me demande de faire des choses qui ne font pas partie de mon travail. Je crois que les soignants ne savent pas vraiment quel est le rôle des autres paramédicaux."

MANQUE DE COOPERATION ET D'ENTRAIDE ENTRE LES EQUIPES

"Il y a peu d'entraide entre ASH et aides-soignantes. Certaines se cachent derrière leur secteur pour ne pas aider les autres. Il y a trop de copinage."

CERTAINES TACHES SONT EFFECTUEES HORS DES ROLES ASSIGNES

"Comme il n'y a personne à la pharmacie l'après-midi, nous devons y descendre alors que nous n'en avons pas le droit. C'est une grosse perte de temps."

© ISEOR 2023

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉGULATION DE L'ABSENTÉISME

LE REMPLACEMENT DE CERTAINS POSTES POSE DES PROBLEMES

"J'en ai marre de faire trois postes de travail en un à chaque fois que le brancardier est malade."

INTÉRÊT DU TRAVAIL

MANQUE D'INTERET DE CERTAINES TACHES, JUGEES INGRATES

"Les aides-soignantes n'ont pas envie de faire certaines choses alors elles les laissent aux ASH."

PERTE DE MOTIVATION DU PERSONNEL

"On était dans une dynamique de changement lors du rachat. On s'attendait à plus de changements en termes d'organisation."

"L'équipe de soin est en attente. Ils attendent que ça vienne et ça ne vient pas. Ils se font une raison. Ils sont résignés."

ORGANISATION DU TRAVAIL

AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL

AUTONOMIE INSUFFISANTE POUR ASSURER CERTAINES MISSIONS

"On perd notre capacité à réfléchir parce que tout est prescrit. C'est vraiment nous infantiliser."

CHARGE DE TRAVAIL

INADEQUATION ENTRE LES EFFECTIFS ET LA CHARGE DE TRAVAIL

(Parfois)

"Selon moi, nous ne sommes pas assez nombreux. Nous manquons de temps avec les patients, particulièrement quand on les voit en chambre."

"Je fais des heures supplémentaires. Je n'ai pas assez de temps pour faire tout ce que j'ai à faire."

"J'ai dû laisser de côté tout ce qui est administratif pour prioriser les patients."

ORGANISATION DU TRAVAIL

CHARGE DE TRAVAIL

FORTE CHARGE DE TRAVAIL

(Parfois)

"Les patients d'oncologie sont plus lourds. Avec vingt patients, j'ai l'impression de bâcler mon travail."

"Les IDE de jour nous demandent de donner le SKENAN® de huit heures à six heures parce qu'elles n'ont pas le temps."

"Je dépasse mon temps de travail. Parfois, je viens travailler le dimanche pour me mettre à jour et faire le ménage."

SOUS-PRODUCTIVITE GENERALE OU CHRONIQUE

(Parfois)

"Nous n'avons presque rien à faire sur le poste de consultations."

"Les hôtesse d'accueil facturent lentement. Elles n'ont pas le temps et sont peu formées."

"Nous avons peu de choses à faire le week-end. On s'ennuie."

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÈGLES ET PROCÉDURES

MANQUE DE REGLES ET PROCEDURES

(Parfois)

"L'organisation du poste de consultation n'est pas claire. Lorsque le médecin reste plus longtemps, nous ne savons pas si nous devons rester aussi ou comment on va déjeuner."

"Il manque une procédure pour se souvenir de ce qu'il faut faire en cas de panne de la barrière."

"Je n'arrive pas à savoir ce qui relève de ma propre initiative et ce qui doit être prescrit."

"On attend les fiches de poste et des procédures. On en a marre de se faire prescrire des choses à faire par l'équipe de jour."

ABSENCE OU MANQUE DE METHODES DE TRAVAIL COMMUNES

"Les informations ne circulent pas entre nous et les méthodes de travail différent beaucoup au sein de notre unité."

**MANQUE DE REGLES ET PROCEDURES EN RANGEMENT
CLASSEMENT**

"On ne retrouve pas toujours le matériel quand on en a besoin parce qu'il n'y a pas de lieu de rangement adapté."

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÈGLES ET PROCÉDURES

MANQUE DE RESPECT DES PROCEDURES

"Les armoires à pharmacie des services ne sont pas sécurisées du tout. Les règles d'identification ne sont pas appliquées."

INADAPTATION DES RÈGLES ET PROCÉDURES

"Nous manquons souvent de matériel parce que nous n'avons pas accès aux réserves de déambulateurs, fauteuils roulants, pharmacie. On doit demander l'accès à quelqu'un."

NON RESPECT DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES

"Des IDE de nuit distribuent et valident les traitements de huit heures alors qu'ils les donnent à six heures."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS	<p>CERTAINES TACHES SONT EFFECTUEES HORS DES ROLES ASSIGNES</p> <p>CERTAINES TÂCHES NE REPOSENT QUE SUR UNE PERSONNE</p>	<p>ABSENCE DE REPARTITION CLAIRE DES POUVOIRS ET DES RESPONSABILITES</p> <p>GLISSEMENTS DE FONCTION</p> <p>MANQUE D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL</p> <p>DIFFICULTÉS LIÉES À LA RÉPARTITION DES RÔLES</p>	<p>MANQUE DE PRECISION DANS LA DEFINITION DES TACHES OU DES FONCTIONS</p> <p>MANQUE DE COOPERATION ET D'ENTRAIDE ENTRE LES EQUIPES</p> <p>REMISE EN CAUSE DE LA RÉPARTITION DES TÂCHES</p> <p>CERTAINES TÂCHES NE SONT PAS ATTRIBUÉES</p>
RÉGULATION DE L'ABSENTÉISME		TÂCHES MAL ASSUMÉES EN CAS D'ABSENCES	LE REMPLACEMENT DE CERTAINS POSTES POSE DES PROBLEMES

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
INTÉRÊT DU TRAVAIL	MANQUE D'INTERET DE CERTAINES TACHES JUGÉES INGRATES PERTE DE MOTIVATION DU PERSONNEL		
AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL	AUTONOMIE INSUFFISANTE POUR ASSURER CERTAINES MISSIONS	MANQUE D'IMPLICATION DU PERSONNEL AUTONOMIE TROP IMPORTANTE MANQUE DE PROACTIVITÉ	
CHARGE DE TRAVAIL	INADEQUATION ENTRE LES EFFECTIFS ET LA CHARGE DE TRAVAIL FORTE CHARGE DE TRAVAIL	MAUVAISE ESTIMATION OU ANTICIPATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DIFFICULTÉS À GÉRER LA CHARGE DE TRAVAIL	SOUS-PRODUCTIVITE GENERALE OU CHRONIQUE

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RÈGLES ET PROCÉDURES	<p>MANQUE DE RESPECT DES PROCÉDURES</p> <p>INADAPTATION DES RÈGLES ET PROCÉDURES</p> <p>NON RESPECT DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES</p>	<p>REGLES ET PROCEDURES NON FORMALISEES</p> <p>LES PROCEDURES NE SONT PAS MISES A JOUR</p> <p>MANQUE DE RESPECT DE CERTAINES RÈGLES</p> <p>INADAPTATION DES MÉTHODES DE TRAVAIL</p>	<p>MANQUE DE REGLES ET PROCEDURES</p> <p>ABSENCE OU MANQUE DE METHODES DE TRAVAIL COMMUNES</p> <p>MANQUE DE REGLES ET PROCEDURES EN RANGEMENT CLASSEMENT</p>

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
ORGANIGRAMME		<p>LA RÉPARTITION AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE DES FONCTIONS ET DES MISSIONS EST MECONNUE OU PEU ASSIMILEE</p> <p>IL MANQUE DES FONCTIONS IMPORTANTES DANS L'ORGANIGRAMME (RESPONSABLE EQUIPE)</p> <p>MANQUE DE CERTAINES FONCTIONS</p>	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE, ATELIER)	<p>MANQUE OU DIFFICULTE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DU SERVICE</p> <p>MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DE L'ENTREPRISE</p>	<p>MANQUE DE COHESION A L'INTERIEUR DE L'EQUIPE</p> <p>ABSENCE OU INSUFFISANCE DE REUNIONS D'INFORMATION ET DE TRAVAIL</p> <p>DEFAUTS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LES SITES D'UNE MÊME ENTREPRISE</p> <p>MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DES ÉQUIPES</p> <p>ÉVITEMENT DES CONFLITS EMPÊCHANT LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES</p>	<p>CLIVAGE ENTRE PERSONNEL TEMPORAIRE ET PERSONNEL PERMANENT</p> <p>CLOISONNEMENTS ENTRE ÉQUIPES</p> <p>CONTRE-ORDRES FRÉQUENTS</p>

© ISEOR 2023

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE, ATELIER)

MANQUE DE COHESION A L'INTERIEUR DE L'EQUIPE

"Je trouve étonnant que les aides-soignantes prennent autant de place dans la communication. Elles se mettent beaucoup en avant mais papillonnent dans le travail ..."

ABSENCE OU INSUFFISANCE DE REUNIONS D'INFORMATION ET DE TRAVAIL

"Je regrette les réunions de pilotage hebdomadaires de l'an dernier. Maintenant, nous n'avons plus d'information de ce qui se passe dans l'établissement."

MANQUE OU DIFFICULTE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DU SERVICE

"J'aurais voulu faire plus de travail en collaboration. J'aimerais comprendre pourquoi on me demande de faire certaines choses."

"Les médecins sont mis devant le fait accompli pour les changements de chambre. Ils aimeraient être consultés avant la décision."

"Je n'ai pas été informé du changement du nombre de lits. La communication est nulle. On ne nous dit rien."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE, ATELIER)

DEFAUTS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LES SITES D'UNE MÊME ENTREPRISE

"La répartition des fonctions supports entre la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer pose des problèmes. Les communications avec le service RH est difficile. Il faut beaucoup de temps pour arriver au résultat souhaité."

MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DES ÉQUIPES

"Je ne peux pas suffisamment communiquer avec l'équipe parce qu'ils n'ont pas de temps pour cela."

ÉVITEMENT DES CONFLITS EMPÊCHANT LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES

"L'ambiance globale de travail est très chaotique avec certaines équipes paramédicales. Certains n'assument pas et n'informent pas de leurs erreurs."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

**3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE,
ATELIER)**

**MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU
SEIN DE L'ENTREPRISE**

"Les personnes de l'accueil de l'établissement ne sont pas informées des consultations. Elles ne sont pas coopérantes, sûrement parce qu'elles n'ont pas l'information."

"Ce qui pose problème ici c'est le manque de travail collectif. C'est chacun pour soi. Certains voient des erreurs, ne les signalent pas et ne les corrigent pas non plus."

"Nous ne sommes pas informés de ce qui se passe dans l'établissement."

"On ne demande pas à la pharmacie s'il est possible de se procurer les médicaments nécessaires avant d'accepter l'admission des patients du Centre Anticancer."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

**FAVORITISME DANS LES RELATIONS CLIENTS-FOURNISSEURS
INTERNES**

"Les kinés ne sont pas coordonnés avec l'activité du service. Ils sont absents du point d'information et ne partagent pas les informations avec nous."

**LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
CLIENTS-FOURNISSEURS INTERNES EST DEFAILLANTE OU
DIFFICILE**

"Les utilisateurs en général ne sont pas prévenus des évolutions du logiciel Expert pour les prescriptions."

© ISEOR 2023

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

**DEFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
AVEC DES PARTENAIRES EXTERIEURS**

(Parfois)

"Il est très difficile de joindre les oncologues du Centre Anticancer."

"Lorsque les patients entrent avec une ordonnance différente de celle qui a été donnée en amont, nous devons réagir dans l'urgence. Cela arrive trop souvent."

"Les résultats de biologie sont parfois rendus avec du retard, en particulier le week-end."

"Le laboratoire c'est une catastrophe. Si on ne les appelle pas, on n'est pas informés des résultats anormaux. Ils n'ont pas la notion de l'urgence et des résultats rapides."

"La radiologie du site ne donne pas accès aux images à distance. C'est un problème pour les consultations dans les établissements extérieurs."

"Nous n'avons pas accès aux résultats de radiologie du site. Il faut parfois un à deux jours. C'est un vrai problème au quotidien."

"Il manque l'organisation d'événements pour faire connaître et faire vivre le plateau de consultations dans le quartier."

"Nous n'interagissons pas suffisamment avec la radio, l'I.R.M. et le scanner du site."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

DIFFICULTÉS DANS LES RELATIONS AVEC LES SOUS-TRAITANTS

"Les kinés libéraux sont difficiles à gérer. Ils ne sont jamais présents aux synthèses. Nous n'avons pas de contact et leurs écrits sont insuffisants pour adapter la prise en charge."

DIFFICULTÉS DE DIALOGUE AVEC LES PARTENAIRES EXTÉRIEURS

"Nous pêchons dans l'écoute que nous pouvons avoir des tutelles. Nous devons faire des efforts. C'est important."

"Nous avons des problèmes de remboursement des frais avancés pour les travaux de la radiologie, bien que son responsable se soit engagé à payer."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

DEFAUTS DE COMMUNICATION MARKETING

(Parfois)

"Les gens ne savent pas que l'on consulte sur ce site, y compris les médecins des environs."

"Cette clinique vivote. Elle est vieille et cela se voit. Il faut la rendre plus accueillante."

"Il est difficile de trouver où se trouve les consultations pour les patients. Le fléchage est insuffisant. Il faut améliorer la signalétique."

"Les généralistes du quartier n'ont pas été informés de l'existence de nos consultations. La communication externe est inexistante."

"Ce site n'est pas connu des habitants de la ville. Il faudrait une signalétique sur la voie publique."

"Ce qui peut pécher à mon sens c'est l'absence d'inauguration de la structure. C'est important de marquer le coup pour la visibilité du plateau de consultations."

"Nous ne sommes pas encore assez connus des cliniques et des hôpitaux environnants pour nous assurer de recruter les patients avec un profil adapté."

ABSENCE OU MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LA CLIENTÈLE

"Les tenues professionnelles ne sont pas toutes nominatives. Les personnels ne sont pas identifiables par les patients."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

**DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
AVEC DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS**

"Il est difficile d'avoir un avis d'un cardiologue rapidement."

"Lors de la reprise de l'établissement, il y a eu de nombreux impayés qui rendent l'approvisionnement parfois difficile."

"Nous ne recrutons pas toujours les bons patients parce que le dossier d'admission est souvent très incomplet. Il nous manque une commission d'admission pour compléter les informations."

"Ce qui pose question c'est que l'ARS n'a jamais soutenu ce projet."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

DISPOSITIFS DE 3C

MANQUE OU ABSENCE DE RÉUNIONS

"La mise en place de certaines revues de morbi-mortalité n'est pas possible parce que les soignants n'ont pas le temps d'y participer."

MANQUE DE DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE

"Le journal interne était un sacré plus."

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

MANQUE DE FORMALISATION

"Il manque des fiches de poste pour tout le monde parce que l'organisation du travail a été revue oralement mais n'a pas été écrite."

CIRCUITS D'INFORMATIONS PEU PERFORMANTS

"Le circuit des fiches incident n'est pas univoque. Certaines n'arrivent pas au service qualité."

"L'encadrement et le service RH perdent beaucoup de temps pour compenser les défauts de système d'information."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

MANQUE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

"Malheureusement, je suis sûre que tous les incidents ou événements indésirables ne sont pas tracés."

"Je pense qu'il y a des pertes dans la tarification du PMSI par manque de transmissions écrites et de connaissances des actes valorisables."

MAUVAISE TRANSMISSION DES INFORMATIONS

"Les informations passent mal d'une équipe paramédicale à l'autre et aux médecins. Il y a une grosse perte d'informations et des soins non faits ou non tracés."

"Les infirmiers ne font pas assez de transmissions dans Expert santé. Ils utilisent un document Word dont toutes les informations se perdent d'un jour sur l'autre."

"Il y a un problème de communication sur qui est d'astreinte chez les médecins. Les médecins et les soignants ne sont pas toujours informés."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

MAUVAISE QUALITÉ DES INFORMATIONS TRANSMISES

"Nous relevons des discordances entre les données de dépendance tracées dans le dossier patient."

"Les dossiers techniques en notre possession sont tous incomplets. Il nous manque de nombreux documents."

NON RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ

"Les relèves écrites ne respectent pas la confidentialité du dossier médical."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C VERTICALE

DÉFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION VERTICALE

"Il y a un gros problème de lenteur. Tous les problèmes, je les ai déjà exprimés et rien n'a changé."

"Il est vrai qu'en interne nous n'écoutons pas les alertes. Tant que l'on n'est pas sur place, on ne peut pas se rendre compte de la criticité de la situation."

"Il y a trop d'opacité sur les compétences réelles du personnel."

MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION DE LA PART DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES

"Certains soignants ne respectent pas la hiérarchie. Quand ils sont pris en faute professionnelle, ils l'accusent de harcèlement"

DIFFICULTÉS DE DIALOGUE

"Il faut être très politique dans le management de cet établissement. La cadre de santé ne l'est pas assez."

© ISEOR 2023

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C VERTICALE

**MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
ENTRE LE PERSONNEL ET LA DIRECTION**

(Parfois)

"L'organisation des remplacements entre médecins n'est pas expliquée."

"Ici, les personnels disent « oui » mais ils font ce qu'ils veulent."

"Je ne sais pas si le management et le personnel ont bien appréhendé que la reprise s'est faite en situation de quasi-dépôt de bilan. La communication n'a pas été assez claire, peut-être."

"Nous n'avons jamais organisé de réunion avec tout le personnel, avec les patrons et le Conseil d'Administration pour exposer le cap. Il n'y a jamais eu de temps d'échange."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C HORIZONTALE

**DEFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
ENTRE FONCTIONNELS ET OPERATIONNELS**

"Le plan d'investissement pluriannuel est à l'arrêt. Je ne sais s'il faut reprendre les achats de matériel ou non."

"Nous n'avons plus d'échange avec la direction des affaires financières."

"La cadre et le médecin sont très soudés ; ça pose problème pour entrer en communication."

"Il a toujours été compliqué de ne pas être sur place et de ne pas avoir les informations directes."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C HORIZONTALE

**DÉFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS**

"Le flux d'informations entre la clinique et notre service support est un très gros problème. Il n'est pas fiable ce qui nous fait perdre beaucoup de temps pour tous les ajustements."

"Actuellement la communication générale entre les trois établissements est une triangulaire très compliquée. Il est très difficile de créer les flux d'informations nécessaires."

"Dans notre établissement (repreneur), nous voyons plusieurs freins sociaux. La confiance reste à instaurer aux niveaux des praticiens et des soignants."

"Nous n'avons que peu d'informations sur ce qui se passe sur le site, mais aussi sur les orientations et les choix qui sont faits."

ISOLEMENT DE CERTAINES PERSONNES

"Le directeur a peu de personnes sur qui se reposer."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

**3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE,
ATELIER)**

**CLIVAGE ENTRE PERSONNEL TEMPORAIRE ET PERSONNEL
PERMANENT**

"La plupart des personnels ne m'adressent pas la parole. Il n'y a que cinq personnes qui me disent « bonjour »."

**MANQUE OU DIFFICULTE DE
COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DU SERVICE** (Toujours)

"Les entrées sorties sont souvent annoncées très tard. Cela nous empêche de nous organiser correctement."

"On manque de repères en soins palliatifs. Il nous manque un groupe de paroles."

"Des médecins préviennent des sorties ou des reports au dernier moment. Tout ce qui est fait est à refaire. C'est une grosse perte de temps."

"On n'est pas informées des consultations des patients. On chauffe des plateaux repas pour rien."

CLOISONNEMENTS ENTRE ÉQUIPES

"On ne fait jamais de réunion et on n'est pas conviées au point info alors on est au courant de rien."

© ISEOR 2023

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

**3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE,
ATELIER)**

CONTRE-ORDRES FRÉQUENTS

"Les médecins ne communiquent pas entre eux. Ils disent parfois le contraire de l'autre. C'est compliqué à gérer."

"C'est un problème de faire signer les devis aux patients parce que cela nous oblige à quitter notre poste et à laisser l'accueil sans personne."

**MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU
SEIN DE L'ENTREPRISE**

"On ne sait pas quand les médecins sont présents et quels sont leurs horaires. On ne sait pas s'il faut leur passer les appels ou non."

"Je ne connais pas les nouveaux médecins. Il n'y a aucune réunion."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

**LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
CLIENTS-FOURNISSEURS INTERNES EST DEFAILLANTE OU
DIFFICILE**

"Nous n'avons pas été présentées à l'équipe du service. La communication avec eux n'est pas évidente."

"Les visiteurs ne comprennent pas l'interdiction d'apporter de la nourriture. Ils sont très mécontents."

**MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
ENTRE LES ÉQUIPES**

"On ne nous convie dans aucun projet."

**DEFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION
AVEC DES PARTENAIRES EXTERIEURS**

(Parfois)

"Je ne connais pas les praticiens qui consultent ici. C'est dommage, je pourrais leur adresser des patients."

"Il nous manque soit des flyers, soit un tampon pour donner l'adresse de la Clinique et le numéro de téléphone du standard."

"Beaucoup de personnes ne comprennent pas comment fonctionnent le parking et le paiement."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

DEFAUTS DE COMMUNICATION MARKETING

"Les partenaires tels qu'EHPAD ou Maison de la Métropole ne nous connaissent pas. Nous ne sommes pas visibles."

DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS

"Les proches des patients sont mécontents que nous ne puissions pas accepter les chèques le week-end, quand eux ne peuvent pas venir la semaine."

DISPOSITIFS DE 3C

MANQUE D'EFFICACITÉ DE LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

"Les réunions sont parfois de simples recueils d'information sans discussion. Il n'y a pas de décision, pas de projet. L'équipe et les patients se sentent perdus."

MANQUE OU ABSENCE DE RÉUNIONS

"Au rez-de-chaussée, on n'a aucune réunion, aucune information et aucun interlocuteur à l'étage. Il y a des informations divergentes et cela crée des tensions."

"Il manque un moment organisé pour que l'équipe puisse réfléchir sur les patients, un temps de suspension pour l'analyse de pratique."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

DISPOSITIFS DE 3C

ANNULATION DE RÉUNIONS UTILES

"On n'a plus de moment organisé pour faire le bilan régulier de tous les patients d'un secteur."

"L'annulation des réunions empêche la rédaction de fiches de synthèse utiles aux équipes de nuits, avec lesquels je ne peux échanger que rarement."

DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE NON STRUCTURÉS

"Parfois, il y a tellement de mouvements, de consultations et de changements que nous n'arrivons pas à tout suivre et qu'il y a des erreurs."

MANQUE DE DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE

(Parfois)

"Les ASH ne participent pas aux relèves. Elles n'ont pas les informations et ne peuvent pas dire ce qu'elles voient des patients."

