

GESTION DE LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE À L'HÔPITAL

Véronique Zardet, Denis Fièr, Henri Savall, Renaud Petit

ESKA | « Journal d'économie médicale »

2011/6 Vol. 29 | pages 277 à 293

ISSN 2262-5305

ISBN 9782747218986

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales1-2011-6-page-277.htm>

Pour citer cet article :

Véronique Zardet *et al.*, « Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital », *Journal d'économie médicale* 2011/6 (Vol. 29), p. 277-293.
DOI 10.3917/jgem.116.0277

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

© ESKA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital

VÉRONIQUE ZARDET¹, DENIS FIÈR², HENRI SAVALL³, RENAUD PETIT⁴

¹Professeure, Université Jean Moulin Lyon 3, Directrice Générale de l'Iseor

²Professeur Émérite en Médecine, Université Claude Bernard Lyon 1, Ancien Chef de service, Hôpital Edouard Herriot

³Professeur Émérite en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, Président Fondateur de l'Iseor

⁴Docteur en Sciences de Gestion, Intervenant-chercheur, Iseor

Correspondante : Véronique ZARDET
zardet@iseor.com

RÉSUMÉ

Cet article vise à analyser les difficultés de coopération interprofessionnelle à l'hôpital et leurs conséquences. La recherche, menée selon la méthode de recherche-intervention socio-économique et réalisée dans plusieurs établissements hospitaliers de différents pays, comporte une triple étude qualitative, quantitative et financière. Les résultats montrent tout d'abord que le fonctionnement de l'hôpital est un système complexe car plusieurs corps de métier y interagissent : médecins, soignants, administratifs, techniciens... La coopération de ces différentes populations de professionnels s'avère difficile au point de générer de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficacité et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins.

Dans un second temps, l'article montre que la mise en place d'un management socio-économique, par l'apport d'outils et le renforcement du rôle de médecin chef de service, permet d'améliorer la qualité des soins, le management des équipes et l'efficacité économique des activités hospitalières.

Mots-clés : Coopération interprofessionnelle, dysfonctionnement, coûts cachés, management.

SUMMARY

INTER-PROFESSIONAL COOPERATION MANAGEMENT IN HOSPITALS

This article aims to analyze the difficulties of inter-professional cooperation in hospitals and their consequences. The research, conducted by the socio-economic intervention method, and performed in several hospitals in different countries, has a triple qualitative quantitative and financial study. The results show first that the hospital's activities represent a complex system because several trades people interact: doctors, nurses, administrative staff, technicians... The cooperation of these different populations of professionals is difficult to point to generate many dysfunctions and hidden costs, in the form of loss of efficiency and appearance of many defects in quality of care. In a second step, the article shows that the implementation of a socio-economic management, by providing tools and strengthening the chief medical officer service' role, improves the quality of care, the team management and economic efficiency of hospital activities.

Keywords: *inter-professional cooperation, dysfunction, hidden costs, management*

INTRODUCTION¹

Les systèmes de santé d'Europe occidentale sont reconnus comme des facteurs importants de l'augmentation de la dette publique. Dans un contexte de crise exacerbé, les gouvernements sont amenés à réformer leurs institutions dont les établissements hospitaliers font partie. L'un de leurs objectifs prioritaires est de réduire les coûts de fonctionnement, et les acteurs de l'hôpital s'interrogent quant à la manière de financer leurs projets internes et de préserver la qualité des soins. De ce fait, les établissements de santé n'échappent pas au besoin de développer un management recherchant davantage de performances sociales et économiques. Leur taille imposante augmente *ipso facto* la probabilité d'une inertie sclérosante face au changement. Mais surtout, ils hébergent différents corps de métier différents, d'origines médicale ou soignante, gestionnaire

ou encore technique. L'un des défis les plus importants, auquel l'hôpital doit répondre, est le décloisonnement de ses communautarismes professionnels générateurs de nombreux dysfonctionnements et coûts cachés. C'est pourquoi nous avons fait l'hypothèse que *le développement de management des coopérations interprofessionnelles permet d'améliorer l'efficacité des ressources au service de la qualité des pratiques de soins.*

Pour répondre à cette problématique, nous présentons successivement le matériau et la méthode de recherche-intervention socio-économique (1), les résultats : constats relatifs aux difficultés de coopérations interprofessionnelles, leurs impacts sur les établissements hospitaliers puis les moyens expérimentés de développement de l'efficacité socio-économique et la qualité des soins (2), avant de procéder à une discussion de ces résultats (3).

¹ Les auteurs remercient Françoise Goter pour ses conseils avisés dans la rédaction finale.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous étudions les coopérations interprofessionnelles à l'hôpital et leur contribution à l'efficacité des ressources économiques et à la qualité des soins dans une triple perspective : descriptive, explicative et prescriptive [1]. Comment s'opèrent les coopérations entre acteurs professionnels de différents métiers ? Quels dysfonctionnements apparaissent dans ces coopérations ? Comment expliquer ces insuffisances de coopération ? Enfin, comment améliorer les coopérations interprofessionnelles, et mettre en place un management périodique de ces coopérations, pour s'assurer que leur qualité perdure ? Outre l'étude approfondie de ces coopérations, cet article s'intéresse à leurs impacts sur l'efficacité des ressources et la qualité des soins aux patients.

La prise en charge d'un patient requiert la contribution de multiples corps de métier : le corps médical, les personnels soignants (infirmiers, aides soignants, agents de service hospitaliers), administratifs et gestionnaires (contrôleurs de gestion, personnels des ressources humaines, service des entrées, facturation), techniques et paramédicaux (biologie, radiologie, psychologie, kinésithérapie, pharmacie, cuisine, blanchisserie, maintenance, sécurité...). Certains de ces corps de métier travaillent dans une grande proximité géographique, dans les services d'hospitalisation ou de consultation, d'autres sont plus éloignés. Pourtant, le critère géographique semble une variable peu significative pour expliquer la qualité des coopérations interprofessionnelles.

Le cadre théorique est celui de la *théorie socio-économique ou théorie des coûts-performances cachés*.² Les quatre cas d'étude présentés dans l'article montrent des résultats positifs obtenus dans le cadre d'une action de conduite du changement. Pour autant, les tra-

voux de F. Kletz, F. Engel, D. Tonneau, J-C. Moisson (2000) et de Detchessahar et Grévin (2009) permettent de voir que dans certains cas d'organisations de santé, les expériences d'intégration de la gestion à l'activité des soins ont été limitées, ou 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 [7] [8] [9] [10]. Cela indique que les résultats qualitatifs, quantitatifs et financiers attendus suite à l'implantation de dispositifs de gestion au sein d'établissements de santé ne sont pas assurés et qu'il est impératif d'être vigilant quant à l'appropriation des outils de gestion par les acteurs concernés. L'hôpital comme toute organisation, est un mélange de rapports conflictuels et de rapports de coopération, à l'intérieur d'un périmètre juridique institutionnellement défini. Le niveau de performance durable d'une organisation dépend du dosage conflit-coopération dans le mélange. A l'état spontané, en un point de l'espace et du temps, une organisation présente un *niveau relativement élevé d'interactions de nature conflictuelle* entre les acteurs : individus, groupes, équipes, réseaux, entités. La nature conflictuelle de ces interactions se repère au travers de signes tels que les *dysfonctionnements* exprimés par les acteurs ou observables au moyen de symptômes visibles, mesurables par des indicateurs tels que : absences imprévues, départs non souhaités, défauts de qualité, infections nosocomiales [11], retards, réclamations, insatisfaction du personnel...

