

EFFICIENCE DES RESSOURCES AU SERVICE DE LA QUALITÉ DES SOINS

# Management socio-économique des coopérations interprofessionnelles



Le management socio-économique, par l'apport d'outils de management et le renforcement du rôle de médecin chef de service, améliore la qualité des soins, le management des équipes et l'efficacité économique des activités hospitalières.

Henri Savall et Véronique Zardet



Henri Savall\*

Professeur de Sciences de gestion

IAE Lyon, Université Jean Moulin

Président de l'Iseor

savall@iseor.com

\* Lauréats de l'Académie des Sciences Morales et Politiques (Institut de France) pour l'intégration des variables sociales dans les stratégies des organisations.  
www.iseor.com

Face à l'augmentation de la dette publique, dans un contexte de crise exacerbé, les gouvernements réforment leurs établissements hospitaliers. L'objectif premier est de réduire les coûts de fonctionnement, et les acteurs s'interrogent: comment financer les projets internes en préservant la qualité des soins? Le management socio-économique (cf. bibliographie) montre que c'est par l'amélioration de son propre fonctionnement interne qu'un hôpital sera à même d'autofinancer, au moins partiellement, ses projets. Les établissements de santé n'échappent pas au besoin de développer un management recherchant à la fois performance sociale et performance économique, d'autant plus que l'hôpital demeure un système très complexe à gérer. Les établissements sont généralement de taille imposante, ce qui augmente la probabilité d'une inertie sclérosante face au changement.

## DYSFONCTIONNEMENTS

L'hôpital, comme toute organisation, est un mélange de rapports conflictuels et de coopération. Le niveau de performance durable d'une organisation dépend du dosage conflit/coopération dans le mélange. À l'état spontané, on observe de nombreuses interactions de nature conflictuelle entre acteurs: individus, groupes, équipes, réseaux, entités. Celles-ci se repèrent au travers de dysfonctionnements exprimés par les acteurs ou repérés par des indicateurs: absences imprévisibles, départs non souhaités, défauts de qualité, retards, réclamations des clients, insatisfaction du personnel, non-renouvellement de commandes par les clients.

Les dysfonctionnements produisent un détournement des ressources de leur objectif, à savoir la création de valeur ajoutée utile aux clients usagers. Ces destructions de ressources ne sont pas comptabilisées car elles se dissimulent

“L'hôpital, comme toute organisation, est un mélange de rapports conflictuels et de coopération”

dans les comptes de charges. Quant aux destructions de ressources potentielles, elles correspondent à des coûts d'opportunité: elles auraient pu créer de la valeur ajoutée s'il n'y avait pas eu de dysfonctionnement. Cette non-crédation de valeur involontaire ou délibérée ne fait l'objet d'aucune comptabilisation.

Ces détournements de ressources constituent des coûts cachés.

## DES PHÉNOMÈNES RÉCURRENTS

Les dysfonctionnements et les coûts cachés ne sont pas inévitables et marginaux. En effet, nos recherches/interventions au sein de 1.200 organisations ont permis de recenser 3.534 types de dysfonctionnements génériques qui provoquent l'insatisfaction des parties prenantes. Les coûts cachés se situent entre 15.000 et 60.000 euros par personne et par an. La détection des dysfonctionnements et de coûts cachés exige une coopération explicite des acteurs des organisations dans la phase de diagnostic. Quant à la réduction des dysfonctionnements et au recyclage des coûts cachés en valeur ajoutée, ils exigent a fortiori une coopération et une implication délibérées des acteurs.

L'énoncé des politiques d'entreprise ou d'organisation, les ordres impulsés dans des procédures transversales ou des circuits hiérarchiques, les injonctions des responsables, lointains ou de proximité, les protestations des patients mécontents, sont impuissants face à la genèse spontanée, partout dans l'hôpital, de dysfonctionnements et de coûts cachés. Ceux-ci mutilent simultanément la performance sociale, c'est-à-dire le niveau de satisfaction des patients et de toutes les catégories de personnels, et la performance économique, à savoir l'utilisation efficiente et le renouvellement des ressources.