"Il est parfois difficile de programmer mes prises en charge car je ne connais pas les horaires de consultations et des séances de kiné. Je perds du temps très régulièrement."

"Je n'ai pas de moyen d'informer que je suis dans une chambre. Certains soignants viennent faire des soins pendant que je travaille. Je dois attendre qu'ils aient fini."

© ISEOR 2023

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

DISPOSITIFS DE 3C

DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INADAPTÉS

"La relève écrite est trop fournie ; il y a trop d'informations. On est parasités donc on perd du temps."

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

MANQUE DE FORMALISATION DANS LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS

"Quand il a fallu nous remplacer, la personne n'avait pas les informations nécessaires. Il faudrait une fiche de poste."

CIRCUITS D'INFORMATIONS PEU PERFORMANTS

(Parfois)

"Il n'y a pas de canal unique pour m'informer des patients à prendre en charge. Je dois éplucher tous les dossiers."

"Il y a de gros problèmes de communication avec le service. On n'est pas informées des isolements. On perd beaucoup d'argent !"

"La transmission d'informations pour faire les synthèses passent par plusieurs canaux. Beaucoup d'informations sont perdues."

"Les médecins font des prescriptions de kiné en double. Les kinés valident donc en double. Tout doit être repris et corrigé pour le PMSI."

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

TRANSMISSION DES INFORMATIONS

MANQUE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

(Parfois)

"La communication ne passe pas. Les sanibroyeurs sont souvent bouchés par des gants de toilette jetés par les intérimaires ou les vacataires. Ça prend du temps à réparer."

"Les informations sur l'utilisation des matelas à air ne sont pas partagées. Cela rend la gestion très compliquée et fait perdre beaucoup de temps."

"Il y a souvent des transmissions qui ne sont pas suivies le jour."

"Il y a vraiment un manque de communication entre les infirmiers et les aides-soignants. Ils ne se transmettent pas les informations que je leur donne."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C VERTICALE

MANQUE DE COMMUNICATION AU SEIN DE L'ENTREPRISE

"Nous n'avons pas de retour des réunions des délégués du personnel."

3C HORIZONTALE

ISOLEMENT DE CERTAINES PERSONNES

"Nous ne participons pas à la vie de la Clinique. Nous ne sommes pas incluses dans la dynamique."

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : **COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION**

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS	<p>LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION CLIENTS-FOURNISSEURS INTERNES EST DEFAILLANTE OU DIFFICILE</p> <p>DEFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC DES PARTENAIRES EXTERIEURS</p> <p>DEFAUTS DE COMMUNICATION MARKETING</p> <p>DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS</p>	<p>FAVORITISME DANS LES RELATIONS CLIENTS-FOURNISSEURS INTERNES</p> <p>DIFFICULTÉS DANS LES RELATIONS AVEC LES SOUS-TRAITANTS</p> <p>DIFFICULTÉS DE DIALOGUE AVEC LES PARTENAIRES EXTÉRIEURS</p> <p>ABSENCE OU MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LA CLIENTÈLE</p>	<p>MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LES ÉQUIPES</p>

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : **COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION**

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
DISPOSITIFS DE 3C	<p>MANQUE OU ABSENCE DE RÉUNIONS</p> <p>MANQUE DE DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE</p>		<p>DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE NON STRUCTURÉS</p> <p>ANNULLATION DE RÉUNIONS UTILES</p> <p>MANQUE D'EFFICACITÉ DE LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION</p> <p>DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INADAPTÉS</p>

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
TRANSMISSION DES INFORMATIONS	<p>MANQUE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS</p> <p>CIRCUITS D'INFORMATIONS PEU PERFORMANTS</p>	<p>MANQUE DE FORMALISATION</p> <p>NON RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ</p> <p>MAUVAISE TRANSMISSION DES INFORMATIONS</p> <p>MAUVAISE QUALITÉ DES INFORMATIONS TRANSMISES</p>	<p>MANQUE DE FORMALISATION DANS LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS</p>

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
3C VERTICALE		<p>MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION DE LA PART DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES</p> <p>MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LE PERSONNEL ET LA DIRECTION</p> <p>DIFFICULTÉS DE DIALOGUE</p> <p>DÉFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION VERTICALE</p>	<p>MANQUE DE COMMUNICATION AU SEIN DE L'ENTREPRISE</p>

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
3C HORIZONTALE	ISOLEMENT DE CERTAINES PERSONNES	<p>DEFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE FONCTIONNELS ET OPERATIONNELS</p> <p>DÉFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS</p>	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

GESTION DU TEMPS

PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS

MANQUE DE CONCERTATION DANS LA GESTION DES PRIORITES

"Pour le moment, nos interventions sur le système informatique relèvent du pansement sur une jambe de bois. Nous sommes en mode « pompier »."

GESTION UNILATÉRALE DES PRIORITÉS

"Je ne peux pas me libérer en temps et en heure car j'ai aussi des projets dans mon établissement. C'est une source de retard."

"Les ASH se pressent le matin, stressent les aides-soignantes pour pouvoir prendre une pause longue l'après-midi."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

GESTION DU TEMPS

PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS

MANQUE OU DEFAUT DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES

"Comme les patients arrivent l'après-midi, nous manquons de temps pour fournir les traitements personnels en particulier. C'est très chronophage !"

"Lors de la reprise et pendant les premiers mois, nous avons passé beaucoup de temps dans cette clinique. Nous avons un peu délaissé notre propre établissement, par manque de temps."

"Le matin, les problèmes à gérer sont connus trop tard parce que la relève avec les infirmiers ne se fait jamais à la même heure et dans les mêmes conditions."

"Faire entrer les patients le vendredi après-midi pose problème pour se procurer les médicaments. Il faut souvent trouver des solutions en urgence."

PLANNING MAL MAÎTRISÉ

"Certains plannings ne sont pas parfaitement calibrés."

© ISEOR 2023

GESTION DU TEMPS

PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS

**MANQUE DE CONCERTATION DANS LA PROGRAMMATION DES
ACTIVITÉS**

*"La migration du réseau n'a pu être faite parce que nous n'avons pas
trouvé de moment possible pour les soignants."*

*"Les chimiothérapies orales coûtent très cher. Nous utilisons à peine
un tiers de ce qui est livré parce que les patients ont des séjours trop
courts."*

**MANQUE DE PROGRAMMATION ET DE DISPONIBILITÉ DE
L'ENCADREMENT**

*"Le cadre de soins et son assistante n'ont pas assez de temps à
consacrer à la gestion des risques."*

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

**CERTAINES TACHES SONT MAL ACCOMPLIES ET NUISENT A LA
QUALITE DU SERVICE AUX CLIENTS (INTERNES OU EXTERNES)**

*"Des patients se plaignent régulièrement du comportement de
soignants, qui sont à la limite de la maltraitance."*

*"Certains patients sont suivis par deux voire trois médecins
successivement. Ce n'est pas évident de suivre l'évolution de leur
état dans ces conditions."*

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES MAL ASSUMÉES

(Parfois)

"Le temps me manque pour faire les choses correctement pour les deux établissements. Je fais tout à la va-vite."

"Les kinés, ergothérapeutes et diététiciennes et certains infirmiers ne font aucune fiche de liaison lors des sorties."

"Il n'y a presque plus de compte-rendu fait par les kinés dans les dossiers des patients."

"À l'heure actuelle, notre seule image de marque c'est SSR polyvalent. C'est tout. On voit qu'il n'y a pas de projet."

"Il y a souvent des pièces administratives qui sont enregistrées deux fois parce que les choses sont faites sans réfléchir."

"Les tâches de facturation ne sont pas toutes faites. Les anomalies devraient être vérifiées et corrigées par le service administratif et elles ne le sont pas."

"Les ordres du directeur ne sont pas appliqués. Il y a une perte de temps dans la facturation parce que les personnes discutent pendant leur travail."

"Le circuit du médicament fait apparaître beaucoup de dysfonctionnements, de la prescription à la distribution."

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES MAL ASSUMÉES PAR LES PARTENAIRES EXTERNES

"L'envoi de patients depuis notre établissement (repreneur) est un problème car les dossiers sont mal remplis."

LES PROBLÈMES DE FOND NE SONT PAS TRAITÉS

"Il y a des événements indésirables qui se reproduisent. Cela veut dire que nous n'avons pas mis en œuvre les actions qui auraient dû l'être. Les risques ne sont pas maîtrisés."

"Je devrais pouvoir maîtriser les chaînes d'événements indésirables du début à la fin et je n'y parviens pas."

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN GESTION DES PATIENTS

"Actuellement, le projet individuel du patient dans l'institution n'est pas fait."

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN APPROVISIONNEMENT

"Très souvent, nous ne parvenons pas à avoir les médicaments souhaités au bon moment pour les patients entrants. C'est parfois très déstabilisant pour les traitements de la douleur."

"Les nouvelles infirmières ont beaucoup de difficultés à faire les commandes de médicaments."

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES ENTRAINENT DES PERTES DE TEMPS

"Un pharmacien a remis des ampoules de morphine à un infirmier mais aucun des deux n'a tracé ni prévenu. Les stocks étaient faux. On a passé beaucoup de temps pour comprendre et d'argent."

CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES IMPACTENT LA FACTURATION DES ACTIVITES

"Depuis quelques mois, les actes d'ergothérapie ne sont plus codés. Une des deux ergothérapeutes ne code jamais."

"L'assistante sociale ne code pas du tout depuis son arrivée. Comme ses actes ne sont pas prescrits, nous ne pouvons rien faire. C'est un manque à gagner."

"Pour moi, ici, ça fonctionne comme une maison de retraite. Les durées moyennes de séjour sont trop longues et font perdre de l'argent."

"Certains traitements très onéreux s'achètent uniquement en gros conditionnement. Si ce n'est pas adapté à la durée du séjour, nous perdons beaucoup d'argent."

CERTAINES TÂCHES MAL ACCOMPLIES OU OUBLIÉES ENGENDRENT DES RISQUES POUR L'ACTIVITÉ

"Il y a des erreurs de prescription et des pratiques médicales qui créent des risques. Cela fait perdre beaucoup de temps."

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAINENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION

"Si on se contentait des commandes du service, ils auraient beaucoup de ruptures de stock. Tout est corrigé par la préparatrice."

CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES NUISENT A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

"Il est impossible de prescrire certains régimes alimentaires dans Expert. Certains patients se retrouvent avec des repas inadaptés."

"Quand un traitement manque à l'entrée du patient, nous devons soit envoyer un taxi le chercher ailleurs soit faire une impasse thérapeutique."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

GESTION DU TEMPS

FACTEURS PERTURBATEURS DE LA GESTION DU TEMPS

NOMBREUSES SOLLICITATIONS DESORGANISATRICES DE LA PART DES CLIENTS INTERNES ET EXTERNES

"On est parasité par des demandes pour lesquelles nous n'avons pas de réponse."

"Il manque quelqu'un qui cadre les utilisateurs."

"Je suis sollicitée pour pas mal de choses ; c'est intéressant mais chronophage. Ça me pèse de ne pas atteindre mes objectifs."

"Nous sommes appelés par tout le monde, pour des demandes qui ne relèvent pas de nos compétences."

"Je suis énormément interrompue dans mon travail. Tout le monde m'interpelle."

MANQUE DE TEMPS POUR RÉALISER CERTAINES TÂCHES

"Plusieurs personnes disent qu'elles ont trop à faire. Elles ne sont pas disponibles pour travailler avec nous."

INSUFFISANCE DE TEMPS CONSACRÉS AU DÉBUT DES PROJETS

"Ce qui pêche aussi, c'est que je suis encore sur les projets de base de réhabilitation alors que le CA m'a demandé de poursuivre les projets."

"Je ne peux pas travailler sur les projets pourtant importants."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

GESTION DU TEMPS

FACTEURS PERTURBATEURS DE LA GESTION DU TEMPS

UN MANQUE DE QUALITÉ DU TRAVAIL DE PARTENAIRES EXTÉRIEURS PERTURBE LA GESTION DU TEMPS

"Nous avons un vrai problème d'accès aux résultats de laboratoire. Ils arrivent en fin de journée alors qu'ils ont été prélevés en début de matinée. Même quand c'est urgent. Cela retarde la prise en charge."

EXCÈS DE NON-PRÉSENTATION DES PATIENTS

"Nous avons un gros déchet sur les consultations à la Clinique SSR. La plupart des personnes qui ont pris rendez-vous ne viennent pas."

© ISEOR 2023

GESTION DU TEMPS

RESPECT DES DÉLAIS

LES DELAIS DEMANDES PAR LES CLIENTS INTERNES OU EXTERNES SONT PEU REALISTES

"Souvent, on découvre de nouvelles prescriptions au lit du patient. Il est parfois trop tard pour appliquer le changement."

DÉLAIS NON RESPECTÉS

"Certaines aides-soignantes respectent toujours les horaires, d'autres pas."

PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS

LES PRIORITES ET LES URGENCES SONT MAL DEFINIES ET MAL GERES

"Avec certains médecins, la relève dure très longtemps parce qu'ils veulent revoir tout le dossier et non pas les problèmes du moment."

MANQUE OU DEFAUT DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES

(Parfois)

"Le petit-déjeuner à huit et quart pour une séance de kiné à huit heures trente, ça stresse les patients."

"Le ménage est fait quand les patients sont dans la salle. Il est moins bien fait, c'est dommage. Ce n'est pas bien organisé."

"Le temps de relève est trop court. Je pars systématiquement en retard."

© ISEOR 2023

GESTION DU TEMPS

PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS

MANQUE DE CONCERTATION DANS LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS

"Le planning de kiné contraint l'organisation du service et nous oblige à nous presser pour aider les aides-soignants."

TÂCHES MAL ASSUMÉES

CERTAINES TACHES SONT MAL ACCOMPLIES ET NUISENT A LA QUALITE DU SERVICE AUX CLIENTS (INTERNES OU EXTERNES)

(Parfois)

"Les patients se plaignent que les stores ou les volets ne ferment pas."

"Les patients racontent des altercations entre soignants, qui ont lieu devant eux."

"Je ne peux pas voir tous les patients. Je sais que l'on passe à côté de certains patients qui ont besoin de plus d'accompagnement avant de rentrer chez eux."

© ISEOR 2023

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES MAL ASSUMÉES

(Assez souvent)

"Les informations à valider dans Expert santé© sont tellement nombreuses que nous ne pouvons pas valider tout ce que nous devrions."

"Les chariots de linge ne sont pas toujours reconditionnés entre les équipes. Cela crée des tensions."

"Le tri des déchets n'est pas respecté. Beaucoup de choses sont jetées dans les DASRI alors que ce sont des ordures ménagères."

"Il arrive que les changements de traitement soient prescrits après le tour de dix-huit heures alors que le problème a été signalé en début de matinée et que la pharmacie est fermée."

"Les sacs poubelles ne sont pas toujours fermés ou sont déchirés. Quand il faut les transférer, ça sent mauvais et ce n'est pas hygiénique."

"Le bac à eau des climatiseurs mobiles ne sont pas régulièrement vidés par les soignants. Il y a souvent des inondations dans les chambres."

"Les matériels en dépôt-vente sont parfois donnés au patient alors qu'ils doivent être vendus. Il faut beaucoup de temps pour les retrouver, quand on les retrouve..."

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES MAL ASSUMÉES PAR LES PARTENAIRES EXTERNES

"Le prestataire pour le linge pose des problèmes. Les franges (serpillères) ne sont pas toujours adaptées à nos balais et sont en nombre insuffisant mais facturées."

COMMUNICATION EXTERNE SOUS-EXPLOITÉE

"Comme la charge de travail est trop importante, la première chose que l'on ne fait pas c'est le codage pour le PMSI."

TACHES MAL ASSUMÉES DANS LE CODAGE DES ACTES

"Les soignants ne codent plus les dépendances des patients. Ce doit être fait par quelqu'un qui ne connaît pas les patients, à partir de données du dossier souvent contradictoires."

"Les ergothérapeutes et la diététicienne ne codent plus leurs actes en CSARR."

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN GESTION DES PATIENTS

(Parfois)

"Je n'arrive pas à suivre correctement les dossiers des patients. Je n'ai pas le temps."

"Les patients trouvent que les médecins ne passent pas assez dans les chambres."

"Il y a des patients qui sont là depuis plus d'un an. C'est démotivant pour tout le monde."

"Les patients se plaignent qu'ils n'ont jamais les résultats des examens qu'ils passent."

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN APPROVISIONNEMENT

"Les commandes de médicaments ne tiennent pas toujours compte des stocks."

"Les infirmiers ne font pas correctement les commandes de pharmacie, et ne rangent pas les livraisons. Je dois tout vérifier et corriger presque systématiquement."

ERREURS DE PRESCRIPTIONS MEDICALES

"Un des médecins nous demande de faire le contraire de ce que nous avons appris. Ça n'a pas de sens."

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES DE COMMUNICATION MAL ASSUMÉES PAR LE PERSONNEL

"Suivant qui fait le brancardage, il peut y avoir beaucoup de quiproquos."

CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAÎNENT DES PERTES DE TEMPS

(Parfois)

"Il y a beaucoup d'erreurs dans les piluliers. On perd du temps à chercher les médicaments pour réapprovisionner."

"Je perds beaucoup de temps à aplatir les cartons. Les personnels devraient le faire quand ils les jettent."

"Parfois, les déchets sont mal triés. Il faut vérifier pour ne pas avoir de problème avec le prestataire."

CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAÎNENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION

"Il y a des automatismes de prescription qui paraissent inutiles et aberrants. Du coup nous n'appliquons pas ses prescriptions mais nous sommes dans l'illégalité."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

**CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES IMPACTENT LA FACTURATION
DES ACTIVITES**

(Parfois)

*"Les isolements des patients ne sont pas toujours communiqués.
C'est un problème pour la facturation."*

*"Une personne moins vigilante a beaucoup plus de rejets de ses
dossiers."*

*"Une aide-soignante m'a remonté que quatre patients avaient des
fauteuils roulants en location qu'ils n'utilisaient pas. Ne pas faire le
suivi du matériel coûte de l'argent."*

*"Les réunions de synthèse annulées au dernier moment me font
perdre du temps et des consultations. C'est assez fréquent."*

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

**CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES NUISENT A LA PRISE EN
CHARGE DES PATIENTS**

(Très souvent)

*"Les insulines sont parfois faites à six heures et non à huit heures,
avant le petit-déjeuner."*

*"L'approvisionnement des services en médicaments et dispositifs
médicaux ne correspond pas aux besoins. C'est pourquoi il y a des
manques."*

*"Les soignants ne veulent pas toujours répondre aux sonnettes. Ça
angoisse des patients qui se retiennent très longtemps parce qu'on
leur a reproché de trop sonner."*

*"Comme les fiches alimentaires ne sont pas remplies, les bilans
nutritionnels ne peuvent pas être faits."*

*"Certains patients attendent qu'on les guide vers ce qui est possible
pour eux. Quand on ne le fait pas, ils sont perdus. On ne fait pas
notre travail."*

© ISEOR 2023

GESTION DU TEMPS

FACTEURS PERTURBATEURS DE LA GESTION DU TEMPS

**NOMBREUSES SOLLICITATIONS DESORGANISATRICES DE LA PART
DES CLIENTS INTERNES ET EXTERNES**

*"Je suis très parasitée par des tâches qui ne relèvent pas de mon
secteur."*

*"Nous devons répondre à tous les appels téléphoniques avant huit
heures et après dix-huit heures. La plupart ne nous concernent pas."*

MANQUE DE CONCENTRATION

*"Les relèves durent plus longtemps que le temps prévu. Elles sont
beaucoup parasitées par des échanges qui ne sont pas utiles."*

EXCÈS DE NON-PRÉSENTATION DES PATIENTS

*"Il y a des problèmes de toilettes pas faites ou pas terminées qui
désorganisent les rendez-vous."*

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : GESTION DU TEMPS

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RESPECT DES DÉLAIS			LES DELAIS DEMANDES PAR LES CLIENTS INTERNES OU EXTERNES SONT PEU REALISTES DÉLAIS NON RESPECTÉS
PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	MANQUE OU DEFAUT DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION DES ACTIVITES MANQUE DE CONCERTATION DANS LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	MANQUE DE PROGRAMMATION ET DE DISPONIBILITÉ DE L'ENCADREMENT MANQUE DE CONCERTATION DANS LA GESTION DES PRIORITES GESTION UNILATÉRALE DES PRIORITÉS PLANNING MAL MAÎTRISÉ	LES PRIORITES ET LES URGENCES SONT MAL DEFINIES ET MAL GEREES

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : GESTION DU TEMPS

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
TÂCHES MAL ASSUMÉES	<p>CERTAINES TACHES SONT MAL ACCOMPLIES ET NUISENT A LA QUALITE DU SERVICE AUX CLIENTS (INTERNES OU EXTERNES)</p> <p>CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES ENTRAINENT DES PERTES DE TEMPS</p> <p>TÂCHES MAL ASSUMÉES</p> <p>TÂCHES MAL ASSUMÉES PAR LES PARTENAIRES EXTERNES</p> <p>CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES IMPACTENT LA FACTURATION DES ACTIVITES</p> <p>TÂCHES MAL ASSUMÉES EN GESTION DES PATIENTS</p> <p>TÂCHES MAL ASSUMÉES EN APPROVISIONNEMENT</p>	<p>CERTAINES TÂCHES MAL ACCOMPLIES OU OUBLIÉES ENGENDRENT DES RISQUES POUR L'ACTIVITÉ</p> <p>LES PROBLÈMES DE FOND NE SONT PAS TRAITÉS</p> <p>CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAINENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION</p>	<p>CERTAINES T&AMP;CHES MAL ASSUMÉES ENTRAINENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION</p> <p>TÂCHES DE COMMUNICATION MAL ASSUMÉES PAR LE PERSONNEL</p> <p>ERREURS DE PRESCRIPTIONS MEDICALES</p> <p>COMMUNICATION EXTERNE SOUS-EXPLOITÉE</p> <p>TACHES MAL ASSUMÉES DANS LE CODAGE DES ACTES</p>

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : **GESTION DU TEMPS**

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
	CERTAINES TACHES MAL ASSUMÉES NUISENT A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS		
FACTEURS PERTURBATEURS DE LA GESTION DU TEMPS	NOMBREUSES SOLlicitATIONS DESORGANISATRICES DE LA PART DES CLIENTS INTERNES ET EXTERNES EXCÈS DE NON-PRÉSENTATION DES PATIENTS	MANQUE DE TEMPS POUR RÉALISER CERTAINES TÂCHES INSUFFISANCE DE TEMPS CONSACRÉS AU DÉBUT DES PROJETS UN MANQUE DE QUALITÉ DU TRAVAIL DE PARTENAIRES EXTÉRIEURS PERTURBE LA GESTION DU TEMPS	MANQUE DE CONCENTRATION

FORMATION INTÉGRÉE

BESOINS DE FORMATION

LES BESOINS EN FORMATION NE SONT PAS BIEN CERNES

*"Les entretiens professionnels obligatoires n'ont pas pu être faits.
Nous ne connaissons pas les souhaits de formation."*

**DES BESOINS DE FORMATION SONT RESSENTIS A COURT TERME
POUR MIEUX REALISER LE TRAVAIL CONFIE**

*"Pour la mission à la Clinique SSR, il me faudrait me former à des
aspects que je ne traite pas au Centre Anticancer."*

*"Nous aurions besoin de formation sur les traitements anticancéreux
et des formations sur la mise à jour des connaissances métier."*

"Il manque des formations en rééducation et en oncologie."