Les dysfonctionnements produisent une déviation, un détournement des ressources de leur objectif, à savoir la création de valeur ajoutée utile aux acteurs-cibles tels que les patients ou usagers des services publics. Ces destructions de ressources existantes ne sont pas repérées dans la comptabilité ou le budget, elles se

² [2] [3] [4] [5] [6].

dissimulent dans les comptes de charges parmi les ressources consommées que l'on y enregistre, soit elles sont gaspillées ou au contraire, justifiées. Quant aux destructions de ressources *potentielles*, elles correspondent à des coûts d'opportunité, c'est-à-dire qu'elles auraient pu créer de la valeur ajoutée mais ne l'ont pas fait. Cette non création de valeur involontaire ou délibérée ne fait l'objet d'aucune comptabilisation. Ces deux sortes de destruction de valeur –réelle et potentielle- constituent des coûts cachés aux yeux des décideurs et des parties prenantes, pourtant concernées, touchées, victimes inconscientes de cette destruction de ressources qu'elles ne partageront pas.

Des recherches antérieures ont montré que les *dysfonctionnements* et les *coûts cachés* ne sont pas des phénomènes inévitables et marginaux d'ajustement, tels que signalés par la théorie du « slack organisationnel ». Le concept de « slack organisationnel » conçu par Cyert et March (1963) est souvent défini comme l'excédent entre les ressources disponibles et les ressources nécessaires pour que les acteurs puissent répondre aux ajustements et pressions externes (Charreaux et Pitol-Belin, 1992) ou comme un ensemble de ressources additionnelles, à l'affectation floue (Mayer et Vacher, 2005). On pourrait considérer que cet excédent de ressources est indispensable au bon fonctionnement de l'organisation. Or, nous avons observé qu'une partie de ces ajustements aurait pu être évitée ou se faire à moindre coût pour l'établissement. Ainsi, la notion de « slack » comporte à la fois des ressources supplémentaires « maîtrisées » (par exemple pour prévenir un dysfonctionnement, anticiper une évolution de l'environnement interne ou externe) et des excédents de ressources « gaspillées », car elles ont servi à réguler un dysfonctionnement sans création de valeur ajoutée. Les ressources mobilisées par les acteurs pour réguler un dysfonctionnement constituent une perte de productivité d'un niveau élevé. Une partie significative de ces ressources est jugée évitable par les acteurs, car elle corres-

pond à la partie compressible des coûts cachés par des actions d'innovation socio-économique. Dans le secteur hospitalier, le concept de « coûts évitables » est également utilisé et étudié, notamment en ce qui concerne les événements indésirables et les coûts de non qualité. Dans le cas des événements indésirables graves (EIG), une récente étude de l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS en 2009, source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)), montre que la partie évitable des EIG est significative (275 000 à 395 000 EIG par an sont survenus pendant une hospitalisation, 95 000 à 180 000 EIG peuvent être considérés comme évitables).

Nous avons recensé 3 534 types de dysfonctionnements organisationnels dans l'ensemble des organisations de secteurs variés où nous avons réalisé des recherches-interventions, provoquant l'insatisfaction des parties prenantes internes et externes. Une part significative des dysfonctionnements concerne l'hôpital, et conjugue des dysfonctionnements organisationnels communs à de nombreuses organisations et des dysfonctionnements organisationnels spécifiques au secteur de la santé (Moisdon, Minvielle). Les principaux dysfonctionnements constatés à l'hôpital sont : des défauts d'organisation du travail des soins infirmiers ; une mauvaise gestion du dossier patient, un manque de communication interdisciplinaire ; des défaillances dans la gestion du parcours du médicament ; une mauvaise régulation de l'absentéisme du personnel soignant ; une difficulté de positionnement des secrétariats et des accueils ; une atrophie des pratiques de management et de gestion du personnel ; un organigramme qui ne permet pas la réalisation et le développement de pratiques managériales efficaces ; une inadaptation des conditions matérielles de travail engendrant notamment des glissements de fonction ; un trop faible engagement des acteurs dans la stratégie de l'établissement ; une structuration insuffisante des organes de décision et de

concertation. Nous avons identifié les niveaux des coûts cachés subséquents : entre 17 000 à 35 000 euros par personne et par an dans différents établissements hospitaliers. Les acteurs parviennent à convertir en valeur ajoutée une partie significative des coûts cachés évalués, toutefois ces cas de recherches-interventions ont systématiquement fait apparaître des coûts cachés jugés incompressibles par les acteurs. Ceux-ci feraient donc partie de la physiologie de l'organisation et seraient nécessaires à la vie de l'entreprise ; ils pourraient être assimilés au « slack » organisationnel. En revanche, la part convertible des coûts cachés constitue assurément une partie de ressources sans contrepartie en qualité des soins, et ne saurait constituer un « slack » utile au fonctionnement de l'hôpital. En matière de conversion de coûts cachés en valeur ajoutée, les recherches-interventions montrent que la conversion intégrale des coûts cachés n'est pas possible, voire n'est pas souhaitable, car la dynamique organisationnelle nécessite l'apparition de nouveaux objectifs et de nouveaux projets qui peuvent générer à leur tour de nouveaux dysfonctionnements.

Méthodologie de recherche-intervention.

Depuis la création de l'équipe de l'Iseor en 1975, des recherches-interventions [12] [13] ont été réalisées dans une dizaine d'hôpitaux publics et privés, en France, Belgique, Suisse et Liban. La méthode générale de déroulement de ces recherches – interventions 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 depuis les hauts responsables jusqu'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* rigoureuse,

basée sur de nombreux entretiens, l'analyse de documents et d'indicateurs, permet d'identifier et de mesurer les 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 : gestion du temps, grilles de compétences, tableaux de bord de pilotage, plans d'actions stratégiques internes-externes et plans d'actions prioritaires et des contrats d'activité périodiquement négociables.