La théorie socio-économique (Savall, 1974-1975, Ansoff, 1981, Perroux, 1979, Boje, Rosile, 2003; Buono, 2007, 2008; Savall, Zardet, 2009) démontre l'erreur commise à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècles, par l'École Classique de l'Organisation (Taylor, Fayol, Weber), lorsqu'ils préconisaient l'hyperspécialisation et la dépersonnalisation du travail, de l'organisation et du management. Leurs théories, peut-être pertinentes il y a un siècle, dans un environnement très différent, ont favorisé la genèse des dysfonctionnements organisationnels et des coûts cachés, négligés par les théories et les pratiques usuelles de management.

## Sociaal-economisch management van interprofessionele samenwerkingsverbanden

- Verschillende Europese openbare en privéziekenhuizen hebben de problemen geanalyseerd bij interprofessionele samenwerkingsverbanden in het ziekenhuis, en de gevolgen ervan. De analyse omvat een drievoudige studie: een kwalitatieve, een kwantitatieve en een financiële.
- De diagnoses bevestigen dat de ziekenhuiswerking een complex systeem is. Diverse beroepsgroepen werken er immers samen: artsen, verzorgend, administratief en technisch personeel... Die samenwerking blijkt moeilijk te verlopen en leidt tot tal van disfuncties en verborgen kosten, in de vorm van efficiëntieverlies en heel wat tekortkomingen inzake zorgkwaliteit.
- Uit de resultaten van proefprojecten blijkt dat de toepassing van de sociaal-economische managementmethode, via de hantering van managementtools en de versterking van de rol van de hoofdgeneesheer, zowel de zorgkwaliteit, het teammanagement als het economisch rendement van de ziekenhuisactiviteiten verbeterd.



La principale cause des dysfonctionnements est l'écart important entre les fonctions déterminées et les pratiques réelles.

Depuis la création de l'Iseor en 1975, des recherches/interventions ont été réalisées dans des hôpitaux publics et privés, en France, Belgique, Suisse, Liban, Togo. La méthode générale de leur déroulement est commune, et se résume ainsi:

- la conduite du changement s'organise en quatre phases: un diagnostic participatif de dysfonctionnements et des coûts cachés où toutes les catégories d'acteurs, des hauts responsables aux agents sont interviewées, suivi d'un groupe de projet participatif piloté par l'encadrement pour élaborer des solutions aux dysfonctionnements recensés, puis d'une mise en œuvre de ces solutions, une fois validées par les instances de décision. Enfin, une évaluation des améliorations réalisées;
- simultanément, une formation et un accompagnement sont assurés auprès de la direction, de l'encadrement supérieur et intermédiaire, pour les aider à implanter des outils de management socio-économique, simples et opérationnels.

## LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

### L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail des établissements hospitaliers engendre de nombreux dysfonctionnements, dont la principale cause est l'écart important entre les fonctions prescrites (par la législation en vigueur, ou par l'organigramme) et les pratiques réelles: «on ne sait pas très bien qui fait quoi». Deux interprétations: soit les définitions de fonctions ne sont pas suffisamment claires, soit elles sont incompatibles avec les contraintes de l'activité réelle.

Cela génère des dysfonctionnements en cascade qui détériorent in fine la qualité de prise en charge du patient: glissements de fonction, actes à refaire ou réalisés plusieurs fois par des personnes différentes, fort déséquilibre de charge de travail, concentration de responsabilités sur les cadres des équipes de soins.

### CLIVAGES ET CLOISONNEMENTS

Ces dysfonctionnements sont les principaux révélateurs d'une coopération interprofessionnelle atrophie: de nombreux cloisonnements existent, en particulier entre les personnels soignants et administratifs et techniques. Les activités de support et les soins semblent fonctionner en parallèle et sans transversalité. Le terme de «client» est souvent exclu du vocabulaire de l'hôpital, car jugé trop proche de celui des entreprises privées dont la réputation est de répondre à des «besoins triviaux» et non aux besoins nobles de la santé publique.

- **Les circuits de communication internes** sont souvent laissés à l'abandon ce qui génère de nombreuses frustrations des acteurs: sentiments de non-respect de la part des collaborateurs, abstention dans la prise de responsabilités de certaines missions, transmissions sans souci de leur bonne réception et de leur traitement abouti en aval. Au final, c'est aussi bien la qualité des relations interprofessionnelles que la qualité des soins qui en pâtissent.