BESOIN DE FORMATION EN INFORMATIQUE

"Je n'ai eu aucune formation sur le logiciel ExpertSanté®."

"Il faudrait que les médecins soient formés à Expert®."

*"Il manque une formation sur les outils informatiques pour le
personnel, en particulier pour les nouveaux arrivants."*

FORMATION INTÉGRÉE

BESOINS DE FORMATION

**LES BESOINS OU DEMANDES DE FORMATION NE SONT PAS
SATISFAITS**

*"Le responsable technique a demandé une évolution de carrière.
Pour le moment, ce n'est pas possible de le former plus."*

MANQUE DE FORMATION

*"La formation professionnelle des salariés est une vraie lacune.
Actuellement, nous ne faisons que du réglementaire."*

BESOIN DE FORMATION TECHNIQUE

*"Les personnels soignants ont besoin de formation en secret
médical. Tout se dit, dans n'importe quel endroit de l'établissement."*

*"La technicienne d'information médicale n'est pas une
professionnelle. Elle a été formée sur site et aurait besoin de la
formation diplômante pour structurer son savoir."*

FORMATION INTÉGRÉE

BESOINS DE FORMATION

LES BESOINS EN FORMATION NE SONT PAS BIEN CERNES

*"Les entretiens professionnels obligatoires n'ont pas pu être faits.
Nous ne connaissons pas les souhaits de formation."*

**DES BESOINS DE FORMATION SONT RESENTIS A COURT TERME
POUR MIEUX REALISER LE TRAVAIL CONFIE**

*"Pour la mission à la Clinique SSR, il me faudrait me former à des
aspects que je ne traite pas au Centre Anticancer."*

*"Nous aurions besoin de formation sur les traitements anticancéreux
et des formations sur la mise à jour des connaissances métier."*

"Il manque des formations en rééducation et en oncologie."

BESOIN DE FORMATION EN INFORMATIQUE

"Je n'ai eu aucune formation sur le logiciel ExpertSanté@."

"Il faudrait que les médecins soient formés à Expert@."

*"Il manque une formation sur les outils informatiques pour le
personnel, en particulier pour les nouveaux arrivants."*

FORMATION INTÉGRÉE

BESOINS DE FORMATION

**LES BESOINS OU DEMANDES DE FORMATION NE SONT PAS
SATISFAITS**

*"Le responsable technique a demandé une évolution de carrière.
Pour le moment, ce n'est pas possible de le former plus."*

MANQUE DE FORMATION

*"La formation professionnelle des salariés est une vraie lacune.
Actuellement, nous ne faisons que du réglementaire."*

BESOIN DE FORMATION TECHNIQUE

*"Les personnels soignants ont besoin de formation en secret
médical. Tout se dit, dans n'importe quel endroit de l'établissement."*

*"La technicienne d'information médicale n'est pas une
professionnelle. Elle a été formée sur site et aurait besoin de la
formation diplômante pour structurer son savoir."*

FORMATION INTÉGRÉE

COMPÉTENCES DISPONIBLES

VULNERABILITE SUR CERTAINES COMPETENCES

"La responsabilité technique délocalisée ne pourra probablement pas durer. Il faut une présence sur site plus professionnelle. C'est un point de vigilance."

"Il manque un binôme directeur-médecin chef, qui porte un projet d'avenir."

MANQUE DE COMPÉTENCES MÉTIER

"Certains professionnels manquent réellement de compétence sur les bases de leur métier. Ils ne se rendent pas compte de l'importance d'alerter le médecin."

"Il est inquiétant de constater qu'une infirmière n'est pas capable de compter les ampoules pour préparer une perfusion."

"Les infirmiers ne connaissent pas assez les médicaments d'oncologie pour être à l'aise et pour savoir les surveiller."

"En plus des manques de connaissances des bases professionnelles pour certains il y a des problèmes de savoir-faire et de savoir-être. Il y a des problèmes de compétence et des problèmes de positionnement."

FORMATION INTÉGRÉE

BESOINS DE FORMATION

**DES BESOINS DE FORMATION SONT RESENTIS A COURT TERME
POUR MIEUX REALISER LE TRAVAIL CONFIE** (Parfois)

"J'ai demandé une formation en oncologie et je ne l'ai pas eue."

"C'est compliqué de répondre aux questions des patients d'oncologie pour les ASH car elles n'ont pas appris à communiquer avec eux."

"L'équipe est en demande de formation, surtout sur l'oncologie et les soins palliatifs."

"J'ai besoin d'une formation en informatique et de formations techniques."

BESOIN DE FORMATION EN INFORMATIQUE

"Nous ne sommes pas formés ni accompagnés pour améliorer Expert santé@."

MANQUE DE FORMATION (Parfois)

"Nous n'avons eu aucune formation depuis très longtemps"

"J'ai besoin de formations ; je n'en ai eu aucune en 10 ans."

"Je n'ai jamais eu de formation. Il n'y a même pas d'abonnement à une revue professionnelle pour se tenir à jour."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

FORMATION INTÉGRÉE

BESOINS DE FORMATION

BESOIN DE FORMATION TECHNIQUE

"Je n'ai jamais été formée au codage PMSI. Je ne sais pas si je le fais bien."

COMPÉTENCES DISPONIBLES

MANQUE DE COMPÉTENCES MÉTIER

"Il y a plein de bases en oncologie que nous n'avons pas. Nous manquons vraiment de formation."

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : FORMATION INTÉGRÉE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
BESOINS DE FORMATION	<p>DES BESOINS DE FORMATION SONT RESENTIS A COURT TERME POUR MIEUX REALISER LE TRAVAIL CONFIE</p> <p>BESOIN DE FORMATION EN INFORMATIQUE</p> <p>MANQUE DE FORMATION</p> <p>BESOIN DE FORMATION TECHNIQUE</p>	<p>LES BESOINS EN FORMATION NE SONT PAS BIEN CERNES</p> <p>LES BESOINS OU DEMANDES DE FORMATION NE SONT PAS SATISFAITS</p>	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : FORMATION INTÉGRÉE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
COMPÉTENCES DISPONIBLES	MANQUE DE COMPÉTENCES MÉTIER	MANQUE DE COMPÉTENCES EN INFORMATIQUE MANQUE DE COMPÉTENCES TECHNIQUES MANQUE DE CERTAINES COMPÉTENCES VULNERABILITE SUR CERTAINES COMPÉTENCES	

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES IMPRÉCISES OU NON PERÇUES

(Parfois)

"Il manque un projet commun, global, qui donne du sens et auquel les personnes adhèrent."

"Je ne connais pas la stratégie concernant le type de patients souhaité ni la stratégie globale."

"Je ne sais pas quelle est la stratégie, même sur le plan budgétaire."

"La reprise a été "sportive". Les deux établissements n'ont pas été en mesure de réaliser un réel projet médical ou d'établissement."

L'ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT NÉCESSITE UNE ADAPTATION ET LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT PROPRE

"La reprise de la Clinique SSR par la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer a fait naître de fortes hostilités chez certains concurrents qui ont un grand poids politique sur le territoire de santé."

MANQUE D'ADHÉSION À LA STRATÉGIE

"Nous luttons contre des résistances. Les personnels n'ont pas compris que nous sommes tous là pour la même chose."

"Nous avons été étonnés de constater que certaines personnes auraient préféré que la clinique ferme pour partir avec un chèque."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

MANQUE DE DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

"Nous restons centrés sur le projet économique alors que nous n'avons pas de projet médical. Nous n'avons pas de stratégie à 5 ans."

"Pour moi, le gros point faible c'est l'absence de projet médical. Nous n'avons qu'un projet à court terme : survivre. C'est un mauvais calcul."

"Pour motiver et rassurer le personnel, il faut un projet médical puis un projet d'établissement, que nous n'avons pas."

"Nous avons rédigé un projet médical très administratif pour le renouvellement d'autorisation. Il faut un véritable projet médico-soignant."

MANQUE DE VISION À MOYEN TERME

"Le projet médical ne me semble plus aussi clair qu'au moment de la reprise. Je ne vois pas quel est l'objet précis, quelle est la cohérence."

"Depuis le début de la reprise de l'établissement, nous ne nous sommes jamais posés ; nous n'avons pas pris le temps de prendre du recul."

"Nous n'avons pas écrit de projet. Nous devons tous nous mettre autour d'une table pour convenir d'un projet ambitieux."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES N'ONT PAS ÉTÉ
ÉTUDIÉES

"Nous perdons de la place à différents endroits. Les locaux ne sont pas optimisés."

"Les locaux sont un sujet qui doit être creusé rapidement et en profondeur."

"Pour le plateau de consultations, nous n'avons pas encore saisi cette belle opportunité pour faire quelque chose de transformant."

"Nous n'avons pas les moyens financiers pour tout remettre à niveau en même temps. Il y a plusieurs stratégies possibles pour se remettre à flot."

CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SONT CONTESTÉES

"Selon moi certains patients ne relèvent pas de ce que l'on peut faire. Nous n'avons pas toujours les moyens de la prise en charge."

"Je regrette que le parking soit payant, même si je comprends. Payer à chaque vacation est un problème."

"Nous avons été trop gentils sur la reprise. Nous aurions dû acheter beaucoup moins cher compte tenu de l'état réel de l'établissement."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

INQUIETUDE CONCERNANT LA STRATEGIE

(Parfois)

"Nous n'avons aucun retour d'expérience sur les taux d'encadrement et la masse salariale dans d'autres établissements comparables."

"Il y a de l'inquiétude quand je vois que le modèle économique n'est pas assuré !"

"Moi et d'autres pensons que 68 lits, c'est trop court pour être rentable."

"On se demande jusqu'où les deux directions peuvent aller pour renflouer la trésorerie. C'est frustrant de ne pas savoir si ça va continuer."

"Je pense que nous ne gagnerons pas d'argent avec le SSR. La rentabilité se fera sur les deux établissements repreneurs avec la baisse de la durée moyenne de séjour."

"Ce qui est inquiétant c'est que la clinique devrait être rentable en étant autonome sur les fonctions supports. Or, elle ne l'est pas sans assumer ces fonctions."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

MANQUE DE SENSIBILITÉ DES COLLABORATEURS AUX ASPECTS ÉCONOMIQUES DE LA STRUCTURE

"Il y a des prescriptions inutiles. Pour moi, il y a une incompréhension des coûts de certains actes de biologie."

"Je pense que certains salariés ne sont pas conscients des difficultés et de l'apport des deux établissements propriétaires."

DIFFICULTÉS FACE À L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

"Nous rencontrons des difficultés parce que la reprise de la Clinique SSR par la Clinique Court Séjour et le Centre Anticancer n'a pas été et n'est toujours pas soutenue par les tutelles."

"L'ombre de l'Inspection du Travail ne facilite pas la reprise de la Clinique SSR."

"Je ne vois pas pourquoi l'ARS ne soutient pas le projet. Il n'y a aucune transparence de leur part."

"Le passif de harcèlement est un problème pour nos relations avec l'inspection du travail. Notre image négative amène un enchaînement de surcoûts."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

"Nous avons du mal à faire rentrer les gens dans une organisation commune. S'ils peuvent esquiver, ils le font. C'est épuisant."

"Il est difficile de faire bouger les mentalités des personnels en place. Il y a un problème historique dans l'établissement."

"Une partie de l'équipe contrecarre les choses, tout en disant que c'est comme cela qu'il faudrait faire. Pour moi c'est une forte résistance au changement, à la limite parfois du sabotage."

"Les acteurs sur site ont pris des positions et de postures qu'il est difficile de faire évoluer."

DÉCALAGE ENTRE LE RÊVE STRATÉGIQUE ET LES PRATIQUES EFFECTIVES

"C'est compliqué d'être dans un mode de projet visionnaire quand c'est le bazar sur le plan managérial."

"L'idée du centre de consultations avancées est bonne mais il faut la mettre en œuvre."

"Les difficultés rencontrées sont bien pires que celle d'une reprise habituelle. Tous les niveaux étaient corrompus. Rien n'était stable."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SONT QUESTIONNÉES

"Je ne comprends pas où il y a des marges de manœuvres. Ce n'est pas clair. Dans le nombre de lits peut-être mais est-ce que la masse salariale en est une ?"

"Nous n'avons pas de projet pour le plateau de consultations. Les boxes sont remplis avec tout et n'importe quoi."

"Nous ne savons pas exactement quelle était la stratégie de notre établissement pour s'allier dans la reprise d'un SSR."

"Il manque une spécialisation au SSR, sur une spécialité rémunératrice."

ABSENCE DE VISION GLOBALE

"Il est peut-être temps que le Conseil d'Administration prenne du recul sur le fonctionnement quotidien et se penche sur le projet médical avec une vision globale."

"Nous n'avons pas réussi à avoir une vision claire de la stratégie, par manque de connaissances."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

MANQUE D'INFORMATIONS SUR LA STRATÉGIE

"Je ne connais pas la stratégie de l'établissement."

"Je ne connais pas la stratégie. Comme elle n'est pas claire et partagée, il y a beaucoup de dysfonctionnements et de départs."

AUTEURS DE LA STRATÉGIE

TROP DE PERSONNES INTERVIENNENT POUR LA DEFINITION DE LA STRATEGIE

"Le fonctionnement à trois établissements avec trois modèles différents complique l'avancée des projets."

"Pour moi, un des défauts de management, c'est l'absence d'un organigramme clair, de qui fait quoi parmi les promoteurs du projet "Clinique SSR"."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

AUTEURS DE LA STRATÉGIE

COORDINATION ET CONCERTATION INSUFFISANTES POUR LA DETERMINATION DE LA STRATEGIE

"Dans la stratégie, il y a sans doute une vision de ceux qui ont pris le projet à bras le corps mais il n'a jamais été discuté, écrit et communiqué."

"Le rôle du Conseil d'Administration est hyper limité. Il est vrai qu'on ne peut pas diriger à 12 ... alors on ne va pas dans le détail."

"La gouvernance à deux établissements est compliquée, structurellement. Le gros danger, c'est qu'ils gèrent entre deux portes, à la va-vite."

"Il n'y a pas eu de réflexion commune, à la fois médicale et économique."

COORDINATION ET CONCERTATION INSUFISANTE POUR LA PRISE DE DÉCISIONS

"Il manque une voix médicale qui soit suivie par les autres médecins."

"Les médecins devraient être conviés aux réunions qui traitent de l'organisation du service."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

DÉMULTIPLICATION ET ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MANQUE DE COMMUNICATION COORDINATION CONCERTATION POUR LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

"Nous n'avons pas de plan directeur de l'informatique sur la sécurité et l'infrastructure. Nous n'avons pas pris le temps de nous enquérir de ce qu'ils ont ou non les moyens de faire."

"Nous avons sous-estimé certains aspects de la collaboration entre les trois établissements, au-delà de l'équipe projet resserrée."

RENTABILITE INSUFFISANTE DES PRESTATIONS

"Je pense que la capacité en lits est trop faible."

"Je ne sais pas si la capacité en lits et le mode de fonctionnement actuels sont économiquement viables."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

DÉMULTIPLICATION ET ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

DIFFICULTÉS DE DÉMULTIPLICATION DE LA STRATÉGIE

(Parfois)

"Au moment de la reprise nous n'avions pas analysé tout ce qui était à faire."

"La stratégie RH reste à construire. C'est le cœur de notre enjeu."

"Pour moi la stratégie de reprise est claire mais elle reste à mettre en œuvre."

"Sur la stratégie, il nous manque un schéma directeur du système d'information à court, moyen et long termes."

"Assurer les fonctions RH a affaibli notre propre niveau d'efficacité dans notre établissement. Ce n'est pas évident de continuer sur la durée."

"Que nos établissements assurent les fonctions support est une force mais, en interne, cela nous met en difficulté."

MANQUE DE PARTENAIRES EXTÉRIEURS

"Nous n'avons pas de convention réelle avec les officines de ville pour les approvisionnements en urgence."

"Il nous manque un réseau de médecins spécialistes que nous pourrions appeler en cas de besoin."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

DÉMULTIPLICATION ET ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MANQUE DE COHÉRENCE DES DEMANDES CLIENTS

"Les utilisateurs souhaitent des innovations mais il faut avant tout moderniser le réseau."

MAUVAISE QUALITÉ DES PRODUITS

"Le niveau d'exigence en qualité de travail était descendu très bas. Nous devons encore le hausser."

"Le niveau de prestations hôtelières et soignantes est insuffisant."

"Les patients voient la perte de qualité entre des établissements comme ceux des repreneurs et celui-ci."

MAUVAISE IMAGE AUPRÈS DES CLIENTS

"La vacance de Direction avant la reprise laisse des traces, notamment dans la difficulté de recruter des patients adaptés à la structure."

"L'image de marque de l'établissement est mauvaise. Il faut travailler l'attractivité des locaux et de l'équipe médicale."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

DÉMULTIPLICATION ET ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ATTRACTIVITE COMMERCIALE INSUFFISANTE

"Les relations avec les partenaires extérieurs (autres établissements) sont à travailler au long cours. Nous sommes encore trop peu connus."

"Le modèle de notre plateau de consultation n'est pas stabilisé. Il faudrait une rénovation structurelle pour avoir un outil attractif."

"Nous avons plusieurs pistes intéressantes pour le plateau de consultations que nous n'avons pas encore étudiées."

"Nous avons peu de rendez-vous pris sur la Clinique SSR."

MANQUE DE PILOTAGE

"Le codage devrait être porté au niveau institutionnel pour que cela soit fait."

"Le pôle de consultation vivote alors qu'on aurait dû passer à la vitesse supérieure. Nous ne sommes pas clairs sur le pilotage, l'animation et la dynamisation."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

OUTILS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

LE SYSTEME INFORMATIQUE EST INADAPTE AUX BESOINS OU NON PERFORMANT

"Les logiciels en place ne permettent pas d'obtenir des informations de qualité."

SYSTÈME D'INFORMATION

MANQUE D'INDICATEURS DE PILOTAGE PERTINENTS

(Parfois)

"Nous manquons d'alertes terrains issues du système d'information pour faire circuler l'information entre directions et prendre les bonnes décisions."

"Nous voyions le Clinique SSR comme un moyen de nous autonomiser sur les lits d'aval. Mais nous n'avons aucune visibilité sur les lits disponibles."

"Comme nous n'avons pas eu de contact avec la direction précédente, nous n'avons pas pu identifier les personnes clés et les compétences manquantes."

"Le logiciel de GRH n'est pas adéquat. Des indicateurs de base comme l'absentéisme ne sont pas calculés."

"Nous n'avons pas d'indicateurs pour savoir où nous en sommes réellement du budget."

"Nous manquons d'indicateurs, y compris RH, pour trouver des leviers d'action."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SYSTÈME D'INFORMATION

MANQUE DE FIABILITE DU SYSTEME D'INFORMATIONS

"Fiabiliser les données RH nous prend énormément de temps. Pourtant c'est impossible car nous ne connaissons pas les données antérieures à notre arrivée."

"Il nous manque un système d'information RH qui permette de faire le lien entre les horaires de travail réels et la paie."

MANQUE DE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME D'INFORMATION

"Nous n'avons aucun historique sur le système d'information."

"Les deux établissements supports ont fait des audits décorrés, technique pour l'un, logiciel pour l'autre. C'est un problème pour savoir si des interfaces peuvent être installées."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SYSTÈME D'INFORMATION

ABSENCE DE PILOTAGE ÉCONOMIQUE

"Je pense qu'il y a des optimisations possibles sur les dépenses mais aujourd'hui je ne sais pas précisément lesquelles. Elles ne sont pas identifiées."

"Il reste difficile de se projeter sur un budget car nous n'avons trouvé ni comptabilité analytique ni budget réel pour l'année de la reprise."

"Nous n'avons pas de tableau de bord de gestion des lits. Nous ne savons pas clairement ce que chaque patient paie réellement."

"Nous ne connaissons pas le seuil de rentabilité parce que nous n'avons pas de recul et pas de comptabilité analytique."

MANQUE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DE PILOTAGE

"En tant qu'administrateurs, nous manquons d'informations ; les documents financiers notamment nous sont communiqués a minima."

© ISEOR 2023

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MOYENS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

REMISE EN CAUSE OU MANQUE DE PERTINENCE DES CHOIX BUDGÉTAIRES

"Le redressement est plus difficile que prévu parce que nous avons découvert des pratiques, des fonctionnements quotidiens anormaux après coup."

"L'augmentation du nombre de patients en oncologie augmente beaucoup les coûts de pharmacie car leurs traitements sont très chers."

MANQUE DE RÉSULTATS FINANCIERS

"La crise sanitaire ne permettra pas à la Clinique Court Séjour et au Centre Anticancer d'attendre le retour à l'équilibre financier de la Clinique SSR pendant trop longtemps."

"Je ne comprends pas pourquoi l'établissement ne fonctionne pas, pourquoi il n'est pas à l'équilibre."

"Le fait que la situation ne soit pas stabilisée sur le plan managérial fait que nous ne sommes pas au rendez-vous des objectifs financiers fixés."

"À l'heure actuelle le cabinet de consultation à la Clinique SSR n'est pas rentable."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MOYENS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MANQUE DE MOYENS OU INADEQUATION PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS FIXES

"Les services supports sont séparés. Leur temps est pris sur les établissements repreneurs alors qu'ils n'ont pas ce temps."

"Il faut prévoir une modernisation architecturale et informatique. Cette structure vétuste n'est pas attirante pour les patients."

MANQUE DE MOYENS POUR DEVELOPPER DES ACTIONS DE GESTION-DEVELOPPEMENT

"La clinique est dans un sale état. Il va être difficile de la rendre agréable avec des financements au minimum."

"Il y a des difficultés pour monter en charge (activité hospitalière). Cela limite nos investissements."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MOYENS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

REMISE EN CAUSE OU MANQUE DE PERTINENCE DES CHOIX BUDGÉTAIRES

"Le redressement est plus difficile que prévu parce que nous avons découvert des pratiques, des fonctionnements quotidiens anormaux après coup."