Nous avons mis en évidence [14] les convergences épistémologiques des méthodologies de recherches cliniques en sciences médicales et de recherche-intervention en sciences de gestion : place essentielle de l'observation scientifique du sujet étudié, interactivité cognitive entre acteurs et chercheurs - rôle clé du « colloque singulier » en médecine - collaboration indispensable du patient en médecine, des acteurs de l'organisation en gestion, principe de réplique consistant à appliquer le même protocole de recherche pendant de nombreuses années [15], enfin recherche délibérément orientée vers la transformation pour réduire, en médecine comme en gestion, les pathologies identifiées (Savall, Zardet, 2004). Étant donné la difficulté des établissements de santé à intégrer, notamment auprès de tous les personnels, les objectifs-contraintes économiques qui sont parfois opposés à la qualité de prise en charge des soins, les expériences réalisées en milieu médical d'introduction ou de développement du management de l'organisation ont mis en évidence la nécessité de développer une pédagogie particulièrement élaborée pour accompagner les actions de changement. Certaines analogies entre la recherche-intervention et les méthodes médicales ont permis de créer un lieu de dialogue entre les médecins et les soignants. Ces analogies ont émergé au cours des recherches-interventions

à l'hôpital et ce sont les acteurs de l'hôpital qui les ont exprimées [16].

Cet article sur fonde sur l'analyse en profondeur des résultats de 4 cas de recherche-intervention (cf. tableau 1) :

- Le cas 1 est une clinique privée suisse, de 200 personnes, spécialisée en réadaptation et rééducation, post chirurgicale, psychiatrie et médecine interne ; 85 personnes ont été interviewées, au cours de 62 entretiens ; puis 3 groupes de projet associant des représentants de tous les corps de métier ont été mis en place pendant 4 à 5 mois chacun, avant de procéder un an plus tard à une évaluation, en interviewant à nouveau 59 personnes, soit 24 entretiens [17] [18].
- Le cas 2 est un établissement hospitalier privé situé en Belgique, comptant 750 personnes, assurant toutes les disciplines médicales de MCO; 362 personnes ont été interviewées, au cours de 198 entretiens ; puis 11 groupes de projet associant des représentants de tous les corps de métier ont été mis en place pendant 4 à 5 mois chacun, avant de procéder un an plus tard à une évaluation dans 6 services, en interviewant à nouveau 139 personnes, soit 139 entretiens [19] [20].
- Le cas 3 est un centre hospitalier psychiatrique public français de 2700 agents; 282 personnes ont été interviewées, au cours de 232 entretiens ; puis un groupe de projet associant des directeurs représentant tous les corps de métier (administratifs, médicaux, techniques) a été mis en place pendant 6 mois [21].
- Le cas 4 est un ensemble de trois hôpitaux privés au Liban de 1 200 agents ; 247 personnes ont été interviewées, au cours de 189 entretiens, puis 4 groupes de projet associant des directeurs, médecins et encadrants de tous les corps de métiers ont fonctionné pendant 4 mois chacun [22].

Comme le nécessitent les méthodes d'entretien, nous avons codé le contenu du discours en choisissant la phrase entière, dite phrase-témoin, comme unité d'analyse (cf. tableau 2). Selon le type de logiciel d'analyse de données textuelles, cette étape de codage est plus ou moins longue, fiable, et permet une analyse qualitative et/ou quantitative des données. Nous avons ensuite regroupé les phrases-témoins exprimant le même dysfonctionnement suivant une arborescence thème / sous-thème / idées-clés dans une base de données Access. Compte tenu du nombre de données et de la corrélation de ces données entre-elles, nous avons utilisé la méthode de système expert (Savall et Zardet, 2004 ; Savall, Zardet, Bonnet, Péron, 2007) [1] [23] structurée par des données permanentes (idées-clés), des données contextuelles (phrases-témoins) et une hiérarchisation des données en concepts (thèmes et sous-thèmes). Nous présentons en annexe un extrait des phrases-témoins collectées dans chaque cas étudié (cf. tableau 2). Comme le soulignent Allard-Poési, Drucker-Godard et Ehlinger (1999), l'analyse de contenu « repose sur le postulat que la répétition d'unités d'analyse de discours (mots, expressions ou significations similaires, phrases, paragraphes) révèle les centres d'intérêt et les préoccupations des auteurs du discours ».

Ainsi que l'explique Nobre [24], ces recherches-interventions ont été conduites en équipe, selon un protocole méthodologique commun. Bien qu'ayant à l'origine des thématiques et des objectifs différents, elles ont fait émerger, par une lecture transversale aux différents cas, une problématique commune de *déficit de coopération interprofessionnelle*, que nous présentons maintenant.

2. RÉSULTATS

Les difficultés de coopération interprofessionnelles et leurs impacts sur l'efficacité et les défauts de qualité de soins aux patients

Tableau 1 : Présentation des terrains d'observation scientifique

TERRAINS D'OBSERVATION SCIENTIFIQUE	CAHIER DES CHARGES DE LA RECHERCHE-INTERVENTION
CLINIQUE [2004-...]] SUISSE	<p>Diagnostic horizontal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 entretiens « Equipe de direction » (8 personnes) - 17 entretiens qualitatifs « Encadrement » (17 personnes) <p>Diagnostics verticaux du service Soins Infirmiers et Cuisine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 entretiens qualitatifs « Encadrement » (5 personnes) - 14 entretiens qualitatifs « Personnel de base » (55 personnes) - 18 entretiens quantitatifs (9 personnes) <p>Projet : 1 groupe de projet horizontal et 2 groupes de projet verticaux</p> <p>Evaluations du service Soins Infirmiers et Cuisine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13 entretiens qualitatifs « Encadrement » (15 personnes) - 11 entretiens qualitatifs « Personnel sans responsabilité hiérarchique » (44 personnes) - 44 entretiens quantitatifs (15 personnes)
ETABLISSEMENT HOSPITALIER PRIVÉ [2005-2008] Belgique	<p>Diagnostic horizontal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 entretiens « Equipe de direction » (14 personnes) - 45 entretiens qualitatifs « Encadrement » (45 personnes) <p>Diagnostics verticaux de 10 services (Imagerie médicale, Laboratoire, Maternité, Pharmacie, Pôle Médecine Aigue, Administration du patient, service technique, Chirurgie, Hôpital de jour, Informatique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33 entretiens qualitatifs « Encadrement » (33 personnes) - 54 entretiens qualitatifs « Personnel sans responsabilité hiérarchique » (244 personnes) - 52 entretiens quantitatifs (26 personnes) <p>Projet : 1 groupe de projet horizontal et 10 groupes de projet verticaux</p> <p>Evaluations de 6 services (Imagerie médicale, Laboratoire, Maternité, Pharmacie, Administration du patient, service technique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 34 entretiens qualitatifs « Encadrement » (34 personnes) - 47 entretiens qualitatifs « Personnel sans responsabilité hiérarchique » (162 personnes) - 58 entretiens quantitatifs (29 personnes)
CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE [2008- 2010] France	<p>Diagnostic horizontal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23 entretiens « Equipe de direction » (23 personnes) - 71 entretiens qualitatifs « encadrements » (71 personnes) <p>Diagnostics verticaux d'un pôle médical et d'un service support Blanchisserie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 46 entretiens qualitatifs « Direction et Encadrement » (46 personnes) - 46 entretiens qualitatifs « Personnel de base » (108 personnes) - 46 entretiens quantitatifs (35 personnes)
ENSEMBLE D'HÔPITAUX DE MCO [2009- ...] Liban	<p>Diagnostic horizontal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 entretiens qualitatifs « Gouvernance » (10 personnes) - 73 entretiens qualitatifs « Equipe de direction et encadrement » (73 personnes) <p>Diagnostics verticaux de trois entités : service maternité et néonatalogie, bloc opératoire, petit hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 entretiens qualitatifs « Direction et Encadrement » (48 personnes) - 28 entretiens qualitatifs « Personnel de base » (86 personnes) - 30 entretiens quantitatifs (30 personnes)