- **Le clivage interprofessionnel** est également visible entre les services de soins. Souvent, la réalité clinique prend le pas sur la réalité organisationnelle et chaque service (pédiatrie, chirurgie cardiaque, urgence...), demeure hermétique à la transversalité. Il est donc difficile de stimuler les échanges sur l'organisation ou sur l'animation d'équipes. À l'hôpital psychiatrique, les divergences cliniques entre les courants proches de la psychanalyse et ceux proches des recherches biologiques, empêchaient toute collaboration entre médecins. Sur n'importe quel sujet, l'opposition idéologique était de mise et ce, même pour des discussions éloignées de la clinique, telles que le management.

- **Le troisième clivage se situe à l'intérieur des services de soins**, entre médecins, infirmiers et aides-soignants. Les hôpitaux ont à la fois des directions opérationnelles et des directions fonctionnelles. Dans les faits, le médecin responsable d'un service a toute autorité sur son service mais uniquement sur les questions cliniques ou de soins. En revanche, il n'en a pas sur la gestion des effectifs soignants, c'est-à-dire les infirmiers et aides-soignants. Cette



Véronique Zardet

Professeur de Sciences de gestion

IAE Lyon, Université Jean Moulin

Directrice Générale de l'Iseor

zardet@iseor.com

particularité génère de nombreux dysfonctionnements. Ainsi sont organisées au niveau d'un service par le médecin-chef, des réunions cliniques et, parallèlement, des réunions de gestion de personnel animées par le responsable du personnel soignant. La coopération entre le médecin chef et le responsable des soins n'est pas régulièrement entretenue, ce qui maintient les cloisonnements à l'intérieur du service.

**LA RESPONSABILITÉ DE SERVICE ET LE MANAGEMENT**

Outre les difficultés de communication entre les corps de métier dans un service de soins, la double hiérarchie fonctionnelle et organisationnelle pose un double problème, de représentativité de la fonction de médecin-chef de service et de responsabilité managériale. Ce positionnement entrave l'efficacité du management des activités et des équipes.

Quelle est la motivation réelle des médecins chefs de service à s'occuper effectivement du personnel? Ce rôle de «manager» de service demande un temps non négligeable obtenu au détriment du temps clinique, celui qui les motive le plus.

**LES COÛTS CACHÉS**

Les coûts cachés sur un échantillon de 14 diagnostics hospitaliers s'élèvent à plus de 14 millions d'euros soit, pour les 733 personnes travaillant dans ces services, une moyenne de 20.000 euros par personne et par an. Près de 30% des coûts cachés correspondent à des défauts de qualité des services de soins et supports, plus ou moins directement liés à la qualité des soins aux patients. 24% des coûts cachés sont engendrés par la gestion des absences ou la rotation du personnel, tandis que les 46% restants correspondent aux écarts de productivité des équipes. 3/4 des coûts cachés sont des surtemps, soit des temps

supplémentaires consacrés à corriger des dysfonctionnements, et des non-productions, c'est-à-dire des temps d'absence d'activité engendrés par eux. Or ceux-ci peuvent être convertis en temps destinés aux soins par des actions d'amélioration de la qualité des prestations des services supports et de l'accompagnement du patient.