"L'augmentation du nombre de patients en oncologie augmente beaucoup les coûts de pharmacie car leurs traitements sont très chers."

MANQUE DE RÉSULTATS FINANCIERS

"La crise sanitaire ne permettra pas à la Clinique Court Séjour et au Centre Anticancer d'attendre le retour à l'équilibre financier de la Clinique SSR pendant trop longtemps."

"Je ne comprends pas pourquoi l'établissement ne fonctionne pas, pourquoi il n'est pas à l'équilibre."

"Le fait que la situation ne soit pas stabilisée sur le plan managérial fait que nous ne sommes pas au rendez-vous des objectifs financiers fixés."

"À l'heure actuelle le cabinet de consultation à la Clinique SSR n'est pas rentable."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MOYENS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MANQUE DE MOYENS OU INADEQUATION PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS FIXES

"Les services supports sont séparés. Leur temps est pris sur les établissements repreneurs alors qu'ils n'ont pas ce temps."

"Il faut prévoir une modernisation architecturale et informatique. Cette structure vétuste n'est pas attirante pour les patients."

MANQUE DE MOYENS POUR DEVELOPPER DES ACTIONS DE GESTION-DEVELOPPEMENT

"La clinique est dans un sale état. Il va être difficile de la rendre agréable avec des financements au minimum."

"Il y a des difficultés pour monter en charge (activité hospitalière). Cela limite nos investissements."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

GESTION DU PERSONNEL

MANQUE DE MOYENS HUMAINS OU EFFECTIF INSUFFISANT

"Je perds beaucoup de temps à taper les observations d'entrée. Mais je sais que la secrétaire n'aurait pas le temps de le faire."

"Le dimensionnement prévu pour gérer les RH n'est pas suffisant."

"Il manque du temps de psychologue pour accompagner les patients d'oncologie et les médecins pour les annonces."

"Il manque un renfort médical pour assurer le suivi des patients."

DIFFICULTES A GERER LES EFFECTIFS

"La reprise est une période risquée. Nous n'avons pas de vision claire de combien il faut de personnel aux différents postes car l'activité est différente de celle de nos établissements repreneurs."

"Pour moi, nous aurions dû nous séparer dès le départ des collaborateurs qui mettent le bazar."

"On pense que ce planning confortable devrait leur permettre d'être plus serein au travail mais la plupart vont travailler ailleurs. Ils sont donc plus fatigués et donc plus agacés."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

GESTION DU PERSONNEL

TURN-OVER

"L'équipe soignante et médicale a été remaniée en profondeur. Cette rupture est encore un problème mais elle devrait permettre de faire avancer les choses à l'avenir."

"C'est terrible quand on voit les « pertes au feu » de personnes qui se donnent à fond, sont broyés par le système puis qui partent."

"Nous n'avons pas réussi à stabiliser l'équipe médicale."

"Le turn over des médecins fait varier très souvent les médicaments à mettre à disposition. Il est difficile et coûteux de suivre leurs habitudes de prescription."

MANQUE DE CERTAINS PERSONNELS

"S'il y avait un projet médical, nous verrions qu'il manque des compétences."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

GESTION DU PERSONNEL

DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT ET D'INTÉGRATION

(Parfois)

"Nous avons mis un directeur de site trop tard. La cadre présente lors de la reprise ne pouvait tout faire seule et trouver sa place dans cette direction à deux établissements."

"Nous n'avons pas été bons sur l'accompagnement des jeunes médecins auxquels nous avons confié des responsabilités."

"Le personnel médical est instable. Nous avons été défensifs sur le recrutement. Il nous faut des personnes qui sont là pour un projet, non comme un plan B."

"Nous n'arrivons pas à recruter parce que les remplaçants sont très mal accueillis."

"La plus grande urgence est d'avoir un corps médical stable, opérationnel et crédible."

"Nous ne comprenons pas pourquoi il est si difficile de recruter des médecins. C'est un mystère."

"Il n'y a pas beaucoup de médecins qui souhaitent faire du SSR. Le recrutement est difficile et chronophage."

DIFFICULTÉ À FIDÉLISER LES SALARIÉS

"Il demeure des problématiques sur l'équipe paramédicale."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

GESTION DU PERSONNEL

MANQUE DE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL RÉALISÉ

"La dynamique RH pour monter des objectifs de carrière est impossible actuellement."

"Malheureusement, il n'y a aucune volonté de fidéliser les médecins. La seule chose qui compte c'est d'être au travail et de faire entrer les patients."

DEMOTIVATION DU PERSONNEL

"Je pense qu'il y a une grosse souffrance pour beaucoup de personnes de cet établissement."

DIFFICULTÉS D'IMPLICATION DU PERSONNEL

"Il n'y a pas de redescence de l'implication des directions des repreneurs vers les acteurs de terrain. Ils ne s'engagent pas dans le projet de collaboration comme nous le souhaiterions."

"Il nous manque un corps médical stable et motivé pour stabiliser l'équipe soignante et l'établissement."

"Je n'ai pas senti une force collective du personnel du site pour sauver son outil de travail. Certains espéraient la fermeture pour obtenir de l'argent."

"Il manque encore des personnes motivées, qui ont du "gnac", parmi les médecins et les soignants."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

GESTION DU PERSONNEL

DIFFICULTÉS DE GESTION DU PERSONNEL

"Le fonds qui a conduit au harcèlement reste présent. Cela complexifie encore la situation RH."

MODE DE MANAGEMENT

MANAGEMENT TROP DISTANT

"Le pilotage à distance est un problème. Les décideurs n'étant pas sur site, certaines décisions n'ont pas été prises à temps."

"Il y a des choses qui ne sont pas réglées parce que les dirigeants ne sont pas assez sur le terrain. Ils ont une vue biaisée des choses."

LA DIRECTION NE PREND PAS SES RESPONSABILITÉS

"Tant que l'encadrement ne sera pas appuyé par la direction, il n'y arrivera pas."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MODE DE MANAGEMENT

MODE DE MANAGEMENT INEFFICACE OU REMIS EN CAUSE

"Cela fait des années que l'on a concentré des personnes néfastes à l'établissement. Beaucoup ne travaillent pas vraiment."

"Le Conseil d'Administration a souhaité respecter les personnes et garder les effectifs. Ce n'est pas évident de faire évoluer l'efficacité en n'étant pas dur avec les salariés."

"L'inconvénient de la gouvernance bicéphale est que nous ne voulons pas nous fâcher. Nous n'avons pas été assez incisifs sur les ressources humaines dès le départ."

LAXISME DANS LE MODE DE MANAGEMENT

"Quand on a repris, les salariés faisaient tout ce qu'ils voulaient, pour leurs congés comme pour leur travail. Je n'ai jamais vu ça ! Tout allait à vau-l'eau..."

CARENCE DANS LE MANAGEMENT DES PERSONNES

"Nous avons hérité d'une situation RH avec des salariés en demande de cadre et de suivi mais qui étaient habitués à une autogestion."

"Une difficulté est le poids de l'histoire, avec une habitude d'autogestion, au format "électron libre"."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES IMPRÉCISES OU NON PERÇUES

(Assez souvent)

"On ne nous a jamais vraiment présenté quel était le projet."

"Je ne connais pas la stratégie et je ne comprends pas pourquoi on reçoit des patients de soins palliatifs ou d'autres que l'on garde des mois."

"On n'a aucune information sur la stratégie de la Clinique."

"On ne voit pas la finalité de cet établissement. Je ne vois pas comment on va sortir du déficit."

CERTAINES ORIENTATIONS STRATEGIQUES SONT CONTESTEES

"L'absence de WIFI est un gros problème. Beaucoup de patients disent que ça leur manque beaucoup."

"C'est aberrant qu'il n'y ait pas un vrai plateau technique au rez-de-chaussée."

INQUIETUDE CONCERNANT LA STRATEGIE

"On avait de l'espoir quand ça a été racheté mais, pour moi, il n'y a rien qui a vraiment avancé. Si ça continue, je vais partir."

© ISEOR 2023

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

REMISE EN CAUSE DE LA DÉCISION D'INVESTISSEMENT MATÉRIEL

"Les climatiseurs mobiles coûtent très cher en électricité. L'investissement dans une climatisation centrale aurait mieux valu."

GESTION DU PERSONNEL

MANQUE DE MOYENS HUMAINS OU EFFECTIF INSUFFISANT

(Parfois)

"Le temps de travail et de présence est insuffisant pour le travail qui est à faire."

"Il n'y a souvent pas assez d'aides-soignants pour faire les toilettes. Les patients ne sont pas toujours prêts à temps pour descendre en kiné."

"Je ne comprends pas que l'on mette un nombre de soignants pour un nombre de patients. Ça dépend comment sont les patients !"

"On n'est pas assez nombreux. Ce n'est pas humain de réveiller les patients pour les changer parce qu'on passe trop tard."

© ISEOR 2023

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES IMPRÉCISES OU NON PERÇUES

(Assez souvent)

"On ne nous a jamais vraiment présenté quel était le projet."

"Je ne connais pas la stratégie et je ne comprends pas pourquoi on reçoit des patients de soins palliatifs ou d'autres que l'on garde des mois."

"On n'a aucune information sur la stratégie de la Clinique."

"On ne voit pas la finalité de cet établissement. Je ne vois pas comment on va sortir du déficit."

CERTAINES ORIENTATIONS STRATEGIQUES SONT CONTESTEES

"L'absence de WIFI est un gros problème. Beaucoup de patients disent que ça leur manque beaucoup."

"C'est aberrant qu'il n'y ait pas un vrai plateau technique au rez-de-chaussée."

INQUIETUDE CONCERNANT LA STRATEGIE

"On avait de l'espoir quand ça a été racheté mais, pour moi, il n'y a rien qui a vraiment avancé. Si ça continue, je vais partir."

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

REMISE EN CAUSE DE LA DÉCISION D'INVESTISSEMENT MATÉRIEL

*"Les climatiseurs mobiles coûtent très cher en électricité.
L'investissement dans une climatisation centrale aurait mieux valu."*

GESTION DU PERSONNEL

MANQUE DE MOYENS HUMAINS OU EFFECTIF INSUFFISANT

(Parfois)

"Le temps de travail et de présence est insuffisant pour le travail qui est à faire."

"Il n'y a souvent pas assez d'aides-soignants pour faire les toilettes. Les patients ne sont pas toujours prêts à temps pour descendre en kiné."

"Je ne comprends pas que l'on mette un nombre de soignants pour un nombre de patients. Ça dépend comment sont les patients !"

"On n'est pas assez nombreux. Ce n'est pas humain de réveiller les patients pour les changer parce qu'on passe trop tard."

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	<p>ORIENTATIONS STRATÉGIQUES IMPRÉCISES OU NON PERÇUES</p> <p>CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SONT CONTESTÉES</p> <p>INQUIETUDE CONCERNANT LA STRATÉGIE</p>	<p>L'ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT NÉCESSITE UNE ADAPTATION ET LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT PROPRE</p> <p>MANQUE D'ADHÉSION À LA STRATÉGIE</p> <p>MANQUE DE DÉFINITION DE LA STRATÉGIE</p> <p>MANQUE DE SENSIBILITÉ DES COLLABORATEURS AUX ASPECTS ÉCONOMIQUES DE LA STRUCTURE</p> <p>DIFFICULTÉS FACE À L'ENVIRONNEMENT EXTERNE</p>	<p>REMISE EN CAUSE DE LA DÉCISION D'INVESTISSEMENT MATÉRIEL</p>

© ISEOR 2023

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		<p>RÉSISTANCE AU CHANGEMENT</p> <p>MANQUE DE VISION À MOYEN TERME</p> <p>DÉCALAGE ENTRE LE RÊVE STRATÉGIQUE ET LES PRATIQUES EFFECTIVES</p> <p>CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SONT QUESTIONNÉES</p> <p>ABSENCE DE VISION GLOBALE</p> <p>MANQUE D'INFORMATIONS SUR LA STRATÉGIE</p> <p>CERTAINES</p>	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		ORIENTATIONS STRATÉGIQUES N'ONT PAS ÉTÉ ÉTUDIÉES	
AUTEURS DE LA STRATÉGIE		TROP DE PERSONNES INTERVIENNENT POUR LA DÉFINITION DE LA STRATÉGIE COORDINATION ET CONCERTATION INSUFFISANTES POUR LA DÉTERMINATION DE LA STRATÉGIE COORDINATION ET CONCERTATION INSUFFISANTE POUR LA PRISE DE DÉCISIONS	

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
DÉMULTIPLICATION ET ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE		<p>DIFFICULTÉS DE DÉMULTIPLICATION DE LA STRATÉGIE</p> <p>MANQUE DE PILOTAGE</p> <p>MANQUE DE COHÉRENCE DES DEMANDES CLIENTS</p> <p>MANQUE DE COMMUNICATION COORDINATION CONCERTATION POUR LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE</p> <p>MAUVAISE QUALITÉ DES PRODUITS</p> <p>MAUVAISE IMAGE AUPRÈS DES CLIENTS</p> <p>MANQUE DE PARTENAIRES</p>	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		EXTÉRIEURS ATTRACTIVITE COMMERCIALE INSUFFISANTE RENTABILITE INSUFFISANTE DES PRESTATIONS	
OUTILS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE		LE SYSTEME INFORMATIQUE EST INADAPTE AUX BESOINS OU NON PERFORMANT	

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
SYSTÈME D'INFORMATION		MANQUE D'INDICATEURS DE PILOTAGE PERTINENTS MANQUE DE FIABILITE DU SYSTEME D'INFORMATIONS MANQUE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DE PILOTAGE MANQUE DE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME D'INFORMATION ABSENCE DE PILOTAGE ÉCONOMIQUE	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
MOYENS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE		REMISE EN CAUSE OU MANQUE DE PERTINENCE DES CHOIX BUDGÉTAIRES MANQUE DE MOYENS OU INADEQUATION PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS FIXES MANQUE DE MOYENS POUR DEVELOPPER DES ACTIONS DE GESTION-DEVELOPPEMENT MANQUE DE MOYENS POUR ASSURER CERTAINES MISSIONS MANQUE DE RÉSULTATS FINANCIERS MANQUE DE MOYENS OU INADÉQUATION PAR	

© ISEOR 2023

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		RAPPORT AUX OBJECTIFS	

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Diagnostic Intégral 6 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
GESTION DU PERSONNEL	<p>MANQUE DE MOYENS HUMAINS OU EFFECTIF INSUFFISANT</p> <p>MANQUE DE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL RÉALISÉ</p>	<p>DIFFICULTÉS À GÉRER LES EFFECTIFS</p> <p>DEMOTIVATION DU PERSONNEL</p> <p>DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT ET D'INTÉGRATION</p> <p>TURN-OVER</p> <p>MANQUE DE CERTAINS PERSONNELS</p> <p>DIFFICULTÉ À FIDÉLISER LES SALARIÉS</p> <p>DIFFICULTÉS D'IMPLICATION DU PERSONNEL</p> <p>DIFFICULTÉS DE GESTION DU PERSONNEL</p>	<p>MANQUE DE CLARTÉ DES PRATIQUES DE GESTION DU PERSONNEL</p> <p>DIFFICULTÉS D'INTÉGRATION DES NOUVEAUX</p>

© ISEOR 2023

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
MODE DE MANAGEMENT	MANAGEMENT TROP DISTANT LA DIRECTION NE PREND PAS SES RESPONSABILITÉS	MODE DE MANAGEMENT INEFFICACE OU REMIS EN CAUSE LAXISME DANS LE MODE DE MANAGEMENT CARENCE DANS LE MANAGEMENT DES PERSONNES	MANQUE D'EXEMPLARITÉ DE L'ENCADREMENT REMISE EN CAUSE DES DÉCISIONS DE LA HIÉRARCHIE

Avertissement

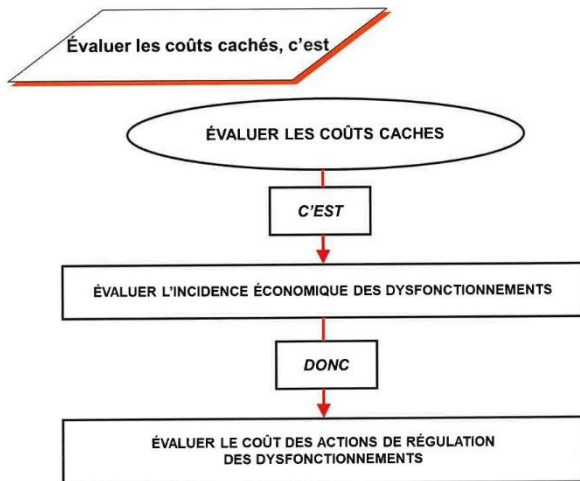
Ce diagnostic socio-économique ne rend compte que des gisements potentiellement et partiellement récupérables de valeur ajoutée.

1) Ce document **n'est pas** un audit à usage externe.

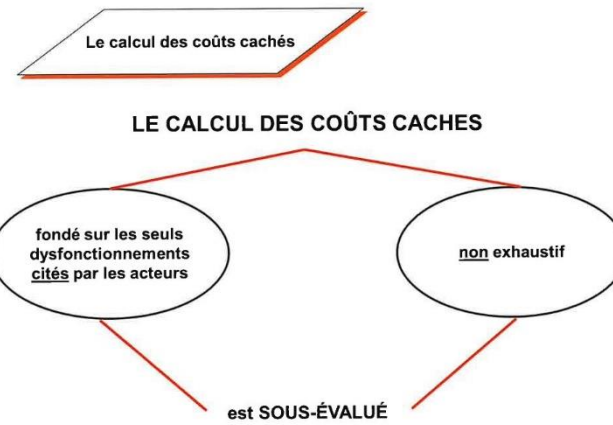
2) Il s'agit d'un document de travail à **usage interne** et à **vocation constructive** pour définir une plate-forme d'amélioration.

3) Le gisement des coûts cachés permettra d'autofinancer les actions d'amélioration.

ÉVALUATION DES COÛTS CACHÉS



Module source : 1.11
© ISEOR 1990



Module source
© ISEOR 1993

CALCUL DE LA CONTRIBUTION HORAIRE À LA VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES DE L'ENTREPRISE

∂ VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES POUR L'EXERCICE 2019

CHIFFRE D'AFFAIRES	3 645 M€
CHARGES VARIABLES	778 M€

VA/ CV	2 867 M€
---------------	-----------------

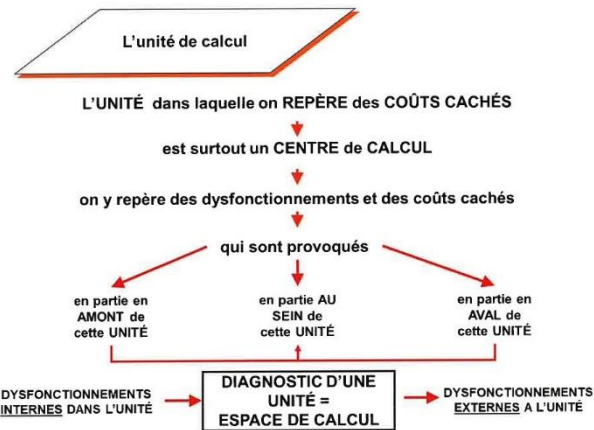
• HEURES ATTENDUES POUR L'EXERCICE 2020

	UNE ANNÉE DE TRAVAIL	1593 H
X	EFFECTIF MOYEN À TEMPS PLEIN	58,70 PERS.
	(EFFECTIF MOYEN À TEMPS PLEIN CI. SSR	56,75 PERS.
	+ EFFECTIF MOYEN À TEMPS PLEIN Support	1,95 PERS.)