Tableau 2 : Extraits des phrases-témoins issues des entretiens

Cas n° 1 : CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - « L'organisation des soins avec les médecins est difficile. Certains médecins demandent aux aide-infirmiers ou aux infirmiers d'être disponibles immédiatement. » - « Il manque un descriptif de poste précis au niveau des responsables de programme. »
Cas n° 2 : CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - « En psychiatrie, nous avons beaucoup travaillé sur les économies en intra-muros, mais pas assez sur l'extra-muros. » - « Chaque pôle a une approche de soin différente. Cela me paraît inadapté de vouloir faire un projet où chacun devra se contenter d'une seule structure et s'adapter à des concepts de soins. »
Cas n° 3 : ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER PRIVÉ	<ul style="list-style-type: none"> - « Le bloc opératoire c'est un peu le parent pauvre de la Clinique. Avec le manque de place, il y a d'une part, une certaine promiscuité qui oblige à jouer avec les rideaux, d'autre part, un risque de se tromper et un risque d'infections. » - « Avant, des réunions de chef de service étaient organisées. Maintenant chacun est dans son domaine et nous n'avons plus vraiment le temps de discuter des pathologies particulières. »
Cas n° 4 : ENSEMBLE D'HÔPITAUX DE MCO	<ul style="list-style-type: none"> - « Avec la fermeture du service de néonatalogie, le taux d'admission des accouchements a diminué ; car les gynécologues sont obligés de transférer les cas à haut risque ailleurs, et c'est pourtant ce sur quoi se basait l'activité du service maternité. » - « Les infirmières ne sont pas assez qualifiées. Elles ont besoin de formations continues pour améliorer la qualité des soins fournies aux patients. »

L'analyse des entretiens qualitatifs des terrains d'observation scientifique a fait émerger trois problématiques principales liées aux difficultés de coopération interprofessionnelle : l'organisation du travail, la communication-coordination-concertation et l'absence d'utilisation d'outils de pilotage.

*L'organisation du travail des établissements étudiés se caractérise par un ensemble de dysfonctionnements [7] [8], dont la principale cause est l'écart important entre les fonctions déterminées (soit par la législation en vigueur, soit par l'organigramme interne) et la réalité organisationnelle. Ce phénomène est souvent décrit par de nombreux acteurs par des expressions telles que : « on ne sait pas très bien qui fait quoi ». Ce manque de compréhension dans les fonctions de chacun génère des dysfonctionnements en cascade qui détériorent *in fine**

la qualité de prise en charge du patient [25] [26] [27]. Nous avons constaté de nombreux glissements de fonction, des pertes de temps liées à des actes à refaire ou réalisés plusieurs fois par des personnes différentes, ainsi qu'un fort déséquilibre de la charge de travail, avec une forte convergence des responsabilités vers les cadres de proximité des équipes de soins. Lorsque la définition de la fonction s'avère incompatible avec la réalité de l'activité, les équipes sont amenées à construire continuellement leur propre référentiel en fonction des urgences et de l'activité. Dans les cas étudiés, les référentiels sont tacites et non capitalisés, si bien qu'à chaque mouvement de personnel, ils sont à reconstruire. En France comme à l'étranger, nous avons observé que les médecins responsables de pôles médicaux ont des pratiques très hétérogènes, en particulier quant

à leur mode de concertation avec la Direction d'établissement sur les projets de pôles. La Direction par exemple propose, voire élabore des projets relevant d'un pôle, sans que quiconque ne puisse apparenter cela à un glissement de fonction ou à une ingérence particulière.

Les dysfonctionnements liés à la *communication-coordination-concertation* sont les principaux révélateurs d'une coopération interprofessionnelle atrophiée. Nous avons observé de nombreux clivages et cloisonnements aux différents niveaux des organisations :

- au *niveau de l'établissement*, le clivage est extrêmement fort entre les personnels soignants et les personnels administratifs et techniques ; ces activités supports et les soins semblent fonctionner en parallèle et sans transversalité. La relation « clients-fournisseurs » internes entre les services de soins et les services supports est peu développée. 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 personnels, abstention dans la prise de responsabilité de certaines missions, transmissions « à l'emporte pièce », sans souci de leur bonne réception et de leur traitement en aval. Au final, ce sont aussi bien les relations interprofessionnelles qui en pâtissent, que la qualité des soins.
- Le clivage interprofessionnel est également visible *entre les services de soins*. Bien souvent, la réalité clinique « prend le pas » sur la réalité organisationnelle et chaque service, compte tenu de ses spécificités (pédiatrie, chirurgie cardiaque, urgence...) demeure hermétique à toute transversalité. Il est difficile de stimuler les échanges, même sur l'organisation ou sur l'animation d'équipes entre les services. Ce phénomène est particulièrement ressorti dans le centre hospitalier psy-

chiatric. Ainsi, les divergences cliniques en psychiatrie (entre les courants proches de la psychanalyse et ceux proches des recherches biologiques) empêchaient toute collaboration. Tout sujet donnait lieu à une opposition de nature quasi-idéologique, même pour des discussions relativement éloignées de la clinique (organisation par exemple).

- Enfin, à *l'intérieur même des services de soins*, le clivage apparaît entre le corps médical, le corps infirmier et les aides soignants, le médecin responsable d'un service ayant la plupart du temps autorité sur son service pour les questions cliniques ou de soins, mais très peu sur la gestion des effectifs soignants (infirmiers et aides soignants). Cette particularité génère de nombreux dysfonctionnements de communication-coordination-concertation : des réunions cliniques sont organisées par le médecin chef, alors que, parallèlement, des réunions de gestion de personnel le sont par le cadre infirmier, sans que la coopération entre médecin chef et responsable des soins soit régulièrement entretenue.

L'absence d'outils de pilotage opérationnel provient du fait que les outils et indicateurs employés dans les établissements de soins ne sont pas de véritables outils de gestion permettant de piloter des personnes et des activités de manière proactive. Ils sont souvent peu opérationnels et utilisés comme des recueils de données *a posteriori*. Il n'existe pas de véritable élaboration ni d'usage régulier d'outils de gestion par l'encadrement des services de soins. Ce sont les services supports (services ressources humaines, contrôle de gestion ou financiers), qui élaborent et utilisent des outils de pilotage pour l'ensemble de l'établissement. C'est pourquoi ces outils renseignent les acteurs par des informations *a posteriori*, ce qui ne permet pas d'anticiper les événements. Les services de soins associent souvent ces outils à de « l'administration », ce qui, aux yeux d'un

soignant, représente l'activité la moins intéressante de son métier. En outre, le caractère obligatoire de certains outils leur confère une dimension contraignante, davantage qu'une aide au pilotage quotidien et une fonction de contrôle davantage que de pilotage [28]. Par exemple, des grilles d'évaluation obligatoires, de plusieurs pages, sont mises à jour chaque année par les cadres de santé lors des entretiens individuels annuels, même si elles ne sont que très rarement réutilisées comme base pour les entretiens individuels suivants ! *A contrario*, les services supports, administratifs ou techniques utilisent et élaborent de nombreux outils et indicateurs de pilotage, cantonnés pour l'essentiel à des informations quantitatives et financières. Ici encore, la *divergence interprofessionnelle* est patente. L'utilisation et l'appréhension d'outils ou d'indicateurs de pilotage s'avèrent très hétérogènes. La divergence de représentations qu'ont un service de soins et un service support d'un outil de gestion illustre bien l'absence de langage commun et le fossé qui les séparent.