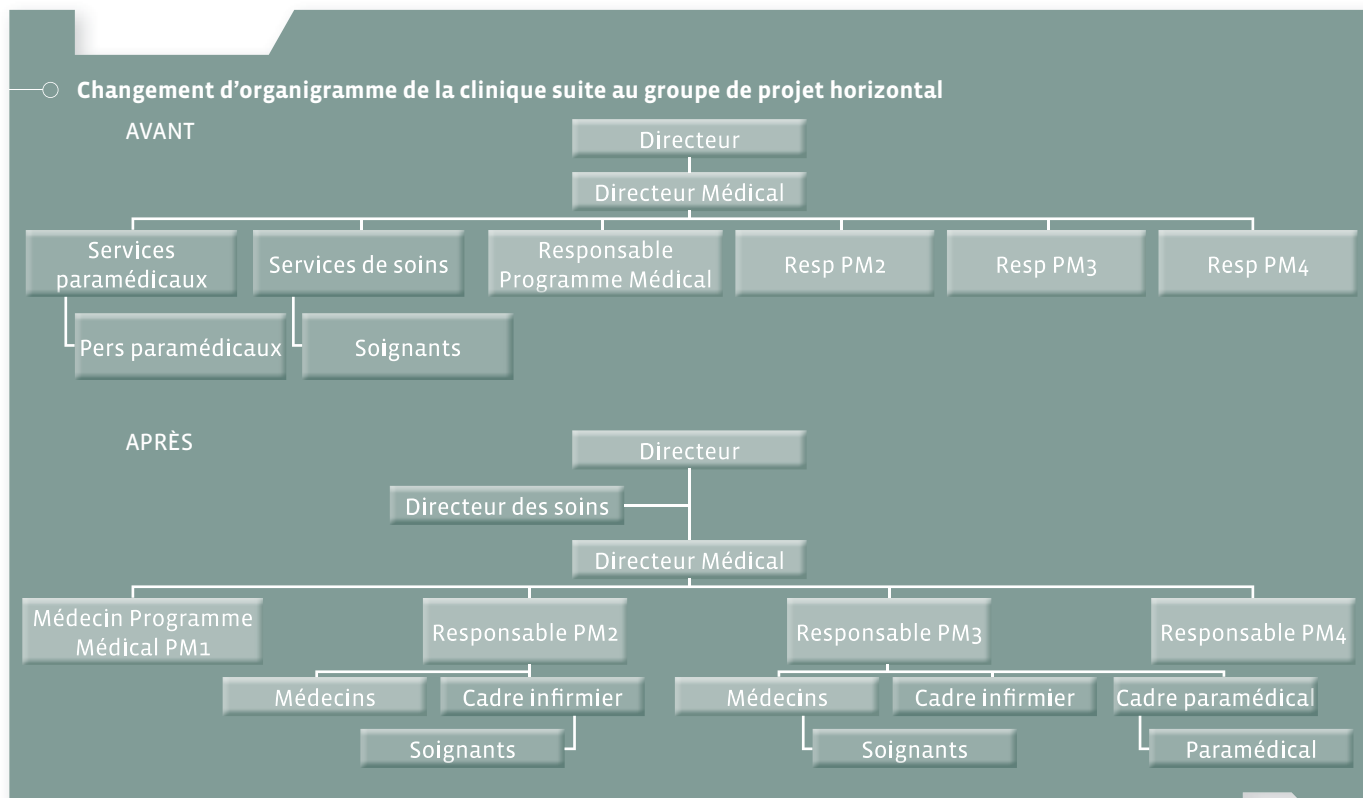
**Le terme de «client» est jugé trop proche de celui des entreprises privées**

**LA «THÉRAPIE ORGANISATIONNELLE»**

**STRUCTURER LE RÔLE DE MANAGEMENT DU MÉDECIN-CHEF**

Une dualité dans le positionnement des médecins à l'hôpital apparaît: véritables prescripteurs de l'activité et reconnus comme tels par l'ensemble des professionnels, ils sont très souvent exclus formellement des processus de décision d'organisation, de gestion, de recrutement, c'est-à-dire des activités de management des activités et des personnes des unités médicales.

Dans l'un des établissements, le groupe de projet, associant l'ensemble des responsables de services administratifs, techniques et médicaux sous la houlette du directeur et du directeur médical, a défini une nouvelle organisation hiérarchique que l'on peut résumer comme suit:





d'activité périodiquement négociables qui donnent lieu à échanges, concertations et négociations entre acteurs professionnels de différents métiers;

- des objectifs d'amélioration de la coopération explicitement traduits en actions concrètes. Par exemple, dans un établissement, les tensions entre médecins, secrétaires et infirmières se sont apaisées grâce à des réunions internes régulières par service; la transmission anticipée par les médecins de leurs horaires de travail a permis une meilleure programmation et occupation des salles d'opération, et moins de changements intempestifs. Dans un autre cas, les médecins d'un programme médical ont eu l'objectif d'améliorer la rapidité et la fiabilité de transmission des informations au personnel paramédical pour modifier les programmes de soins et traitements.

### AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Les dysfonctionnements qui dégradent la qualité des soins ont donné lieu à des actions prioritaires et à des objectifs dans les Contrats d'activité périodiquement négociables. Par exemple, dans une clinique, le programme médical de psychiatrie s'est fixé un objectif collectif «Réduire les erreurs de médicaments» qui a mobilisé l'ensemble du personnel. Ailleurs, les conditions d'accueil et de qualité de service aux patients ont été améliorées, en modifiant les horaires du personnel de certains services ambulatoires, ce qui a réduit fortement les temps d'attente des patients.

### AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES RESSOURCES

Quelques indicateurs socio-économiques permettent de mesurer la progression de l'efficacité. Dans un hôpital, les actions de sensibilisation du personnel sur l'absentéisme, la réorganisation des activités et l'ajustement des dotations en effectifs infirmiers ont favorisé une meilleure régulation de la charge de travail. Simultanément, le taux d'absentéisme est passé de 5% à 3% en 2 ans.

La conversion des coûts cachés en valeur ajoutée a été vérifiée, dans le cadre d'une évaluation approfondie validée auprès des acteurs. 25% à 40% des coûts cachés sont progressivement convertis en création de valeur ajoutée en 2 ans. L'évolution de l'indicateur, très simple à calculer, «contribution horaire à la valeur ajoutée sur coût variable» permet d'apprécier si la performance économique globale s'est améliorée. Si cet indicateur:

$$\frac{\text{recettes budgétaires}}{\text{ou chiffre d'affaires} - \text{charges variables}}$$

nombre d'heures de travail de l'ensemble du personnel

augmente, c'est un signe de meilleure efficacité économique, soit par augmentation de la valeur ajoutée sur coûts variables à effectif égal, soit par réduction du nombre d'heures à activité égale. Cet indicateur dans une clinique, a connu une progression régulière annuelle de plus de 3%. L'implantation des contrats d'activité périodiquement négociables a permis le versement de primes à l'ensemble des collaborateurs, puisqu'en moyenne les objectifs ont été atteints à 50%. Les objectifs collectifs portaient à la fois sur le chiffre d'affaires et la maîtrise des heures supplémentaires et les objectifs individuels sur des actions de réduction de dysfonctionnements et de création de potentiel.

### Exemples de coûts cachés en secteur hospitalier: en moyenne 20.000 €/personne/an

	coûts cachés/ par personne/par an
Service médecine (Urgences-Réa)	19.800 €
Maternité	22.800 €
Pharmacie	29.000 €
Service soins infirmiers	17.800 €
Service cuisine	15.900 €
Pôle de psychiatrie	17.600 €
Service blanchisserie	17.300 €

“ Un processus de changement participatif permet d'améliorer la coopération interprofessionnelle, la qualité des soins et l'efficacité économique ”

### UNE INNOVATION MANAGÉRIALE MAJEURE

La coopération interprofessionnelle constitue un véritable défi dans les organisations de santé, la compétence collective ne résultant pas de la seule compétence d'acteurs individuels qui seraient experts chacun dans leur domaine. La mise en place d'un processus de changement participatif à l'hôpital, selon la démarche socio-économique permet d'améliorer la coopération interprofessionnelle et la qualité des soins, tout autant que l'efficacité économique. La mise en place de contrats d'activité périodiquement négociables sur l'ensemble d'un hôpital est une innovation managériale majeure qui engendre des résultats très positifs dont il faudra suivre l'évolution. ••

#### Bibliographie

- Bertrand L., 2007, ISO 9001 et management socio-économique. Dans «L'hôpital et les réseaux de santé», Actes du colloque ISEOR, Ed. Economica, Paris.
- Savall H., 1974, 1975, Enrichir le travail humain: l'évaluation économique, Dunod, (4<sup>e</sup> édition augmentée chez Economica, 1989), traduit en espagnol et en anglais.
- Savall H., Zardet V., 2010, Maîtriser les coûts et les performances cachés - Le contrat d'activité périodiquement négociable, 1<sup>ère</sup> édition 1987, Economica, Paris.
- Valmary D., Bourrachot V., 2009, La mise en place du projet Hôpital 2012 dans un centre hospitalier psychiatrique, in «Management socio-économique. Une approche innovante», Ouvrage sous la direction de Savall H., Zardet V., Bonnet M., Ed. Economica, Paris.