NOMBRE D'HEURES ATTENDUES PAR AN	93 509 H
---	-----------------

+ CONTRIBUTION HORAIRE À LA VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES

$$\frac{2\,867\text{ M€}}{93\,509\text{ H}} = 30\text{ €}$$



Module source : 1.22/L.23
© ISEOR 1992

**DÉTAIL DU CALCUL DE LA VALEUR AJOUTÉE
SUR COÛTS VARIABLES
- 2020 -**

Source : Compte de résultats 2019 – Direction de l'Administration et des Finances

Libellés			
PRODUITS		Montant	
70	Produits d'exploitation	3 306 850 €	
71	Production stockée	0 €	
72	Production immobilisée	0 €	
73	Produits nets partiels opérations long terme	296 900 €	
74	Subventions et autres produits d'exploitation	0 €	
75	Autres produits d'exploitation	42 129 €	
76	Produits financiers	2 €	
77	Produits exceptionnels	Non pris en compte €	
78	Reprises amortissements et provisions	0 €	
79	Transfert de charges	0 €	
TOTAL DES PRODUITS		3 645 881 €	
CHARGES		Montant total	Montant variable
60	Matières premières, outillage, fournitures	448 776 €	261 764 €
61	Services extérieurs	534 177 €	2 228 €
62	Autres services extérieurs	1 507 824 €	514 857 €
63	Dotations aux amortissements et réductions de valeur	176 246 €	0 €
64	Rémunérations et charges salariales	2 919 236 €	0 €
65	Autres charges d'exploitation	1 621 €	0 €
66	Charges financières	38 108 €	0 €
67	Charges exceptionnelles	67 992 €	0 €
68	Dotations amortissements et provisions	354 157 €	0 €
TOTAL DES CHARGES		6 048 137 €	778 849 €
VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES		2 867 032 €	

**NOMENCLATURE DES COÛTS
UNITAIRES DE L'ENTREPRISE**

TEMPS HUMAIN

4 Contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables €

Contrat « 35 heures » personnels en 7 heures

4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 10.55 mois
4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 45.2 semaines
4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 226 jours

4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 1582 heures
4 Un mois de travail pour une personne à temps plein : 150 heures
4 Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 35 heures
4 Un jour de travail pour une personne à temps plein : 7 heures

Contrat « 35 heures » ASD et IDE nuit, ASD jour, ASH en 12 heures

4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 10.7 mois
4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 46.1 semaines
4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 129 jours

4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 1548 heures
4 Un mois de travail pour une personne à temps plein : 144 heures
4 Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 33.6 heures
4 Un jour de travail pour une personne à temps plein : 12 heures

Contrat « 35 heures » IDE jour, en 12 heures

4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 10.7 mois
4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 46.3 semaines
4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 133 jours

4 Une année de travail pour une personne à temps plein : 1596 heures
4 Un mois de travail pour une personne à temps plein : 147.9 heures

4 Une semaine de travail pour une personne à temps plein :	34.5 heures
4 Un jour de travail pour une personne à temps plein :	12 heures

Forfait jour (Personnel d'encadrement non médical)

4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	10.08 mois
4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	43.2 semaines
4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	216 jours
4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	1637 heures
4 Un mois de travail pour une personne à temps plein :	162.4 heures
4 Une semaine de travail pour une personne à temps plein :	37.9 heures
4 Un jour de travail pour une personne à temps plein :	7.6 heures

Forfait jour à 18 RT (Personnel médical)

4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	9.7 mois
4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	41.6 semaines
4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	208 jours
4 Une année de travail pour une personne à temps plein :	1583 heures
4 Un mois de travail pour une personne à temps plein :	163.1 heures
4 Une semaine de travail pour une personne à temps plein :	38 heures
4 Un jour de travail pour une personne à temps plein :	7.6 heures

TAUX HORAIRES MOYENS (charges comprises)

Médecin	59,8 €
Cadre (avec astreinte)	29,7 €
Infirmier / Ergothérapeute	20 €
Aide-soignant	17,7 €
ASH	15,3 €

ABSENTÉISME (*) 29,6%

1) TAUX D'ABSENTÉISME EN PARTIE COMPRESSIBLE PAR DES ACTIONS D'INNOVATION SOCIO-ÉCONOMIQUE**	15 %
2) TAUX D'ABSENTÉISME REPRÉSENTATIF D'UNE "VIE SOCIALE" INTERNE À L'ENTREPRISE**	3,1%
3) TAUX D'ABSENTÉISME D'ORIGINE EXTERNE À L'ENTREPRISE NON COMPRESSIBLE PAR DES ACTIONS D'INNOVATION SOCIO-ÉCONOMIQUE**	11,5%

(*) Source : Direction des Ressources Humaines

(**) Voir détail dans tableau ci-joint

ROTATION DU PERSONNEL

1- TAUX DE ROTATION DU PERSONNEL SUR 2019	38,8 %
---	--------

Nombre de personnes sorties de l'unité entre 2018 et 2020 (22 personnes) / Effectif moyen de l'unité (56,75 ETP)

2- TAUX D'INSTABILITÉ DU PERSONNEL SUR 2019	%
---	---

Nombre de personnes entrées dans l'unité entre 2018 et 2020 (... personnes) +
Nombre de personnes sorties de l'unité entre 200. et 200. (... personnes) / Effectif
moyen de l'unité (... personnes)

HYPOTHÈSE DE CALCUL

1- CALCUL DU TAUX DE MARGE

Le taux de marge a été évalué à 0.79 %

$$\begin{aligned} \text{Taux de marge} &= 1 - (\text{charges variables} / \text{chiffres d'affaires}) \\ &= 1 - (778\,849 \text{ €} / 3\,645\,881 \text{ €}) \\ &= 0.79 \end{aligned}$$

Le taux de marge est appliqué lorsqu'une perte d'opportunité a été identifiée et lorsque les charges n'ont pas encore été déclenchées.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES COÛTS CACHÉS PAR INDICATEUR ET COMPOSANT

	SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON PRODUCTIONS	NON CRÉATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
ABSENTÉISME, ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES	218 400 €	16 100 €	126 990 €	666 920 €	N.E.	N.E.	1 028 410 €
ROTATION DU PERSONNEL	N.E.	4 020 €	N.E.	N.E.	N.E.	N.E.	4 020 €
DÉFAUTS DE QUALITE	N.E.	197 300 €	220 €	N.E.	N.E.	N.E.	197 530 €
ÉCARTS DE PRODUCTIVITE DIRECTE	N.E.	106 570 €	40 €	N.E.	N.E.	N.E.	107 040 €
TOTAL	218 400 €	323 990 €	127 250 €	666 920 €	N.E.	N.E.	1 337 000 €

Soit : 36 % du Chiffre d'Affaires

Soit : 46 % de la Marge sur Coûts Variables

N.E. : non évalué dans le temps de l'étude

58,7 personnes dans le secteur, soit :

22 700 €

par personne et par an en moyenne

ABSENTÉISME

MONTANT TOTAL DES COÛTS CACHÉS : 1 028 410 €

ÉVALUATION DES COÛTS CACHÉS - Année 2019

CHVACV 30 €
Taux de marge 0,8%

DYSFONCTIONNEMENTS ÉLÉMENTAIRES	CAUSE INVOQUÉE	Fréquence	Détail de calcul	EFFETS AU PLAN ÉCONOMIQUE						
				SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON-PRODUCTIONS	NON CRÉATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
ABSENTÉISME, ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES				218 400 €	16 100 €	126 990 €	666 920 €	€	€	1 028 410 €
Taux d'absentéisme IDE, ASD et brancardier : 38 %			Taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence/Nombre d'heures attendues $18\,169,8 / ((8,23+5,66+15,8+1,15) \text{ ETP} \times 1593) = 0,38$							€
Taux d'absentéisme médecins : 25 % hors médecins mis à disposition			Taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence/Nombre d'heures attendues $1176 / (3 \text{ ETP} \times 1583) = 0,25$							€
Taux d'absentéisme autres catégories : 18 %			Taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence/Nombre d'heures attendues $7442,6 / (26,6 \text{ ETP} \times 1593) = 0,18$							€
Assurance sur le risque d'absentéisme			Contrat de prévoyance prenant en charge la totalité de l'indemnisation des absences pour maladie			29 487 €				29 487 €
Réduction volontaire du nombre de lits	Manque de personnel du fait de l'absentéisme, de la rotation et des congés payés		Nombre de journées d'hospitalisation perdues x prix de journée x taux de marge $2645 \text{ j} \times 135,61 \text{ €} \times 0,8$				286 951 €			286 951 €
Coût remplacement IDE, ASD et brancardier	Absentéisme, rotation et congés payés		Remplacement quasi systématique des IDE, ASD et brancardier. Vacations (CDD) : 218 396,82 € Intérim : 97 502,28 €	218 396 €		97 502 €				315 898 €
Temps passé à la recherche de remplaçants IDE, ASD et brancardier	Absentéisme et rotation	95% des absences	<i>Hypothèse</i> : 95 % des heures d'absence (hors Congés Payés) sont remplacées. L'encadrement et le service RH passent au minimum 2 heures pour trouver un remplacement et le traiter en totalité 213 contrats d'intérim x 2 heures x 30 €		12 780 €					12 780 €
		5% des absences	Non production des 5% non remplacées 18 169 h d'absence x 5% x 30€				27 254 €			27 254 €
Non production	Non remplacement des autres catégories de personnel		Travail non fait : 7442 h d'absence x 30 €				223 260 €			223 260 €
Temps de réorganisation du travail par l'encadrement			Intervention de 5 minutes de l'encadrement pour réorganiser le travail pour chaque jour d'absence non programmée (5/60) h x (13541 h de maladie et AT + 2400 h d'évènements familiaux)/12 h x 30€		3 321 €					3 321 €
Sous-productivité du personnel remplaçant : non production partielle			<i>Hypothèse</i> : 95 % des heures d'absence (hors Congés Payés) sont remplacées. <i>Hypothèse</i> : le personnel remplaçant assure 75 % du travail attendu sur le poste $18\,169,8 \text{ h} \times 95 \% \times 25 \% \times 30 \text{ €}$				129 460 €			129 460 €

TAUX D'ABSENTEISME (Année 2019)									
Clinique SSR									
MOTIFS D'ABSENCE	Taux d'abs. par motif (*)	TOTAL		Ensemble Clinique SSR					
		Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures
Absentéisme en partie compressible par des actions d'innovation socio-économique	14,98%	0,0	13 542,0	0,0	13 542,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladie	7,50%	0,0	6 781,0	0,0	6 781,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>dont congés inférieurs à jours</i>	7,50%	0,0	6 781,0		6 781,0				
<i>dont congés supérieurs à jours</i>	0,00%	0,0	0,0						
Accidents du travail	7,47%	0,0	6 754,0		6 754,0				
Absences autorisées	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Absences sans motif	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Grèves internes	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Retards	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Repos compensateurs	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Récupérations d'heures supplémentaires	0,01%	0,0	7,0		7,0				
Absentéisme représentatif d'une "vie sociale" interne à l'entreprise	3,12%	0,0	2 819,4	0,0	2 819,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Formation professionnelle continue	0,40%	0,0	365,0		365,0		0,0		
Représentation syndicale	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		
Congé-formation	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		
Congé sabbatique	2,71%	0,0	2 454,4		2 454,4		0,0		
Absentéisme d'origine externe à l'entreprise (non compressible par des actions d'innovation socio-économique)	11,53%	0,0	10 427,6	0,0	10 427,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Congés sans solde	6,61%	0,0	5 974,2		5 974,2				
Evénements familiaux (**)	2,66%	0,0	2 400,5		2 400,5				
Maternité	2,27%	0,0	2 052,9		2 052,9				
Grèves à logiques externes (***)	0,00%	0,0	0,0		0,0				
TOTAL ABSENTEISME	29,63%	0,0	26 789,0	0,0	26 789,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(*) Calcul du taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence (rémunérées ou non par l'entreprise) / nombre d'heures attendues dans le service (h)
(**) Décès, mariage, enfants malades, congés parentaux
(***) Nationale, de solidarité

ROTATION DU PERSONNEL

MONTANT TOTAL DES COÛTS CACHÉS : 4 020 €

ÉVALUATION DES COÛTS CACHÉS - Année 2019

CHVACV 30 €
Taux de marge 0,8%

DYSFONCTIONNEMENTS ÉLÉMENTAIRES	CAUSE INVOQUÉE	Fréquence	Détail de calcul	EFFETS AU PLAN ÉCONOMIQUE						
				SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON-PRODUCTIONS	NON CRÉATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
ROTATION DU PERSONNEL				€	4 020 €	€	€	€	€	4 020 €
Difficulté de recrutement des médecins	Turn over des médecins	1 fois par mois pendant 4 mois en 2019	Temps actuel de recherche (contace agences, entretiens) : 3 heures/ semaines. Hypothèse : 3 h par mois de recherche entre sept et déc 2019. 1 pers x 4 mois x 3 h x 30€		360 €					360 €
Recherche personnel non médical	Régulation du turn over	1 fois tous les 2 mois	Mise en ligne et mise à jour d'offres d'emploi (site de recrutement et pôle emploi) : 2 heures 12/2 mois x 2 h x 30 €		360 €					360 €
Temps passé au recrutement	Régulation du turn over	22 personnes en 2019	Lecture de CV et lettre de motivation, prise de rendez-vous : 15 minutes. Entretien de recrutement : 1 heure Etablissement du contrat de travail : 45 minutes 22 pers x 2h x 30 €		1 320 €					1 320 €
Temps d'apprentissage			A EVALUER ultérieurement en fonction du nombre d'entrées							€
Coût de sortie de l'établissement		22 personnes en 2019	Départ d'une personne : pour la DRH, 1 pers consacre a minima 2 x 30 min d'entretien sur les relicats de congés, heures supplémentaires (absents du syst. d'information) + 2 heures de recherches et traitements des documents de sortie. 1 pers x 22 sorties x 3 h x 30 €		1 980 €					1 980 €

DÉFAUTS DE QUALITÉ

MONTANT TOTAL DES COÛTS CACHÉS : 197 530 €

ÉVALUATION DES COÛTS CACHÉS - Année 2019

CHVACV 30 €
Taux de marge 0,8%

DYSFONCTIONNEMENTS ÉLÉMENTAIRES	CAUSE INVOQUÉE	Fréquence	Détail de calcul	EFFETS AU PLAN ÉCONOMIQUE						
				SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON-PRODUCTIONS	NON CRÉATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
DÉFAUTS DE QUALITÉ				€	197 300 €	220 €	€	€	€	197 530 €
Mauvaise utilisation des sanibroyeurs, obstrués par des gants jetables	Communication inadaptée vers les intérimaires et les patients	10 fois en 2019	Réparation par désobstruction de la turbine à 7 reprises (2 heures) ou changement de pièce à 3 reprises (1 heure) : (7 X 2 h + 3 x 1 h) x 30 € + prix pièces		510 €	NE				510 €
Impossibilité d'accès au dossier de soins depuis les ordinateurs portables	Fréquentes pannes du réseau WIFI	1 fois toutes les 3 semaines	Temps de préparation du tour de soins et de saisie des constantes vitales allongé de 20 minutes pour 3 infirmiers : 3 pers x (52/3) sem X (20/60)x30 €		520 €					520 €
Perte de temps dans l'utilisation du logiciel du Dossier Patient Informatisé	Ergonomie du logiciel non réadaptée aux besoins	Tous les jours et toutes les nuits	Pour chacun des 60 patients, 5 minutes perdues à choisir les items pour les 2 équipes (Jour et Nuit) 60 patients x 365 J x 2 équipes X 5/60h x 30 €		109 500 €					109 500 €
Interruptions téléphoniques en dehors des horaires du standard		Tous les jours	Au moins 1 appel sans rapport avec le service chaque jour avant 8 h et après 18 heures. 4 minutes de traitement et reconcentration. 1 pers x 365 j x 4/60 h x 30 €		730 €					730 €
Pauses inopinées désorganisant l'activité	Temps de pauses supérieur au temps prévu	4 jours sur 7	Une ASD prend une pause inopinée de 15 minutes pendant le travail. 1 pers x 4j /7 x 365 j x 15/60 h x 30€		1 564 €					1 564 €
Nombreuses non conformités dans les piluliers	Modifications de traitement Ruptures de stock	Tous les jours pour chacun des 3 secteurs	Chaque infirmier passe au minimum 30 minutes chaque jour à vérifier une 2ème fois les piluliers du jour de son secteur. 3 pers x 365 j x 30/60 h x 30€		16 425 €					16 425 €
Approvisionnement du service en produits pharmaceutiques inadapté	Commandes mal faites Livraisons inadaptées	1 fois par semaine	Le cadre, une infirmière ou la personne d'astreinte doit se déplacer à la pharmacie, chercher et rapporter les produits. Cela prend au moins 20 minutes. 1 pers x 52 sem x (20/60) h x 30 €		520 €					520 €
Incohérence des données du logiciel de prescription		Tous les jours	La fonctionnalité "ordonnance en cours" est incomplète. Il faut ouvrir le dossier de chaque patient pour vérifier le traitement préparé chaque nuit. Cela prend 30 minutes de plus pour chacun des 2 secteurs. 2 pers x 365 j x (30/60) h x 30 €		10 950 €					10 950 €
Douche à donner aux patients en dehors des chambres	La plupart des chambres n'ont pas de douches	Tous les jours	Dans 2 secteurs sur 3, les patients doivent être accompagnés à la douche commune. Cela prend 10 minutes de plus pour la moitié des patients. 365 j x 2/3 des chambres x 1/2 patient x (15/60) h x 30 €		913 €					913 €

Commandes internes de produits pharmaceutiques mal faites	Nombreux IDE intérimaires Manque de rigueur	Tous les jours	Chaque jour de la semaine, la préparatrice en pharmacie contrôle et corrige les commandes faites par le service. (30 minutes) 1 pers x 52 sem x 5 j x (30/60)h x 30 €		3 900 €					3 900 €
Nombreux incidents liés aux soins non déclarés			La responsable qualité sensibilise les personnels et s'informe des incidents tous ses jours de présence, ce qui lui prend au moins 15 minutes. 1 pers x 48 sem x 3 j x (15/60) h x 30 €		1 080 €					1 080 €
Très nombreuses sollicitations du cadre de santé		Tous les jours	Au minimum, 10 sollicitations imprévisibles, qui nécessitent 10 minutes d'intervention et de reconcentration. 1 pers x 48 sem x 5 j x 10 fois x (10/60) x 30€		12 000 €					12 000 €
Heures supplémentaires à domicile pour la cadre		Toutes les semaines	Chaque semaine, la cadre de santé travaille au moins 2h30 à domicile pour rattraper le travail non fait (temps non payé, non récupéré) 1 pers x 52 sem x 2,5 h x 30 €		3 900 €					3 900 €
Heures supplémentaires pour la comptabilité clients		Tous les jours de travail	Arrivée 1h30 avant l'heure de prise de poste car horaires inadaptés et temps de travail insuffisant. 1 pers x 226 j x 1,5 j x 30 €		10 170 €					10 170 €
Déchets jetés non emballés ou mal triés ou sacs mal fermés	Risque de rejet par le prestataire et surcoût du traitement	Toutes les semaines	2 fois par semaine, sacs à réemballer : 3 minutes. 1 fois par mois, resensibiliser la cadre et les soignants sur les non conformités : 10 minutes 1 fois par semaine, lavage supplémentaire de bacs souillés : 10 minutes 1 pers x [(12 mois x 1 fois x (10/60) h) + (52 sem x 2 x (3/60) + (52 sem x (10/60)))] x 30 €		325 €					325 €
Appels téléphoniques passés à la cadre pour le médecin	Absence de téléphone portatif	6 fois par jour	Traitement de l'appel et reconcentration : 3 minutes par appel 1 pers x 52 sem x 5 j x 6 fs x (3/60) h x 30 €		2 340 €					2 340 €
Evénements indésirables dans le circuit du médicament		2 RMM	2 Réunions de Morbi-Mortalité regroupant chacune 8 pers pendant 2 h. Temps de préparation et organisation : 2 h30 Temps de rédaction du compte-rendu : 2 h. Suivi des actions de correction : 10 min/mois pendant 6 mois 2 RMM x [(8 pers x 2 h) + 1 pers x (2h30+2h + 6x (10/60))] x 30 €		1 290 €					1 290 €
		1 Déclaration	1 déclaration de pharmacovigilance : 3 pers x 1h30 + 1 pers x 1h30 de rédaction x 30 €		180 €					180 €
		28 fiches	28 fiches d'évènement indésirable lié aux médicaments : 5 min d'enregistrement + 10 min enquête auprès d'1 soignant + 5 min entretien avec pharmacien 28 fois.: 28 x (1 pers x (5/60) h + (2 pers x (15/60) h) x 30 €		490 €					490 €

Le rôle de "l'ascenseur stratégique" dans l'amélioration des processus de décision et de la performance globale à l'hôpital

Evènements indésirables liés aux soins (hors médicament)		110 fiches	110 fiches d'évènement indésirable : 5 min d'enregistrement + 10 min enquête auprès d'1 soignant. 110 x (1 pers x (5/60) h + (2 pers x (10/60) h) x 30 €		1 375 €					1 375 €
Suppléance des soignants pour l'écriture des procédures		50 documents écrits	La référente qualité a organisé les réunions et écrit les procédures à la place des soignants, absents ou débordés : 1 réunion de 2 h pour 3 personnes minimum + 4 heures de rédaction puis correction après relecture pour 1 pers		15 000 €					15 000 €
Perte de fauteuils roulants		3 fois par mois	Recherche des fauteuils utilisés sans traçabilité et sortis de l'établissement (réhospitalisation, consultation externe) : 3 h par fauteuil au moins 3 fois par mois pour 1 pers x 30€		3 240 €					3 240 €
Fauteuils roulants prêtés sans nécessité		1 fauteuil par jour	Location d'un fauteuil en trop tous les mois : 12 mois x 18,70 € TTC location d'un fauteuil standard			224 €				224 €
Manque d'antibiotiques en stock		2 fois par an	Adaptation des prescriptions à l'antibiogramme face au manque d'antibiotiques disponibles dans la pharmacie du service : 2 heures, 2 fois par an, pour le médecin d'astreinte 1 pers x 2 fois x 2 h x 30 €		120 €					120 €
Absence de codage de la dépendance par les soignants		Tous les jours Sept à déc 2019	Codage fait pas la TIM, qui ne connait pas les patients et doit arbitrer sur des informations contradictoires, depuis le départ de la cadre de santé 1 pers x							€
Rendez-vous d'examen non pris			Oubli de prise de RDV d'examen prescrit par le médecin, en préparation d'une consultation avec un spécialiste : nécessité de modifier les RDV de consultation ou de trouver un créneau en urgence. 10 minutes pour la sec. Médi, au minimum 1 fois/mois. 1 pers x 52 sem x 10/60 h x 30 €		260 €					260 €

ÉCARTS DE PRODUCTIVITÉ DIRECTE

MONTANT TOTAL DES COÛTS CACHÉS : 107 040 €

ÉVALUATION DES COÛTS CACHÉS - Année 2019

CHVACV 30 €
Taux de marge 0,8%

DYSFONCTIONNEMENTS ÉLÉMENTAIRES	CAUSE INVOQUÉE	Fréquence	Détail	EFFETS AU PLAN ÉCONOMIQUE						
			de calcul	SURSALAIRES	SURTEMPS	SURCONSOMMATIONS	NON-PRODUCTIONS	NON CRÉATION DE POTENTIEL	RISQUES	TOTAL
ÉCARTS DE PRODUCTIVITÉ DIRECTE				420 €	106 570 €	40 €	€	€	€	107 040 €
Codage des dossiers patients à partir de deux ordinateurs distincts	Inadaptaion matériel informatique	591 dossiers	Temps supplémentaire pour coder chaque dossier patient 1 pers x 591 dossiers x (5/60) h x 30 €		1 478 €					1 478 €
Suivi du matériel assuré par ergothérapeutes plutôt qu'aide-soignant	Répartition des tâches inadaptée	3h30 par semaine	Les ergothérapeutes consacrent au moins 3h30 par semaine pour le suivi du matériel, tâche que pourrait être confiée à une aide-soignante. 3h30 x 52 sem x (20-17,7 €)	419 €						419 €
Amplitude de présence à l'accueil inutile		Tous les jours	Amplitude actuelle de 10 heures payées pour une personne; 7 heures payés suffiraient, soit 3 heures de temps de présence sans travail réel. 1 pers x 365 j x 3 h x 30 €		32 850 €					32 850 €
Non productivité de salariés administratifs	Manque d'encadrement	Tous les jours de la semaine	Certains salariés ne travaillent pas pendant au moins 1h30 par jour. 2 pers x (52x5) j x 1,5 h x 30 €		23 400 €					23 400 €
Dotation de temps de TIM supérieure au besoin			0,5 ETP de Technicien Information médical suffit pour l'activité. 0,8 ETP alloué sur l'année. 0,3 ETP inemployé au minimum. 0,3 ETP x 1582 h x 30 €		14 238 €					14 238 €
Sous-activité sur le poste d'accueil des consultations	Faible activité du plateau de consultations	Tous les jours de la semaine	Entre le 4/11/19 et le 20/12/19, 7 semaines de 5 jours où l'hôtesse d'accueil a été inoccupée à 90% de ses 10 heures de présence. 1 pers x 7 sem x 5 j x 0,9 x 10 h x 30 €		9 450 €					9 450 €
Difficultés d'accès aux informations sur contrats et paie	Logiciel inaccessible depuis l'établissement	3 fois par semaine	L'instruction et le suivi des demandes de remplacement nécessite d'écrire et d'attendre les réponses à 3 mails de plus pour chaque demande. 3 minutes par mail. 1pers x 3 x 48 sem x 3 mails x 3/60 h x 30€		648 €					648 €
Sous-activité sur les postes d'ASH d'hospitalisation	Manque d'encadrement	Tous les jours	Chaque jour au moins, 1 ASH est inoccupée pendant 2 heures et ne prend pas d'initiative. 1 pers x 365 j x 2 h x 30€		21 900 €					21 900 €

Approvisionnement en dehors de l'ouverture de la pharmacie	Approvisionnement insuffisant	1 fois par semaine	Quand la pharmacie est fermée, un infirmier ou le cadre ou l'astreinte doit se déplacer pour chercher les médicaments ou matériels manquants. 1 pers x 1 fois x 52 sem x (15/60) h x 30 €		390 €					390 €
Patients préparés en retard		Tous les jours de semaine	Au moins 2 patients chaque matin sont en retard pour aller en rééducation. Le brancardier doit trouver des solutions : 3 minutes par patient. 1 pers x 52 sem x 5 j X 2 patients x (3/60) h * 30 €		780 €					780 €
Changement de chambre d'un patient	Panne du système de sonnette	2 fois par mois	Changement de chambre du patient, mobilier, vêtement. Nettoyage de la chambre. Modifications administratives (affectation de chambre dans les logiciels, information accueil) : 40 minutes par patients en tout. 20 fois x 40 minutes x 30 €		400 €					400 €
Sous-productivité du plateau de consultation			Bureaux non loués à compter du 4 novembre (6 semaines)							€
Surlocation de matelas à air		1 fois par semaine	Absence de suivi journalier de l'utilisation effective des matelas à air : nécessite une récupération des données, une recherche physique de matelas, a minima 20 min 1 fois par semaine. La surlocation est évaluée à un mois /an, à 37,20 € HT pour le moins cher. 1 x 52 sem x 20/60 h x 30 €		520 €	45 €				565 €
Absence d'accès direct au matériel		1 fois par semaine	Les IDE et ASD doivent demander le matériel à l'ergothérapeute ou à la cadre en l'absence d'ergo. 1 fois par semaine, 10 minutes pour 1 personne : 1 fs x 52 sem x 10/60 h 30 €		260 €					260 €
Double prescription des actes kiné		Tous les jours	La TIM doit supprimer les actes générés en double lors de la prescription et validés en double par les kiné. Correction : 1 minute par dossier ; 2 dossiers par jour en moyenne. 1 pers x 52 sem x 5 j x 2 dossiers x (1/60) h x 30€		260 €					260 €

GRILLES DE COMPÉTENCES

Annexe I. Synthèse du diagnostic socio-économique - Présentation au Conseil d'Administration Clinique SSR

CLINIQUE
Soins de Suite et Réadaptation

DIAGNOSTIC INTÉGRAL

Octobre 2020

© ISEOR 2020

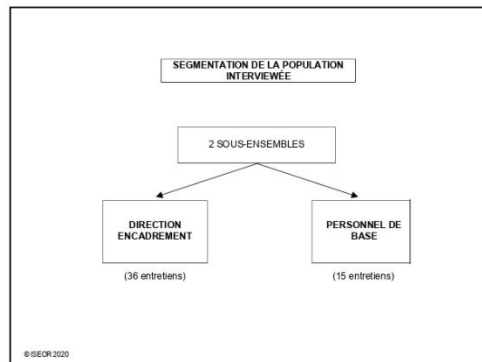
Avertissement

Ce diagnostic socio-économique ne rend compte que des points faibles d'une organisation afin de focaliser l'attention et les efforts des acteurs sur les actions d'amélioration à envisager.