Evaluation quantitative et financière. Une partie des dysfonctionnements exprimés par les acteurs des 4 terrains d'observation scientifique, a fait l'objet d'une étude quantitative et financière (cf. tableaux 3 et 4). Il s'agit de mesurer les coûts cachés [2] [6], c'est-à-dire les régulations effectuées par les acteurs face aux dysfonctionnements. La moyenne des coûts cachés repérés est de 17 300 € par personne et par an. Près de 30% des coûts cachés correspondent à des *défauts de qualité* dans les services de soins et services supports, qui ont un impact direct ou indirect sur la qualité des soins des patients [21]. 24% des coûts cachés sont engendrés par l'*absentéisme* et la *rotation du personnel*, tandis que les 46% restant correspondent aux écarts dits de *productivité directe*. Dans les cas n°1, 2 et 3 nous avons pu collecter le taux d'absentéisme du personnel soignant, il n'est pas systématiquement très élevé. Les taux oscillent entre 6,6 % et 13,5 % selon les services de soins. Pour autant, les données qualitatives et financières

collectées dans le cadre d'entretiens ainsi que l'observation montrent que les actions de régulation menées pour pallier les problèmes d'absence sont nombreuses et leur coût élevé. Concernant la rotation du personnel, nous n'avons que les taux des cas n°1 et n°3. Pour les services de soins étudiés, les taux sont respectivement de 37,2 % et de 10,2 %. Là encore, les données qualitatives et financières collectées lors des entretiens montrent que le niveau du taux ne présage pas du montant des coûts liés à ce phénomène, et que ce sont surtout des défauts d'organisation en lien avec des modes de régulations coûteux qui expliquent le niveau élevé de coûts cachés. Les trois quarts des coûts cachés sont des *surtemps*, c'est-à-dire des temps supplémentaires consacrés à réaliser des activités engendrées par les dysfonctionnements et des *non-productions*, c'est-à-dire des temps d'absence d'activité engendrés par un dysfonctionnement. Or, ces temps peuvent être en partie convertis, grâce à des actions d'amélioration, en valeur ajoutée potentielle : temps directement consacrés aux activités, à l'amélioration de la qualité des prestations des services supports, à la prise en charge des patients dans les services de soins.

Le développement des coopérations interprofessionnelles et leurs impacts sur l'efficience et la qualité des soins

Dans les quatre terrains d'observation scientifique étudiés, la structuration organisationnelle et la clarification des rôles respectifs ont joué un rôle clé dans le développement des coopérations interprofessionnelles. Simultanément, la mise en place d'outils de management communs a favorisé la contractualisation des relations et l'amélioration de performances. Enfin, ces actions d'amélioration ont permis concomitamment une meilleure efficience et amélioration de la qualité des soins.

Le développement du rôle de management du médecin chef de service.

Nos résultats mettent en évidence une dualité dans le positionnement des médecins à

Tableau 3 : Extraits de calculs de coûts cachés issus des entretiens

Thème et cas concerné	Détail du dysfonctionnement, de la régulation et du calcul de coûts cachés	Actions entreprises avec les acteurs et leurs effets
<p>Extrait de la valorisation économique d'un dysfonctionnement sur le thème « Organisation du travail des établissements »</p> <p>Cas n° 2 : Etablissement hospitalier privé</p>	<p><i>Erreur dans le renseignement du dossier patient :</i> une personne passe 1 heure par jour à vérifier la cohérence entre les soins pratiqués et les informations notées dans les dossiers des patients (1 pers. x 7 jours x 52 semaines x 1 heure x 41 € = 14 920 €)</p> <p>Cette personne passe également 30 minutes par jour à interroger les infirmières ou aides-soignantes (2 pers. x 7 jours x 52 semaines x (30/60) h x 41 € = 14 920 €)</p>	<p>Des formations ont été organisées pour les secrétaires sur les transmissions ciblées. La personne ne passe plus que 15 minutes à vérifier la cohérence et 15 minutes à interroger les infirmières ou aides-soignantes.</p>
<p>Extrait de la valorisation économique d'un dysfonctionnement sur le thème « Communication-coordination-concertation »</p> <p>Cas n° 1 Clinique</p>	<p><i>Inefficacité des colloques de chaque unité de soins</i> La structuration insuffisante des colloques de chaque unité de soins entraîne un manque d'efficacité des séances et une mise en œuvre insuffisante des résolutions prises durant celles-ci. Une heure et demie par mois est improductive pour sept infirmières présentes à ces colloques. (7 pers. x 12 mois x 1,5 heure x 31 € = 3900 €)</p>	<p>Les acteurs ont décidé de créer un colloque trimestriel entre médecins et infirmiers dédié à la résolution des problèmes organisationnels (cf. simplification des procédures, définition des règles du jeu...) pour que les colloques infirmiers mensuels soient plus productifs. Ils ont également défini un ordre du jour pour chaque unité de soin. Ils ont décidé d'allonger le colloque de l'unité Orthopédique d'une demi-heure et de changer la date de ce colloque. Le personnel soignant n'a plus le sentiment de perdre du temps lors de ces réunions.</p>
<p>Extrait de la valorisation économique d'un dysfonctionnement sur le thème de l'absence d'outils de pilotage opérationnel</p> <p>Cas n° 2 : Etablissement hospitalier privé</p>	<p><i>Difficulté de remplacement pendant les congés</i> La secrétaire médicale qui remplace sa collègue en Gynécologie pendant ses 6 semaines de congés passe environ 1 cinquième de temps en plus sur la réalisation du travail car elle n'a pas l'habitude de le faire (1 pers. x 6 semaines x 5 jours x 7,5 heures x 1/5 x 41 € = 1840 €)</p>	<p>L'équipe des secrétaires médicales de Gynécologie a été renforcée d'une personne et réorganisée à partir de la grille de compétences du service. L'équipe n'a donc plus besoin de solliciter un autre secrétariat médical pour pallier les absences. La grille de compétences a été utilisée pour identifier les gestes professionnels pour lesquelles il était nécessaire que les deux secrétaires de Gynécologie aient une maîtrise totale de l'opération.</p>

* Les chiffres de 41 € (pour le cas n°2) et de 31 € pour le cas n°1 (49 francs suisses en 2005) correspondent à l'indicateur de la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables calculé dans chaque établissement (cf. la contribution d'une heure de travail correspond à la valeur économique engendrée par les acteurs ou le couple hommes-machines pendant une heure).

Tableau 4 : Conversion des coûts cachés en valeur ajoutée - cas des établissements 1 et 2.

	Montant initial de coûts cachés	Date	Montant de la conversion des coûts cachés en valeur ajoutée	Date	Proportion
Cas 1	660 000 €	2005	160 000 €	2007	24%
Cas 2	3 700 000 €	2005	1 400 000 €	2007	37%

l'hôpital : véritables prescripteurs de l'activité et reconnus comme tels par l'ensemble des professionnels, ils sont pour la plupart du temps 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. Sur les 4 terrains, mais plus particulièrement dans la clinique (cas 1), un « groupe de projet horizontal » 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 ainsi résumer :

- la distinction entre service infirmier et programmes médicaux a été supprimée, au profit d'une structuration en quatre programmes médicaux ;
- dans chaque programme médical, un médecin responsable et un cadre infirmier ont été affectés, et l'ensemble des personnels soignants et paramédicaux ont été affectés à l'un des quatre programmes ;
- le rôle hiérarchique du médecin responsable du programme a été institué, sur l'ensemble des personnels affectés au programme.

Le programme médical mis en place est une structure organisationnelle permanente qui a été proposée par un groupe de projet dans le cadre de l'intervention socio-économique dirigée par un médecin, responsable hiérarchique d'un groupe de médecins, d'un cadre infirmier responsable de soignants (infirmiers et aide-

soignant), de paramédicaux, et de secrétaires médicales (cas n°1 en Suisse), contrairement à l'hôpital en France où il y a deux hiérarchies parallèles, médicale et soignante.

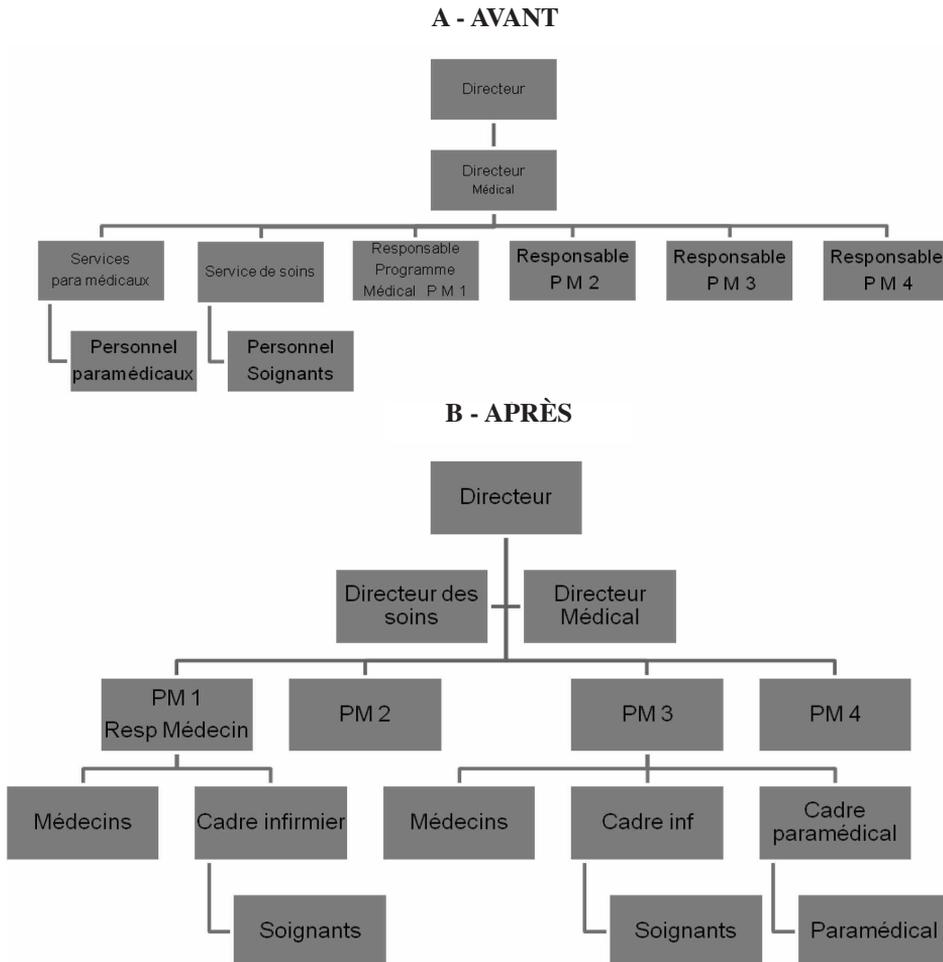
L'évaluation réalisée *a posteriori* a confirmé que ce changement d'organisation, concerté avec les responsables médicaux et soignants, (illustré en figure 1), a été bien accepté par les différentes catégories professionnelles : il correspondait à une attente forte des médecins, qui considéraient que la responsabilité d'affectation des ressources humaines soignantes, auparavant dévolue aux cadres infirmiers, était indispensable pour leur permettre d'assurer leur mission de soins des patients. Les cadres infirmiers ont acquis quant à eux un nouveau positionnement *d'adjoint au médecin responsable de programme* ; les personnels soignants ont gagné à être affectés à un programme médical ; l'identité de chaque service s'est ainsi renforcée, ce qui a permis aux acteurs de se concentrer sur une catégorie des patients et de développer des *plans d'actions prioritaires* par programme médical. Les personnels paramédicaux ont été affectés aux programmes médicaux pour lesquels ils réalisent la majorité de leurs prestations. Par exemple, le service kinésithérapie (20 personnes) a été rattaché au programme de rééducation neuro-orthopédique, le service de planification des entrées au Directeur Médical, s'agissant d'une activité commune à l'ensemble des programmes médicaux.

La mise en place d'outils communs aux différentes professions et ses effets sur la coopération interprofessionnelle. Dans le cadre du processus de recherche-intervention, une formation à des outils simples de management a

été assurée auprès de l'ensemble des responsables administratifs, médicaux et techniques. Cette formation a porté sur des outils de management socio-économique [6] tels que : gestion du temps, grilles de compétences, tableaux de bord de pilotage, plan d'actions stratégiques internes – externes, plans d'actions prioritaires, et contrats d'activité périodiquement négociable dans le cas de la clinique. Sur les quatre terrains, les acteurs se sont appropriés ces outils, deux d'entre eux ayant été très largement utilisés : les grilles de compétences et les plans d'actions prioritaires.