1) Ce document **n'est pas** un audit à usage externe.

2) Il s'agit d'un document de travail à **usage interne** et à **vocation constructive** pour définir une plate-forme d'amélioration.

© ISEOR 2020

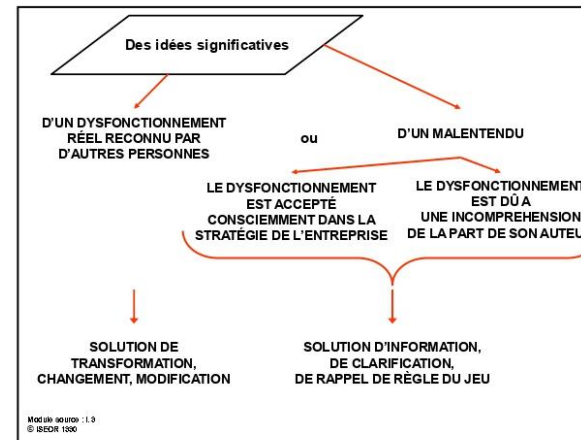
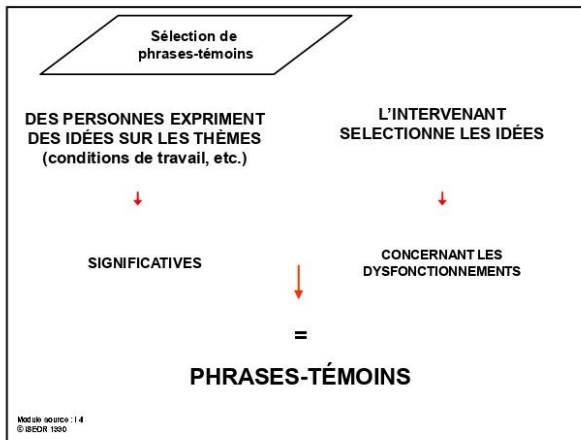
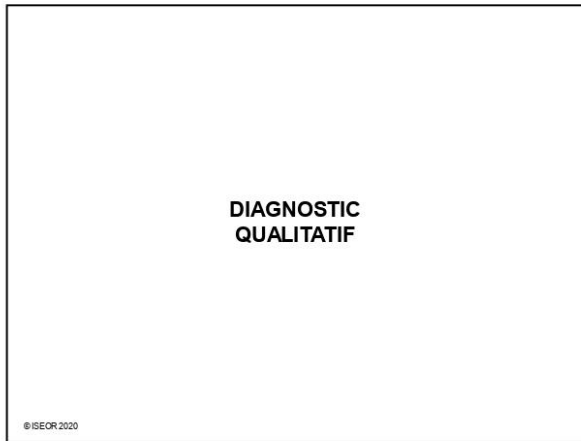


COMPOSITION DE LA SOUS-POPULATION ENCADREMENT

- 9 membres du Comité d'Administration
- 8 personnels de direction et encadrement
- 11 personnels des services supports
- 5 médecins salariés
- 4 médecins libéraux
- 2 pharmaciens

TOTAL = 36 ENTRETIENS
TOTAL DES PERSONNES VUES EN ENTRETIEN = 39 PERSONNES

© ISEOR 2020



COMPOSITION DE LA SOUS-POPULATION PERSONNEL DE BASE	
• 3 secrétaires d'accueil/facturation	• 1 ergothérapeute
• 1 secrétaire médicale	• 1 psychologue
• 1 technicienne d'information médicale	• 1 préparatrice en pharmacie
• 1 agent de maintenance	• 1 brancardier
• 1 assistante sociale	• 1 aide-soignante
• 1 diététicienne	• 4 agents des services hospitaliers
• 2 masseurs-kinésithérapeutes	• 4 infirmiers

TOTAL = 15 ENTRETIENS
TOTAL DES PERSONNES VUES EN
ENTRETIEN = 23 PERSONNES

© ISEOR 2020

RÉCAPITULATIF DU NOMBRE D'ENTRETIENS		
DIAGNOSTIC QUALITATIF		
SOUS-POPULATION	NOMBRE D'ENTRETIENS	NOMBRE DE PERSONNES
ENCADREMENT	36	39
PERSONNEL DE BASE	15	23
TOTAL	51	62
DIAGNOSTIC COÛTS CACHÉS		
SOUS-POPULATION	NOMBRE D'ENTRETIENS	NOMBRE DE PERSONNES
ENCADREMENT et collaborateurs	19	22
TOTAL GÉNÉRAL	70	64

© ISEOR 2020

ÉTAPES DE RÉALISATION DU DIAGNOSTIC (1/2) PARTIE QUALITATIVE	
1 - RÉALISATION DE 51 ENTRETIENS POUR RECENSER DES DYSFONCTIONNEMENTS	
36 ENTRETIENS INDIVIDUELS DE 1 H AUPRÈS DE 39 PERSONNES DE L'ENCADREMENT	
15 ENTRETIENS COLLECTIFS DE 1,5 H AUPRÈS DE 23 PERSONNES DU PERSONNEL DE BASE	
2 - SÉLECTION DE 10 A 15 PHRASES-TÉMOINS PAR ENTRETIEN, SOIT ENVIRON 600 PHRASES	
3 - CLASSEMENT DES PHRASES-TÉMOINS EN THÈMES, SOUS-THÈMES ET IDÉES-CLÉS ET CALCUL DES FRÉQUENCES <small>(TRAITEMENT RÉALISÉ A L'AIDE DU LOGICIEL SYSTÈME EXPERT DE GESTION SOCIO-ÉCONOMIQUE "SEGESE", CRÉÉ PAR L'ISEOR)</small>	
4 - SÉLECTION DE 4 PHRASES-TÉMOINS AU MAXIMUM PAR IDÉE-CLÉ POUR LA PRÉSENTATION	

© ISEOR 2020

ÉTAPES DE RÉALISATION DU DIAGNOSTIC (2/2) PARTIE COÛTS CACHÉS	
1 - SÉLECTION DES DYSFONCTIONNEMENTS ÉLÉMENTAIRES DANS LES ENTRETIENS INDIVIDUELS RÉALISÉS DANS LA PARTIE QUALITATIVE	
2 - RÉALISATION DE 19 ENTRETIENS DE COÛTS CACHÉS (1 à 2 FOIS 1 HEURE AUPRÈS DES 22 PERSONNES DE L'ENCADREMENT OU DE COLLABORATEURS IDENTIFIÉS PAR LUI)	
3 - REPRISE DE LA DESCRIPTION DES ACTES DE RÉGULATION ET CALCUL DES COÛTS CACHÉS	
PARTIE ADÉQUATION FORMATION EMPLOI	
RÉALISATION DES GRILLES DE COMPÉTENCES service administratif	

© ISEOR 2020

CORRESPONDANCE DES FRÉQUENCES POUR LE
DIAGNOSTIC ENCADREMENT

PARFOIS	6 à 10 ENTRETIENS
ASSEZ SOUVENT	11 à 18 ENTRETIENS
SOUVENT	19 à 22 ENTRETIENS
TRÈS SOUVENT	23 à 32 ENTRETIENS
TOUJOURS	33 à 36 ENTRETIENS

© ISEOR 2020

CORRESPONDANCE DES FRÉQUENCES POUR LE
DIAGNOSTIC PERSONNEL DE BASE

PARFOIS	3 à 4 ENTRETIENS
ASSEZ SOUVENT	5 à 7 ENTRETIENS
SOUVENT	8 à 9 ENTRETIENS
TRÈS SOUVENT	10 à 13 ENTRETIENS
TOUJOURS	14 à 15 ENTRETIENS

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX

LA STRUCTURE ET L'AGENCEMENT DES LOCAUX NE SONT PAS
ADAPTÉS À L'ACCUEIL DES PATIENTS (Parfois)

*"Nos chambres sont inadaptées pour de la rééducation : les
chambres et salles de bains sont trop petites, sans douche
individuelle, les patients ne peuvent pas s'y déplacer seuls."*

*"Les conditions d'hébergement des patients ne sont pas bonnes. Il
fait encore trop chaud dans certaines chambres."*

*"Les patients ne veulent souvent pas rester à cause de l'état des
locaux et de l'absence de salle de bains."*

*"Les chambres sans douches sont inacceptables pour les patients
aujourd'hui."*

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

MATERIEL ET FOURNITURES

LOGICIEL OBSOLETE

*"Le logiciel de gestion de stocks de pharmacie est encore sous
MS-DOS. Il ne peut pas fournir les données demandées par l'ARS."*

*"Le logiciel de gestion pharmaceutique n'est pas compatible avec
les systèmes d'exploitation récents. Nous courons un gros risque de
perte d'information en cas de panne."*

MANQUE D'AUTOMATISATION DE CERTAINS PROCESS

*"Les facturations diverses (loyers, redevances) ne sont pas prises en
charge par le logiciel. Elles doivent être faites à la main, ce qui nous
fait perdre du temps."*

*"Il manque de nombreuses fonctionnalités comme la gestion des
stocks ou les exports de données dans le logiciel de pharmacie.
Certaines tâches ne peuvent pas être automatisées."*

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMBIANCE DE TRAVAIL

IL Y A DES CLANS AU SEIN DES DIVERSES CATEGORIES DE PERSONNEL

"Il y a deux clans : ceux qui partent parce que mécontents et ceux qui sont arrivés après et qui ne voient pas que ce n'est pas comme ça qu'ils vont y arriver."

"L'ambiance médicale est très particulière, entre le souhait de ne pas prendre de responsabilité et le jeu des alliances avec les infirmiers et le pharmacien."

"Il y a un clivage entre deux bandes qui s'opposent au sein de l'ensemble de l'établissement."

"À tous les niveaux il y a des problèmes de convivialité et de copinage."

CONFLITS DE PERSONNES EXPRIMÉS OU LARVÉS

"Le conflit entre les médecins déséquilibre la charge de travail entre les secteurs."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMBIANCE DE TRAVAIL

LA STRUCTURE ET L'AGENCEMENT DES LOCAUX NE SONT PAS ADAPTÉS À L'ACCUEIL DES PATIENTS (Assez souvent)

"Il n'y a aucune intimité possible pour les patients en chambre double car la salle de bain est trop petite pour qu'on puisse fermer la porte."

"Dans les chambres même simples, il n'y a pas assez de place pour passer avec le fauteuil roulant."

"Les chambres sont trop petites. On doit se torturer pour faire les pansements ou les toilettes au lit."

"Le faux plafond inondé non remplacé donne une mauvaise image aux patients."

HORAIRES DE TRAVAIL

HORAIRES DE PAUSE INADAPTÉS

"La pause-café et cigarettes après la relève retarde la distribution des petits déjeuners, ce qui retarde des patients pour leur séance de kiné."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

CONDITIONS DE TRAVAIL

AMBIANCE DE TRAVAIL

IL Y A DES CLANS AU SEIN DES DIVERSES CATEGORIES DE PERSONNEL

"L'ambiance de travail est spéciale. Certains disent ouvertement ne pas vouloir travailler avec d'autres."

"Il y a deux clans qui ne se parlent plus dans le service de rééducation."

SENTIMENT DE MANQUE DE CONSIDÉRATION

"Le fait qu'on ne remplace pas les absences donne l'impression qu'on est délaissés."

"On a été inondés. Le plafond est tombé il y a neuf mois et rien n'a été fait. Je pense qu'on se moque de la rééducation."

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : **CONDITIONS DE TRAVAIL**

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
AMÉNAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX	LOCAUX EXIGUS OU MANQUE DE PLACE. L'AMÉNAGEMENT DES LOCAUX N'EST PAS FONCTIONNEL OU EST INADAPTE AUX ACTIVITÉS. MANQUE DE BUREAUX. TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET DE RENOVATION NON FINALISÉS. LA STRUCTURE ET L'AGENCEMENT DES LOCAUX NE SONT PAS ADAPTÉS À L'ACCUEIL DES PATIENTS.	LOCALISATION DU LIEU D'ACTIVITÉ NON PERTINENTE. MANQUE DE PLACES DE PARKING.	PERTE DE CONFIDENTIALITÉ LIÉE À L'AGENCEMENT DES BUREAUX. MANQUE DE CONVIVIALITÉ DES LOCAUX. MANQUE D'UNE SALLE DE REPOS.

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

INTÉRÊT DU TRAVAIL

MANQUE D'INTERET DE CERTAINES TACHES, JUGÉES INGRATES
"Les toilettes posent problème parce que les infirmières ne sont pas fans des toilettes, même si ça fait partie de leur job."

PERTE DE MOTIVATION DU PERSONNEL
*"Il faudrait pouvoir dire aux soignants ce que l'on veut faire pour leur redonner de la motivation."
"Je sens un établissement qui souffre, globalement. Certains sont très dévoués et très impliqués puis lâchent l'affaire, tout d'un coup."
"Il manque encore une équipe médicale stable qui serait intéressée par le projet."
"Je n'ai pas très bien compris quelles étaient les motivations des médecins à ne pas rester. Je pense qu'ils ne sont pas très motivés en fait."*

© ISEQR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÈGLES ET PROCÉDURES

LES PROCEDURES NE SONT PAS MISES A JOUR
"Je ne peux pas revoir seules les procédures qualité. Or les soignants ne le font pas."

INADAPTATION DES RÈGLES ET PROCÉDURES
*"Lorsqu'il y a une rupture de séjour, on imprime par habitude beaucoup de documents, qui seront détruits si le patient ne revient pas. C'est une perte de temps et d'argent."
"Il faut reprendre l'accord sur le temps de travail. Il n'est plus adapté. Ce sera difficile car peu de choses mises en place avant la reprise ont été formalisées."*

INADAPTATION DES MÉTHODES DE TRAVAIL
"Les infirmiers viennent deux ou trois fois les médicaments pour rien. C'est une perte de temps."

NON RESPECT DES PRESCRIPTIONS MEDICALES
"On voit des infirmiers de nuit qui administrent les traitements de huit heures à six heures par copinage."

© ISEQR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel- Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

RÉGULATION DE L'ABSENTÉISME

LE REMPLACEMENT DE CERTAINS POSTES POSE DES PROBLEMES
"J'en ai marre de faire trois postes de travail en un à chaque fois que le brancardier est malade."

INTÉRÊT DU TRAVAIL

MANQUE D'INTERET DE CERTAINES TACHES, JUGÉES INGRATES
"Les aides-soignantes n'ont pas envie de faire certaines choses alors elles les laissent aux ASH."

PERTE DE MOTIVATION DU PERSONNEL
*"On était dans une dynamique de changement lors du rachat. On s'attendait à plus de changements en termes d'organisation."
"L'équipe de soin est en attente. Ils attendent que ça vienne et ça ne vient pas. Ils se font une raison. Ils sont résignés."*

© ISEQR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel- Juin 2020

ORGANISATION DU TRAVAIL

CHARGE DE TRAVAIL

FORTE CHARGE DE TRAVAIL (Parfois)
*"Les patients d'oncologie sont plus lourds. Avec vingt patients, j'ai l'impression de bâcler mon travail."
"Les IDE de jour nous demandent de donner le SKENAN® de huit heures à six heures parce qu'elles n'ont pas le temps."
"Je dépasse mon temps de travail. Parfois, je viens travailler le dimanche pour me mettre à jour et faire le ménage."*

SOUS-PRODUCTIVITE GENERALE OU CHRONIQUE (Parfois)
*"Nous n'avons presque rien à faire sur le poste de consultations."
"Les hôtesse d'accueil facturent lentement. Elles n'ont pas le temps et sont peu formées."
"Nous avons peu de choses à faire le week-end. On s'ennuie."*

© ISEQR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RÉPARTITION DES TÂCHES, DES MISSIONS, DES FONCTIONS	CERTAINES TÂCHES SONT EFFECTUÉES HORS DES RÔLES ASSIGNÉS CERTAINES TÂCHES NE REPOSENT QUE SUR UNE PERSONNE	ABSENCE DE RÉPARTITION CLAIRS DES POUVOIRS ET DES RESPONSABILITÉS GLISSEMENTS DE FONCTION MANQUE D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DIFFICULTÉS LIÉES À LA RÉPARTITION DES RÔLES	MANQUE DE PRÉCISION DANS LA DÉFINITION DES TÂCHES OU DES FONCTIONS MANQUE DE COOPÉRATION ET D'ENTRAÏDE ENTRE LES ÉQUIPES REMISE EN CAUSE DE LA RÉPARTITION DES TÂCHES CERTAINES TÂCHES NE SONT PAS ATTRIBUÉES
RÉGULATION DE L'ABSENTEÏSME		TÂCHES MAL ASSUMÉES EN CAS D'ABSENCES	LE REMPLACEMENT DE CERTAINS POSTES POSE DES PROBLÈMES

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
INTÉRÊT DU TRAVAIL	MANQUE D'INTÉRÊT DE CERTAINES TÂCHES JUGÉES INUTILES PERTE DE MOTIVATION DU PERSONNEL		
AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL	AUTONOMIE INSUFFISANTE POUR ASSURER CERTAINES MISSIONS	MANQUE D'IMPLICATION DU PERSONNEL AUTONOMIE TROP IMPORTANTE MANQUE DE PRODUCTIVITÉ	
CHARGE DE TRAVAIL	INADEQUATION ENTRE LES EFFECTIFS ET LA CHARGE DE TRAVAIL FORTE CHARGE DE TRAVAIL	MAUVAISE ESTIMATION OU ANTICIPATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DIFFICULTÉS À GÉRER LA CHARGE DE TRAVAIL	SOUS-PRODUCTIVITÉ GÉNÉRALE OU CHRONIQUE

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RÈGLES ET PROCÉDURES	MANQUE DE RESPECT DES PROCÉDURES INADAPTATION DES RÈGLES ET PROCÉDURES NON RESPECT DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES	RÈGLES ET PROCÉDURES NON FORMALISÉES LES PROCÉDURES NE SONT PAS MISES À JOUR MANQUE DE RESPECT DE CERTAINES RÈGLES INADAPTATION DES MÉTHODES DE TRAVAIL	MANQUE DE RÈGLES ET PROCÉDURES ABSENCE OU MANQUE DE MÉTHODES DE TRAVAIL COMMUNES MANQUE DE RÈGLES ET PROCÉDURES EN RANGEMENT CLASSEMENT

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : ORGANISATION DU TRAVAIL

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
ORGANIGRAMME		LA RÉPARTITION AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE DES FONCTIONS ET DES MISSIONS EST MÉCANIQUE OU PEU ASSIMILÉE IL MANQUE DES FONCTIONS IMPORTANTES DANS L'ORGANIGRAMME (RESPONSABLE ÉQUIPE) MANQUE DE CERTAINES FONCTIONS	

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C INTERNE À L'ÉQUIPE

MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DE L'ENTREPRISE

"Les personnes de l'accueil de l'établissement ne sont pas informées des consultations. Elles ne sont pas coopérantes, sûrement parce qu'elles n'ont pas l'information."

"Ce qui pose problème ici c'est le manque de travail collectif. C'est chacun pour soi. Certains voient des erreurs, ne les signalent pas et ne les corrigent pas non plus."

"Nous ne sommes pas informés de ce qui se passe dans l'établissement."

"On ne demande pas à la pharmacie s'il est possible de se procurer les médicaments nécessaires avant d'accepter l'admission des patients du Centre Anticancer."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C VERTICALE

MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LE PERSONNEL ET LA DIRECTION (Paris)

"L'organisation des remplacements entre médecins n'est pas expliquée."

"Oui, les personnels disent « oui » mais ils font ce qu'ils veulent."