Les grilles de compétences élaborées sont particulièrement appréciées pour s'assurer de la disponibilité des compétences pour assurer les soins aux malades, en particulier en cas d'absentéisme ou de congés pris par le personnel (cas 2). Les compétences répertoriées dans chaque grille sont celles de tous les acteurs de l'entreprise. Elles sont cartographiées par service afin que chaque chef de service puisse avoir une visibilité détaillée des opérations maîtrisées ou non par ses collaborateurs. La liste des gestes professionnels réalisés ainsi que la cotation de chaque personne pour chaque

Figure 1 : Changement d'organigramme de la clinique suite au groupe de projet horizontal



opération se font par le chef de service au moyen de l'observation directe puis de multiples échanges avec ses collaborateurs. Les compétences sont ensuite analysées et évaluées par le chef de service avec le supérieur du chef de service, membre de l'équipe de Direction.

Elles ont été fortement utilisées dans le cas 1 de la clinique, pour mettre en place des actions de formation intégrée des personnels soignants soit à l'embauche, soit en cours de vie professionnelle dans la clinique. En effet, elles permettent de détecter des vulnérabilités par rapport aux différentes activités à assurer, puis aident à préparer des décisions de changement d'organisation, pour développer par exemple la polyvalence (cas 2 et 4) ou la formation intégrée (cas 1, 2 et 4).

Particulièrement dans le milieu hospitalier, il est délicat, pour le personnel médical notamment, de formaliser l'existence d'opérations techniques pour lesquelles l'établissement est vulnérable, c'est-à-dire l'existence d'un manque de maîtrise de certains gestes professionnels. Par ailleurs, l'élaboration de ce type de grille remet en cause les frontières entre les corporations (Noguera et Lartigau, 2009). Nous avons pu observer que dans chacun des quatre cas la volonté du dirigeant et du directeur médical ont été décisives et ont dû être conjuguées avec plusieurs séances destinées à négocier la coopération des acteurs pour les aider à transformer leurs pratiques.

Les *plans d'actions prioritaires* identifient des actions particulières à mener au cours d'un semestre, pour mettre en œuvre des actions de *développement stratégique* et de *réduction de dysfonctionnements* [30]. Le plan d'actions prioritaires répertorie les actions prioritaires d'une unité sur les 6 mois à venir. Il se fait par déclinaison du plan d'actions prioritaires de l'établissement réalisé par le chef d'établissement. Cet outil est réalisé en collaboration avec le personnel de l'équipe puis évalué en fin de période avec l'équipe d'une part et avec le supérieur du chef de service, d'autre part. La

réalisation de plans d'actions prioritaires par les responsables des différents secteurs (administratifs, techniques, médicaux, soignants) a favorisé la *concertation interprofessionnelle* autour d'objectifs communs intersectoriels ou intrasectoriels. Par exemple dans le cas 1 de la clinique, un objectif intersectoriel portait sur l'amélioration de la coordination – concertation entre les services médicaux et le service planification des lits, pour informer de manière plus anticipée les patients de leur hospitalisation prochaine mais aussi éviter des lits vides lorsque les médecins ont transmis trop tardivement une décision de sortie d'un patient. De multiples catégories de personnels, administratifs (planification), médecins, secrétaires médicales, cadres infirmiers... sont étroitement impliqués dans la réalisation d'un tel objectif.

3. DISCUSSION

Plusieurs facteurs ont contribué à *améliorer la coopération interprofessionnelle* :

- l'utilisation d'*outils de management et de pilotage communs*, en particulier les plans d'actions prioritaires et les contrats d'activité périodiquement négociables qui donnent lieu à des échanges, concertations et négociations entre acteurs professionnels de différents métiers ;
- des *objectifs d'amélioration de la coopération* qui ont été explicitement formulés et traduits en actions concrètes, en utilisant le support de ces mêmes outils. Par exemple dans le cas 2, 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 le cas 1, les médecins d'un des programmes médicaux ont eu

un objectif d'améliorer la rapidité et la fiabilité de transmission des informations au personnel paramédical pour les modifications des programmes de soins.

Amélioration de la qualité des soins : les dysfonctionnements repérés dans les diagnostics qui dégradent la qualité des soins ont donné lieu à des actions prioritaires et à des objectifs. Par exemple, dans la clinique, le programme médical de psychiatrie s'est fixé un objectif collectif de "Réduire les erreurs de médicaments" qui a mobilisé l'ensemble du personnel. Dans les cas 2 et 4, les conditions d'accueil et de qualité de service aux patients ont été améliorées, en modifiant les horaires du personnel de certains services ambulatoires ; cela a réduit les temps d'attente des patients de façon significative.

Amélioration de l'efficacité : quelques indicateurs socio-économiques permettent de mesurer la progression de l'efficacité :

- dans le cas 1 de la clinique, les actions de sensibilisation auprès du personnel sur l'absentéisme, la réorganisation des activités, l'ajustement des dotations en effectifs infirmiers ont favorisé une meilleure régulation de la charge de travail. Simultanément, le taux d'absentéisme "en partie compressible" est passé de 5,11% en 2005 à 3,24% en 2007.
- la *conversion des coûts cachés en valeur ajoutée* a été vérifiée dans les cas 1 et 2 (Tableau 4), dans le cadre d'une évaluation approfondie validée auprès des acteurs³. On parle de conversion de coûts cachés en valeur ajoutée lorsque les acteurs sont parvenus à mettre en œuvre un ensemble d'actions qui permettent de convertir un coût caché (situation de gaspillage de ressources réelles ou poten-

tielles) en investissement d'amélioration (économie de ressources et de temps) puis en amélioration de l'efficacité économique (amélioration des résultats financiers) [6]. Moins de deux ans après le démarrage de l'intervention, les acteurs du cas n°1 ont réussi à réaliser des économies de ressources et de temps à hauteur de 24% du montant initial des coûts cachés, soit 160 000 €. Pour le cas n°2, les conversions de coûts cachés en valeur ajoutée ont représenté 37% du montant initial des coûts cachés, soit 1 400 000 €. Il s'agit de charges variables qui ont été réduites suite à des améliorations de fonctionnement : par exemple des économies de médicaments ou d'heures supplémentaires, et de temps récupérés et réalloués à des activités, qui se sont traduites en accroissement de chiffre d'affaires, ou de taux d'occupation à effectif constant.

- l'évolution d'un indicateur de performance économique globale : la *contribution horaire à la valeur ajoutée sur coût variable*⁴. Le calcul de la contribution horaire d'une heure de travail correspond à la valeur économique engendrée par les acteurs en interaction avec les structures technologiques pendant une heure. C'est la valeur économique d'une heure de travail humain dans l'entreprise. Cet indicateur, simple à calculer, permet d'apprécier si la performance économique globale s'est améliorée : s'il augmente, c'est signe de meilleure efficacité économique. Pour calculer la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables d'un établissement, deux étapes sont nécessaires : la première consiste à calculer la valeur ajoutée sur coûts variables : (recettes de l'établissement – charges variables⁵) ; la seconde consiste

³ Notons que les cas 3 et 4 présentent un caractère très récent : l'évaluation initiale des coûts cachés date de juin 2010.

⁴ Cet indicateur se calcule ainsi : Chiffre d'affaires – charges variables / Nombre d'heures de travail attendues.

⁵ Les charges variables correspondent aux charges dont le volume et le montant varient avec le volume d'activité (médicaments, examens...).

à diviser cette valeur ajoutée sur coûts variables par le temps de travail attendu dans l'établissement : $(VA/CV) / \text{nombre d'heures annuel}$, ce qui donne la valeur ajoutée moyenne produite par une heure de travail. Notons qu'à l'hôpital, le dénominateur est bien sûr calculé en fonction des effectifs mais aussi du nombre d'heures supplémentaires effectuées. Dans les cas 1 et 2, la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables a augmenté en moyenne de 3% par an pendant cinq ans (cas 1) et de 3,6% par an pendant quatre ans (cas 2).

CONCLUSION

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. Nos résultats de recherche-intervention montrent que la mise en place d'un processus de changement participatif à l'hôpital a permis à la fois d'améliorer cette coopération interprofessionnelle et la qualité des soins, tout autant que l'efficacité économique. Par ailleurs, la détection des dysfonctionnements et des coûts cachés a exigé une *coopération explicite des acteurs* des organisations dans la phase de diagnostic. Quant à la réduction des dysfonctionnements et la reconversion, ou *recyclage*, des coûts cachés en valeur ajoutée, elle n'est *a fortiori* possible que grâce à une coopération et une implication délibérées des acteurs.

RÉFÉRENCES

- [1] Savall H., Zardet V., 2004, *Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique, Observer l'objet complexe*, préface du Pr D. Boje (Etats-Unis), Economica, 432 p ; traduction en anglais : *The qualimetrics approach : observing the complex object*, 2011, IAP, Charlotte, USA
- [2] Savall H., 1974, 1975, *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique*, (4e édition augmentée chez Economica, 1989), préface de Jacques Delors, traduit en espagnol (*Por un trabajo más humano*, Editions Tecniban, 1977, Madrid, Editions Information Age Publishing, 2011, Charlotte, US et en anglais (*Work and people*, 1979, nouvelle édition 201° ; IAP, Charlotte, USA)
- [3] Perroux F., 1979, *L'entreprise, l'équilibre rénové et les coûts « cachés »*, Préface de l'ouvrage *Reconstruire l'entreprise*, Savall H., Dunod, Paris
- [4] Boje D., Rosile G.A., 2003, *Comparison of socio-economic and other transorganizational development methods; Journal of Organizational Change Management*, vol 16 n°1
- [5] Buono A., Savall H., ed., 2007, *Socio-Economic Intervention in Organizations*, Information Age Publishing, Charlotte, USA
- [6] Savall H., Zardet V., 1987, 2010, *Maîtriser les coûts et les performances cachés, Le contrat d'activité périodiquement négociable*, Economica, 5° édition 2010
- [7] Kletz F., Engel F., Tonneau D., Moisson J-C., 2000, *La démarche gestionnaire à l'hôpital, le PMSI, Tome 2 La régulation du système hospitalier*, Seli Arslan
- [8] Kletz F., Engel F., Tonneau D., Moisson J-C., 1999, *La démarche gestionnaire à l'hôpital, le PMSI, Tome 1 Recherche sur la gestion interne*, Seli Arslan
- [9] Detchessahar M., Grevin A., 2009, "Une organisation de santé... malade de gestionnisme", *Annales des Mines, Gérer et comprendre*, décembre.
- [10] Grevin A., 2011, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Etude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malade de "gestionnisme"*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Nantes

- [11] Bertezenne S., 2000, *Les démarches qualité dans les hôpitaux français*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Lyon, 480 p.
- [12] Plane J.M., 2000, *Méthodes de recherche-intervention en management*, L'Harmattan.
- [13] David A., 2000, La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management ? in David, Hatchuel, Laufer (ed.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert.
- [14] Savall H., Fièrè D., 2007, Analogies entre la recherche médicale et la recherche-intervention en sciences de gestion, Communication au Congrès international co-organisé par l'ISEOR et l'Academy Of Management, Division RMD (Méthodologies de la Recherche), juin, Lyon.
- [15] Kwesiga E., Pattie M., 2005, Is management science built on a shaky foundation? The case of intersubjective certifiability, *Revue Sciences de Gestion – Management Sciences – Ciencias de gestión*, n°50, p 33-68.
- [16] Thiébaud-Bertrand A., 2010, Contribution à l'analyse des stratégies de reconfiguration d'activité permettant de préserver et d'améliorer le rapport qualité des prestations-maîtrise des coûts à l'hôpital : cas de la transfusion sanguine dans les hôpitaux publics français; Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Grenoble
- [17] Bertrand L., 2007, ISO 9001 et management socio-économique. L'expérience d'une clinique privée, in ISEOR (coord.), *L'hôpital et les réseaux de santé*, Economica, p159.
- [18] Bertrand L., 2009, La recherche de l'efficacité dans un hôpital suisse, in Savall, Zardet, Bonnet (coord.) *Management socio-économique. Une approche innovante*, Economica, p°217
- [19] Brooms J-M., 2005, La méthode socio-économique dans le secteur particulier des hôpitaux, in ISEOR (coord.), *Le management du développement des territoires*, Economica, p°153
- [20] Pauwels R., Bertrand L., 2007, Mouvements stratégiques hospitaliers, in ISEOR (coord.), *L'hôpital et les réseaux de santé*, Economica, p°41
- [21] Valmary D., Bourrachot V., 2009, La mise en place du projet Hôpital 2012 dans un centre hospitalier psychiatrique, in Savall, Zardet, Bonnet, *Management socio-économique. Une approche innovante*, p°211
- [22] Zakkour D., 2011, Conduite du changement dans un groupe d'hôpitaux au Liban. Premiers résultats, Communication au XXIV^e colloque international de l'ISEOR, Lyon, octobre.
- [23] Savall H., Zardet V., Bonnet M., Péron M. (2007), « The Emergence of Implicit Criteria Actually Utilized by Reviewers of Qualitative Research Articles: Case of a European Journal », *Organizational Research Methods*
- [24] Nobre T., 2006, Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital, *Revue Finance Contrôle Stratégie*, vol. 9, n°4, décembre, p 143-168.
- [25] Zardet V., 1982, *Vers une gestion socio-économique de l'hôpital. Cas d'expérimentation*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Lyon, 340 p
- [26] Minvielle E., 2000, « Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers », in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Cresson et Schwyer eds., Ed. ENSP, Rennes, 115-133
- [27] Bérard E., Gloanec M., Minvielle E., 2009, « Usage des indicateurs de qualité en établissement de santé », *Journal d'économie médicale*, 27-1: 5-20
- [28] Nobre T., 2001, Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif, *revue Comptabilité Contrôle Audit*, tome 7, vol. 2, p 125-146.
- [29] Zardet V., Detry F., Krief N., 2011, Qualité de fonctionnement des services hospitaliers et qualité-sécurité des soins en établissements hospitaliers. Résultats de recherches-interventions, Communication au XXI^{ème} Congrès de l'ALASS, Lausanne, Septembre
- [30] Krief N., 1999, *Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales de service public*. Cas d'expérimentation, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Lyon, 397 p.