"Je ne sais pas si le management et le personnel ont bien appréhendé que la reprise s'est faite en situation de quasi-dépôt de bilan. La communication n'a pas été assez claire, peut-être."

"Nous n'avons jamais organisé de réunion avec tout le personnel, avec les patrons et le Conseil d'Administration pour exposer le cap. Il n'y a jamais eu de temps d'échange."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel- Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

3C INTERNE À L'ÉQUIPE

CLIVAGE ENTRE PERSONNEL TEMPORAIRE ET PERSONNEL PERMANENT

"La plupart des personnels ne m'adressent pas la parole. Il n'y a que cinq personnes qui me disent « bonjour »."

MANQUE OU DIFFICULTÉ DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DU SERVICE (Toujours)

"Les entrées sorties sont souvent annoncées très tard. Cela nous empêche de nous organiser correctement."

"On manque de repères en soins palliatifs. Il nous manque un groupe de paroles."

"Des médecins préviennent des sorties ou des reports au dernier moment. Tout ce qui est fait est à refaire. C'est une grosse perte de temps."

"On n'est pas informés des consultations des patients. On chauffe des plateaux repas pour rien."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel- Juin 2020

COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS

DEFAUTS DE COMMUNICATION MARKETING

"Les partenaires tels qu'EH PAD ou Maison de la Métropole ne nous connaissent pas. Nous ne sommes pas visibles."

ABSENCE OU MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS

"Les patients se plaignent qu'ils n'ont jamais les résultats des examens qu'ils passent."

"Les patients trouvent que les médecins ne passent pas assez dans les chambres."

DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC DES PARTENAIRES EXTERIEURS

"Les proches des patients sont mécontents que nous ne puissions pas accepter les chèques le week-end, quand eux ne peuvent pas venir la semaine."

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
3C INTERNE À L'ÉQUIPE (SERVICE, DÉPARTEMENT, AGENCE, ATELIER)	MANQUE OU DIFFICULTÉ DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DU SERVICE MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DE L'ENTREPRISE	MANQUE DE COHESION A L'INTERIEUR DE L'ÉQUIPE ABSENCE OU INSUFFISANCE DE RÉUNIONS D'INFORMATION ET DE TRAVAIL DÉFAUTS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LES SITES D'UNE MÊME ENTREPRISE MANQUE DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AU SEIN DES ÉQUIPES ÉVITEMENT DES CONFLITS EMPÊCHANT LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES	CLIVAGE ENTRE PERSONNEL TEMPORAIRE ET PERSONNEL PERMANENT CLOISONNEMENTS ENTRE ÉQUIPES CONTRE-ORDRES FRÉQUENTS

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS	LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION CLIENTS-Fournisseurs INTERNES EST DÉFAILLANTE OU DIFFICILE DÉFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC DES PARTENAIRES EXTERIEURS DÉFAUTS DE COMMUNICATION-MARKETING DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC DES PARTENAIRES EXTERIEURS MANQUE OU DIFFICULTÉ DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION AVEC LES INTERVENANTS LIBÉRAUX	DIFFICULTÉS DANS LES RELATIONS AVEC LES SOUS-TRAITANTS DIFFICULTÉS DE DIALOGUE AVEC LES PARTENAIRES EXTERIEURS ABSENCE OU MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LA CLIENTÈLE	ABSENCE OU MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS RISQUE LIÉ À LA CONFRONTATION À LA MORT DES PATIENTS

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
3C ENTRE RÉSEAU ET SIÈGE		DÉFAUT DE COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS	
DISPOSITIFS DE 3C	MANQUE OU ABSENCE DE RÉUNIONS MANQUE DE DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE		DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INTERNE NON STRUCTURÉS ANNULATION DE RÉUNIONS UTILES MANQUE D'EFFICACITÉ DE LA COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION DISPOSITIFS DE COMMUNICATION INADAPTES

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
TRANSMISSION DES INFORMATIONS	MANQUE DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS CIRCUITS D'INFORMATIONS PEU PERFORMANTS	MANQUE DE FORMALISATION NON RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ MAUVAISE TRANSMISSION DES INFORMATIONS MAUVAISE QUALITÉ DES INFORMATIONS TRANSMISES	MANQUE DE FORMALISATION DANS LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
SC VERTICALE		MANQUE DE COMMUNICATION COORDI NATION-CONCERTATION DE LA PART DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES MANQUE DE COMMUNICATION COORDI NATION-CONCERTATION ENTRE LE PERSONNEL ET LA DIRECTION DIFFICULTÉS DE DIALOGUE DÉFAUT DE COMMUNICATION COORDI NATION-CONCERTATION VERTICALE	MANQUE DE COMMUNICATION AU SEIN DE L'ENTREPRISE

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
SC HORIZONTALE	ISOLEMENT DE CERTAINES PERSONNES	DÉFAUT DE COMMUNICATION COORDI NATION-CONCERTATION ENTRE FONCTIONNELS ET OPÉRATIONNELS	

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020
GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

LES PROBLÈMES DE FOND NE SONT PAS TRAITÉS

"Il y a des événements indésirables qui se reproduisent. Cela veut dire que nous n'avons pas mis en œuvre les actions qui auraient dû l'être. Les risques ne sont pas maîtrisés."

"Je devrais pouvoir maîtriser les chaînes d'événements indésirables du début à la fin et je n'y parviens pas."

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN GESTION DES PATIENTS

"Actuellement, le projet individuel du patient dans l'institution n'est pas fait."

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN APPROVISIONNEMENT

"Très souvent, nous ne parvenons pas à avoir les médicaments souhaités au bon moment pour les patients entrants. C'est parfois très déstabilisant pour les traitements de la douleur."

"Les nouvelles infirmières ont beaucoup de difficultés à faire les commandes de médicaments."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020
GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES NUISENT A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (Parfois)

"Des patients se plaignent régulièrement du comportement de soignants, qui sont à la limite de la maltraitance."

"Il est impossible de prescrire certains régimes alimentaires dans Expert. Certains patients se retrouvent avec des repas inadaptés."

"Quand un traitement manque à l'entrée du patient, nous devons soit envoyer un taxi le chercher ailleurs soit faire une impasse thérapeutique."

"Nous avons un vrai problème d'accès aux résultats de laboratoire. Ils arrivent en fin de journée alors qu'ils ont été prélevés en début de matinée. Même quand c'est urgent. Cela retarde la prise en charge."

CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAÎNENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION

"Si on se contentait des commandes du service, ils auraient beaucoup de ruptures de stock. Tout est corrigé par la préparatrice."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel- Juin 2020

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

TÂCHES MAL ASSUMÉES PAR LES PARTENAIRES EXTERNES
"Le prestataire pour le linge pose des problèmes. Les franges (serpillères) ne sont pas toujours adaptées à nos balais et sont en nombre insuffisant mais facturées."

TÂCHES NON FAITES DANS LE CODAGE DES ACTES (Parfois)
"Les soignants ne codent plus les dépendances des patients. Ce doit être fait par quelqu'un qui ne connaît pas les patients, à partir de données du dossier souvent contradictoires."
"Les ergothérapeutes et la diététicienne ne codent plus leurs actes en C.SARF."
"Comme la charge de travail est trop importante, la première chose que l'on ne fait pas c'est le codage pour le PMSI."

TÂCHES MAL ASSUMÉES EN GESTION DES PATIENTS
"Je n'arrive pas à suivre correctement les dossiers des patients. Je n'ai pas le temps."
"Il y a des patients qui sont là depuis plus d'un an. C'est démotivant pour tout le monde."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel- Juin 2020

GESTION DU TEMPS

TÂCHES MAL ASSUMÉES

CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES NUISENT A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (Très souvent)
"Les insulines sont parfois faites à six heures et non à huit heures, avant le petit-déjeuner."
"L'approvisionnement des services en médicaments et dispositifs médicaux ne correspond pas aux besoins. C'est pourquoi il y a des manques."
"Les soignants ne veulent pas toujours répondre aux sonnettes. Ça aggrave des patients qui se retiennent très longtemps parce qu'on leur a reproché de trop sonner."
"Comme les fiches alimentaires ne sont pas remplies, les bilans nutritionnels ne peuvent pas être faits."

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : GESTION DU TEMPS

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
RESPECT DES DÉLAIS			LES DELAIS DEMANDES PAR LES CLIENTS INTERNES OU EXTERNES SONT PEU REALISTES DÉLAIS NON RESPECTÉS
PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	MANQUE OU DEFAUT DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS MANQUE DE CONCERTATION DANS LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	MANQUE DE PROGRAMMATION ET DE DISPONIBILITE DE L'ENCADREMENT MANQUE DE CONCERTATION DANS LA GESTION DES PRIORITES GESTION UNILATERALE DES PRIORITES PLANNING MAL MAÎTRISÉ	LES PRIORITES ET LES URGENCES SONT MAL DÉFINIES ET MAL GÉRÉES

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : GESTION DU TEMPS

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
TÂCHES MAL ASSUMÉES	CERTAINES TÂCHES SONT MAL ACCOMPLIES ET NUISENT A LA QUALITE DU SERVICE AUX CLIENTS INTERNES OU EXTERNES) CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAÎNENT DES PERTES DE TEMPS TÂCHES MAL ASSUMÉES TÂCHES MAL ASSUMÉES PAR LES PARTENAIRES EXTERNES CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES IMPACTENT LA FACTURATION DES ACTIVITES TÂCHES MAL ASSUMÉES EN GESTION DES PATIENTS TÂCHES MAL ASSUMÉES EN APPROVISIONNEMENT	LES PROBLÈMES DE FOND NE SONT PAS TRAITÉS CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAÎNENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION	CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES ENTRAÎNENT DES GLISSEMENTS DE FONCTION TÂCHES DE COMMUNICATION MAL ASSUMÉES PAR LE PERSONNEL TÂCHES NON FAITES DANS LE CODAGE DES ACTES

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : GESTION DU TEMPS

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
	CERTAINES TÂCHES MAL ASSUMÉES NUISENT À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ERREURS DE PRESCRIPTIONS MÉDICALES		
FACTEURS PERTURBATEURS DE LA GESTION DU TEMPS	NOMBREUSES SOLICITATIONS DESOIRNANTIERES DE LA PART DES CLIENTS INTERNES ET EXTERNES EXCÈS DE NON-PRÉSENTATION DES PATIENTS	MANQUE DE TEMPS POUR RÉALISER CERTAINES TÂCHES INSUFFISANCE DE TEMPS CONSACRÉS AU DÉBUT DES PROJETS	MANQUE DE CONCENTRATION

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

FORMATION INTÉGRÉE

BESONS DE FORMATION

LES BESOINS EN FORMATION NE SONT PAS BIEN CERNÉS

"Les entretiens professionnels obligatoires n'ont pas pu être faits. Nous ne connaissons pas les souhaits de formation."

DES BESOINS DE FORMATION SONT RESENTIS A COURT TERME POUR MIEUX RÉALISER LE TRAVAIL CONFIE

"Pour la mission à la Clinique SSR, il me faudrait me former à des aspects que je ne traite pas au Centre Anticancer."

"Nous aurons besoin de formation sur les traitements anticancéreux et des formations sur la mise à jour des connaissances métier."

"Il manque des formations en rééducation et en oncologie."

BESON DE FORMATION EN INFORMATIQUE

"Je n'ai eu aucune formation sur le logiciel Expert Santé®."

"Il faudrait que les médecins soient formés à Expert ®."

"Il manque une formation sur les outils informatiques pour le personnel, en particulier pour les nouveaux arrivants."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

FORMATION INTÉGRÉE

COMPÉTENCES DISPONIBLES

VULNERABILITE SUR CERTAINES COMPETENCES

"Il manque un binôme directeur-médecin chef, qui porte un projet d'avenir."

"La responsabilité technique délocalisée ne pourra probablement pas durer. Il faut une présence sur site plus professionnelle. C'est un point de vigilance."

MANQUE DE COMPÉTENCES MÉTIER

"Certains professionnels manquent réellement de compétence sur les bases de leur métier. Ils ne se rendent pas compte de l'importance d'alerter le médecin."

"Il est inquiétant de constater qu'une infirmière n'est pas capable de compléter les ampoules pour préparer une perfusion."

"Les infirmiers ne connaissent pas assez les médicaments d'oncologie pour être à l'aise et pour savoir les surveiller."

"En plus des manques de connaissance des bases professionnelles pour certains il y a des problèmes de savoir-faire et de savoir-être. Il y a des problèmes de compétence et des problèmes de positionnement."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

FORMATION INTÉGRÉE

BESONS DE FORMATION

DES BESOINS DE FORMATION SONT RESENTIS A COURT TERME POUR MIEUX RÉALISER LE TRAVAIL CONFIE (Parfois)

"J'ai demandé une formation en oncologie et je ne l'ai pas eue."

"C'est compliqué de répondre aux questions des patients d'oncologie pour les ASH car elles n'ont pas appris à communiquer avec eux."

"J'ai besoin d'une formation en informatique et de formations techniques."

"L'équipe est en demande de formation, surtout sur l'oncologie et les soins palliatifs."

BESON DE FORMATION EN INFORMATIQUE

"Nous ne sommes pas formés ni accompagnés pour améliorer Expert santé."

MANQUE DE FORMATION (Parfois)

"Nous n'avons eu aucune formation depuis très longtemps"

"J'ai besoin de formations ; je n'en ai eu aucune en 10 ans."

"Je n'ai jamais eu de formation. Il n'y a même pas d'abonnement à une revue professionnelle pour se tenir à jour."

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : FORMATION INTÉGRÉE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
BESOINS DE FORMATION	DES BESOINS DE FORMATION SONT RESSENTIS A COURT TERME POUR MEUX REALISER LE TRAVAIL CONFIE BESON DE FORMATION EN INFORMATIQUE MANQUE DE FORMATION BESON DE FORMATION TECHNIQUE	LES BESOINS EN FORMATION NE SONT PAS BIEN CÉRINES LES BESOINS OU DEMANDES DE FORMATION NE SONT PAS SATISFAITS	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : FORMATION INTÉGRÉE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
COMPÉTENCES DISPONIBLES	MANQUE DE COMPÉTENCES MÉTIER	MANQUE DE COMPÉTENCES EN INFORMATIQUE MANQUE DE COMPÉTENCES TECHNIQUES MANQUE DE CERTAINES COMPÉTENCES VULNERABILITE SUR CERTAINES COMPÉTENCES	

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

ORIENTATIONS STRATEGIQUES IMPRECISES OU NON PERCUES (Paris)

"La reprise a été "sportive". Les deux établissements n'ont pas été en mesure de réaliser un réel projet médical ou d'établissement."

"Il manque un projet commun, global, qui donne du sens et auquel les personnes adhèrent."

"Je ne connais pas la stratégie concernant le type de patients souhaité ni la stratégie globale."

"Je ne sais pas quelle est la stratégie, même sur le plan budgétaire."

L'ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT NÉCESSITE UNE ADAPTATION ET LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT PROPRE

"La reprise de la Clinique SSR par la Clinique Court Séjour et la Centre Anticancer a fait naître de fortes hostilités chez certains concurrents qui ont un grand poids politique sur le territoire de santé."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

OUTILS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

LE SYSTEME INFORMATIQUE EST RIADAPTE AUX BESOINS OU NON PERFORMANT

"Les logiciels en place ne permettent pas d'obtenir des informations de qualité."

SYSTEME D'INFORMATION

ABSENCE DE PILOTAGE ÉCONOMIQUE

"Je pense qu'il y a des optimisations possibles sur les dépenses mais aujourd'hui je ne sais pas précisément lesquelles. Elles ne sont pas identifiées."

"Il reste difficile de se projeter sur un budget car nous n'avons trouvé ni comptabilité analytique ni budget réel pour l'année de la reprise."

"Nous n'avons pas de tableau de bord de gestion des lits. Nous ne savons pas clairement ce que chaque patient paie réellement."

"Nous ne connaissons pas le seuil de rentabilité parce que nous n'avons pas de recul et pas de comptabilité analytique."

MANQUE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DE PILOTAGE

"En tant qu'administrateurs, nous manquons d'informations ; les documents financiers notamment nous sont communiqués a minima."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Direction et Encadrement - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

MODE DE MANAGEMENT

MODE DE MANAGEMENT INEFFICACE OU REMIS EN CAUSE

"Cela fait des années que l'on a concentré des personnes néfastes à l'établissement. Beaucoup ne travaillent pas vraiment."

Le Conseil d'Administration a souhaité respecter les personnes et garder les effectifs. Ce n'est pas évident de faire évoluer l'efficacité en n'étant pas dur avec les salariés."

"L'inconvénient de la gouvernance biéphale est que nous ne voulons pas nous ficher. Nous n'avons pas été assez incisifs sur les ressources humaines dès le départ."

LAXISME DANS LE MODE DE MANAGEMENT

"Quand on a repris, les salariés faisaient tout ce qu'ils voulaient, pour leurs congés comme pour leur travail. Je n'ai jamais vu ça ! Tout allait à vau-l'eau..."

CARENCE DANS LE MANAGEMENT DES PERSONNES

"Nous avons hérité d'une situation RH avec des salariés en demande de cadre et de suivi mais qui étaient habitués à une autogestion."

"Une difficulté est le poids de l'histoire, avec une habitude d'autogestion, au format "écran libre"."

© ISEOR 2020

Diagnostic Intégral - Personnel - Juin 2020

MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES IMPRECISES OU NON PERCUES (Assez souvent)

"On ne nous a jamais vraiment présenté quel était le projet."

"Je ne connais pas la stratégie et je ne comprends pas pourquoi on repousse des patients de soins palliatifs ou d'autres que l'on garde des mois."

"On ne voit pas la finalité de cet établissement. Je ne vois pas comment on va sortir du déficit."

GESTION DU PERSONNEL

MANQUE DE MOYENS HUMAINS OU EFFECTIF INSUFFISANT (Parfois)

"Le temps de travail et de présence est insuffisant pour le travail qui est à faire."

"Je ne comprends pas que l'on mette un nombre de soignants pour un nombre de patients. Ça dépend comment sont les patients !"

"Il n'y a souvent pas assez d'aides-soignants pour faire les toilettes. Les patients ne sont pas toujours prêts à temps pour descendre en kiné."

"On n'est pas assez nombreux. Ce n'est pas humain de réveiller les patients pour les changer parce qu'on passe trop tard."

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	ORIENTATIONS STRATÉGIQUES IMPRECISES OU NON PERCUES CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SONT CONTESTÉES INQUIÉTUDE CONCERNANT LA STRATÉGIE	L'ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT NÉCESSITE UNE ADAPTATION ET LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT PROPRE MANQUE D'ADHÉSION À LA STRATÉGIE MANQUE DE SENSIBILITÉ DES COLLABORATEURS AUX ASPECTS ÉCONOMIQUES DE LA STRUCTURE DIFFICULTÉS FACE À L'ENVIRONNEMENT EXTERNE RÉSISTANCE AU CHANGEMENT	REMISE EN CAUSE DE LA DÉCISION D'INVESTISSEMENT MATÉRIEL

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS

Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		MANQUE DE VISION À MOYEN TERME DÉCALAGE ENTRE LE NIVEAU STRATÉGIQUE ET LES PRATIQUES EFFECTIVES CERTAINES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SONT QUESTIONNÉES ABSENCE DE VISION GLOBALE MANQUE D'INFORMATIONS SUR LA STRATÉGIE ABSENCE DE PROJET MÉDICAL CERTAINES	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		ORIENTATIONS STRATÉGIQUES N'ONT PAS ÉTÉ ÉTUDIÉES	
AUTEURS DE LA STRATÉGIE		TROP DE PERSONNES INTERVIENNENT POUR LA DÉFINITION DE LA STRATÉGIE COORDINATION ET CONCERTATION INSUFFISANTES POUR LA DÉTERMINATION DE LA STRATÉGIE COORDINATION ET CONCERTATION INSUFFISANTE POUR LA PRISE DE DÉCISIONS	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
DÉMULTIPLICATION ET ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE		DIFFICULTÉS DE DÉMULTIPLICATION DE LA STRATÉGIE MANQUE DE PILOTAGE MANQUE DE COHÉRENCE DES DEMANDES CLIENTS MANQUE DE COMMUNICATION COORDINATION CONCERTATION POUR LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE MAUVAISE QUALITÉ DES PRODUITS MAUVAISE IMAGE AUPRÈS DES CLIENTS MANQUE DE PARTENAIRES	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		EXTERIEURS ATTRACTIVITÉ COMMERCIALE INSUFFISANTE RENTABILITÉ INSUFFISANTE DES PRESTATIONS	
OUTILS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE		LE SYSTÈME INFORMATIQUE EST INADAPTE AUX BESOINS OU NON PERFORMANT	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
SYSTÈME D'INFORMATION		MANQUE D'INDICATEURS DE PILOTAGE PERTINENTS MANQUE DE FIABILITÉ DU SYSTÈME D'INFORMATIONS MANQUE DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DE PILOTAGE MANQUE DE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME D'INFORMATION ABSENCE DE PILOTAGE ÉCONOMIQUE	

© ISEOR 2020

Le rôle de "l'ascenseur stratégique" dans l'amélioration des processus de décision et de la performance globale à l'hôpital

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
MOYENS DE LA MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE		REMISE EN CAUSE OU MANQUE DE PERTINENCE DES CHOIX BUDGÉTAIRES MANQUE DE MOYENS OU INADEQUATION PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS FIXES MANQUE DE MOYENS POUR DEVELOPPER DES ACTIONS DE GESTION-DEVELOPPEMENT MANQUE DE MOYENS POUR ASSURER CERTAINES MISSIONS MANQUE DE RÉSULTATS FINANCIERS MANQUE DE MOYENS OU INADEQUATION PAR	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
		RAPPORT AUX OBJECTIFS	

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
GESTION DU PERSONNEL	MANQUE DE MOYENS HUMAINS OU EFFECTIF INSUFFISANT MANQUE DE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL RÉALISÉ	DIFFICULTÉS À GÉRER LES EFFECTIFS DEMOTIVATION DU PERSONNEL DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT ET D'INTÉGRATION TURNOVER MANQUE DE CERTAINS PERSONNELS DIFFICULTÉ À FIDÉLISER LES SALARIÉS DIFFICULTÉS D'IMPLICATION DU PERSONNEL DIFFICULTÉS DE GESTION DU PERSONNEL	MANQUE DE CLARTÉ DES PRATIQUES DE GESTION DU PERSONNEL DIFFICULTÉS D'INTÉGRATION DES NOUVEAUX

© ISEOR 2020

GRILLE DE CONVERGENCES-SPÉCIFICITÉS
Thème : MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

SOUS-THÈME	CONVERGENCES	SPÉCIFICITÉS	
		Direction et Encadrement	Personnel
MODE DE MANAGEMENT	MANAGEMENT TROP DISTANT LA DIRECTION NE PREND PAS SES RESPONSABILITÉS	MODE DE MANAGEMENT INEFFICACE OU REMIS EN CAUSE LAXISME DANS LE MODE DE MANAGEMENT CARENCE DANS LE MANAGEMENT DES PERSONNES	MANQUE D'EXEMPLARITÉ DE L'ENCADREMENT REMISE EN CAUSE DES DÉCISIONS DE LA HIÉRARCHIE

© ISEOR 2020

ÉVALUATION DES COÛTS CACHÉS

© ISEOR 2020

Avertissement

Ce diagnostic socio-économique ne rend compte que des gisements potentiellement et partiellement récupérables de valeur ajoutée.

- 1) Ce document **n'est pas** un audit à usage externe.
- 2) Il s'agit d'un document de travail à **usage interne** et à **vocation constructive** pour définir une plate-forme d'amélioration.
- 3) Le gisement des coûts cachés permettra d'autofinancer les actions d'amélioration.

© ISEOR 2020

Évaluer les coûts cachés, c'est

ÉVALUER LES COÛTS CACHÉS

C'EST

ÉVALUER L'INCIDENCE ÉCONOMIQUE DES DYSFONCTIONNEMENTS

DONC

ÉVALUER LE COÛT DES ACTIONS DE RÉGULATION
DES DYSFONCTIONNEMENTS

Module SEUR ISEOR 1030
09 : 1.11

Le calcul des coûts cachés

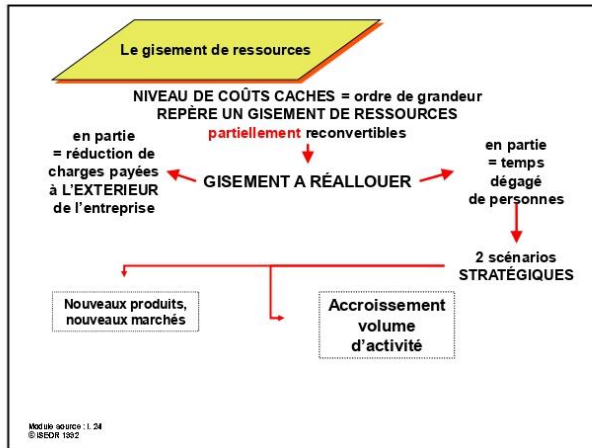
LE CALCUL DES COÛTS CACHÉS

fondé sur les seuls
dysfonctionnements
cités par les acteurs

non exhaustif

est SOUS-ÉVALUÉ

Module SEUR ISEOR 1120
© ISEOR



CALCUL DE LA CONTRIBUTION HORAIRE À LA VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES DE L'ENTREPRISE

♦ VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES POUR L'EXERCICE 2019

CHIFFRE D'AFFAIRES	3 645 M€
CHARGES VARIABLES	778 M€
VAJCV	2 867 M€

♦ HEURES ATTENDUES POUR L'EXERCICE 2020

X UNE ANNÉE DE TRAVAIL 1993 H

EFFECTIF MOYEN À TEMPS PLEIN 58,70 PERS.

(EFFECTIF MOYEN À TEMPS PLEIN C. SSR 56,78 PERS.)

+ EFFECTIF MOYEN À TEMPS PLEIN Support 1,95 PERS.)

NOMBRE D'HEURES ATTENDUES PAR AN 93 509 H

♦ CONTRIBUTION HORAIRE À LA VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES

2 867 M€
93 509 H = 30 €

© ISEOR 2020

DÉTAIL DU CALCUL DE LA VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES - 2020 -

Libellés		Montant	Montant
PRODUITS		Montant	Montant
70	Produits d'exploitation	3 306 804 €	
71	Production immobilière	0 €	
72	Production immobilière	0 €	
73	Produits nets parties opérations long terme	286 900 €	
74	Subventions et autres produits d'exploitation	0 €	
75	Autres produits d'exploitation	42 129 €	
76	Produits financiers	2 €	
77	Produits exceptionnels	Non pris en compte €	
78	Reprises amortissements et provisions	0 €	
79	Transferts de charges	0 €	
TOTAL DES PRODUITS		3 635 835 €	
CHARGES		Montant	Montant
80	Matériaux consommés, outillage, fournitures	485 776 €	261 764 €
81	Services extérieurs	534 197 €	2 234 €
82	Autres services extérieurs	1 977 824 €	514 597 €
83	Dotations aux amortissements et réductions de valeur	0 €	
84	Immobilisations et charges salariales	2 919 235 €	0 €
85	Autres charges d'exploitation	1 621 €	0 €
86	Charges financières	38 106 €	0 €
87	Charges exceptionnelles	47 982 €	0 €
88	Dotations amortissements et provisions	34 107 €	0 €
TOTAL DES CHARGES		5 054 121 €	778 594 €
VALEUR AJOUTÉE SUR COÛTS VARIABLES		2 867 032 €	

Source : Compte de résultats 2019 - Direction de l'Administration et des Finances

© ISEOR 2020

NOMENCLATURE DES COÛTS UNITAIRES DE L'ENTREPRISE

TEMPS HUMAIN

► Contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables 30 €

Contrat = 35 heures + personnels en 7 heures

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 10,55 mois
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 45,2 semaines
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 226 jours

• Une année de travail pour une personne à temps plein : 1582 heures

- Un mois de travail pour une personne à temps plein : 150 heures
- Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 35 heures
- Un jour de travail pour une personne à temps plein : 7 heures

Contrat = 35 heures + ASD et IDE nuit, ASD jour, ASH en 12 heures

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 10,7 mois
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 46,1 semaines
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 129 jours

• Une année de travail pour une personne à temps plein : 1548 heures

- Un mois de travail pour une personne à temps plein : 144 heures
- Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 33,6 heures
- Un jour de travail pour une personne à temps plein : 12 heures

© ISEOR 2020

NOMENCLATURE DES COÛTS UNITAIRES DE L'ENTREPRISE

Contrat « 35 heures » IDE/jour, en 12 heures

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 10.7 mois
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 46.3 semaines
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 133 jours

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 1596 heures
- Un mois de travail pour une personne à temps plein : 147.9 heures
- Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 34.5 heures
- Un jour de travail pour une personne à temps plein : 12 heures

Forfait/jour (Personnel d'encadrement non médical)

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 10.08 mois
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 43.2 semaines
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 216 jours

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 1637 heures
- Un mois de travail pour une personne à temps plein : 162.4 heures
- Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 37.9 heures
- Un jour de travail pour une personne à temps plein : 7.6 heures

© ISEOR 2020

NOMENCLATURE DES COÛTS UNITAIRES DE L'ENTREPRISE

Forfait/jour à 18 RT (Personnel médical)

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 9.7 mois
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 41.6 semaines
- Une année de travail pour une personne à temps plein : 208 jours

- Une année de travail pour une personne à temps plein : 1583 heures
- Un mois de travail pour une personne à temps plein : 163.1 heures
- Une semaine de travail pour une personne à temps plein : 38 heures
- Un jour de travail pour une personne à temps plein : 7.6 heures

TAUX HORAIRES MOYENS (charges comprises)

Médecin	59,8 €
Cadre (avec astreinte)	29,7 €
Infirmier / Ergothérapeute	20 €
Aide-soignant	17,7 €
ASH	15,3 €

© ISEOR 2020

ABSENTÉISME (*)

1) TAUX D'ABSENTÉISME EN PARTIE COMPRESSIBLE PAR DES ACTIONS D'INNOVATION SOCIO-ÉCONOMIQUE**	15 %
2) TAUX D'ABSENTÉISME REPRÉSENTATIF D'UNE "VIE SOCIALE" INTERNE À L'ENTREPRISE**	3,1%
3) TAUX D'ABSENTÉISME D'ORIGINE EXTERNE À L'ENTREPRISE NON COMPRESSIBLE PAR DES ACTIONS D'INNOVATION SOCIO-ÉCONOMIQUE**	11,5%

(*) Source : Diagnostic des Ressources Humaines
(**) Voir détail dans le tableau ci-joint

© ISEOR 2020

ROTATION DU PERSONNEL

1- TAUX DE ROTATION DU PERSONNEL SUR 2019 **38,8 %**

Nombre de personnes sorties de l'unité entre 2018 et 2020 (22 personnes) / Effectif moyen de l'unité (56,75 ETP)

2- TAUX D'INSTABILITÉ DU PERSONNEL SUR 2019A CALCULER %

Nombre de personnes entrées dans l'unité entre 2018 et 2020 (... personnes) + Nombre de personnes sorties de l'unité entre 2018 et 2020 (... personnes) / Effectif moyen de l'unité (... personnes)

HYPOTHÈSE DE CALCUL

1. CALCUL DU TAUX DE MARGE

Le taux de marge a été évalué à 0,79 %

Taux de marge =	1 - (charges
variables / chiffres d'affaires)	
=	1 - (778 849 € /
3 645 881 €)	
=	0.79

Le taux de marge est appliqué lorsqu'une perte d'opportunité a été identifiée et lorsque les charges n'ont pas encore été déclenchées.

© ISEOR 2020

L'IMPACT ECONOMIQUE ET SOCIAL DES PROJETS	TYPE DE PROJET	Description	IMPACTS		IMPACTS ECONOMIQUES						
			POSITIF	NEGATIF	EMPLOI	REVENUS	RENTABILITE	IMPACTS SOCIAUX	IMPACTS CULTURELS	IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX	IMPACTS GLOBAUX
RENTABILITE ECONOMIQUE			€	100 000 €	200 €	€	€	€	€	€	100 000 €
RENTABILITE SOCIALE											
RENTABILITE ENVIRONNEMENTALE											
RENTABILITE CULTURELLE											
RENTABILITE POLITIQUE											
RENTABILITE JURIDIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET CULTURELLE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET POLITIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET JURIDIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET GLOBALE											

© ISEOR 2020

L'IMPACT ECONOMIQUE ET SOCIAL DES PROJETS	TYPE DE PROJET	Description	IMPACTS		IMPACTS ECONOMIQUES						
			POSITIF	NEGATIF	EMPLOI	REVENUS	RENTABILITE	IMPACTS SOCIAUX	IMPACTS CULTURELS	IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX	IMPACTS GLOBAUX
RENTABILITE ECONOMIQUE			€	100 000 €	200 €	€	€	€	€	€	100 000 €
RENTABILITE SOCIALE											
RENTABILITE ENVIRONNEMENTALE											
RENTABILITE CULTURELLE											
RENTABILITE POLITIQUE											
RENTABILITE JURIDIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET CULTURELLE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET POLITIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET JURIDIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET GLOBALE											

© ISEOR 2020

L'IMPACT ECONOMIQUE ET SOCIAL DES PROJETS	TYPE DE PROJET	Description	IMPACTS		IMPACTS ECONOMIQUES						
			POSITIF	NEGATIF	EMPLOI	REVENUS	RENTABILITE	IMPACTS SOCIAUX	IMPACTS CULTURELS	IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX	IMPACTS GLOBAUX
RENTABILITE ECONOMIQUE			€	100 000 €	200 €	€	€	€	€	€	100 000 €
RENTABILITE SOCIALE											
RENTABILITE ENVIRONNEMENTALE											
RENTABILITE CULTURELLE											
RENTABILITE POLITIQUE											
RENTABILITE JURIDIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET CULTURELLE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET POLITIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET JURIDIQUE											
RENTABILITE ECONOMIQUE ET SOCIALE ET GLOBALE											

© ISEOR 2020

ACTIVITES	Outils de Conjonction										OBSERVATIONS	
	DANS L'ORGANISATION EN DEBIT DE PRESSION											
	METHODES					MATERIELS						
ACTIVITE 1	
ACTIVITE 2	
ACTIVITE 3	
ACTIVITE 4	
ACTIVITE 5	
ACTIVITE 6	
ACTIVITE 7	

© ISEOR 2020

Mars 2019

AVIS D'EXPERT
HIÉRARCHISATION DE L'EFFET-MIROIR

v CONDITIONS DE TRAVAIL

- HEM 01. Tous les logiciels métier sont vieillissants, mal paramétrés voire obsolètes et ne communiquent pas entre eux. Le retard et les défauts de transmission d'informations génèrent des pertes de temps, des tensions et des incompréhensions.
- HEM 02. L'absence de logiciel de gestion du temps et gestion des plannings provoque de très nombreux dysfonctionnements en cascade, tant pour le service de soins que pour le service RH.
- HEM 03. Le manque de disponibilité des services informatiques supports des deux repreneurs, qui n'ont pas de temps dédié, ne permet pas d'envisager une amélioration dans les mois à venir.
- HEM 04. Les bases des conditions de travail ne sont pas satisfaisantes pour la plupart des salariés concernant les locaux de travail, les matériels, les tenues professionnelles et le système téléphonique. Les locaux sont peu adaptés à l'accueil des patients.

v ORGANISATION DU TRAVAIL

- HEM 05. L'absentéisme et la rotation du personnel aggravent le non-respect ou la méconnaissance de l'organisation du travail dans le service de soins. Le manque de formalisation des fiches de postes et des procédures majore l'insécurité et l'insatisfaction ressenties par les soignants.
- HEM 06. L'évolution des prises en charge par les employés soignants et agents des services hospitaliers n'a pas été accompagnée sur le plan managérial pour permettre l'adaptation à l'activité exclusive de soins de suite et de réadaptation et à l'accueil de patients d'oncologie.
- HEM 07. Le management de proximité n'est pas pleinement efficace parce qu'il n'est pas mis en place pour les personnels administratifs et rééducateurs. Les charges de travail réelles sont mal connues car peu mesurées. Les défauts de qualité nombreux et persistants sont peu corrigés et rarement sanctionnés.

v **C**OMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

HEM 08. Depuis la reprise de l'établissement, un dialogue constructif n'a pas été renoué avec les équipes de terrain par la direction, qui privilégie les flux d'informations descendants ciblés sur les objectifs opérationnels à court terme.

HEM 09. Les informations descendantes n'atteignent pas les personnels qui n'assistent pas au point d'information des soignants, ce qui fait naître de multiples circuits d'informations informels, de nombreuses rumeurs peu fondées, et ce qui alourdit l'ambiance de travail.

HEM 10. Les transmissions d'informations infirmières et aides-soignantes reposent sur des relèves essentiellement orales et un support numérique effacé chaque jour, sans sauvegarde dans le dossier du patient. Les informations consignées dans le dossier ne permettent pas d'assurer la continuité et la qualité des soins.

v **G**ESTION DU TEMPS

HEM 12. Le temps de l'encadrement et la direction est occupé majoritairement à "éteindre les incendies" et gérer les problèmes de très court terme. Les dossiers demandant de la réflexion et du temps sont laissés de côté au détriment de la performance à court et moyen termes.

v **F**ORMATION INTÉGRÉE

HEM 13. Des besoins en formation sont patents sur les compétences métiers et les logiciels, pour tous les personnels mais avec une acuité particulière pour tous les soignants, y compris médecins.

HEM 14. L'absence de référents métier et de connaissance des logiciels par les services supports SI, qui n'utilisent pas ces logiciels dans leur établissement, et l'éloignement de ces derniers des utilisateurs rendent les dysfonctionnements plus fréquents, plus durables et plus handicapants.

v **M**ISE EN ŒUVRE STRATEGIQUE

HEM 15. Les orientations stratégiques ne sont pas connues des employés. Il n'existe pas de projet médical stratégique (à 3-5 ans) construit, ambitieux et clairement partagé entre les établissements repreneurs et la Clinique SSR.

HEM 16. Le système d'informations ne fournit aucun indicateur RH, très peu d'informations directement exploitables sur l'activité, le pilotage économique en général, donc pas d'indicateurs de pilotage de la performance. Cet état de fait vient à la fois de l'archaïsme et de la mosaïque de logiciels qui ne sont pas interfacés.

HEM 17. Les circuits d'informations sont peu performants, à la fois à l'intérieur du service de soins, entre les services de la Clinique SSR et avec les services supports. Le flou sur les données possédées ou pouvant être extraites par les uns et les autres augmentent les inquiétudes et les tensions, notamment entre RH et DAF.

TAUX D'ABSENTEISME (Année 2020)
Clinique SSR

MOTIFS D'ABSENCE	Taux d'abs. par motif (*)	TOTAL		Ensemble Clinique SSR					
		Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures
Absentéisme en partie compressible par des actions d'innovation socio-économique	15,60%	0,0	14 197,4	0,0	14 197,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladie	11,27%	0,0	10 258,0	0,0	10 258,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>dont congés inférieurs à jours</i>	11,27%	0,0	10 258,0		10 258,0				
<i>dont congés supérieurs à jours</i>	0,00%	0,0	0,0						
Accidents du travail	3,71%	0,0	3 373,0		3 373,0				
Absences autorisées	0,34%	0,0	305,4		305,4				
Absences sans motif	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Grèves internes	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Retard	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Repos compensateurs	0,06%	0,0	52,0		52,0				
Récupérations d'heures supplémentaires	0,23%	0,0	209,0		209,0				
Absentéisme représentatif d'une "vie sociale" interne à l'entreprise	2,92%	0,0	2 656,0	0,0	2 656,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Formation professionnelle continue	0,17%	0,0	151,0		151,0		0,0		
Représentation syndicale	0,79%	0,0	720,0		720,0		0,0		
Congé-formation	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		
Congé sabbatique	1,96%	0,0	1 785,0		1 785,0		0,0		
Absentéisme d'origine externe à l'entreprise (non compressible par des actions d'innovation socio-économique)	2,93%	0,0	2 665,7	0,0	2 665,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Congés sans solde	0,38%	0,0	344,1		344,1				
Événements familiaux (**)	0,97%	0,0	879,0		879,0				
Maternité	0,95%	0,0	863,0		863,0				
Chômage partiel	0,64%	0,0	579,6		579,6				
TOTAL ABSENTEISME	21,45%	0,0	19 519,1	0,0	19 519,1	0,0	0,0	0,0	0,0

(*) Calcul du taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence (rémunérées ou non par l'entreprise) / nombre d'heures attendues dans le service (h)

(**) Décès, mariage, enfants malades, congés parentaux

(***) Nationale, de solidarité

TAUX D'ABSENTEISME (Année 2020)
Clinique SSR

MOTIFS D'ABSENCE	Taux d'abs. par motif (*)	TOTAL		IDE ASD Brancardier		Médecins		Autres personnels	
		Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures
Absentéisme en partie compressible par des actions d'innovation socio-économique	15,60%	0,0	14 197,4	0,0	12 954,4	0,0	70,0	0,0	1 173,0
Maladie	11,27%	0,0	10 258,0	0,0	9 131,0	0,0	70,0	0,0	1 057,0
<i>dont congés inférieurs à jours</i>	11,27%	0,0	10 258,0		9 131,0		70,0		1 057,0
<i>dont congés supérieurs à jours</i>	0,00%	0,0	0,0						
Accidents du travail	3,71%	0,0	3 373,0		3 373,0		0,0		0,0
Absences autorisées	0,34%	0,0	305,4		305,4		0,0		0,0
Absences sans motif	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0
Grèves internes	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0
Retard	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0
Repos compensateurs	0,06%	0,0	52,0		24,0		0,0		28,0
Récupérations d'heures supplémentaires	0,23%	0,0	209,0		121,0		0,0		88,0
Absentéisme représentatif d'une "vie sociale" interne à l'entreprise	2,92%	0,0	2 656,0	0,0	1 869,0	0,0	0,0	0,0	787,0
Formation professionnelle continue	0,17%	0,0	151,0		84,0		0,0		67,0
Représentation syndicale	0,79%	0,0	720,0		0,0		0,0		720,0
Congé-formation	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		0,0
Congé sabbatique	1,96%	0,0	1 785,0		1 785,0		0,0		0,0
Absentéisme d'origine externe à l'entreprise (non compressible par des actions d'innovation socio-économique)	2,93%	0,0	2 665,7	0,0	2 157,7	0,0	14,0	0,0	494,0
Congés sans solde	0,38%	0,0	344,1		330,1		14,0		0,0
Evénements familiaux (**)	0,97%	0,0	879,0		837,0		0,0		42,0
Maternité	0,95%	0,0	863,0		531,0		0,0		332,0
Chômage partiel	0,64%	0,0	579,6		459,6		0,0		120,0
TOTAL ABSENTEISME	21,45%	0,0	19 519,1	0,0	16 981,1	0,0	84,0	0,0	2 454,0

(*) Calcul du taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence (rémunérées ou non par l'entreprise) / nombre d'heures attendues dans le service (h)

(**) Décès, mariage, enfants malades, congés parentaux

(***) Nationale, de solidarité

TOTAL D'HEURES ATTENDUES	91 005
---------------------------------	---------------

TAUX D'ABSENTEISME (Année 2021)

Clinique SSR

MOTIFS D'ABSENCE	Taux d'abs. par motif (*)	TOTAL		Ensemble Clinique SSR					
		Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures	Nb de jours	Nb d'heures
Absentéisme en partie compressible par des actions d'innovation socio-économique	21,89%	0,0	19 774,0	0,0	19 774,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maladie	13,02%	0,0	11 764,0	0,0	11 764,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>dont congés inférieurs à jours</i>	13,02%	0,0	11 764,0		11 764,0				
<i>dont congés supérieurs à jours</i>	0,00%	0,0	0,0						
Accidents du travail	6,12%	0,0	5 530,0		5 530,0				
Absences autorisées	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Absences sans motif	1,86%	0,0	1 677,0		1 677,0				
Grèves internes	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Retards	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Repos compensateurs	0,00%	0,0	0,0		0,0				
Récupérations d'heures supplémentaires	0,89%	0,0	803,0		803,0				
Absentéisme représentatif d'une "vie sociale" interne à l'entreprise	1,22%	158,0	1 106,0	158,0	1 106,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Formation professionnelle continue	1,22%	158,0	1 106,0	158,0	1 106,0		0,0		
Représentation syndicale	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		
Congé-formation	0,00%	0,0	0,0		0,0		0,0		
Congé sabbatique	0,00%	0,0	0,0				0,0		
Absentéisme d'origine externe à l'entreprise (non compressible par des actions d'innovation socio-économique)	2,55%	329,0	2 303,0	329,0	2 303,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Congés sans solde	0,29%	37,0	259,0	37,0	259,0				
Événements familiaux (**)	1,20%	155,0	1 085,0	155,0	1 085,0				
Maternité	1,06%	137,0	959,0	137,0	959,0				
Grèves à logiques externes (***)	0,00%	0,0	0,0		0,0				
TOTAL ABSENTEISME	25,66%	487,0	23 183,0	487,0	23 183,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(*) Calcul du taux d'absentéisme = Nombre d'heures d'absence (rémunérées ou non par l'entreprise) / nombre d'heures attendues dans le service (h)

(**) Décès, mariage, enfants malades, congés parentaux

(***) Nationale, de solidarité